

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**OBEZİTE CERRAHİSİ UYGULANAN HASTALARA**  
**ÖZGÜ MOOREHEAD ARDELT YAŞAM KALİTESİ**  
**ÖLÇEĞİ II'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI**  
**GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Damla ATEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Fatma CEBECİ**

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2016-1971 proje numarası ile desteklenmiştir.


“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2018-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 07/06/2018

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma CEBECİ  
Akdeniz Üniversitesi

İmza  


Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Nadiye ÖZER  
Atatürk Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AKSOY  
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Damla ATEŞ

İmza



Doç. Dr. Fatma CEBECİ

İmza

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın her aşamasında bilgi birikimi ve sonsuz desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Fatma CEBECİ'ye;

Tezimin istatistiksel analizleri için katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a;

Ölçeğin çeviri ve geri çeviri kısmında, kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi sürecinde uzman olarak görüş bildiren tüm hocalarıma ve meslektaşlarıma;

Veri toplama sürecinde yardımlarını benden esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ekiplerine ve Doç.Dr. Ayhan Mesci Nobeziite Kliniği ekibine;

Tezime katılımlarıyla destek veren tüm hastalara;

Gelişimime katkısı olan değerli anabilim dalı üyelerine;

Yüksek lisans tezimde emeği olan tüm Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline;

Tezimin her aşamasında, dostluklarıyla ve sevgileriyle her an yanımda olan tüm dostlarıma;

Hayatımın ve tez sürecimin her anında her anlamda desteklerini esirgemeyen hep güvenip yanımda olan canım aileme sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı; obezite cerrahisine özgü Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Araştırma, Şubat-Temmuz 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Genel Cerrahi Poliklinikleri ile Doç. Dr. Ayhan Mesci Nobezite Kliniği'nde yürütülmüştür. Araştırma örneklemini, 18-65 yaşları arasında, kendini ifade etmede herhangi bir engeli olmayan, obezite cerrahisi için hazırlanan ya da obezite cerrahisi sonrası en az üç ay geçmiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 185 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak hasta tanıtıcı özellikleri formu, Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, IBM SPSS 23 ve SAS 9.4 paket programında, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, kıkare, içerik/kapsam geçerliği, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi, t testi, pearson korelasyon, çok değişkenli lineer regresyon ve Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Ölçeğin içerik ve dil/ifade uygunluğu için madde içerik indeksi 0.91, ölçek içerik indeksi ise 0.93, içerik uygunluğu için ölçek içerik indeksi ise 0.96 olarak hesaplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda serbestlik derecesi 9, p değeri 0.1162,  $\chi^2/df$  1.58, RMSEA 0.0587, SRMR 0.0355, NFI 0.9595, NNFI 0.9743, CFI 0.9848, GFI 0.9711, AGFI 0.9326 olarak bulunmuş, ölçek altı maddeli olarak orijinal faktör yapısını doğrulamıştır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.61-0.80 arasında değişmiştir ve ölçeğin ölçülmek istenen varyansın %55.63'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Türkçeye uyarlanmış Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ise 0.83 olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Sonuç olarak, "Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II" Türkçe formunun obezite cerrahisi öncesi ve sonrası dönemdeki hastalar için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, bariatrik cerrahi, hemşirelik, kilo kaybı, geçerlik ve güvenilirlik

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this research is to adapt bariatric surgery-specific “The Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire” to Turkish and determine validity and reliability.

**Method:** The research was conducted in general surgery departments of Akdeniz University and Antalya Education and Research Hospital and Nobeziye Clinic of Assoc. Prof. Ayhan Mesci between February-July 2017. The sample of the research included 185 voluntary patients aged 18 through 65 years with adequate self-expression who are preparing for the bariatric surgery or had the surgery at least three months ago. Patient Introductory Information Form, Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II and 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) were used as data collection tools. The data were analyzed in IBM SPSS Statistics 23.0 and ve SAS 9.4 through calculating number, percent, average, standard deviation, chi-square, content validity, confirmatory and explanatory factor analysis, t-test, Pearson correlation coefficient, multivariate linear regression and Cronbach’s alpha coefficient.

**Results:** Item-content index for relevance of content and language/expression was found 0.91, content index of the scale was found 0.93 and content index for the content relevance was found 0.96. Degree of freedom was found 9, p-value was found 0.1162,  $\chi^2/df=1.58$ , RMSEA=0.0587, SRMR=0.0355, NFI=0.9595, NNFI=0.9743, CFI=0.9848, GFI=0.9711 and AGFI was found 0.9326 as a result of confirmatory factor analysis and the scale verified the original factor structure as a six-item. Factor loads of the items changed between 0.61-0.80 and it was found that the scale explained 55.63% of the requested variance. Cronbach’s alpha coefficient of the Turkish adapted Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II was found 0.83.

**Conclusion:** In conclusion, Turkish edition of the “Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II” was determined to be a valid and reliable tool for the patients at the pre/post bariatric surgery period.

**Keywords:** Obesity, bariatric surgery, nursing, weight loss, validity and reliability.

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ii</b>
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Obezite	3
2.1.1. Obezitenin Etiyolojisi	4
2.1.2. Obeziteyle İlişkili Hastalıklar	4
2.1.3. Obezitede Tedavi	8
2.1.4. Obezite Cerrahisinin Sonuçları	13
2.1.5. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi	15
2.1.6. Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı	18
2.2. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama	21
2.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/ Dil Uyarlanması	22
2.2.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/ Geçerlik-Güvenirlilik	24
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırma Etiği	30
3.5. Veri Toplama Araçları	31
3.5.1. Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II)	31
3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	33
3.6. Araştırmanın Planı	33
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması	34

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması	34
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
<b>4. BULGULAR</b>	37
4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	37
4.2. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması	40
4.2.1. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlanması	41
4.2.2. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Geçerlik Analizleri	41
4.2.3. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Güvenirlik Analizleri	46
<b>5. TARTIşMA</b>	49
5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi (Ölçek Uyarlaması-Adaptasyon)	50
5.2. Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi	51
5.2.1. Geçerlik Analizleri	51
5.2.2. Güvenirlik Analizleri	55
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	58
6.1. Sonuçlar	58
6.2. Öneriler	59
<b>KAYNAKLAR</b>	60
<b>EKLER</b>	
<b>EK-1.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği-II'nin İzin Yazısı	
<b>EK-2.</b> SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı	
<b>EK-3.</b> Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	
<b>EK-4.</b> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı ve Protokolü	
<b>EK-5.</b> Doç. Dr. Ayhan MESCİ Nobežite Klinięi İzin Yazısı	



**EK-6.** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni

**EK-7.** Ölçeğin Kapsam Geçerliğini Değerlendirmede Görüş ve Öneride

Bulunan Uzmanlar

**EK-8.** Ölçeğin Dil Geçerliği İçin Çeviri Yapan Uzmanlar

**EK-9.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Dil Geçerliği Uzman

Paneli

**EK-10.** Aydınlatılmış Onam Formu

**EK-11.** Ameliyat Öncesi Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

**EK-12.** Ameliyat Sonrası Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

**EK-13.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II

**EK-14.** Moorehead Ardelt Quality of Life Questionnaire

**EK-15.** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

**ÖZGEÇMİŞ**

97

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Beden Kütle İndeksi'ne göre uluslararası yetişkinde zayıf, aşırı kilolu ve obezite sınıflandırması	4
<b>Tablo 2.2.</b> Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsüne göre obezite cerrahisi endikasyonları	13
<b>Tablo 2.3.</b> Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre obezite cerrahisi endikasyonları	13
<b>Tablo 2.4.</b> Çeviri ve ölçek adaptasyonu için ITC rehberlerinin kontrol listesi	22
<b>Tablo 2.5.</b> Cronbach Alfa Katsayısı değerlendirmesi	28
<b>Tablo 3.1.</b> MA-II'nin puanlama tablosu	33
<b>Tablo 3.2.</b> Araştırma verilerinin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler	35
<b>Tablo 4.1.</b> Obezite cerrahisi hastalarının tanıtıcı özellikleri	37
<b>Tablo 4.2.</b> Obezite cerrahisi öncesi dönemdeki hastaların tanıtıcı özellikleri	39
<b>Tablo 4.3.</b> Obezite cerrahisi sonrası hastaların tanıtıcı özellikleri	39
<b>Tablo 4.4.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri	40
<b>Tablo 4.5.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin doğrulayıcı faktör analizi	42
<b>Tablo 4.6.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin faktör yapısı	44
<b>Tablo 4.7.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin bilinen grup karşılaştırması	44
<b>Tablo 4.8.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin korelasyonu	45

<b>Tablo 4.9.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II toplam puanı ile demografik veriler arasındaki regresyon analizleri	46
<b>Tablo 4.10.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Cronbach Alfa Değerleri	47
<b>Tablo 4.11.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin madde-toplam puan korelasyonu	47
<b>Tablo 5.1.</b> MA-II'nin diğer dillerdeki psikolinguistik özelliklerinin incelenmesi	50
<b>Tablo 5.2.</b> MA-II ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki puanın dillere göre dağılımı	54
<b>Tablo 5.3.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı dillerin Cronbach Alfa Katsayıları	56

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1.</b> Obezite cerrahi prosedürleri	11
<b>Şekil 3.1.</b> Araştırma planı	34
<b>Şekil 4.1.</b> Türkçe Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin doğrulayıcı faktör analizi yapısal modeli	43
<b>Şekil 4.2.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin toplam puanı ve BKİ'nin korelasyonu	46
<b>Şekil 4.3.</b> Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin toplam puanı ve ölçek madde korelasyonları	48

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>AFA</b>	: Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>AGB</b>	: Ayarlanabilir Gastrik Band
<b>AGFI</b>	: Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi
<b>BAROS</b>	: Obezite Analiz ve Sonuç Raporlama Sistemi (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)
<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>BPD</b>	: Biliopankreatik Diversiyon
<b>CFI</b>	: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi
<b>CPAP</b>	: Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı (Continuous Positive Airway Pressure)
<b>CVI</b>	: Kapsam/İçerik Geçerliği İndeksi (Content Validity Index)
<b>Df</b>	: Serbestlik derecesi
<b>DFA</b>	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DS</b>	: Duedonal Switch
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GFI</b>	: İyilik Uyum İndeksi
<b>GÖRH</b>	: Gastroözofagial Reflü Hastalığı
<b>HIS/MOS</b>	: Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study)
<b>I-CVI</b>	: Madde İçerik İndeksi
<b>IFSO</b>	: Uluslararası Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Federasyonu (the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders)
<b>IQOLA</b>	: Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (International Quality of Life Assesment)
<b>ITC</b>	: Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission)
<b>JIB</b>	: Jejenoileal Bypass
<b>KMO</b>	: Kaiser-Meyer-Olkin

<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>LAGB</b>	: Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
<b>LRYGB</b>	: Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass
<b>LSG</b>	: Laparoskopik Sleeve Gastrektomi
<b>MA-II</b>	: Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II
<b>NAYKH</b>	: Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
<b>NFI</b>	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
<b>NIH</b>	: Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health)
<b>NNFI</b>	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
<b>OSAS</b>	: Obstrüktif Sleep Apne Sendromu
<b>p</b>	: P değeri
<b>QoL</b>	: Yaşam Kalitesi (Quality of Life)
<b>r</b>	: Pearson Korelasyon Katsayısı
<b>RMSEA</b>	: Yaklaşıklık hataları kareleri ortalamalarının karekökü
<b>RYGB</b>	: Roux-en-Y gastrik bypass
<b>S-CVI</b>	: Ölçek İçerik İndeksi
<b>SG</b>	: Sleeve Gastrektomi
<b>SRMR</b>	: Standardize edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karekökü
<b>Tip-2 DM</b>	: Tip-2 Diyabetes Mellitus
<b><math>\chi^2/df</math></b>	: Minimum Uyum Fonksiyon Ki-kare–Serbestlik Derecesi Oranı

## 1. GİRİŞ

Obezitenin günümüzde en etkili tedavi yöntemi cerrahidir (Levy ve ark., 2010; www.who.int, Erişim tarihi:16 Haziran 2017; Wing ve ark., 2010). Obezite cerrahisinin, morbidite ve mortalite oranını azaltma, yaşam süresini uzatma ve yaşam kalitesini artırmada, diğer kilo verme yöntemlerinden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Sınıf I, A düzeyi kanıt) (<http://www.sages.org/>, Erişim tarihi: 4 Haziran 2016; Dodsworth ve ark., 2010; Topuz ve ark., 2014).

Obezite cerrahisinden sonra başarı oranının artırılması için hastanın cerrahi sonrası uzun süreli yaşam tarzı değişikliklerine uyumu gerekmektedir (Peacock ve Zizzi, 2011). Hastanın değişikliklere uyum sağlaması, cerrahi öncesi yaşam kalitesini bozan durumların zamanla ortadan kalkmasını sağlayacaktır. Ancak bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine uyumu ile yaşam kalitelerinin artırılması multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (Owers ve ark., 2012). Hekim, hemşire, diyetisyen ve psikologdan oluşan multidisipliner ekip, hastanın ameliyata ve sonrasındaki sürece fiziksel ve psikolojik hazırlığını yapmaktadır. Multidisipliner ekip ameliyat sonrası takibini yaparken hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmayı ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Hastanın ameliyat sonrası yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayamaması; kilo verememesi ve çeşitli fiziksel veya psikososyal sorunların gelişmesine (Livhits ve ark., 2012) yol açarak bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Obezite cerrahisinin yaşam kalitesi üzerine etkisine yönelik uluslararası alanda yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Pilone ve ark., 2012; Khandalavala ve ark., 2015; Lindekilde ve ark., 2015; Risstad ve ark., 2015; Wiklund ve Olsén, 2015; Wu ve ark., 2016). Bu çalışmalarda obezite cerrahisinin, bireylerin komorbid hastalıklarını, kronik hastalık risklerini, ilaç kullanımını azalttığı ve yaşam kalitesi arttırdığı bildirilmektedir (Ewing ve ark., 2011; Neff ve ark., 2013). Obezite cerrahisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini somutlaştırmak için alana özel geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına ihtiyaç bulunmaktadır. Ancak ülkemizde obezite cerrahisinde yaşam kalitesini ölçen bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Türkçeye uyarlanması, geçerliği ve güvenilirliği yapılan

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II)'nin alandaki açığı giderebileceği düşünülmektedir. Kısa, kolay anlaşılır, evrensel bir ölçüm aracı olması ve cerrahi özgü olması nedeniyle ‘‘Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II ölçeğinin Türkçeye kazandırılması amaçlanmıştır.





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezite

Latince 'obedere', 'aşırı yemek' fiilinden türetilmiş olan obeziteyi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), genetik ve çeşitli çevresel faktörlerden doğan, anormal ve aşırı yağ birikimi sonucu ortaya çıkan kronik ilerleyici bir hastalık olarak tanımlamaktadır (Hachem ve Brennan, 2016). Obezite ve aşırı kilo günlük yaşamda birbirinin yerine çok kullanılsa da iki kavram birbirinden farklıdır. Aşırı kilo kişinin yaşına ve boyuna göre kilosunun standarttan daha fazla olmasıdır. Obezite ise vücuttaki aşırı yağ birikimini belirtmektedir.

Obezitenin değerlendirilmesinde DSÖ'nün önerdiği ve dünya çapında en çok kullanılan ölçüm yönteminin beden kütle indeksi (BKİ) olduğu belirtilmektedir. Beden kütle indeksi, bireyin ağırlığının (kg), bireyin boyunun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle ( $\text{kg/m}^2$ ) elde edilmektedir. Tablo 2.1'de gösterildiği üzere BKİ 30  $\text{kg/m}^2$  nin üzerinde Evre I, 35  $\text{kg/m}^2$  nin üzerinde olması Evre II, 40  $\text{kg/m}^2$  nin üzerinde olması ise Evre III obezitenin göstergesidir (<http://apps.who.int/>, Erişim tarihi: 31 Ocak 2017). Her ne kadar BKİ adipoziteyi tahmin etmede en sık kullanılan araç olsa da Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health, NIH) bazı sınırlılıkları olduğunu vurgulamaktadır. Bu sınırlılıklar diğer vücut kütlelerinin (kas, kemik vb.) haricinde sadece ağırlık ve boy üzerine hesaplama yapmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin, atletler ve kas kaybı olan bireylerin hesaplamalarında hatalar olabilmektedir (<https://www.nhlbi.nih.gov>, Erişim tarihi: 7 Şubat 2017). Ancak, genel vücut yağ oranı ile BKİ arasında güçlü pozitif korelasyon olduğu belirtilmektedir (Okorodudu ve ark., 2010; Stegenga ve ark., 2014) ve BKİ, ucuz, kolay hesaplanabilir olması gibi sebeplerle obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın yöntemdir.

**Tablo 2.1.** Beden Kütle İndeksi'ne göre uluslararası yetişkinde zayıf, aşırı kilolu ve obezite sınıflandırması (<http://apps.who.int/>, Erişim tarihi: 31 Ocak 2017)

<b>Kategori</b>	<b>BKİ</b>
Normal Ağırlık	18.50 - 24.99 kg/m <sup>2</sup>
Aşırı Kilolu	25.00 - 29.99 kg/m <sup>2</sup>
Obezite, Evre I	30.00 - 34.99 kg/m <sup>2</sup>
Ciddi Obezite, Evre II	35.00 - 39.99 kg/m <sup>2</sup>
Morbid Obezite, Evre III	≥40.00 kg/m <sup>2</sup>

### 2.1.1. Obezitenin Etyolojisi

Obezitenin giderek yaygınlaştığı, 3.4 milyon bireyde mortalite sebebi olduğu, yaşam süresini %4 kısalttığı ve hastalık yükünü %4 artırdığı belirtilmektedir (Lim ve ark., 2012). Tüm bu etkiler obezitenin oluşum nedenlerine dikkatleri çekmektedir. Bireylerin kilo alımını etkileyen birçok faktörden söz edilmektedir. Ulusal Sağlık Enstitüsü temel sebep olarak enerji dengesinde eksiklik ele almıştır. Alınan ve harcanan enerji miktarında değişiklik durumunda enerji dengesi bozulmaktadır. Eğer harcadığından daha fazla kalori alırsan aşırı kiloluluk ve obezite kaçınılmaz olmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzı, çevre, genetik, aile öyküsü, bazı hastalıklar, ilaçlar, emosyonel durum, sigara, yaş, gebelik ve uykusuzluk gibi faktörler obeziteyi etkileyen diğer etmenler arasındadır (<https://www.nhlbi.nih.gov>, Erişim Tarihi: 11 Şubat 2017).

### 2.1.2. Obeziteyle İlişkili Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü, obezitenin mortalite bakımından global riskler arasında ilk beşte yer aldığını belirtmektedir. Tanımlanmış diğer dört risk ise hipertansiyon, sigara kullanımı, yüksek kan glikoz seviyesi ve fiziksel inaktivitedir (<http://www.who.int>, Erişim Tarihi: 11 Şubat 2017).

### Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Kalp üzerinde yarattığı yapısal değişiklikler nedeniyle kardiyovasküler sistem hastalıklarına neden olan en önemli risk faktörlerinden birisi obezitedir (<http://beslenme.gov.tr>, Erişim Tarihi: 13 Şubat 2017). Beden kütle indeksi arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin arttığı açıkça belirtilmektedir (Whitlock ve ark., 2009). Beden kütle indeksi 22 kg/m<sup>2</sup>'den az olan bireylerde kardiyovasküler hastalık riski,

malnütrisyon ve ya diğler sistemik hastalıklar görölme olasılığı yüksektir (Bogers ve ark., 2007). Obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen diyabetli hastalarda kardiyovasküler hastalık riski ve kardiyovasküler sebeplerden dolayı mortalite oranları karşılaştırıldığında bariatrik cerrahi geçiren hastaların risklerinin sırasıyla %49 ve %59 oranında azaldığı bulunmuştur (Eliasson ve ark., 2015).

### **Hipertansiyon**

Hipertansiyon, obezitenin en ölümcül ve yaygın sonuçlarından birisi olarak kabul edilmektedir. Obez bireylerde, sodyum homeostazisinin ve hemodinaminin bozularak renal disfonksiyona yol açması, hipertansiyon gelişmesinde rol oynayan önemli etkenlerdendir (Susic ve Varagic, 2017). Özellikle 50 yaş üstü obez kadınlarda hipertansiyon riskinin oldukça fazla olduğu belirtilmektedir (Macia ve ark., 2016).

### **Metabolik Komplikasyonlar**

Tip 2 diyabette en önemli risk faktörlerinden birisi obezitedir. Tip 2 diyabetli çoğu insan obez ve visseral obezite tip 2 diyabetin gelişmesinde hazırlayıcı faktörlerden en önemlisi olarak kabul edilmektedir. Ancak obez insanların hepsinde tip 2 diyabet gelişmediği de belirtilmektedir (<http://sbu.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 10 Ekim 2017). Tip 2 diyabetin insidansı BKİ, kilo artışı, vücut yağ oranı ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Kushner ve ark., 2013). Visseral yağlanma, farklılaşmış ve glikoz homeostazisini bozan adipoz dokular ve sitokinlerin/adipokinlerin üretimini değişmesi ve düşük derecede kronik inflamasyon gibi çeşitli mekanizmalarla insülin direnci ile obezitenin ilişkisi kurulmaktadır (<http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/>, Erişim Tarihi: 13 Şubat 2017). Dünya çapında artan obezite ile birlikte 2040 yılına kadar tip 2 diyabetli insanların sayısının 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (<http://www.diabetesatlas.org/>, Erişim Tarihi: 13 Şubat 2017).

### **Solunum Sistemi Hastalıkları**

Obezite ile uyku apne sendromu arasında güçlü pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Pop ve ark., 2013; Pleava ve ark., 2016). Obstrüktif uyku apne sendromu olan hastaların uykularının bölünmesi gün içinde aşırı uykusuzluğa yol açmakta ve bu durumun obezite için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada uyku süresi azaldıkça kilo artışı, apektit ve insülin direncinin arttığı açık ve net bir şekilde ortaya konmuştur

(Panossian ve Veasey, 2012). İngiltere’de yapılan bir çalışmada obez ve 50 yaş üstü erkeklerin %1’i, kadınların %0.24’ünde uyku apnesi sendromu (OSAS) olduğu saptanmıştır (Wall ve ark., 2012).

### **Sindirim Sistemi Hastalıkları**

Literatürde gastroözofajial reflü hastalığı (GÖRH) ile obezite arasında bir ilişki olduğu açıkça belirtilmektedir. Visseral yağlanma, östrojen seviyesi ya da artan gastrik asit sekresyonu ile helicobakter pilorinin azalması gibi birçok faktör obezite ile GÖRH ilişkisini açıklamaktadır (Mion ve Dargent, 2014). Obezitenin sadece GÖRH semptomlarının ortaya çıkmasında değil aynı zamanda erozif özofajit, Barret’s özefagus ve özefagus adenokarsinomu gibi GÖRH komplikasyonlarına da zemin hazırladığı belirtilmektedir (Emerenziani ve ark., 2013). Bunun yanında obez bireylerde hiatal herni ile GÖRH’nin bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir ve morbid obez bireylerin %40’ında hiatal herni görüldüğü saptanmıştır (Che ve ark., 2013). Ayrıca 50 yaş üstü obez kadınların yaklaşık %20-52.6’sının hiatal herni tanısı aldığı da belirtilmektedir (Kasotakis ve ark., 2011).

Obezite non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH) için güçlü bir risk faktörüdür. Hem BKİ hem de visseral yağlanma NAYKH’de risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Chalasanı ve ark., 2012). Artan obez nüfusla birlikte NAYKH olan hastaların sayısının da artacağı öngörülmektedir (Vernon ve ark., 2011).

### **Genitoüriner Sistem Hastalıkları**

Obezite, polikistik over sendromunun gelişmesinde önemli rol oynayan hipotalamus-hipofiz-over ekseninin anormal olarak çalışması ile bağlantılı bulunmaktadır. Aşırı kilolu ya da obez kadınların çoğunda polikistik over sendromunun görüldüğü belirtilmektedir (Legro, 2012). Polikistik over sendromunun prevalansının BKİ arttıkça büyük ölçüde arttığı saptanmıştır (Teede ve ark., 2013).

Üriner inkontinans ile BKİ arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin varlığı kanıtlanmış durumdadır (Dumoulin ve ark., 2016). Abdominal yağlanmanın artması ile mesane içi basınç, üretral hipermobile artmakta ve artan intraabdominal basınçla detrusör

instabilitesi meydana gelmektedir. Tüm bu faktörler üriner inkontinansla obezite arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (Matthews, 2014).

### **Kanser**

Obez bireylerde kanser görülme riski daha fazla olduğu, kilo ve kiloyla ilişkili faktörlerin (fiziksel aktivite, yeme alışkanlıkları gibi) kanser tanı ve prognozunu etkilediği belirtilmektedir (Meyerhardt ve ark., 2010; Demark-Wahnefried ve ark., 2012; Chan ve ark., 2014; Lee ve ark., 2015). Kanser 10 tipinin (özefagus, meme, karaciğer, böbrek, safra kesesi, pankreas, kolon, prostat, over, uterus) aşırı kiloluluk veya obezite ile ilişkili bulunmaktadır. Obezite sadece kanser gelişmesiyle değil aynı zamanda yaşam süresini ve tedaviye cevabı azaltan, hızlı metastaza zemin hazırlayan bir durumdur (Hursting ve ark., 2015).

### **Kas İskelet Sistemi Hastalıkları**

Artrit her beş kişiden birinde görülmekte ve artrit görülen bireylerin %40'ının obez olduğu belirtilmektedir (<https://www.cdc.gov>, Erişim Tarihi: 21 Mart 2017). Kadın cinsiyet ve obez olmak artrit için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (De Angelis ve Chen, 2013). Ayrıca tanı konmuş hastalarda tedavi sırasında hasta kaynaklı sonuçları ve hastalığın seyirini negatif etkilemektedir (Liu ve ark., 2017).

### **Psiko-sosyal Komplikasyonlar**

Depresyon, obez bireylerde en sık görülen psikososyal komplikasyon olarak kabul edilmektedir. Obezite ile depresyonun yakından ilişkisinin olduğu birçok çalışma ile ortaya koyulmaktadır (Luppino ve ark., 2010; Faith ve ark., 2011; Oyekcin ve ark., 2011). Aynı zamanda anksiyete ve depresyon da kilo alımını artıran sebepler arasında görülmektedir (Brumpton ve ark., 2013).

Obezitenin, sağlık risklerinin de ötesinde, bir kişinin kendi fiziksel ve ruhsal sağlık statüsüne, sosyal ilişkilerine ve çevresel ve ekonomik faktörlere bağlı olarak, bireyin kendi iyilik halini değerlendirmesi olarak tanımlanan yaşam kalitesini (QoL) olumsuz etkilediği de gösterilmiştir. Aynı zamanda obezite ile birlikte yol açtığı hastalıklarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Kolotkin ve Andersen, 2017).

### **2.1.3. Obezitede Tedavi**

#### **Beslenme Tedavisi**

Alınan enerji miktarının harcanan enerji miktarından fazla olması durumunda obezite kaçınılmaz bir hale gelmektedir. Beslenme tedavisi, obezitenin en önemli tedavi yöntemlerinden biridir. Beslenme tedavisinin amacı, bireylere besin gereksinimlerine göre yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak, hatalı yeme alışkanlıkları yerine doğrularını kazandırmak, ideal vücut ağırlığına ulaşmak ve istenen kiloyu korumaktır (<http://www.turkendokrin.org>, Erişim Tarihi: 03 Nisan 2017). Beslenme tedavileri makro besin öğelerinin değişimini içermektedir. Bunlar, düşük karbonhidratlı, düşük yağlı ve düşük glisemik yüklü diyetlerdir (Dietz ve ark., 2015). Bu diyet çeşitlerinin kilo verme ve obeziteyle alakalı komorbid hastalıklarla ilişkisi incelendiğinde ilk altı ayda önemli derecede kilo kaybı gerçekleştiği ancak, 12-24 ayda diyetlerle kilo kaybı arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Sacks ve ark., 2009).

#### **Egzersiz Tedavisi**

Fiziksel aktivite, enerji tüketimin en değişken bileşenidir ve total enerji tüketiminin %20-40'ını oluşturmaktadır. Buna rağmen sedanter yaşam hızla artmaktadır (Dietz ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü Fiziksel Aktivite Rehberinde; yetişkinler için haftada ikiden fazla orta tempoda 150 dakika yürüme ve kas germe aktiviteleri önerilmektedir (<http://apps.who.int>, Erişim Tarihi, 04 Nisan 2017). Haftada 0.5-1 kg kilo kaybı için her gün 500-1000 kalori yakmaya ihtiyaç vardır. Bu da genellikle obez hastalar için mümkün olmamaktadır. Ancak fiziksel aktivite ve beslenme tedavisinin birlikte kullanımını kilo kaybını kolaylaştırmaktadır (Pearson ve Grace, 2012).

#### **Davranış Tedavisi**

Obezite tedavisinde son yıllarda diğer tedavilerin yanında tamamlayıcı olarak davranış tedavisi yer almaktadır. Davranış tedavisi, öğrenme ilkeleri üzerine temellenmektedir (Kahraman ve ark., 2014). Bu tedavinin amacı bireyin fiziksel aktivite seviyesini ve yeme alışkanlıklarını gözleyerek ve değiştirerek yaşam tarzında uzun dönem değişimleri yaratmak (<https://www.nhmrc.gov.au>, Erişim Tarihi: 04 Nisan 2017) ve olumsuz davranışların yerine ise olumluları kazandırmak hedeflenmektedir (Tam ve Çakır, 2014). Davranış tedavisinin diğer kilo verme yöntemleri ile birlikte kullanıldığı zaman etkin

sonuç verdiği belirtilmektedir (Belalcazar ve ark., 2010; Silva ve ark., 2010; Teixeira ve ark., 2010).

### **Farmakolojik Tedavi**

Beden Kütle İndeksi  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olan ve diğer tedaviler ile kilo kontrolü sağlanamayanlarda, BKİ  $\geq 27-29.9$  kg/m<sup>2</sup> olan ve obeziteyle ilişkili komorbid hastalığı olanlarda ve BKİ  $\geq 25-29.99$  kg/m<sup>2</sup> olup bel çevresi erkekler için 102, kadınlar için 88 cm ve üzeri olan hastalarda obezitenin farmakolojik tedavisi uygulanabilmektedir (<http://www.turkendokrin.org>, Erişim Tarihi: 4 Nisan 2017). Farmakolojik tedavi genellikle %5-10 kilo kaybı ile sonuçlanmaktadır (Bray ve ark., 2016). Farmakolojik tedavi tek başına kullanılmasından çok diğer tedavi ile kullanıldığında kilo kaybında başarılı olmaktadır (Apovian ve ark., 2015).

### **Cerrahi Tedavi**

Obezite, cerrahi ve cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Ancak obez bireylerin aradığı etkili tedavi yöntemleri oldukça sınırlıdır (Laddu ve ark., 2011). Obezite cerrahisinin doğası göz önüne alındığında diğer kilo verme yöntemlerine göre daha etkili olduğu, morbidite ve mortalite oranını azaltmada, yaşam süresini uzatmada ve yaşam kalitesini artırmada daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Sınıf I, A düzeyi kanıt) (<http://www.sages.org/>, Erişim tarihi: 4 Haziran 2016; Dodsworth ve ark., 2010; Gloy ve ark., 2013; Topuz ve ark., 2014).

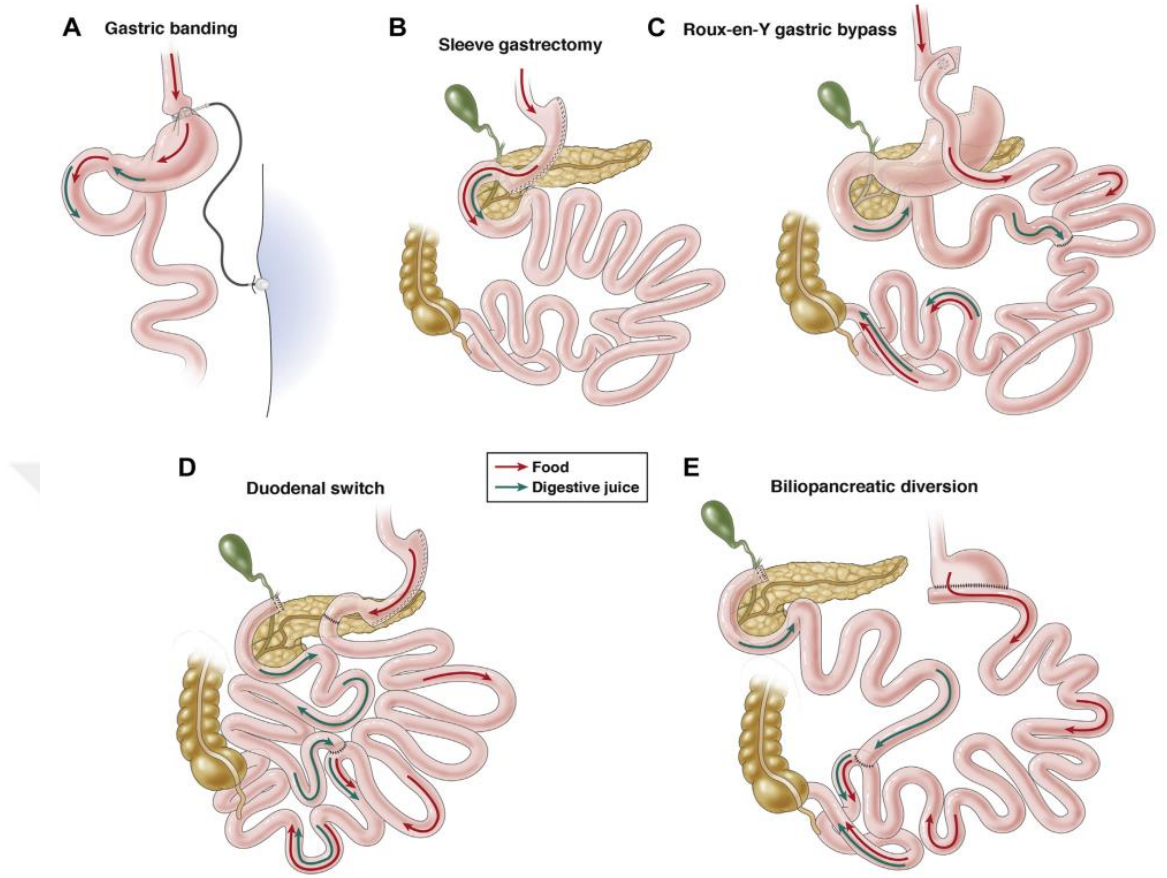
Elder ve Wolfe (2007)'e göre obezite cerrahisi; "Gastrik kısıtlama ve malabsorbsiyonla birlikte davranış değişikliğinin sağlanması ve iştahı etkileyen nöral, endokrin sinyallerle tokluğun sağlanması"dır (Elder ve Wolfe, 2007; Taşkın ve ark., 2015). Obezite cerrahisinde çeşitli yöntemler kullanılmakta, kilo kaybı restriktif (kısıtlayıcı) ve/ya da malabsorbsiyon yoluyla sağlanmaktadır. Restriktif; ayarlanabilir gastrik band (AGB), gastrik segmentasyon, sleeve gastrektomi (SG) (Buchwald, 2012c; Lim ve ark., 2012), malabsorbif; biliopankreatik diversiyon (BPD) ve (Dodsworth ve ark., 2010; Buchwald, 2012a), hem malabsorbif hem de restriktif olanlar ise Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB) (Buchwald, 2012b) yöntemleridir. İntragastrik balon, endoluminal sleeve, ileal transpozisyon, duodeal-jejunal eklüzyon, endoluminal prosedürler ve eksternal gastrik plikasyon kullanılan diğer yöntemlerdendir (Buchwald, 2012d).

Obezite cerrahisi 1950'lerde yapılmaya başlanmış olup günümüze kadar gelmiştir. İlk olarak geliştirilen cerrahi teknik Jejenoileal Bypass (JIB) olmuştur. İlk aşamada yüksek oranda kilo kaybıyla başarı sağlanmasına rağmen daha sonra obezite ve komorbid hastalıkların artmasıyla ameliyat sonrası çeşitli komplikasyonlar (diyare, elektrolit dengesizlikleri, karaciğer hasarı gibi) ortaya çıkmaya başlamıştır. Sonrasında hekimler daha iyi sonuçlar almak için yeni teknikleri aramaya başlamışlardır ve sırasıyla RYGB, gastroplastisi, BPD ve DS, AGB, SG ve minimal invaziv teknikler ortaya çıkmıştır (Pfeiffer ve Kothari, 2016). Birçok cerrahi yöntem olsa da RYGB, SG, AGB, BPD ve DS en çok kullanılan yöntemlerdendir (Şekil 2.1) (Vidal ve ark., 2017).

### **Gastrik Band**

Tamamen kısıtlayıcı bir girişim olup, minimal invaziv ve ya açık yaklaşımla proksimal mide etrafına silikon band yerleştirilerek bir seferde tüketilen katı gıdaların miktarının azaltılmasını hedefler. Gastrik band ile diğer prosedürler karşılaştırıldığında gastrik bandın uzun dönemde komplikasyonlarının çok olması sebebiyle, hekim ve hastalar tarafından tercih edilen bir yöntem olmaktan çıkmıştır (Dargent, 2017; Lazzati ve ark., 2017; Sudan ve ark., 2017).





**Şekil 2.1.** Obezite cerrahi prosedürleri. (A) Gastrik band, (B) Sleeve gastektomi, (C) Roux-en-Y gastrik bypass, (D) Duodenal switch, (E) Biliopancreatik diversiyon (Vidal, J; Corcelles, R; Jimenez, A; Flores, L; Lacy, A. *Metabolic and Bariatric Surgery for Obesity*. *Gastroenterology*. 2017; 152 (7): 1780-1790)

### Sleeve Gastrektomi

Kısıtlayıcı bir operasyon olan SG, midenin küçük kurvaturaya paralel şekilde, antrum ve gövde kısmının büyük kısmının çıkarılmasını ve midenin uzun dar bir tüp şeklinde bırakılması işlemidir (Barrett ve Burch, 2015). Obezite cerrahisinde en çok tercih edilen prosedür olup 2014 yılı verilerine göre 37.872 SG gerçekleştirilmiştir. Uluslararası Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Federasyonu (IFSO-the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders) 2013 yıl verileri ile karşılaştırıldığında SG, ortalama % 9'luk bir artış ile en çok artış gösteren prosedür olmuştur (Angrisani ve ark., 2017).

### Roux-en Y Gastrik Bypass

Hem kısıtlayıcı hem de malabsorbtif bir girişim olup açık ve minimal invaziv tekniği ile uygulanabilmektedir. Bu teknikte minik bir gastrik poş yaratılır ve bu kısım ile jejunum

anastomoz edilir. Daha önce kullanılan tekniklerle karşılaştırıldığında daha fazla kilo kaybı sağladığı belirtilmektedir (Avşar, 2015; Higa, 2015 ). Roux-en Y Gastrik Bypass, IFSO 2014 yılı verilerine göre dünyada yapılan obezite cerrahileri arasında % 39.6 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır (Angrisani ve ark., 2017).

### **Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch**

Tüm ameliyat prosedürleri arasında en fazla kilo kaybını sağlayan yöntem olmasına rağmen en az uygulanan cerrahi yöntemdir. Çünkü iyi düzeyde teknik beceri ve deneyim gerektirmektedir. Hem kısıtlayıcı hem de malabsorbif bir girişimdir (Toydemir ve Tekin, 2015). İlk zamanlarda BPD olarak uygulanmaya başlanan prosedür daha sonra oluşan komplikasyonlar nedeni ile DS olarak uygulanmaya devam edilmiştir. Biliopankreatik diversiyonda; distal gastrektomiye ek 250 cm distal Roux kolu ile midenin proximal kısmı ve uzun biliopankreatik kol ile ileoçekal valvden 50 cm'lik kısmı kısa kanal oluşturmak için anastomoz edilmektedir (Prachand ve Hussain, 2015). Duedonal switchin BPD'den farkı ise vertikal gastrektomi yerine sleeve gastrektomi yapılması ve Roux kolunun duodenumun proksimal kısmına anastomoz edilmesidir (Fei ve Bonanni, 2016).

Bireylerin cerrahi operasyon geçirebilmesi için belirli kriterlere sahip olması gerekmektedir. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü (Naghavi ve ark., 2017), bireylerin cerrahi tedaviye uygunluk şartlarını 1991 yılında belirlemiştir (NIH, 1992). Bireyler, Tablo 2'de gösterilen bu şartları sağladıkları sürece ameliyat edilmektedir. Tablo 3'te ise Türkiye'de obezite cerrahisinin endikasyonları yer almaktadır (<http://www.temd.org.tr>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2017). Angrisani ve arkadaşlarının dünya çapında yaptıkları çalışmada, 2014 yılında dünyada yaklaşık 579,517 obezite cerrahisinin yapıldığı belirtilmiştir (Angrisani ve ark., 2017). Türkiye'de ise bu sayının 6347 olduğu belirtilmektedir. Bu sayının günden güne artacağı öngörülmektedir. Literatürde birçok cerrahi yöntem belirtilmiş olsa da hepsinin avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Cerrahi yöneme karar verilirken, oluşabilecek komplikasyonlar, morbid hastalıklar ve istenen kilo kaybı göz önünde bulundurulmalıdır (Mihmanlı ve ark., 2015). Obezite cerrahisinin endikasyonları ülkelere göre değişiklikler gösterebilmektedir.

**Tablo 2.2.** Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsüne göre obezite cerrahisi endikasyonları (NIH, 1992)

<ul style="list-style-type: none"><li>• BMI &gt;40 kg/m<sup>2</sup> veya BMI&gt;35 kg/m<sup>2</sup> birlikte ek hastalık (tip 2 diyabet, hipertansiyon (Lim ve ark., 2012), uyku apnesi, hiperlipidemi) olması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ameliyat riskinin kabul edilir olması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrahi dışı tedavilerin başarısız olması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Psikiyatrik olarak stabil, alkol ve ilaç bağımlılığının olmaması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın iyi motivasyonlu, ameliyatı ve sekellerini biliyor olması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrahinin getireceği yaşamı engelleyecek medikal problemlerin olmaması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontrolsüz psikotik ve depresif bozukluğun olmaması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aile ve sosyal çevre desteğinin tam olması</li></ul>

**Tablo 2.3.** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin obezite tanı ve tedavi kılavuzuna göre obezite cerrahisi endikasyonları (<http://www.temd.org.tr>, Erişim tarihi: 26 Mayıs 2017)

<ul style="list-style-type: none"><li>• BKİ &gt;40 kg/m<sup>2</sup> olması</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• BKİ &gt;35 kg/m<sup>2</sup> ve obezite ile ilişkili komorbiditelerin (tip 2 diyabet, OSAS (obstrüktif sleep apne sendromu), ciddi HT vb.) tıbbi tedavi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol edilememesi.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cerrahi dışı yöntemleri daha önce uygulamış fakat başarısız olması</li></ul>

#### 2.1.4. Obezite Cerrahisinin Sonuçları

Obezite cerrahisi, obezite ile ilgili komorbidlerin iyileşmesi ve çözümlenmesinde, uzun süreli kilo kaybında etkili sonuçlar vermektedir. Obezite cerrahisinin fiziksel sonuçları son 10 yıldır başarılı sonuçlar gösterse de (Dimick ve ark., 2013) en büyük yararı morbidite ve mortalite üzerine olmaktadır. Obezite cerrahisinin mortalite oranını %30-40 oranında azalttığı vurgulanmaktadır (Hanipah ve Schauer, 2017). Bu faktörlerin var olmasına rağmen cerrahi sonrası mortalitenin (%0.08-0.35) düşük olduğu ancak tekrarlı hastaneye yatışlarının fazla olduğu belirtilmektedir (Chang ve ark., 2014; Schauer ve ark., 2016). Cerrahi sonrası morbidite ve mortaliteye neden olan birçok faktör belirtilmiştir. Bunlar; erkek cinsiyet, yaş, miyokardiyal iskemi, kanama bozuklukları, inme, hipertansiyon, diyabet, yüksek BKİ ve açık cerrahidir.

Cerrahi prosedürler karşılaştırıldığında, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass (LRYGB) ve Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB)'a göre, cerrahi sonrası kısa ve orta vadede en düşük morbiditeye

ve komplikasyonlardan doğan tekrarlı operasyonların en düşük yüzdesine sahip olduğu belirtilmektedir (LRYGB 6.6%, LAGB 14.6%, LSG 1.8%) (Fridman ve ark., 2013). Aynı zamanda LSG'nin güvenli ve etkili bir obezite cerrahisi yöntemi olduğu belirtilmektedir (Berger ve ark., 2016). Özellikle LSG sonrası bir yılda bireyler kilolarının %28.9'unu kaybetmektedirler (Springer ve ark., 2017). Beş ve sekiz yıllık uzun dönemlerde de LSG sonrası kilo kaybı oranları sırasıyla %25.1 ve %22.9 olarak kaydedilmiştir (Gadiot ve ark., 2017). Beş yıllık LSG hasta sonuçlarına baktığımızda cerrahi sonrası BKİ'de %10.6 kg/m<sup>2</sup> azalma görülürken, hastaların %20'sinin tekrar kilo aldığı belirtilmektedir (Chou ve ark., 2017). Obezite cerrahisinin obstrüktif sleep apne sendromu (OSAS) üzerine direk etkisinin olup olmadığı hala araştırılsa da ameliyat sonrası OSAS oranlarında azalma görüldüğü bariz bir şekilde belirtilmektedir (Dixon ve ark., 2012; Wolfe ve ark., 2016). Aynı zamanda obezite cerrahisi sonrası Tip-2 DM (Tip-2 Diyabetes Mellitus) ve kardiyovasküler hastalıklarda iyileşme sağlandığı saptanmıştır (Wentworth ve ark., 2014; Schauer ve ark., 2016; Wu ve ark., 2016; Schauer ve ark., 2017). Uluslararası Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Federasyonu (IFSO)'ya göre Tip-2 DM'li obez bireylerde obezite cerrahi sonrası; glisemik kontrolde büyük oranda gelişme olduğu (1. Düzey), ilaç kullanımının azaldığı (1. Düzey), kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin azaldığı (1. Düzey), kalp krizi, inme, kanser ve mortalite oranının azaldığı (2. Düzey), kilo kaybının arttığı (1. Düzey) ve daha iyi yaşam kalitesi sağladığı (1. Düzey) kanıtlanmıştır (<http://www.ifso.com>, Erişim Tarihi: 12.10.2017).

Obezite cerrahisinin birçok olumlu etkisi olmakla birlikte ameliyat sonrası ve ya sonrası bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Cerrahi sonrası yada erken dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar intestinal kaçaklar, barsak tıkanıklıkları, pulmoner emboli, enfeksiyon, bulantı ve kusmadır (<https://www.uptodate.com>, Erişim Tarihi: 4 Ekim 2017; Mohamed ve ark., 2017). Geç dönem komplikasyonlar ise safra kesesi hastalıkları, herni, reflü, dumping sendromu, böbrek taşı, vitamin ve mineral eksiklikleridir (Patil ve Melander, 2015; Drake ve ark., 2016; Coblijn ve ark., 2017; Espino-Grosso ve Canales, 2017).

### 2.1.5. Obezite Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, bireyin amaçları, umutları, standartları, endişeleri ile ilişkili olup bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır (<http://www.who.int>, Erişim tarihi: 30 Mayıs 2016). Yaşam kalitesi, sağlık ve hastalıkla ele alındığında yaşam kalitesinin diğer yönlerinden ayırmak için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve fiziksel, duygusal, sosyal ve zihinsel işlevsellik ile ilgili kavramları içermektedir (<http://www.cdc.gov>, Erişim tarihi: 3 Haziran 2016).

Literatürde obez bireylerin normal kilolu bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Sarwer ve Steffen, 2015; Wiklund ve Olsén, 2015). Aşırı kilonun obez bireylerin sağlık durumlarında olumsuz sonuçlara, yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olduğu birçok kaynakta açıkça belirtilmektedir (Hachem ve Brennan, 2016; Kolotkin ve Andersen, 2017). Obezite cerrahisinde ikincil amaç bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesidir (de Jong ve Hinnen, 2017). Obezite cerrahisinin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi uluslararası alanda yapılan çalışmalar ile ispatlanmış durumdadır (Pilone ve ark., 2012; Khandalavala ve ark., 2015; Lindekilde ve ark., 2015; Risstad ve ark., 2015; Vegel ve ark., 2017). Elrefai ve arkadaşları (2017)'nin yaptığı çalışmada, cerrahi sonrası ilk üç yıllık süreçte cerrahi prosedür (LRYGB, LSG, LAGB ve BPD/DS) ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, postoperatif yaşam kalitesi ile cerrahi sonrası kilo kaybı arasında ise güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Elrefai ve ark., 2017).

Cerrahi sonrası komorbiditelerin azalması ve kilo kaybıyla birlikte yaşam kalitesinin arttığı kanıtlanmış (Robert ve ark., 2013) olsa da yaşam kalitesinin artmasının tek sebebinin kilo kaybı ve komorbidlerin azalması olarak görülmemesi gerektiğini savunanlar da mevcuttur (Apovian ve ark., 2013; Stolzenberger ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların yaşam kaliteleri hastalığa özgü bir ölçekle ölçülmüş ve özellikle kadın hastalarda ve ameliyat sonrası iki yıldan sonra yaşam kalitesinde en çok artış görülmüştür. Yaşam kalitesindeki bu artışın kilo kaybından çok Tip-2 DM ve uyku apnesi gibi komorbid durumların büyük oranda iyileştirilmesi ile ilişkilendirilmektedir (Charalampakis ve ark., 2015). Risstad ve

arkadaşlarının (2015) obezite ile ilişkili hastalığı olan ve olmayan obez bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada; her iki hasta grubunun ameliyat öncesi ve ameliyattan iki yıl sonraki dönem de yaşam kalitelerinin benzer olduğu bulunmuştur (Risstad ve ark., 2015).

Obezite cerrahisi sonrası fiziksel yaşam kalitesi büyük oranda artarken, mental sağlık ve psikososyal fonksiyonlar açısından yaşam kalitesinde ciddi bir artış sağlanamamaktadır (Lindekilde ve ark., 2015; Magallares ve Schomerus, 2015; Hachem ve Brennan, 2016). Depresyon ve obezite arasında güçlü bir ilişki olduğu, her iki durumda da uyku problemleri, düzensiz yeme davranışları, yorgunluk, negatif beden imajı gibi ortak semptomların bulunduğu bildirilmektedir (Zhao ve ark., 2011). Obezite cerrahisi sonrası iyileşen hastaların kendilerine zarar verme davranışlarının ve depresif belirtiler gösterme riskinin arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Backman ve ark., 2016; Bhatti ve ark., 2016; Morgan ve Ho, 2017). Bhatti ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada; obezite cerrahisi geçiren her 1000 hastadan 2.33-3.63'ünün kendine zarar verme davranışında bulunduğu rapor edilmiştir (Bhatti ve ark., 2016). Tüm bunlar obezite cerrahisi ile yaşam kalitesi arasındaki olumlu ilişkiyi tutarsızlaştırmaktadır. Obez bireylerde hastalıkların ve obezitenin getirdiği durumlar, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve sadece fiziksel egzersizi tolere edememe, hareket problemleri, ağrı gibi fiziksel boyutuna değil, kendilerini kabullenememe, artmış stres seviyesi, azalmış benlik saygısı ve ruh hali ya da depresif durumlar dahil olmak üzere yaşam kalitesinin ruhsal yönlerini de etkilemektedir (Major ve ark., 2015).

Yaşam kalitesinin en önemli parametrelerden olan beslenme, obez bireyler için daha büyük önem taşımaktadır. Obezite bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmese de patolojik yeme davranışları, aşırı yeme, gece yemek yeme, sağlıksız kilo kontrolü gibi özellikler obez bireylerde de görülmektedir (Sanchez-Carracedo ve ark., 2012; APA, 2017; da Luz ve ark., 2017). Ameliyat öncesi yeme bozukluğu olan obez bireylerin, ameliyat sonrası kilo kayıplarının daha az, komplikasyon oranlarının ise daha fazla olduğu bildirilmektedir (Dodsworth ve ark., 2010; Livhits ve ark., 2012; Conceição ve ark., 2015).

Obezite ile birlikte yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psikososyal sonuçlardan birisi de stigmadır. Obezitenin getirdiği stigma genellikle eğitim, istihdam, sosyalleşme ve sağlık hizmetleri alanındaki önyargı ile ilişkilendirilmektedir (Wee ve ark., 2013). Obez bireyler, sıklıkla karşılaşılan sosyal damgalamaya olası bir tepki olarak toplumsal ilişkiden kaçınırlar ve bu sosyal ağ eksikliğinin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (Santos ve ark., 2012). Bunların yanında işsizlik ile obezite arasında bir bağlantı olduğu açıktır. Yapılan bir metaanaliz de obezite cerrahisinin mesleksahibi olmayı olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Sharples ve Cheruvu, 2017).

Obezitenin, hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği ve bu durumun yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir (Sarwer ve ark., 2012). Obezite cerrahisi sonrası kilo kaybının, cinsel fonksiyonda artış sağladığı belirtilmektedir (Bond ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi sonrası cinsel yaşam kalitesinin, cerrahi öncesi yeme alışkanlıklarına ve depresyon düzeylerine bağlı olarak değiştiği gösterilmiştir (Brunault ve ark., 2015). Bariatrik cerrahinin beden imajı, yaşam kalitesi ve cinsellik gibi birçok durumda olumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir (Sarwer ve Steffen, 2015).

Artan sağlık problemleri, azalan fiziksel fonksiyon, hareket güçlükleri bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bir diğer faktördür. Obez bireylerin kilo verme esnasında mutlaka fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir (www.nice.org.uk, Erişim Tarihi: 29 Nisan 2018). Ayrıca obez birey, yapılan fiziksel aktivite ile komorbid hastalıklardan da korunmaktadır (Fogelholm, 2010; Unick ve ark., 2013). Obez bireylerin cerrahi öncesi fiziksel aktivitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Bond ve ark., 2010b). Ameliyat öncesi ve sonrası hem objektif hem sübjektif olarak fiziksel aktivite düzeyleri belirlemek amacı ile yapılan çalışmada da yalnızca bir hastanın verdiği aktivite raporu objektif ölçüm sonuçlarıyla eşleşmiştir (Bond ve ark., 2010a).

Obez bireylerin bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesinin fiziksel boyutunda iyi yönde gelişme kaydedilirken, mental sağlık açısından bir gelişme görülmediği vurgulanmaktadır (Hachem ve Brennan, 2016). Yapılan bir meta analizde de bariatrik cerrahi sonrasında yaşam kalitesinin fiziksel yönlerinde görülen iyileşmelerin, mental yönden daha fazla olduğu belirtilmektedir (Lindekilde ve ark., 2015). Bir diğeri ise

bariatrik cerrahinin yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental yönlerini olumlu yönde artırdığının altını çizmektedir (Magallares ve Schomerus, 2015).

#### **2.1.6. Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı**

Obezite cerrahisinde hasta bakımı hem fizyolojik hem de psikolojik bakımı içeren benzersiz bir yaklaşım gerektirmektedir. Obezite cerrahi hemşiresi, obezite cerrahisi hastalarının bakımında özelleşmiş kişilerdir ve belirli yeterliliğe sahip olması gerekmektedir (<https://asmbs.org>, Erişim Tarihi:10 Ekim 2017). Yeterlilik, obezite cerrahisi hastasına bakım vermek için belirli bir iş fonksiyonunu gerçekleştirmede ihtiyaç olan gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışlara sahip olmaktır. Gelişen yeterlilikle birlikte hemşire, obezite cerrahisi hastasının sağlık seviyesini ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında geliştirmek amaçlı ihtiyaç duyacağı bilişsel, kişiler arası ve teknik becerileri kullanmalıdır. Cerrahi öncesi hastanın pozitif deneyimlerini artırarak başarılı sonuçlar elde etmek ve bireyin yaşam kalitesini iyileştirmek için güvenli, saygılı bütüncül bakımın sağlanabileceği bir ortam oluşturulmalıdır (Twedell ve ark., 2009; Bushey, 2010).

Obezite cerrahisi, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemekte, bireyin fiziksel ve psikolojik bir dizi değişim yaşamalarına yol açmaktadır. Obezite cerrahisi hastalarının ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımında; olası komplikasyonları önlemek, mevcut olanları tedavi etmek, cerrahi öncesi aktivitelere başlamak, destek sağlamak, uygun bakımı sunmak ve ameliyat sonrası takip etmek multidisipliner ekip tarafından hedeflenen kriterlerdir (<https://www.england.nhs.uk>, Erişim Tarihi:10 Ekim 2017). Bu multidisipliner ekibin üyesi olarak hemşire, eğitim yapma, bakım sunma, komplikasyonları önleme, iyilik durumunu belirleme ve hastanın yeni yaşam tarzına uyumunu sağlamada önemli rol üstlenmektedir (Duo ve ark., 2015). Obezite cerrahisi geçirecek olan hastalarda etkili hemşirelik bakımı ve müdahaleleri, klinik sonuçları sürdürme ve saptamada temel oluşturmaktadır. Hemşire, ameliyat öncesi ve sonrası hastayı fizyolojik ve psikolojik yönden değerlendirmeli, desteklemeli ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı uygun bakımı sağlamalıdır (Mulligan ve ark., 2009; Hawn ve Doane, 2011; Neil ve Roberson, 2015).



## **Ameliyat Öncesi Değerlendirme**

Ameliyat öncesi değerlendirmede öncelikle hastanın temel değerlendirmesi ve hasta eğitimi göz önünde bulundurulmalıdır. Ameliyat öncesi hemşirelik değerlendirmesi; hastanın tıbbi öyküsü, komorbidlerin tanımlanması, şu anki solunum, dolaşım ve cilt değerlendirmesi, şu anki BKİ ve kilosu, kullandığı ilaçlar ve reflü, diyabet gibi hastalık hikayelerinin sorgulanmasını içermektedir (Neil, 2013).

Yapılacak olan cerrahi işlemin başarısı, multidisipliner ekibin yaklaşımına bağlıdır. Ekip, hastayı iyi bilgilendirme, motive etme diyet programları yaşam stili değişiklikleri ve davranışsal değişiklikleri içeren uzun dönem bakıma katılmaya isteğini artırmada önemli rol oynamaktadır (Apau ve Whiteing, 2011). Hemşire, hastanın optimal sağlığını sürdürmeye odaklanmalıdır. Dolayısıyla ameliyat öncesi dönemde hastanın stresini ve stresörlerini belirlemeli ve stresle baş etmesini geliştirecek müdahalelerde bulunmalıdır. Planlanan ve yapılan hemşirelik bakımı hasta sonuçları ve girişimler ile birlikte sağlanmalıdır (Monahan, 2014).

Obez hastalara büyük boyutta malzemeler gerektiği için bunların temin edilmesi ve hastalarla olan iletişimde durumun hassasiyetine uygun davranarak rencide edecek konuşma veya davranışta bulunulmamalıdır (Twedell ve ark., 2009). Yine hasta taşınması da hem hasta için hem de personel için güvenlik açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. Birçok çalışma obez bireylere özgü taşıma ekipmanları olsa da bunların sınırlı olduğunu hem hasta hemde çalışan için riskin hala devam ettiği belirtilmektedir (Cowley ve Leggett, 2011; <http://www.hse.gov.uk>, Erişim Tarihi: 10 Ekim 2017). Hastaların solunum fonksiyonları değerlendirilmeli ve aktivite toleransları belirlenmelidir. Satürasyon ve kan gazı takibi de önemli yer tutmaktadır. Uyku-solunum bozuklukları varsa belirlenmelidir. Hastada eğer tanılanmamış uyku apne sendromu varsa ya da Devamlı Pozitif Havayolu Basıncı (CPAP, Continuous Positive Airway Pressure)'ı tolere edemiyorsa perioperatif dönemde hastanın solunum ve kardiyovasküler hastalıklarla ilgili morbidite riski artmaktadır (Joshi ve ark., 2012).

Obez hastalar, diğer hasta gruplarıyla aynı şekilde değerlendirilmelidir. Hastaların vital bulguları özellikle kalp hızı ve kan basıncı aynı zamanda periferik nabızlar da ölçülmelidir. Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü, derin ven

trombozu ya da pulmoner emboli hikayesi sorgulanmalı ve kayıt edilmelidir (Kim ve ark., 2016).

### **Ameliyat Sonrası Değerlendirme**

Ameliyat sonrası değerlendirmede hemşire, mobilizasyon, sıvı elektrolit dengesi, ağrı, yara bakımı, beslenme, emosyonel destek ve eğitim gibi birçok konuda yol gösterici olmalı ve girişimlerde bulunmalıdır. Ameliyat sonrası 24 saat yakın izlem yapılmalıdır ve olası komplikasyon bulguları (taşikardi, solunumda akut değişiklikler ve anormal laboratuvar bulguları gibi) tanımlanmalıdır. Bu bulgular, anastomoz kaçağı ve ya pulmoner emboli gibi komplikasyonların erken habercisi olabilirler (Quidley ve ark., 2014; Brethauer ve ark., 2015). Hasta, derin ven trombozu, solunum sıkıntısı, cilt bütünlüğünün bozulması, besin alımı ve psikososyal açıdan değerlendirilmelidir (Apau ve Whiteing, 2011). Tüm bunları önlemede multidisipliner bir yaklaşımla erken mobilizasyon ve fizyoterapi temel yapılması gerekenlerdendir.

Cerrahi sonrası hastanın beslenmesi sınırlandırılarak hastalar özel bir diyetle (berrak ya da tamamen sıvı içerikli diyet) tabi tutulmaktadır. Taburculuk sonrası hastalar düşük karbonhidrat ve yüksek protein içeren diyetle devam etmektedir. Hastanın ameliyat sonrası süreçte kademeli olarak katı gıdaya geçilmektedir (Leahy ve Luning, 2015). Ameliyat sonrası bir yandan hastanın diyeti ile ilgili bilgisi değerlendirilirken, bir yandan da aldığı diyetin tipi ve miktarı, hastayı bulantı kusma gibi komplikasyonlardan korumak ve takip etmek obezite cerrahisi geçiren hastaların hemşirelik bakımında önemli yer tutmaktadır. Sağlık ekibi ile birlikte, yeni diyetin tüm aşamaları ile anlaşılabilmesi için hastayı destekleyecek eğitim planları yapılmalıdır (Patil ve Melander, 2015).

Obez hastaların ameliyat sonrası doku bütünlüğünün korunması önemlidir. Hastalar, hem basınç yaraları hem de yara yeri komplikasyonları açısından risk altındadırlar. Hemşireler, ameliyat sonrası kanama, hematoma gibi belirtileri izlemeli, hasta öksürürken veya giyinirken yara yerini desteklemeli ve mobilizasyon konusunda cesaretlendirmelidir (Gagnon ve Karwacki Sheff, 2012; Neil, 2013).

Ameliyat sonrası hastaların ağrı yönetiminde ise multimodal bir yaklaşım sergilenmesi gerektiği yüksek düzey kanıt olarak belirtilmiştir (Thorell ve ark., 2016). Hemşirelerin ise hastaların ağrılarını değerlendirmesi ve uygun girişimlerde bulunması büyük önem taşımaktadır.

Ameliyat öncesi dönemde hastalar her ne kadar cerrahi sonrası süreç ile ilgili eğitim alsada, ameliyat sonrası yeni yaşamlarına uyumlarında zorluk yaşayabilmektedirler. Bu nedenle hastaların yeni yaşamlarına uyumunda ve cerrahinin getirdiği olumsuz durumlarla baş etmesinde hemşire, hastaları desteklemeli ve cesaretlendirmelidir (Fencil ve ark., 2015).

Sonuç olarak obez bir hastaya bakım vermek hem zorlayıcı hem de tatmin edici olmaktadır. Hastalar fizyolojik ve psikolojik açıdan karmaşık olabilmektedir. Bu yüzden hemşireler en iyi bakımı sağlamak ve hastaların yaşam kalitelerini artırmakla yükümlüdürler. Bunun için hemşirelerin, gerekli eğitim, uzmanlık ve anlayışa sahip olmaları gerekmektedir. Akut klinik değerlendirme, komplikasyonları tanıma, psikolojik destek, hasta güvenliği faktörler hemşirelerin hasta bakımında olmazsa olmazlarıdır. Tüm bu parametreler doğrultusunda hemşirelerin verdiği bakım hastanın yaşam kalitesini ve ameliyat öncesi ve sonraki sürece uyumunu artırmaktadır (Duggal ve Rubenfeld, 2010).

## **2.2. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama**

Amerikalı psikolog L. L. Thurstone "Var olan her neyse, bir miktar var olur ve ölçülebilir" diyerek var olan her şeyin bir şekilde ölçülebileceğini vurgulamaktadır. Ölçülen nitelik sabit olmayabilir, kişiden kişiye ve durumdan duruma değişebilir. Bu nitelikleri ölçmek için ölçüm araçlarının hazırlanması gerekmektedir (Polit ve Beck, 2010a). Ölçüm araçları iki şekilde hazırlanmaktadır. Bunlar; kendi kültürüne özgü ölçek geliştirme ve farklı kültürde geliştirilen bir ölçeği kendi kültürüne ve diline uyarlamadır (Güngör, 2016). Ölçüm araçlarının başka dil ve kültürlerle adapte edilmesi tüm alanlarda artış gösteren bir uygulama haline gelmiştir. Çok çeşitli dil ve kültüre sahip bir dünyada yaşamanın gerekliliği olarak eğitimde, uygulamada, klinikte ve birçok alanda karar vermemizi desteklemek amaçlı tüm bu ölçüm araçlarının kültürlerarası uyarlanmasına

ihtiyaç duyulmaktadır (Muniz ve ark., 2013). Ölçek uyarlamada izlenmesi gereken aşamalar şu şekildedir.

### 2.2.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/ Dil Uyarlanması

Başka ülkelerde ve dillerde geliştirilen ölçme araçlarını kullanabilmek için izlenen adımların başında dil çevirisi gelmektedir. Bu süreç çabuk ve basit bir süreç değildir. Ölçeğin dil uyarlamasını yapmak için hazırlanmış rehberleri izlemek gerekmektedir (Coster ve Mancini, 2015). Uluslararası Test Komisyonu (International Test Commission-ITC), 1992 yılında 13 kişiden oluşan bir komite oluşturup eğitimsel ve psikolojik testleri farklı dil ve kültürlerle uyarlamak için rehberler oluşturmaya başlamışlardır (Hambleton, 1996; Oakland ve ark., 2001). Hambleton 1994 yılında 22 rehberi harmanlayarak bu doğrultuda dört ana kategori belirlemiştir. Ancak 2017 yılında yayınlanan rehberde göre 18 rehber incelenmiş, kullanım için altı alt kategori belirlenmiş ve bu kapsamda adaptasyon yapılması planlanan projelerde kullanılması için checklist hazırlanmıştır. Altı alt kategori şu şekilde belirtilmiştir; ön koşul, ölçek geliştirme, yönetim, puanlama, yorumlama ve dokümantasyon. Rehberde, ölçek geliştirme alt kategorisinde dil uyarlamasına yer verilmiştir.

**Tablo 2.4.** Çeviri ve ölçek adaptasyonu için ITC rehberlerinin kontrol listesi (www.intestcom.org, Erişim Tarihi: 20 Ekim 2017)

#### Ön Koşul Rehberleri

Herhangi bir uyarlama yapılmadan önce ilgili kişilerden izin alın.

Yapının içerik ile başlığının örtüşme durumunu değerlendirin. Ortaya çıkan sonucun, istenen popülasyon için yeterli olup olmadığını değerlendirin.

İlgili popülasyonda ölçüm aracının kullanım amacıyla alakalı olmayan kültürel ve dil farklılıklarını en aza indirin.

#### Ölçek Geliştirme Rehberleri

Konuyla ilgili uzmanlar seçerek adaptasyon sürecinde hedeflenen popülasyon için psikolojik, kültürel ve dil farklılıklarının göz önüne alındığından emin olun.

Hedeflenen popülasyonda adaptasyonun uygunluğunu artırmak için çeviri tasarım ve prosedürlerinden en uygun olanı kullanın.

Ölçek yapısının ve madde içeriğinin hedeflenen gruptaki herkes için aynı anlama geldiğine dair kanıt sunun.

**Tablo 2.4.** Çeviri ve ölçek adaptasyonu için ITC rehberlerinin kontrol listesi (www.intestcom.org, Erişim Tarihi: 20 Ekim 2017) (Devam)

Ölçek madde formatlarının, derecelendirme ölçeklerinin, puanlama kategorilerinin, ölçek düzeninin ve diğer prosedürlerin hedeflenen popülasyondaki herkes için uygun olduğuna dair kanıt sunun.
Faktör analizi, güvenilirlik değerlendirmesi, küçük ölçekli geçerlik çalışmalarının sağlanması ve uyarlanmış ölçekte gerekli revizyonların yapılabilmesi için pilot uygulama yapın.
Ölçeğin kullanım amacına uygun ve yeterli etki büyüklüğüne sahip ve analizler için uygun özellikte örneklem seçin.
Hedeflenen popülasyon için yapı, madde ve yöntem eşdeğerliği ile ilgili istatistiksel kanıt sağlayın.
Adapte edilen ölçeğin hedef popülasyondaki geçerlik ve güvenilirliğini destekleyen kanıtlar sunun.
Ölçeğin farklı dillerdeki versiyonları ile puanlama skalası arasında bağlantı kurarken uygun veri analiz prosedürleri ve eşleme tasarımı kullanın.
<b>Uygulama Rehberleri</b>
Uygulama şeklinin sebep olabileceği, puanlamayı etkileyebilecek herhangi bir kültür ve dille alakalı problemi ortadan kaldırmak için uygulama talimatları ve materyalleri hazırlayın.
Hedeflenen grupta yakından takip edilen tüm test koşullarını açıkça belirtin.
<b>Ölçek Puanlama ve Yorumlama Rehberleri</b>
Herhangi bir grup puan farklılığını ilişkili uygun bir kaynak referans göstererek yorumlayın.
Puanlamanın rapor edildiği ölçek üzerinde değişmezlik seviyesi belirlendiğinde popülasyon üzerinden yalnızca puanları karşılaştırın.
<b>Dokümantasyon Rehberleri</b>
Ölçek başka bir popülasyonda kullanılmak üzere adapte edildiğinde denkliği desteklemek adına elde edilen kanıtların miktarları da dahil olmak üzere herhangi bir değişikliğin teknik dokümantasyonunu sağlayın.
Ölçeği kullanacaklara, yeni popülasyonda uyarlanmış bir ölçeğin kullanılması ve iyi şekilde uygulanmasını destekleyecek dokümantasyon sağlayın.

Dil çevirilerinde DSÖ'nün önerileri ise dört aşamadan oluşmaktadır. İleri çeviri, geri çeviri için uzman paneli, ön uygulama ve bilişsel görüşme, ölçeğe son şeklini verme, belgelendirme olarak belirtilmektedir. Çeviri yapılan ölçek kabul edilebilir ve doğal olmalı, uygulamada da aynı şekilde uygulanmalıdır. Adaptasyonun odak noktası linguistik eşdeğerlik ile birlikte kültürlerarası ve kavramsal eş değerlik olmalıdır (<http://www.who.int>, Erişim Tarihi: 19 Ekim 2017). Dil eşdeğerliği çeviriyi içerirken

kavramsal eşdeğerlikte anlatılmak istenenin kültüre özgü cümle ve kelimelerle anlatılmasıdır. Bundan dolayı orijinal ölçekte değişimler olabilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

### **2.2.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/ Geçerlik-Güvenirlik**

İyi bir ölçme ve ölçmeyi gerçekleştiren ölçme aracında aranan temel nitelikler geçerlik ve güvenilirliktir. Bunun yanı sıra ölçeğin kullanılabilirliğinin de aranan bir diğer önemli nitelik olduğu belirtilmektedir (Karabasar, 2009).

#### **Geçerlik**

Geçerlik, bir ölçeğin ölçmesi gereken şeyi ölçme derecesidir. Ölçülmek istenenin diğerlerinden bağımsız şekilde ölçülebilmesi gerekmektedir. Geçerlik üç şekilde sınıflandırılmaktadır (DeVellis, 2017).

1. Kapsam/İçerik Geçerliği (Content Validity Index-CVI)
2. Ölçüt Bağımlı /Kriter Geçerlik (Criterion Related Validity)
3. Yapı Geçerliği (Construct Validity)

#### **Kapsam Geçerliği**

Kapsam geçerliğinde ölçeğin içerdiği her alt başlığın ve her maddenin ölçülmek istenenle ilgili olup olmadığını göstermektedir. Örneğin, depresyonun ölçüldüğü bir ölçekte intihar, keyifsizlik gibi maddeleri içermesi beklenirken gastrointestinal kanamayla ilgili maddelerin olması kapsam açısından ölçeğin geçersiz olduğunu göstermektedir (Aktürk ve Acemoglu, 2012). Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde uzman görüşlerine başvurmak etkin bir yöntem olarak belirtilmektedir. Bu çerçevede en az beş üyeden oluşan uzman grubunun oluşturulması ve hazırlanan taslak ölçeğin uzman grubu tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Uzmanlar, ölçek maddelerinin ölçülecek olanı ölçüp ölçmediğini, maddelerin yeterince açık ve yalın bir şekilde ifade edilip edilmediğini, maddelerin ölçülmek istenilen alanı ölçmek için yeterli olup olmadığını değerlendirmektedirler. Uzmanlar arası değerlendirmenin kapsamını ölçmek için "İçerik Geçerlik İndeksi" kullanılmaktadır (Karabasar, 2009). Ölçeği değerlendirirken dörtlü derecelendirme (1:Uygun değil, 2:Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekmektedir, 3:Uygun ancak küçük değişiklikler gerekli, 4:Çok uygun) kullanılarak her maddenin ölçülmek istenen konuyla olan alakası belirlenmektedir.

Değerlendirmesinde ise madde içerik indeksinin 0.80'den büyük olması istenmektedir (LoBiondo-Wood ve Haber, 2010; Polit ve Beck, 2010b; Alpar, 2016; Waltz ve ark., 2017).

### **Ölçüt Bağımlı /Kriter Geçerlik**

Ölçüt/Kriter geçerliğinin belirlenmesinde ölçeğin ölçtüğü düşünülen özellik ile aynı özelliği ölçebileceği düşünülen bir veya birkaç testin değerlendirmelerinin karşılaştırılması sürecidir. Geçerliği incelenen bir ölçeğin geçerliği önceden kanıtlanmış başka bir araçla karşılaştırıldığına benzer sonuçlar vermesi o ölçeğin ölçüt geçerliği olduğu anlamına gelmektedir (Alpar, 2016; DeVellis, 2017). Ölçüt geçerliğini değerlendirmek üzere iki yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar;

- **Yordama/Kestirim Geçerliği:** Standart ölçümü kestiren test ya da değişkenlerden elde edilen skor ile standardın kestirilmesinde kullanılır (Karabasar, 2009).
- **Eş Zaman/Benzer Ölçek Geçerliği (Concurrent Validity):** Yeni geliştirilen/geçerlik güvenilirliği araştırılan ölçekle aynı amaçla daha önce geliştirilmiş ve geçerlik güvenilirliği kanıtlanmış bir başka ölçek ile arasındaki uyum derecesi değerlendirilmektedir. Ölçekler aynı gruba uygulanmakta ve aralarındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak bu katsayının yüksek olması beklenmektedir (LoBiondo-Wood ve Haber, 2010; Esin, 2015).

### **Yapı Geçerliği**

Doğrudan ölçümlerin yapılamadığı dolaylı ölçümlerde, ölçülen özelliğin gerçekten aranan özellik olup olmadığını belirlemek ve aralarındaki ilişki derecesini saptamak için kullanılan geçerlik yöntemidir (Karabasar, 2009; Alpar, 2016). Yapı geçerliğini değerlendirmek için dört yöntem bulunmaktadır. Bunlar; faktör analizi, zıt ve bilinen grupların karşılaştırılması, hipotez sınanması ve çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımıdır (Esin, 2015).

### **Faktör Analizi**

Toplam puanı ile birlikte alt boyutları olan ölçekteki maddeleri her bir maddesinin farklı boyutlar oluşturup oluşturmayacağını değerlendirilmesi ve aynı boyutu oluşturan

maddelerin bir araya getirilmesi için kullanılmaktadır (Polit ve Beck, 2010b). Faktör analizi ölçeğin bütünlüğüne ilişkin bilgi verirken ölçülmesi hedeflenen konu ile ilgili olmayan maddelerin arındırılmasını sağlamaktadır. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki farklı yöntemle yapılmaktadır (Dimitrov, 2014).

**Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA):** Açıklayıcı faktör analizinde ölçekteki boyutların ve boyutların içerdiği maddeleri belirlemek amaçlanmaktadır. Bunun için faktör yükleri matrisi elde edildikten sonra faktör yükleri göz önüne alınarak maddelerle ölçek boyutları arasındaki ilişki korelasyon katsayılarıyla belirlenmektedir. Bu kapsamda ölçek tek boyutlu düşünülüyorsa maddelerin tek boyut altında toplanması, çok boyutlu düşünülüyorsa her maddenin ilişkili olduğu faktör yapısının altında toplanması gerekmektedir (LoBiondo-Wood ve Haber, 2010; Esin, 2015; Alpar, 2016).

**Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA):** Doğrulayıcı faktör analizi; AFA ile belirlenen yapıların, var olduğu düşünülen veya var olan faktör yapıları ile uygunluğu belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçek ilk defa geliştiriliyorsa önce AFA sonra DFA önerilmekte, eğer ölçek uyarlanıyorsa sadece DFA'nın yeterli olabileceği belirtilmektedir. Açıklayıcı faktör analizinde belirlenen boyutlar DFA ile doğrulanmaktadır (Çapık, 2014; Urbina, 2014).

### **Zıt ve Bilinen Grupların Karşılaştırılması**

Uygulanacak ölçek bilinen ve bilinmeyen olmak üzere iki gruba uygulanmaktadır. Sonuç olarak ölçme sonrasında bu iki grup arasında fark olması beklenmektedir. Bu farklılık varyans analizi t testi ile karşılaştırılabilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

### **Güvenirlilik**

Kantitatif ölçümlerin güvenirliliği, ölçeğin kalitesini değerlendirmede en önemli kriterdir. Güvenirlilik bir ölçeğin niteliğinin ölçümüyle ortaya çıkartılan tutarlılıktır. Bir ölçek tekrarlı ölçümlerde ne kadar az değişim gösteriyorsa o kadar çok güvenilir olarak kabul edilmektedir. Güvenirlilik için bir diğer önemli faktör ölçeğin doğruluğudur. Ölçek yapılan ölçümlerde ne kadar çok doğruyu yansıtıyorsa yani ölçme hatalarını ne kadar çok en az düzeye indirebiliyorsa o kadar çok güvenilir olmaktadır. Güvenirlilik



belirlenirken üç kriter göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar; değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası uyum ve iç tutarlılıktır (Waltz ve ark., 2017).

### **Değişmezlik**

Ölçme aracının aynı/benzer koşullar altında ve belli zaman aralığı ile ölçümleri sonucu tutarlı sonuçlar verebilmesidir. Değişmezlik, test-tekrar test ve paralel form güvenilirliği yöntemi ile ölçülmektedir (Karabasar, 2009).

**Test-Tekrar Test Yöntemi:** Bir ölçme aracının belli zaman aralıklarında aynı kişilere ve aynı koşullarda tekrar uygulanması yöntemidir. Uygulama sonrası ölçekten elde edilen sonuçlar karşılaştırılmakta ve aralarındaki Pearson Korelasyon Katsayısı ( $r$ )'na bakılarak değerlendirme yapılmaktadır. Bu değer 0.70 ile 1 arasında olması beklenmektedir. Korelasyon katsayısı bire yaklaştıkça güvenilirlik derecesi artmaktadır. Bu süreçte en önemli hususlardan birisi de iki uygulama arasındaki zaman aralığı olmaktadır (LoBiondo-Wood ve Haber, 2010). Bu zaman aralığının bireyin bir önceki uygulamayı hatırlamayacağı kadar bir süre olması gerektiğini belirtmekte ve iki uygulama arası en az 15 günün en fazla dört haftanın ölçüm aracının ikinci kez uygulanması için yeterli süre olduğu belirtilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

### **İç Tutarlılık**

Araştırmacıların sıklıkla kullandığı ve ölçme aracındaki tüm maddelerin ölçebilme yeteneğine sahip olup olmadığı değerlendirilmektedir. Tüm alt faktörlerin temel amaca hizmet etmesi, ölçüm aracı içinde eşit ağırlıklara sahip olması ve bütün içinde olması gerekmektedir. Ölçüm aracına güvenilir diyebilmek için iç tutarlılığı sağlaması gerekmektedir. Dört şekilde ölçülmektedir. Bunlar; yarı yarıya bölme yöntemi, Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı, Kuder-Richardson 20-21 güvenilirlik katsayısı ve madde-toplam puan güvenilirliğidir (Karabasar, 2009).

**Madde-Toplam Puan Güvenirliği:** Ölçüm aracındaki her bir maddenin ölçüm aracının tümü ile olan ilişkisi değerlendirilmektedir. Aynı özelliği ölçen maddeleri ayırt etmek amacıyla yapılmaktadır. Ölçüm aracındaki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız ise madde ile toplam puan arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenmektedir. Madde korelasyonu hesaplanırken negatif yapıdaki madde çıkarılıp tekrardan hesaplama

yapılmalıdır ve korelasyonun 0.20'nin üzerinde olması kabul edilebilir bir değer olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2013).

**Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:** Maddelerin ikiden fazla cevap seçeneğinin olduğu ve cevapların süreklilik gösterdiği ölçme araçlarında kullanılan bir yöntemdir. Güvenirliğin hesaplanmasında en çok kullanılan yöntemlerdendir. Genellikle likert tipi ölçüm araçlarında kullanılmaktadır. Cronbach alfa, ölçüm aracındaki her bir maddeyi diğer maddeler ile karşılaştırmaktadır. Cronbach alfa katsayısı 0-1 arasında değişkenlik göstermektedir (LoBiondo-Wood ve Haber, 2010). Alfa katsayısı aşağıdaki şekilde değerlendirilmektedir.

**Tablo 2.5.** Cronbach Alfa Katsayısı değerlendirmesi (Alpar, 2016)

<b>Alfa Katsayısı</b>	<b>Açıklama</b>
<b>0.80-1.00</b>	Yüksek derecede güvenilir
<b>0.60-0.79</b>	Oldukça güvenilir
<b>0.40-0.59</b>	Düşük derecede güvenilir
<b>0.00-0.39</b>	Güvenilir değildir

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; obezite cerrahisine özgü Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

#### 3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şubat-Temmuz 2017 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Genel Cerrahi Poliklinikleri ile Doç. Dr. Ayhan Mesci Nobezite Kliniği'nde yürütülmüştür. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde 74 yatak kapasitesine sahip iki genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Toplam çalışan hemşire sayısı ise 18 olarak bilinmektedir. Genel Cerrahi kliniklerinde 2015-2016 yılları arasında yaklaşık olarak toplamda 90 obezite cerrahisi yapıldığı bildirilmektedir. Hastalar taburcu olduktan 7-10 gün içinde ilk kontrolüne gelmektedir. Sonrasında ise hastaların bireysel ihtiyaçlarına uygun kontrol zamanları belirlenmektedir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 68 yatak kapasitesine sahip iki genel cerrahi servisi bulunmaktadır. Çalışan hemşire sayısı ise 18 olarak belirtilmektedir. Genel Cerrahi kliniklerinde 2015-2016 yılları arasında yaklaşık olarak toplamda 300 obezite cerrahisi yapıldığı bildirilmektedir. Hastalar taburcu olduktan sonra 10 gün ile bir ay içinde ilk kontrolüne gelmektedir. Sonrasında ise hastalara göre kontrol zamanları belirlenmektedir. İki üniversite hastanesinin de taburculuk sonrası hasta izlem protokolü benzer niteliktedir. Taburculuktan sonra hastayı, ameliyatı yapan hekim ya da asistan hekim ile beslenme programı için diyetisyen takip etmektedir. Taburculuk sonrası hemşirelik hizmeti bulunmamaktadır.

Doç. Dr. Ayhan Mesci Nobezite Kliniği'nde 2015-2016 yılları arasında yaklaşık olarak toplamda 150 obezite cerrahisi yapılmıştır. Obezite cerrahisinden sonra taburcu olan hastaların takipleri, hekim, hemşire ve diyetisyen tarafından yapılmaktadır. Ayrıca bir hemşire cerrahi sonrası hastalara koçluk yapmaktadır. Obezite cerrahisi geçiren hastalar taburcu olduktan sonra birinci haftasında, 1, 3, 6, 12, 18 ve 24. aylarında kliniğe

kontrole çağırılmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde ise tüm kliniklerde hastalar tekrarlı poliklinik kontrollerinden geçmekte ve çeşitli branşlarda konsültasyonlar yapılmaktadır.

### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Şubat-Temmuz 2017 tarihleri arasında iki üniversite hastanesi ve bir özel kliniğe başvuran bireyler ve obezite cerrahisi sonrası 3-12 aylık süreçte olan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. 3-12 aydaki bireyler ameliyat sonrası ilk üç aylık süreçte ameliyatın erken dönem etkileri ile mücadele etmekte ve bir yıldan sonra ise uzun dönem hasta sonuçları görülmeye başlandığı için veriler bu süreçte toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 185 (60 ameliyat öncesi; 125 ameliyat sonrası) birey ise araştırma kapsamına alınmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemine gidilmiştir.

#### **Örnekleme Alınma Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olma, Kendini ifade etmede herhangi bir engeli olmaması,
- Obezite cerrahisi için hazırlanıyor olması (poliklinikte) ya da obezite cerrahisi sonrası en az üç ay geçmiş olmasıdır (Sauerland ve ark., 2009; Charalampakis ve ark., 2012; Lee ve ark., 2014).

Örnekleme büyüklüğü, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında ölçek madde sayısının 5-20 katı dikkate alınarak seçilebilir (Grove ve ark., 2012; Esin, 2015). Ölçek madde sayısı altı olması nedeniyle ameliyat öncesi dönemden 60, ameliyat sonrası dönemden ise 125 obezite ve metabolik cerrahi uygulanan yetişkin hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası grup farklı bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlanmış, örneklem sayısına ulaşıncaya kadar sürdürülmüştür.

### **3.4.Araştırma Etiği**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.08.2016 tarihinde (sayı:70904504/397; karar no:447) izin (EK 6), alınmıştır. Akdeniz Üniversitesi 03.10.2016 tarihinde (onay no: E.104896) (EK 3) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 03.11.2016

tarihinde (onay no:52415545/663.08) (EK 4) Başhekimlikleri ile Genel Cerrahi Anabilim Dallarından ve Doç. Dr. Ayhan Mesci'den 15.02.2017 tarihinde (onay No:57830559-302.14.03-E.90694) (EK 5) gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm bireylere öncelikle araştırmanın amacı, süresi ve izlenecek yol hakkında bilgi verilmiş, 'Aydınlatılmış Onam Formu' imzalatılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. "Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II"yi kullanmak için Elisabeth Ardelt-Gattinger'den 28.06.2016 tarihinde yazılı (EK 1) kendisi ve diğer yazarlar adına e-posta yolu ile izin alınmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği için Ömer Aydemir'den 01.06.2016 tarihinde yazılı (EK 2) kendisi ve diğer yazarlar adına e-posta yolu ile yazılı izin alınmıştır. Araştırma boyunca mahremiyet ilkesine özen gösterilmiş, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek 'Kimliksizlik ve Güvenlik' etik ilkesi yerine getirilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler, Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu, "Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II" ve "Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)" ile toplanmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999; Moorehead ve ark., 2003). Ameliyat öncesi dönemdeki hastalar için Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu'nda; çalışmanın yapıldığı yer, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, çalışma saatleri sırasındaki fiziksel hareket durumu, gelir durumu, obezite ile ilgili gördüğü tedaviler, mevcut boy, kilo ve BKİ, ek hastalık varlığı ve obezite ile ilgili yaşanan problemler sorgulayan sorular yer almaktadır. Ameliyat sonrası dönemdeki hastalar için Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu'nda; çalışmanın yapıldığı yer, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, çalışma saatleri sırasındaki fiziksel hareket durumu, gelir durumu, cerrahi öncesi ve mevcut boy, kilo ve BKİ, ameliyat öncesi ve sonrası ek hastalık varlığı, ameliyat zamanı, türünü, memnuniyeti, ameliyat sonrası zorlanılan durumu, komplikasyon ve tekrar hastaneye yatışı sorgulayan sorular yer almaktadır.

#### **3.5.1. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II (MA-II)**

Obezite Analiz ve Sonuç Raporlama Sistemi (Bariatric analysis and reporting outcome system; BAROS), obezite cerrahisinin etkisini değerlendirmede uluslararası alanda kullanılan bir araçtır. Bu araç, kişinin obezite cerrahisi öncesi ve sonrası kilo kaybı

miktarı, cerrahiyle ilgili komplikasyonlar, eşlik eden kronik hastalıklar ve yaşam kalitesini ölçmektedir. Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği, BAROS'un yaşam kalitesi boyutunu ölçmek için 1998'de geliştirilmiştir (Oria ve Moorehead, 1998). Ölçek daha sonra raporlama sistemindeki cerrahi komite üyelerinin önerileriyle 2003 yılında revize edilerek ve İngilizce geçerlik güvenirliği yapılarak MA-II elde edilmiştir (Moorehead ve ark., 2003). Araştırmada kullanılan olan MA-II; özsaygı, fiziksel fonksiyon, sosyal ilişkiler, çalışma yeteneği, cinsellik ve yeme davranışını içeren altı sorudan oluşmaktadır. Aynı zamanda farklı kültürlerdeki bireylerin anlamalarına yardım etmek amacıyla ölçeğin her maddesi konuya ilişkin şekillerle desteklenmektedir. Her madde 10'lu likert tipi bir ölçüme sahiptir. Her madde eşit ağırlıklıdır ve merkezde 0 değeri korunarak sağa sola pozitif ve negatif şekilde 0.10 puan artıp azalmaktadır. "0" noktasından sola doğru her madde 0.10 puan azalırken, sağa doğru 0.10 puan artmaktadır. Her madde için alınan puanlar -0.50 ile 0.50 arasında değişmektedir. Toplam ölçek skorlaması ise -3 ile +3 arasında değişmektedir, -2.1 ile -3 arası alınan puan yaşam kalitesi çok kötü, +2.1 ile +3 arasında ise yaşam kalitesi çok iyi olarak değerlendirilmektedir (Tablo 3.1). Obeziteye özgü sağlıkla ilgili birçok yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesine rağmen MA-II, tek sayfadan oluşan, doldurması kolay bir ölçektir. Orijinal ölçeğin genel cronbach alfa katsayısı 0.84'tür. Ölçeğin orijinal dili İngilizce'dir. Çekçe, Almanca, İtalyanca, İspanyolca, Çince, Yunanca, Portekizce ve Korece olmak üzere sekiz ayrı dilde geçerlik güvenirliği test edilmiştir (Sauerland ve ark., 2009; Chang ve ark., 2010; Charalampakis ve ark., 2012; Lee ve ark., 2014; Maciel ve ark., 2014). Tüm bu dillerdeki cronbach alfa katsayıları 0.79 ile 0.88 arasında gösterilmiş ve ölçek tüm dillerde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir. Türkçeye uyarlanarak geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.1.** MA-II'nin puanlama tablosu

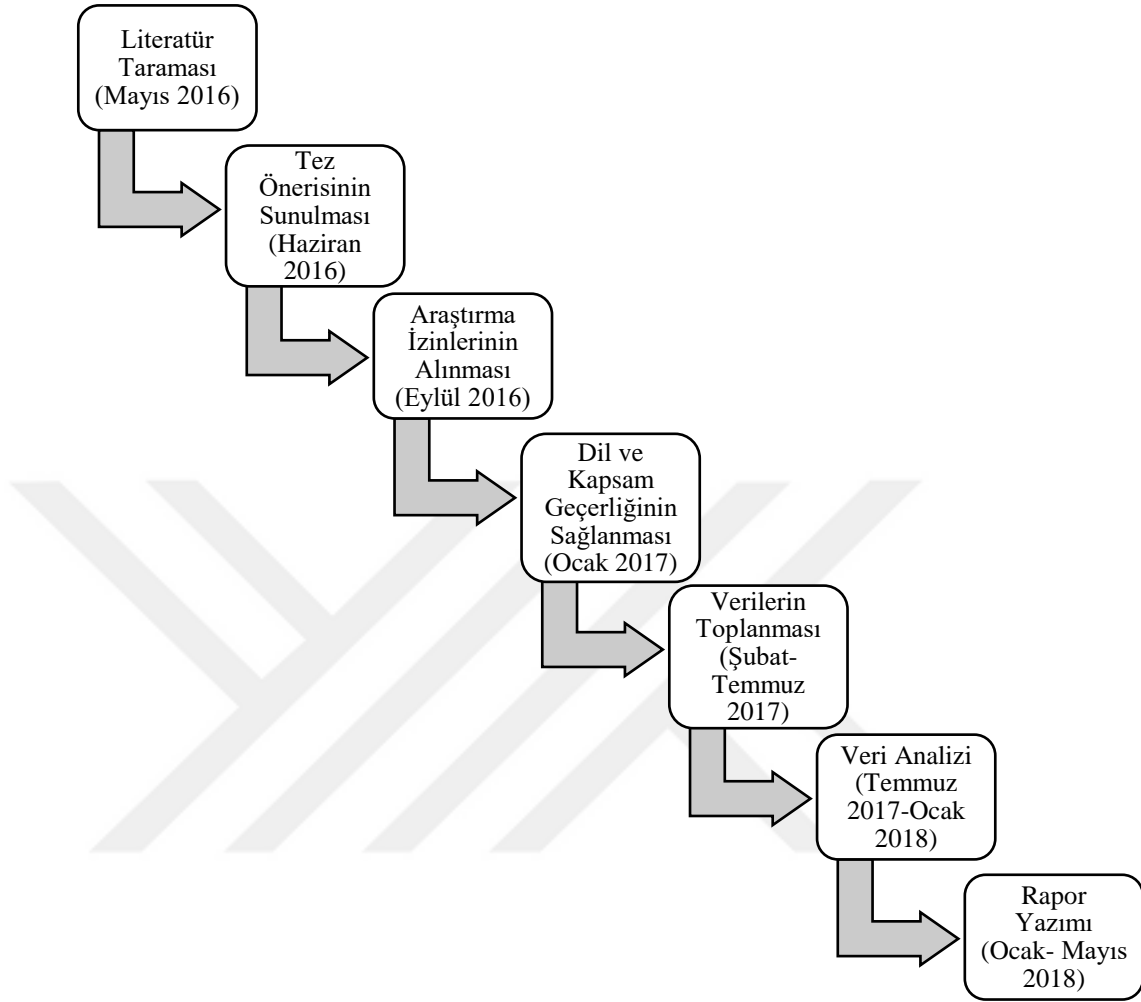
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□					
-0.50	-0.40	-0.30	-0.20	-0.10	+0.10	+0.20	+0.30	+0.40	+0.50					
-3	ile	-2.1	-2	ile	-1.1	-1	0	1	1.1	ile	2	2.1	ile	3
Çok kötü		Kötü			Orta			İyi		Çok iyi				

### 3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesini ölçmek için en yaygın kullanılan ölçek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir. Ölçek belirli bir hastalık ve yaş grubuna odaklanmadan yaşam kalitesini değerlendiren tüm gruplara uygulanabilecek bir ölçektir. Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study, HIS/MOS)'nda kullanılmak üzere hazırlanan bir ölçektir. Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (International Quality of Life Assessment, IQOLA) Proje Çalışması ile birçok dilde geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği ise 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999). Ölçeğin alt başlıklarının cronbach alfa katsayıları 0.73-0.76 arasında bulunmuş ve Türkçe için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir. Ölçek, 36 madde, sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (iki madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (dört madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (üç madde), mental sağlık (beş madde), enerji/vitalite (dört madde), ağrı (iki madde) ve sağlığın genel algılanmasıdır (beş madde). Ölçek, ikinci madde hariç son dört hafta göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. İkinci maddede ise bireylerden bir yıl öncesini düşünerek cevaplanması istenmektedir.

### 3.6.Araştırmanın Planı

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliği araştırmasının planı Şekil 3.1'deki gibidir.



Şekil 3.1. Araştırma planı

### 3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra son şekli verilen ölçeğin anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla, örnekleme alınma kriterlerine uyan 15 hasta ile araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar ve doldurulan formlar değerlendirmeye alınmamıştır. Hastaların ölçeğin uygulanabilirliğine dair önerileri bulunmadığı için ölçek olduğu şekli ile uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

### 3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verileri, gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile Şubat-Temmuz 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Ameliyat öncesi dönemdeki veriler, ameliyat için poliklinik kontrollerine gelen hastalardan toplanmıştır. Verilerin toplanması 20-25 dk. sürmüştür. Veriler altı ay boyunca haftanın



bir ya da iki günü araştırmacının uygun olduğu ve hasta randevularının olduğu gün ve saatlerde toplanmıştır.

Ameliyat sonrası dönemde olan hastalara ulaşmak için öncelikle bilgi işlem birimlerinden alınan yazılı onay ile hasta iletişim bilgilerine ulaşılmıştır. Hastalar telefon ile aranarak araştırmanın amacı anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla kararlaştırılan randevu saatinde (hastane kontrolleri sırasında) görüşülerek soru formu doldurulmuştur.

### 3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 23 (IBM Electronics, ABD) ve SAS 9.4 programında değerlendirilmiştir.

**Tablo 3.2.** Araştırma verilerinin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

VERİLERİN ANALİZİ	İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER
<b>Hasta Tanıtıcı zellikleri</b>	<b>Sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma, kıkare</b>
<b>Psikolinguistik zelliklerin incelenmesi</b>	Dünya Sağlık rgt'nün ölçek eviri ve uyarlama süreci adımları dikkate alınmıştır ( <a href="http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/">http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/</a> , Erişim tarihi: 17 Haziran 2016). a. Çeviri, b. Geri eviri için uzman paneli, c. n uygulama ve bilişsel görüşme, d. Ölçeğe son şeklini verme.
<b>GEÇERLİK ANALİZİ</b>	
<b>İçerik/Kapsam Geçerliği</b>	Dil uyarlaması yapıldıktan sonra ölçeğin içerik geçerliliğinin yapılması için 12 uzmana (2 endokrin doktoru, 4 genel cerrah, 3 genel cerrahi hemşiresi ve 3 hemşire ğretim yesi) gönderilerek, oluşturulan Türkçe formun belirlenen amaca hizmet edip etmediği ve Türk kültürüne uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Uzman puanlarının tutarlığı için <b>İçerik/ Kapsam Geçerliği</b> (Content Validity Index-CVI) kullanılmıştır.
<b>Yapı Geçerliği</b>	
a. Faktör Analizi	<b>Doğrulayıcı Faktör Analizi</b> <b>Açıklayıcı Faktör Analizi</b>
b. Bilinen Grup Karşılaştırması	<b>t testi</b> Gruplar arasındaki MA-II toplam puan skoru karşılaştırılmıştır.

**Tablo 3.2.** Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler (Devam)

<b>Ölçüt</b>	<b>Bağımlı//Kriter</b>	
“Eş Zamanlı/Benzer Ölçek Geçerliği”		<b>Pearson Korelasyon Analizi</b> SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puanları ile Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II' puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.
“Yordama/Kestirim Geçerliği”		<b>Çok değişkenli lineer regresyon analizi</b> MA-II toplam puanı ile demografik değişkenler arasında regresyon analizi yapılmıştır.
<b>GÜVENİRLİK ANALİZİ</b>		
Zamana göre değişmezlik		<b>Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama</b>
“Test tekrar test yöntemi”		
İç tutarlık		<b>Cronbach alfa katsayısı hesaplanması</b>
Madde Analizi		<b>Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama</b>

### **3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Zaman kısıtlılığı nedeni ile ameliyat öncesi araştırma kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası dönemde takip edilememesi ve bu nedenle ameliyat öncesi ve sonrası farklı hastalarla çalışılması,

Araştırma çok merkezli olmasına rağmen zaman kısıtlılığı nedeniyle her merkezden, istenilen oranda veri toplanamaması,

Düzenli olarak kontrollerine ve randevularına gelmeyen hastalara telefon ile aranmasına rağmen ulaşılabilmesi ve

Tüm anket çalışmalarında olduğu gibi verilerin hasta bildirimlerine dayalı olmasıdır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’da verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Obezite cerrahisi hastalarının tanıtıcı özellikleri

	<b>Ameliyat Öncesi Hastalar (n:60)</b>	<b>Ameliyat Sonrası Hastalar (n:125)</b>	<b>Toplam (n:185)</b>		
	<b>Ortalama±SS</b>				
<b>Yaş</b>	37.45±9.84	39.94±10.17	39.13±10.11		
<b>BKİ (Ameliyattan önce)</b>	43.75±5.16	46.25±6.23	45.44±6.01		
<b>BKİ (Ameliyattan en az 3 ay sonra)</b>		32.17±6.33			
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>				0.655	0.41
Kadın	47 (78.3)	91 (72.8)	138 (74.6)		
Erkek	13 (21.7)	34 (27.2)	47 (25.4)		
<b>Medeni Durum</b>				0.079	0.77
Evli	42 (70.0)	90 (72.0)	132 (71.4)		
Bekar	18 (30.0)	35 (28.0)	53 (28.6)		
<b>Eğitim Durumu</b>				1.818	0.40
İkögretim	22 (36.7)	44 (35.2)	66 (35.7)		
Lise	19 (31.7)	51 (40.8)	70 (37.8)		
Yükseköğretim	19 (31.7)	30 (24.0)	49 (26.5)		
<b>Çalışma Durumu</b>				0.009	0.99
Tam gün	27 (45.0)	57 (45.6)	84 (45.4)		
Kısmi zamanlı	4 (6.7)	8 (6.4)	12 (6.5)		
Çalışmıyor	29 (48.3)	60 (48.0)	89 (48.1)		
<b>Ekonomik Durum</b>				0.464	0.79
Gelir giderden az	18 (30.0)	32 (25.6)	50 (27.0)		
Gelir gidere eşit	34 (56.7)	77 (61.6)	111 (60.0)		
Gelir giderden fazla	8 (13.3)	16 (12.8)	24 (13.0)		
<b>Meslek</b>				7.928	0.09
Emekli	4 (6.7)	10 (8.0)	14 (7.6)		
Memur	13 (21.7)	16 (12.8)	29 (15.7)		
İşçi	11 (18.3)	13 (10.4)	24 (13.0)		
Ev Hanımı	22 (36.7)	45 (36.0)	67 (36.2)		
Diğer	10 (16.7)	41 (32.8)	51 (27.6)		

**Tablo 4.1.** Obezite cerrahisi hastalarının tanıtıcı özellikleri (Devam)

Meslek;				6.645	0.03*
Uzun süreli oturmayı gerektirir	26 (45.6)	33 (27.3)	59 (33.1)		
Uzun süreli hareket etmeyi gerektirir	29 (50.9)	77 (63.6)	106 (59.6)		
Hem oturmayı hem de hareketi gerektirir	2 (3.5)	11 (9.1)	13 (7.3)		
<b>BKİ (Ameliyattan önce)</b>				9.176	0.01**
Evre I Obez	0 (0)	1 (0.8)	1 (0.5)		
Evre II Obez	15 (25.0)	11 (8.8)	26 (14.1)		
Evre III Obez	45 (75.0)	113 (90.4)	158 (85.4)		

(\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001)

Araştırmaya ameliyat öncesi ve sonrası dönemde olan iki hasta grubu dahil edilmiştir. Preoperatif dönemdeki hasta sayısı 60 iken postoperatif dönemdeki hasta sayısı 125 olmuştur. Preoperatif dönemdeki hastaların yaş ortalaması 37.45±9.84, mevcut BKİ ortalaması 43.75±5.16, %75'i Evre III obez, %78.3'ü kadın, %21.7'si erkek, %70'i evli, %36.7'si ilköğretim mezunu, %48.3'ü çalışmıyor, %56.7'sinin gelir gider durumu eşit, %36.7'si ev hanımı, %50.9'unun mesleği sürekli hareket etmeyi gerektirmektedir. Postoperatif dönemdeki hastaların yaş ortalaması 39.94±10.17, ameliyat öncesi BKİ ortalaması 46.25±6.23, %90.4'ü Evre III obez, şu anki BKİ ortalaması 32.17±6.33, %31.2'si Evre I obez, %72.8'i kadın, %27.2'si erkek, %72'si evli, %40.8'i lise mezunu, %48'i çalışmıyor, %61.6'sının gelir gider durumu eşit, %36'sı ev hanımı, %63.6'sının mesleği sürekli hareket etmeyi gerektirmektedir.

Tabloya göre, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum ve mesleğin ameliyat öncesi ve ya sonrası dönemde olma durumları ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Hastaların mesleklerini yaparkenki hareket durumları ( $\chi^2=6.645$ , p<0.05) ile ameliyat öncesi BKİ'lerinin ( $\chi^2=9.176$ , p<0.01) ameliyat öncesi ve ya sonrası dönemde olma durumları ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, bireylerin çalışırken hareket etme durumları ile ameliyat öncesi ve ya sonrası dönemde olmaları arasında büyük fark vardır. Yine hastaların ameliyattan önceki BKİ'leri ameliyat öncesi ve sonrası dönemde olmalarına göre değişiklik göstermektedir.

**Tablo 4.2.** Obezite cerrahisi öncesi dönemdeki hastaların tanıtıcı özellikleri (n:60)

Ameliyat Öncesi	Evet	
	n (%)	
Diyet tedavisi alma	52 (86.7)	
Tıbbi tedavi alma	6 (10.0)	
Egzersiz yapma	32 (53.3)	
Psikolojik tedavi alma	2 (3.3)	
Alternatif tedavi alma	18 (30.0)	
Ek hastalık varlığı	29 (48.3)	
Uyku problemleri	33 (55.0)	
Menstrual problemler	12 (20.0)	
Hareket problemleri	46 (76.7)	
Nefes darlığı	39 (65.0)	
Ağrı	45 (75.0)	

(\*Birden fazla yanıt verilmiştir.)

Obezite cerrahisi öncesi hastaların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; %86.7'si diyet tedavisi, %10'u tıbbi, %3.3'ü psikolojik, %30'u alternatif tedavi görürken, %53.3'ü egzersiz yapmıştır. Hastaların %48.3'ü ek hastalığa sahip olduklarını, %55'i uyku, %20'si menstrual, %76.7'si hareket problemleri, %65'i nefes darlığı, %75'i ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Obezite cerrahisi sonrası hastaların tanıtıcı özellikleri (n:125)

Ameliyat Sonrası	Ortalama±SS	
Ameliyat sonrası geçen süre (ay)	7.64±3.63	min:3 max:12
Ameliyata ilişkin memnuniyet	9.65±1.03	min:1 max:10
	n (%)	
Ameliyat öncesi ek hastalık varlığı	77 (61.6)	
Ameliyat sonrası ek hastalık varlığı	30 (24.0)	
Komplikasyon durumu	10 (8.0)	
Tekrarlı hastaneye yatış durumu	8 (6.4)	
<b>Zorlanılan durum</b>	90 (72.0)	
Bulantı	44 (35.2)	
Ağrı	14 (11.2)	
Uyku problemleri	6 (4.8)	
Hareket güçlüğü	6 (4.8)	
Yara bakımı	1 (0.8)	
Diğer	19 (15.2)	
<b>Ameliyat Türü</b>		
Laparoskopik Sleeve Gastrektomi	118 (94.4)	
Gastrik Bypass	6 (4.8)	
Duedonal Switch	1 (0.8)	

(\*Birden fazla yanıt verilmiştir.)

Ameliyat sonrası dönemdeki hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Ameliyat sonrası geçen süre  $7.64 \pm 3.63$  ay iken hastaların ameliyatına ilişkin memnuniyeti  $9.65 \pm 1.03$ 'dir. Hastaların %61.6'sının ameliyat öncesi, %24'ünün ameliyat sonrası dönemde ek hastalığı bulunmakta, ameliyat sonrası %8'inde komplikasyon, %6.4'ünde tekrarlı hastane yatışı olduğu görülmüştür. Bireylerin %72'si zorlandığını; %11.2'si ağrı, %35.2'si bulantı, %4.8'i uyku problemleri, %0.8'i yara bakımı ve %4.8'i hareket güçlüğü nedeni ile zorlandıklarını belirtmişlerdir. Ameliyat türünün %94.4'ünün LSG, %4.8'inin gastrik bypass, %0.8'inin ise duodonal switch olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.4.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri (n:185)

	Ortalama $\pm$ SS	Çarpıklık
<b>Kendimi genellikle;</b> Çok kötü hissederim/Çok iyi hissederim	0.20 $\pm$ 0.31	-0.826
<b>Fiziksel aktivitelerden;</b> Hiç hoşlanmam/ Çok hoşlanırım	0.15 $\pm$ 0.32	-0.553
<b>Sosyal ilişkilerim;</b> Hiç yoktur/ Çok iyidir	0.27 $\pm$ 0.28	-1.213
<b>Çalışabilme durumu;</b> Hiç çalışmam/ Çok iyi çalışırım	0.25 $\pm$ 0.29	-1.187
<b>Cinsel yaşamdan;</b> Hiç zevk almam/ Çok zevk alırım	0.12 $\pm$ 0.31	-0.474
<b>Yiyeceklere olan yaklaşımım;</b> Yemek için yaşarım/ Yaşamak için yerim	0.15 $\pm$ 0.33	-0.642
<b>Toplam MA II</b>	1.16 $\pm$ 1.37	-0.675

Tablo 4.4'te Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin maddelerinin ortalama ve standart sapmaları ile çarpıklık değerleri ( $-3 < \text{çarpıklık değeri} > +3$ ) verilmiştir. Tabloya göre çarpıklık değeri  $-3$  ile  $+3$  arasında olduğundan ölçek normal dağılım göstermektedir.

#### 4.2. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

- 1.Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlanması
- 2.Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi / Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

#### **4.2.1 Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlanması**

##### **Dil Geçerliği**

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'in Türkçeye uyarlanması, geçerlik güvenilirliğinde ilk olarak dil geçerliği sağlanmıştır. Bu doğrultuda, DSÖ'nün dil geçerliği basamaklarından yararlanılmıştır. İlk olarak, ölçek araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ardından her iki dili bilen ve iki dilin kültürüne hakim dört uzman tarafından ölçek Türkçeye çevrilmiştir. Çevrilen ölçekler uzman panelinde değerlendirilip sonuç olarak ortak görüşlerle ölçeğin Türkçe formu oluşturulmuştur. Oluşturulan form ölçeği hiç görmemiş iki uzman tarafından İngilizceye geri çevrili yapılmıştır. Çeviri sonrası tekrar bir uzman paneli yapıp çeviriler karşılaştırılarak ölçeğin son hali verilmiştir. Dil geçerliğinden sonra MA-II için 12 uzmandan görüş alınmıştır. Dil geçerliği sağlanan ölçek hedef grupta yer alan ve araştırma kriterlerine uyan 15 hastaya ön test uygulanarak soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Katılımcıların, Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'de anlaşılmayan kelime ifade ya da içerik olmadığı ekindeki değerlendirmeden sonra ölçek maddeleri son halini almıştır.

##### **4.2.2. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Geçerlik Analizleri**

Ölçek, içerik/kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

##### **Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi**

Dil geçerliğinde çeviri tamamlandıktan sonra, içerik geçerliğini değerlendirmek adına 12 uzman tarafından dil/ifade uygunluğu ve içerik uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirmede uzmanlar ölçeğin her maddesini; 1 (Çok değişiklik gerekiyor- önerdiğim gibi), 2 (Az değişiklik gerekiyor- önerdiğim gibi), 3 (Uygun), 4 (Çok uygun) şeklinde puanlamışlardır. Bu doğrultuda ölçek maddeleri üzerinde düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan puanlama sonucunda ölçeğin Ölçeğin üçüncü maddesi "*Sosyal ilişkilerim; hiç yoktur/çok güçlüdür*", "*Sosyal ilişkilerim; hiç yoktur/çok iyidir*" olarak; dördüncü maddesi ise "*Çalışabilme durumu; hiç çalışamam/çok çalışırım*", "*Çalışabilme durumu; hiç çalışamam/çok iyi çalışırım*" olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin

dil/ifade uygunluğu için madde içerik indeksi (I-CVI) 0.91, ölçek içerik indeksi (S-CVI) ise 0.93; içerik uygunluğu için madde içerik indeksi (I-CVI) 0.91, ölçek içerik indeksi (S-CVI) ise 0.96 olarak hesaplanmıştır.

### Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi

MA-II'nin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla hem doğrulayıcı hem de açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

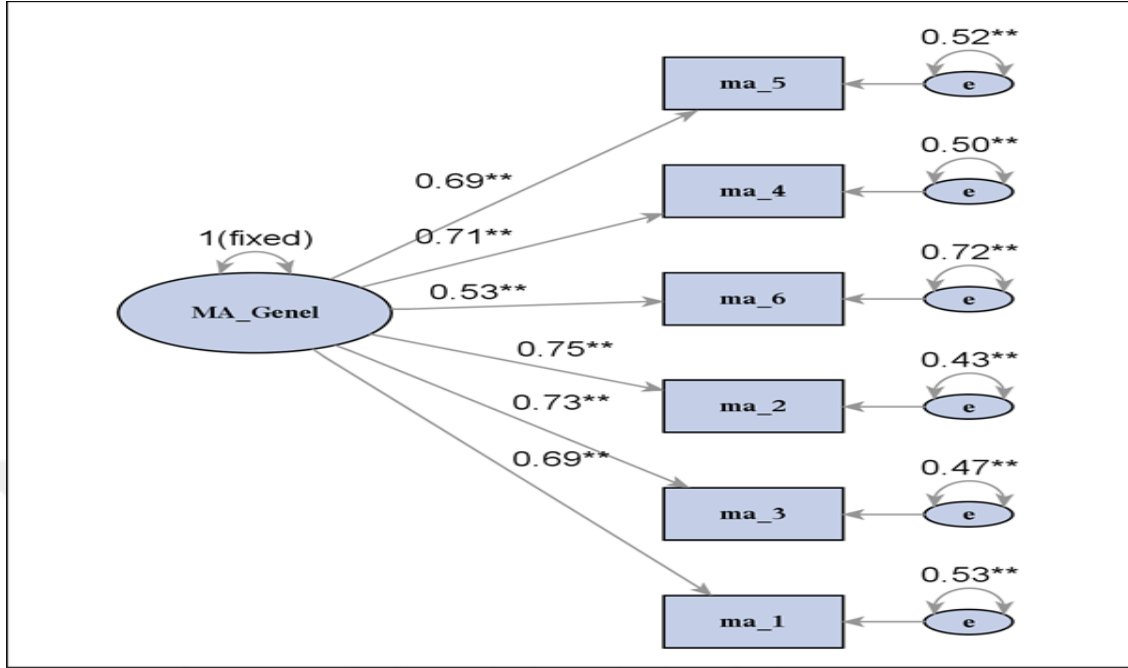
### Doğrulayıcı Faktör Analizi

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçe formunun yapısal geçerliliğinin sınanması amacıyla kullanılan yapısal model Şekil 4.1'de, ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ortaya çıkan model uyum indeksleri Tablo 4.5'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin doğrulayıcı faktör analizi (n:185)

Uyum İndeksleri	Kısaltma	İyi uyum	Kabul Edilebilir Uyum	MA-II
Serbestlik derecesi	<b>Df</b>	-	-	9
P değeri	<b>P</b>	$0.05 \leq p \leq 1$	$0.01 \leq p \leq 0.05$	0.1162
Minimum Uyum Fonksiyon Serbestlik Derecesi Oranı	<b><math>\chi^2/df</math></b>	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$\chi^2/df \leq 5$	1.58
Yaklaşıklık hataları ortalamalarının karekökü	<b>RMSEA</b>	<0.05	0.05-0.08	0.0587
Standardize edilmiş Hataların Karelerinin Karekökü	<b>SRMR</b>	<0.05	0.05-0.10	0.0355
Normlaştırılmış Uyum İndeksi	<b>NFI</b>	0.95-1.00	0.90-0.95	0.9595
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi	<b>NNFI</b>	0.97-1.00	0.95-0.97	0.9743
Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi	<b>CFI</b>	0.97-1.00	>0.90	0.9846
İyilik Uyum İndeksi	<b>GFI</b>	0.95-1.00	>0.90	0.9711
Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi	<b>AGFI</b>	0.90-1.00	>0.85	0.9326





**Şekil 4.1.** Türkçe Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin doğrulayıcı faktör analizi yapısal modeli

Tabloya göre; serbestlik derecesi 9, p değeri 0.1162 minimum uyum fonksiyon ki-kare-serbestlik derecesi oranı ( $\chi^2/df$ ) 1.58, Yaklaşıklık hataları kareleri ortalamalarının karekökü (RMSEA) 0.0587, Standardize edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karekökü (SRMR) 0.0355, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) 0.9595, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI) 0.9743, Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (CFI) 0.9848, İyilik Uyum İndeksi (GFI) 0.9711, Düzeltmiş İyilik Uyum İndeksi (AGFI) 0.9326 olarak bulunmuştur. Şekil 4.1'deki yapısal modele göre ölçek; tek faktörlü, altı maddeden oluşan, alt boyutu açıklamada standardize edilmiş katsayıları 0.53-0.75 arasında değişen, hata varyansları ise 0.43-0.72 arasında değişen bir yapıya sahiptir. Tüm bu sonuçlar MA II'nin orijinal faktör yapısını doğruladığını ortaya çıkarmıştır.

### Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi yapılmadan önce Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's testi yapılarak örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı sınanmıştır. KMO katsayısı 0.86 ( $>0.50$ ) olması ve Barlett's testi'nin ( $\chi^2=344.254$ ;  $p=0.00$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunması sonucunda örneklemin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna

varılmıştır. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 4.6.'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin faktör yapısı (n:185)

Ölçek Maddeleri	Faktör Yükleri
<b>Kendimi genellikle;</b> Çok kötü hissedirim/Çok iyi hissedirim	0.80
<b>Fiziksel aktivitelerden;</b> Hiç hoşlanmam/ Çok hoşlanırım	0.78
<b>Sosyal ilişkilerim;</b> Hiç yoktur/ Çok iyidir	0.76
<b>Çalışabilme durumu;</b> Hiç çalışmam/ Çok iyi çalışırım	0.75
<b>Cinsel yaşamdan;</b> Hiç zevk almam/ Çok zevk alırım	0.74
<b>Yiyeceklere olan yaklaşımım;</b> Yemek için yaşarım/ Yaşamak için yerim	0.61
Cronbach Alfa	0.83
% Açıklanan Varyans	55.63
Kümülatif Varyans	55.63

Tabloya göre, ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.61-0.80 arasında değişmiş ve ölçeğin ölçülmek istenen varyansın %55.63'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Türkçeye uyarlanmış Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ise 0.83 olarak bulunmuştur.

### Bilinen Grup Karşılaştırması

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde olma durumlarına göre MA-II toplam ölçek puanı karşılaştırılarak bilinen grup karşılaştırması yapılmış ve sonuçlar Tablo 4.7'de verilmiştir.

**Tablo 4.7.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin bilinen grup karşılaştırması (n:185)

MA-II toplam puanı	Ortalama±SS	P	t
<b>Ameliyat öncesi (n:60)</b>	0.10±1.35	0.000	-8.707
<b>Ameliyat sonrası (n:125)</b>	1.68±1.04		

Yapılan analizlerde, ameliyat sonrası dönemde olan grubun MA-II toplam puanı ameliyat öncesi dönemdekilere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, gruplar ile MA II toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir (p<0.001).

## Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Ölçüt Bağımlı/Kriter Geçerliğinin İncelenmesi

### Eş Zamanlı/Benzer Ölçek Geçerliği

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin eş zaman geçerliği için SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği ile arasındaki korelasyon incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.8'de verilmiştir.

**Tablo 4.8.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin korelasyonu

	MA-II Ameliyat öncesi hastalar (n:60) <i>r</i>	MA-II Ameliyat sonrası hastalar (n:125) <i>r</i>	MA-II Tüm hastalar (n:185) <i>r</i>
Fiziksel Fonksiyon	0.250	0.349**	0.553**
Sosyal Fonksiyon	0.128	0.297**	0.463**
Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları	0.204	0.071	0.393**
Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları	0.306*	0.064	0.298**
Mental Sağlık	-0.152	0.208*	0.356**
Enerji/Vitalite	-0.085	0.348**	0.434**
Ağrı	-0.497**	0.098	-0.574**
Genel Sağlık Algılanması	-0.222	0.287**	0.410**

(\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001)

Ameliyat öncesi dönemdeki hastalar için Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin puanları ile emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ile pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülürken, ağrı ile negatif yönde orta derecede bir korelasyon görülmüştür. Ameliyat sonrası dönemde ise fiziksel fonksiyon, enerji/vitalite ve mental sağlık arasında pozitif yönde orta derecede; sosyal fonksiyon, mental sağlık ve genel sağlığın algılanması alt başlığı ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır. Tüm hastalar için ise; MA-II ölçek puanının, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt başlığı ile pozitif yönde zayıf, ağrı alt başlığı ile negatif yönde orta, diğer tüm alt başlıklar ile pozitif yönde orta dereceli bir korelasyon izlenmiştir.

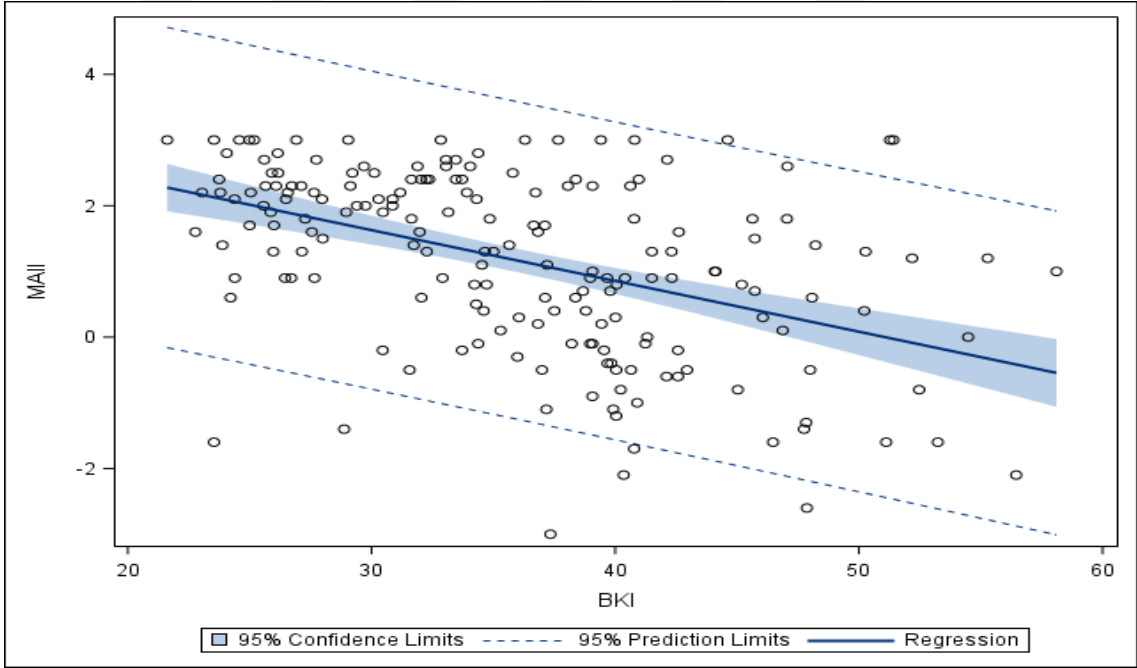
### Yordama/Kestirim Geçerliği

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin kestirim geçerliğinin incelenmesinde ölçek puanı ile demografik veriler arasındaki ilişki stepwise regresyon yöntemi ile çok değişkenli regresyon analizi yapılarak sınanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.9'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II toplam puanı ile demografik veriler arasındaki regresyon analizleri (n:185)

	B	$\beta$	Standart Hata	R <sup>2</sup>	p
Ameliyat öncesi/ Ameliyat sonrası	1.227	0.420	0.242	0.326	0.000
Cinsiyet	0.417	0.133	0.192		0.031
Şuanki BKİ (ameliyat sonrası)	-0.028	-0.167	0.014		0.045
	<b>Toplam MA-II Ölçek Puanı</b>				
	<b>r</b>			<b>P</b>	
Ameliyat sonrası BKİ	-0.457			0.000	

Regresyon analizi sonucu yaş, çalışma durumu ve eğitim durumu model dışı bırakılmış ve geriye kalan grup, cinsiyet ve şu anki BKİ'nin ölçek toplam puanı üzerine istatistiksel olarak önemli etkileri olduğu bulunmuştur. Ayrıca şu anki BKİ ile toplam ölçek puanı arasında negatif yönlü orta dereceli bir korelasyon saptanmış olup bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II toplam puanı ile BKİ'nin negatif korelasyonu Şekil 4.2'de belirtilmiştir.



**Şekil 4.2.** Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin toplam puanı ve BKİ'nin korelasyonu

#### 4.2.3. Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Güvenirlik Analizleri

Moorehaed Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin güvenilirliğini belirlemek amacıyla test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılık ve madde analizi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır.

## Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Test-Tekrar Test Yöntemi İstatistikleri

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II hastalara uygulandıktan 2-4 hafta sonra 73 hastaya tekrar uygulanmış ve test-tekrar test güvenilirliği sınanmıştır. Bunun sonucunda  $r=0.655$  bulunmuş ve korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0.000$ ) olduğu görülmüştür.

## Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin İç Tutarlılığının Belirlenmesi

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin iç tutarlılığının belirlenmesi için kullanılan Cronbach Alfa katsayıları Tablo 4.10'da verilmiştir.

**Tablo 4.10.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Cronbach Alfa değerleri

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II	Cronbach Alfa
MA-II Ameliyat öncesi hastalar (n:60)	0.77
MA-II Ameliyat sonrası hastalar (n:125)	0.77
MA-II Toplam (n:185)	0.83

Tablo 4.10'da belirtildiği üzere, ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki hastalara uygulanan MA-II'nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.77 ve toplam Cronbach Alfa ise 0.83 olarak bulunmuştur.

## Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Madde Analizinin Değerlendirilmesi

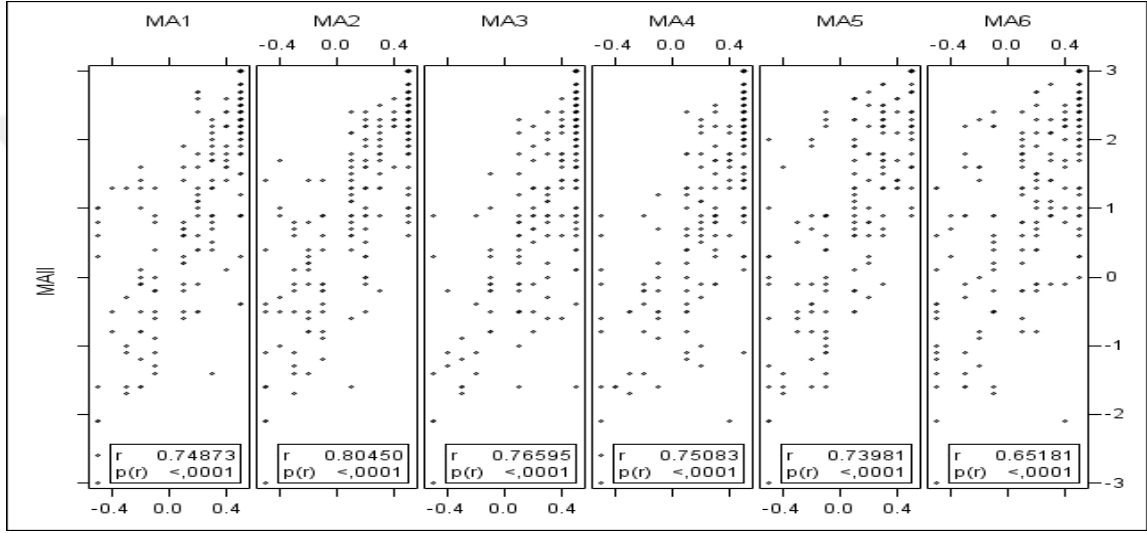
Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II toplam puanı ve ölçek madde korelasyonları Tablo 4.11 ve Şekil 4.3'te belirtilmiştir.

**Tablo 4.11.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin madde-toplam puan korelasyonu (n:185)

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II	Madde-Toplam Puan Korelasyonu (r)
<b>Kendimi genellikle;</b> Çok kötü hissederim/Çok iyi hissederim	0.748**
<b>Fiziksel aktivitelerden;</b> Hiç hoşlanmam/ Çok hoşlanırım	0.804**
<b>Sosyal ilişkilerim;</b> Hiç yoktur/ Çok iyidir	0.765**
<b>Çalışabilme durumu;</b> Hiç çalışmam/ Çok iyi çalışırım	0.750**
<b>Cinsel yaşamdan;</b> Hiç zevk almam/ Çok zevk alırım	0.739**
<b>Yiyeceklere olan yaklaşımım;</b> Yemek için yaşarım/ Yaşamak için yerim	0.651**

(\* $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$ , \*\*\*  $p<0.001$ )

Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin madde analizini değerlendirmek adına ölçek maddeleri ile toplam puan arasındaki korelasyon incelenmiştir. Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II madde puanları ile toplam puan korelasyonlarına bakıldığında aralarında yüksek dereceli korelasyon saptanmıştır. Yani ölçeğin her bir maddesi pozitif ve yüksek korelasyon göstererek iç tutarlılığın iyi olduğunu ve maddelerin ölçeğe katkısının çok olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.3. Moorehead Ardelet Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin toplam puanı ve ölçek madde korelasyonları

## 5. TARTIŞMA

Obezite, birçok komorbiditeyi beraberinde barındıran ve obez bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Obezite neden olduğu hastalıklarla birlikte bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik alanlarında negatif değişimlere neden olmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesinin ölçülmesi, verilen sağlık bakımına ilişkin fikir sağlamaktadır. Sağlık bakımının verilmesinde kilit rol oynayan hemşire, verdiği bakımla bireylerin yaşam kalitelerine doğrudan etki etmektedir (Yılmaz, 2012). Ayrıca cerrahi girişim sonrası bireyin yaşam kalitesinin artması da yapılan cerrahi işlemin başarısı ile ilişkilendirilebilmektedir (Aydemir, 2014).

Yaşam kalitesi çok yönlü, sürekli gelişim ve değişim içinde, subjektif, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenen ve tüm bu nedenlerle tanımlanması ve ölçülmesi çok zor bir kavramdır (Ergün ve ark., 2014). Yaşam kalitesinin ölçülmesi yani objektif hale getirilmesi ölçeklerle mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası tüm obez bireylerde kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğin basit, öz, anlaşılır, cevaplanması kolay olması asgari düzey zaman, insan ve maliyet ihtiyacını beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla yanıt oranı artmakta, değerlendirme ve puanlamanın basit, nesnel ve kısa olması değerlendirici yanlılığını ortadan kaldırmakta, görüşmeci bağımlılığını azaltmaktadır. Renkli ve sembollerle desteklenmiş olması kültürel farklılıklardan etkilenmeyi en aza indirecek şekilde birçok ülke ve kültürde kabul görmesini sağlamaktadır. Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

MA-II'nin cinsellik ile ilgili sorusunun bireylerin cinsel olarak aktif olmaması nedeniyle boş kalması veri toplama sürecinde karşımıza çıkmıştır. Sauerland ve arkadaşlarının 2009 yılında ölçeğin Çekce, İtalyanca, Almanca ve İspanyolca versiyonlarının geçerlik güvenilirlik çalışmasında da aynı problemin yaşandığı görülmektedir. Ülkemizde cinselliğe başlama yaşının geç olması, tek eşliliğin ön planda olması nedeniyle eşi ölen ya da eşinden ayrılan çiftlerin cinsel olarak aktif olmadığını belirtmeleri sonucu bu sorunun bazı hastalar için cevapsız kaldığı düşünülmektedir.

### 5.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi (Ölçek Uyarlaması-Adaptasyon)

Ölçek uyarlamasının en önemli aşamalarından biri dil geçerliğinin sağlanmasıdır. Dil geçerliğinin sağlanmasında DSÖ ve ITC'nin belirlediği basamaklar bulunmaktadır (www.who.int, Erişim tarihi:16.6.2017; ITC, 2017). Çeviri sürecinde, tıbbi terminolojiden, konuşma dilinden kaçınılması, hedef kitlenin anlayacağı şekilde kısa, sade, yalın ifadelerin kullanılması ve birebir çeviriden ziyade ifadenin tam olarak anlamının karşılanması büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda; ölçek öncelikle her iki dile ve kültüre hakim dört uzman tarafından Türkçeden İngilizceye çevrilmiştir. Ardından yapılan uzman paneli ile çeviride yetersiz kalan ifadeler tekrar gözden geçirilmiştir. Türkçeye çevrilen ve uzman paneli sonrası düzenlemeler yapılan ölçek, geri çeviri için iki dile ve kültüre hakim ölçek hakkında daha önce bilgisi olmayan iki çevirmene gönderilmiştir. Son ve dördüncü aşamada ölçek, 15 hastaya öntest uygulanarak anlaşılmayan ifadelerin olup olmadığı belirlenmiştir. Anlaşılmayan ifade saptanmamış olup yapılan öntest sonrası ölçeğe son şekli verilmiş ve Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin dil geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin daha önce geçerlik güvenilirliğinin yapıldığı dillerdeki çeviri aşamaları da Tablo 5.1'deki gibidir.

**Tablo 5.1.** MA-II'nin diğer dillerdeki psikolinguistik özelliklerinin incelenmesi

<b>Portekizce</b>	-Dört uzman tarafından İngilizce'den Portekizceye çeviri -Uzmanlarla uzman paneli -İki uzmandan uzman görüşü -İki uzman tarafından geri çeviri -30 hasta ile pilot uygulama -Ölçeğe son şekli verme
<b>Kore dili</b>	-İki uzman tarafından İngilizceden Kore diline çeviri -Uzman paneli -İki uzman tarafından geri çeviri -20 hasta ile pilot uygulama -Pilot uygulama sonrası hastalarla yapılandırılmış görüşme yapma -Ölçeğe son şekli verme
<b>Yunanca</b>	-Uzmanlar tarafından İngilizceden Yunancaya çeviri -İki uzman tarafından geri çeviri -Uzman paneli -Ölçeğe son şekli verme
<b>Çince</b>	-İki uzman tarafından İngilizceden Çinceye çeviri -Beş hasta ile pilot uygulama -Uzman paneli -Ölçeğe son şekli verme
<b>Çekce Almanca İtalyanca İspanyolca</b>	-Uzmanlar tarafından İngilizceden Çekce, Almanca, İtalyanca ve İspanyolcaya çeviri -Uzman paneli -Ölçeğe son şekli verme



## **5.2. Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi**

Ölçek, geçerlik ve güvenilirlik analizleri olarak iki başlık altında tartışılmıştır.

### **5.2.1. Geçerlik Analizleri**

#### **İçerik/Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi**

Dil geçerliği sağlanan ölçeğin, kapsam geçerliğinin incelenmesinde, uzman görüşlerine başvurarak ölçeğin dil/ifade ve içerik uygunluğu değerlendirilmiştir. Değerlendirmede ölçek maddeleri ve çevirileri verilerek dil/ifade ve içerik uygunluğu açısından 12 uzmandan 1 ile 4 arasında puan vermesi beklenmiştir. Uzmanlar ölçeği “1” çok değişiklik gerekiyor (önerdiğim gibi), “2” az değişiklik gerekiyor (önerdiğim gibi), “3” uygun ve “4” çok uygun olarak puanlama yaparak değerlendirmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliğini değerlendirmede kullanılan madde içerik indeksi, dil/ifade uygunluğu için 0.91, içerik uygunluğu için ise 0.96 olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda ölçek içerik/kapsam geçerliği sağlanmış bulunmaktadır.

#### **Yapı Geçerliğinin İncelenmesi**

Ölçeğin yapı geçerliği; doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ve bilinen grup karşılaştırması yöntemleriyle incelenmiştir.

#### **Doğrulayıcı Faktör Analizi**

Doğrulayıcı faktör analizinde önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının doğrulanması amaçlanmaktadır. Gizil değişkenler arasındaki ilişkiyi tanımlayan model ile elde edilen verinin ne oranda uyduğunu belirlemektedir. Bunu belirlemede uyum indeksleri kullanılmaktadır (Çokluk ve ark., 2016). Bu indeksler  $\chi^2$ , p,  $\chi^2/sd$ , RMSEA, SRMR, NFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI'dır. İndekslerde p değerinin  $0.05 \leq p \leq 1$  arasında olması iyi uyum,  $0.01 \leq p \leq 0.05$  arasında ise kabul edilebilir uyum; Minimum Uyum Fonksiyon Ki-kare-Serbestlik Derecesi Oranı ( $\chi^2/df$ ) değerinin  $0 \leq \chi^2/df \leq 2$  arasında olması iyi uyum;  $\chi^2/df \leq 5$  arasında olması kabul edilebilir uyum; Yaklaşıklık Hataları Kareleri Ortalamalarının Karekökü (RMSEA) değerinin  $< 0.05$  olması iyi uyum, 0.05-0.08 arasında olması ise kabul edilebilir uyum; Standardize edilmiş Hataların Ortalama Karelerinin Karekökü (SRMR) değerinin  $< 0.05$  iyi uyum, 0.05-0.10 arasında olması kabul edilebilir uyum; Normlaştırılmış Uyum İndeksi'nin (NFI) 0.95-1.00 arasında olması iyi uyum, 0.90-0.95 arasında olması kabul edilebilir uyum; Normlaştırılmamış

Uyum İndeksi'nin (NNFI) 0.97-1.00 arasında olması iyi uyum, 0.95-0.97 arasında olması kabul edilebilir uyum; Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi'nin (CFI) 0.97-1.00 arasında olması iyi uyum, >0.90 olması kabul edilebilir uyum; İyilik Uyum İndeksi'nin (GFI) 0.95-1.00 arasında olması iyi uyum, >0.90 olması kabul edilebilir uyum ve Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi'nin (AGFI) 0.90-1.00 arasında olması iyi uyum, >0.85 olması kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmektedir (Erkorkmaz ve ark., 2013; Çapık, 2014; Çokluk ve ark., 2016).

Bu araştırmada, RMSEA kabul edilebilir uyum değerleri arasında yer alırken, diğer tüm indeksler ( $\chi^2/sd$ , SRMR, NFI, NNFI, CFI, GFI ve AGFI) iyi uyum gösteren aralıkta yer almaktadır (Tablo 4.5). Tüm bu sonuçlar, Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II-Türkçe formunun orijinal modelle uyum gösterdiğini doğrulamaktadır. MA-II Türkçe formu tek faktörlü bir ölçek olarak doğrulanmıştır.

### **Açıklayıcı Faktör Analizi**

Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği ilk olarak BAROS'un geliştirilmesi kapsamında oluşturulurken faktör analiz yöntemine gidilmeksizin beş maddeli (özsaygı, fiziksel aktivite, sosyal hayat, çalışma durumu ve cinsel aktivite) olmasına karar verilmiştir (Oria ve Moorehead, 1998). Ardından 2003 yılında Moorehead tarafından beslenme algısı maddesi de eklenerek ve ölçeğin skorlandırması revize edilip MA-II tek faktörlü, altı maddeden oluşan ameliyat öncesi ve sonrası grupta uygulanabilen bir ölçek olarak yayınlanmıştır (Moorehead ve ark., 2003). Ölçeğin bu yapısı yapılan açıklayıcı faktör analizi ile Türkçe formunda da doğrulanmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi için örneklem sayısının yeterli olması gerekmektedir. Bunun belirlenmesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testleri kullanılmaktadır. KMO değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir. 1'e yaklaşması istenmekte ve 0.50'nin üzerinde olması geçerli kabul edilmektedir (Alpar, 2016). MA-II'nin KMO değeri 0.86 olarak bulunmuş ve örneklem sayısı faktör analizi yapmak için yeterli kabul edilmiştir.

Barlett testi ise varyansların homojenliğine ilişkin bilgi vererek verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için yapılması gereken bir testtir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı, "p" anlamlılık değeri ile değerlendirilmektedir.  $p < 0.05$  ise veri seti faktör

analizi yapmaya uygundur, olarak yorumlanmaktadır (Çokluk ve ark., 2016). MA-II'nin Barlett  $\chi^2$  değeri 344.254,  $p=0.00$  olarak bulunmuştur. Dolayısıyla örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olarak değerlendirilmiştir.

Faktör analizinin amacı eğer varsa ölçekteki faktör yapılarının ortaya çıkarılmasıdır. Bunu belirlerken faktörleri oluşturan maddelerin faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olması beklenmektedir. MA-II'nin analiz sonuçlarına baktığımızda tek faktörden oluştuğunu ve faktörü oluşturan maddelerin faktör yüklerinin 0.61-0.80 arasında değiştiği görülmektedir. Bunun sonucunda maddelerin faktörü yüksek derecede ölçtüğü çıkarımı yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin açıklanan varyans değerinin %55.63 (%30'un üzeri) olması, varyansın çok iyi derecede açıklandığını göstermektedir (Esin, 2015).

### **Bilinen Grup Karşılaştırması**

Yaşam kalitesi puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası dönemde farklı çıkması beklenmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2003). Bu doğrultuda MA-II toplam puanının obezite cerrahisi, öncesi ve sonrası dönemde fark olup olmadığını belirlemek için bilinen grup karşılaştırması ile t testi uygulanarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, ameliyat sonrası dönemdeki ölçek puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

### **Ölçüt Bağımlı/Kriter Geçerliğinin İncelenmesi**

Ölçüt bağımlı/kriter geçerliğinin incelenmesinde eş zaman geçerliği ve kestirim geçerliği açısından analiz sonuçları değerlendirilmiştir.

### **Eş Zamanlı/Benzer Ölçek Geçerliği**

Eş zaman geçerliğinde daha önceden geçerliği kanıtlanmış bir ölçek ile geçerlik ve güvenilirliğini test ettiği ölçek arasında korelasyon incelenmektedir. Korelasyon değerlerinin 0.00-0.30 arasında olması zayıf, 0.30-0.70 arasında olması orta, 0.70-1.00 arasında olması ise yüksek derecede ilişkiyi açıklamaktadır (Çokluk ve ark., 2016; Büyüköztürk, 2017). Bu araştırmada MA-II ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin analiz sonuçları incelenmiştir. Preoperatif dönemde olan hastalar için MA-II ölçek puanı ile emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt başlığı ile orta derecede pozitif korelasyon görülürken, ağrı alt başlığı ile negatif yönde orta dereceli bir korelasyon saptanmıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt başlıkları ile anlamlı bir korelasyon

izlenmemiştir. Postoperatif hastalarda ise sosyal fonksiyon, mental sağlık ve genel sağlığın algılanması alt başlıkları ile zayıf, fiziksel fonksiyon ve enerji alt başlıklarıyla ise orta derecede pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır.

**Tablo 5.2.** MA-II ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki puanın dillere göre dağılımı

	Türkçe <sup>a</sup>	İngilizce <sup>b</sup>	Çekce	Almanca	İtalyanca	İspanyolca	Çince	Yunanca	Portekizce
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	0.553 **	0.357 **	0.617 **	0.744 **	0.589 **	0.341 **	0.48 **	0.781 **	0.681 ***
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	0.463 **	0.517 **	0.055	0.472 **	0.666 **	0.089	0.58 **	0.606 **	0.472 ***
<b>Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları</b>	0.393 **	0.023	0.592 **	0.625 **	0.572 **	0.263 **	0.34 **	0.544 **	0.518 ***
<b>Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları</b>	0.298 **	0.480 **	0.374 **	0.473 **	0.392 **	0.124	0.38 **	0.479 **	0.561 ***
<b>Mental Sağlık</b>	0.356 **	0.489 **	0.272 **	0.154 **	0.123	0.252 **	0.45 **	0.645 **	0.552 ***
<b>Enerji/Vitalite</b>	0.434 **	0.588 **	0.341 **	0.269 **	0.145	0.368 **	0.49 **	0.707 **	0.678 ***
<b>Ağrı</b>	-0.574 **	-0.486 **	0.278 **	0.470 **	0.541 **	0.170 *	0.29 **	0.511 **	0.508 ***
<b>Genel Sağlığın Algılanması</b>	0.410 **	0.413 **	0.472 **	0.616 **	0.726 **	0.467 **	0.53 **	0.804 **	0.697 ***

(\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001)  
<sup>a</sup> Geçerlik ve güvenilirliği yapılan dil  
<sup>b</sup> Orijinal geliştirilen ölçek

Ayrıca MA-II ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı ve SF-36'nın kullanıldığı çalışmalarda korelasyon analizi sonuçları da Tablo 5.2'de verilmiştir. MA-II ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon ve genel sağlığın algılanması alt boyutları tüm dillerle orta ve ya yüksek derecede pozitif korelasyon gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.8). Sosyal fonksiyon, Çekce ve İspanyolca hariç diğer dillerde orta derecede pozitif yönde; fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, İngilizce hariç diğer dillerde zayıf ve ya orta derecede pozitif yönde; emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, İspanyolca hariç diğer dillerde zayıf veya orta derecede pozitif yönde; mental sağlık İtalyanca hariç diğer dillerde zayıf veya orta derecede pozitif yönde; enerji, İtalyanca hariç diğer dillerde zayıf, orta ve yüksek derecede pozitif yönde; ağrı ise Türkçe ve İngilizcede orta derecede negatif

korelasyon gösterirken, diğer dillerde zayıf ve ya orta derecede pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon göstermektedir.

### **Yordama/Kestirim Geçerliliği**

Yordama geçerliğinde, ölçek puanı ile gelecekte ölçülecek olan değişken arasındaki ilişki incelenerek ölçek sonuçlarının gelecekteki değişkeni ne kadar yordadığı araştırılmaktadır. Bu araştırmada ise MA- II puanı ile demografik veriler arasındaki ilişki stepwise regresyon yöntemi ile çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Sonuç olarak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde olma durumları, cinsiyet ve ameliyat sonrası BKİ'lerinin MA-II puanı üzerine önemli etkileri olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. BKİ ile ölçek puanı arasında da negatif yönlü orta derecede bir korelasyon saptanmıştır. Yani hastaların BKİ'si ne kadar artarsa yaşam kaliteleri o kadar düşmektedir. Korece, Portekizce, Yunanca, Çince, Çekce, Almanca, İtalyanca, İspanyolca olmak üzere ölçeğin tüm dillerinde de BKİ'nin MA-II puanı ile negatif derecede korelasyon yaptığı saptanmıştır (Sauerland ve ark., 2009; Chang ve ark., 2010; Charalampakis ve ark., 2012; Lee ve ark., 2014; Maciel ve ark., 2014).

### **5.2.2.Güvenirlilik Analizleri**

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin güvenirlik analizlerinin incelenmesinde test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılık ve madde analizi yöntemleri kullanılmıştır.

### **Test-Tekrar Test Yöntemi**

Ölçeğin aynı gruba belli aralıklarla iki kez uygulanması ile elde edilen puanlar arasındaki korelasyon ile açıklanmaktadır. Korelasyon katsayısının 0.50-0.69 arasında olması orta düzey ilişkiyi göstermektedir (Büyüköztürk, 2017). Araştırmada, MA-II ölçeği 73 hastaya 2-4 hafta sonra tekrar uygulanmış, korelasyon analizi sonucu ( $r=0.655$ ) orta düzey ilişki ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ).

### **İç Ölçüt Tutarlılığı**

İç ölçüt tutarlılığı bir ölçekte yer alan maddelerin homojenliği ile alakalıdır. Ölçekteki maddeler arasında ne kadar yüksek korelasyon varsa ölçeğin iç tutarlılığı okadar yüksektir (DeVellis, 2017).

İç tutarlılığın belirlenmesinde temel faktör Cronbach Alpha katsayısıdır. Alfa katsayısı 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir, 0.60-0.79 ise oldukça güvenilir, 0.40-0.59 ise düşük güvenilirlikte, 0.00-0.39 arasında ise ölçek güvenilir değildir (Alpar, 2016).

**Tablo 5.3.** Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı dillerin Cronbach Alfa Katsayıları

MA-II'nin adapte edildiği diller	Cronbach Alfa Katsayısı
Kore dili	0.76
Çince	0.79
Portekizce	0.80
İtalyanca	0.81
Çekce	0.82
Türkçe	0.83
İngilizce	0.84
Yunanca	0.85
İspanyolca	0.86
Almanca	0.88

MA-II'nin Cronbach alfa katsayısı en düşük olan dil 0.76 ile Kore dili iken en yüksek olan 0.88 ile Almanca olduğu görülmektedir (Tablo 5.3). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yapılan tüm dillerde güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir. Türkçede de MA-II'nin Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Bu kapsamda MA-II'nin Türkçe versiyonu yüksek derecede güvenilir bir ölçüm aracıdır. Kore dilinde ölçeğin altıncı maddesinin (Yiyeceklere olan yaklaşımım; Yemek için yaşarım/ Yaşamak için yerim) morbid obezlerde olumsuz duygular uyandırması sebebiyle Cronbach alfa sayısının düşük olduğu varsayılmaktadır. Kore halkının obez bireylere karşı tutumu, sosyal baskısı ve ayrımcılık yapmasından kaynaklı kişilerin halka açık yemedikleri belirtilmektedir. Yiyeceklere olan yaklaşımın, kültüre göre farklılaşması nedeni ile bu maddenin dikkatli sorgulanması ve değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Lee ve ark., 2014).

### **Madde Analizlerinin İncelenmesi**

Madde toplam puan korelasyonunda, korelasyonun pozitif ve yüksek olması maddelerin benzer davranışları örneklediğini göstermektedir. Korelasyonu 0.30'dan yüksek olan

maddelerin iyi derecede ayırt ettiği, 0.20-0.30 arasında olanların araştırmacılar tarafından zorunlu görülmesi durumunda ölçeğe dahil edilebileceği ve ya düzeltmeye ihtiyacı olduğu, 0.20'den düşük olanların ise ölçeğe alınamayacağı belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2017). MA-II'de madde toplam puan koreleasyonları 0.651-0.804 arasında bulunmuştur. Tüm sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olup ( $p<0.01$ ) ölçekteki tüm maddelerin madde toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olduğu saptanmıştır. Ölçekte en düşük korelasyon (0.651) altıncı madde (***Yıyeceklere olan yaklaşımım; Yemek için yaşarım/ Yaşamak için yerim***) olurken, en yüksek korelasyon (0.804) ikinci maddede (***Fiziksel aktivitelerden; Hiç hoşlanmam/ Çok hoşlanırım***) belirlenmiştir. Ölçeğin Kore versiyonunda madde toplam puan korelasyonları 0.432-0.833 arasında hesaplanmıştır (Lee ve ark., 2014).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği-II' nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek adına yapılan analizler sonucunda;

- Ölçeğin Türkçe formunun orijinal İngilizce formu ile dilsel eşdeğerlik açısından bir farklılık göstermediği ve uygun bir şekilde dil eşdeğerliğinin sağlandığı;
- Ölçeğin Türkçe formu altı maddeli olarak DFA ( $\chi^2/sd$ : 1.58, SRMR: 0.0355, NFI: 0.9595, NNFI: 0.9743, CFI: 0.9846, GFI: 0.9711 ve AGFI: 0.9326) ile doğrulandı;
- Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.61-0.80 arasında değiştiği ve ölçeğin ölçülmek istenen varyansın %55.63'ünü açıkladığı;
- Ameliyat sonrası dönemdeki hastaların MA-II toplam ölçek puanının, ameliyat öncesi dönemdekilere göre daha yüksek olduğu;
- MA-II ölçek puanının, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları alt başlığı ile pozitif yönde zayıf, ağrı alt başlığı ile negatif yönde orta, diğer tüm alt başlıklar ile pozitif yönde orta dereceli bir korelasyon olduğu;
- Ameliyat sonrası BKİ ile toplam ölçek puanı arasında negatif yönlü orta dereceli bir korelasyon olduğu ve ölçek toplam puanı üzerine ameliyat öncesi/sonrası dönemde olma, cinsiyet ve BKİ'nin önemli etkileri olduğu;
- Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa Katsayısının 0.83 olduğu, madde-toplam puan korelasyonunun 0.651-0.748 arasında değiştiği;
- Ölçeğin hem ameliyat öncesi hem ameliyat sonrası dönemdeki hastalar için kullanıma uygun olduğu;
- Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



## **6.2.Öneriler**

Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği-II'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan analizler sonucunda;

### **Araştırmacılar için;**

- Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II Türkçe versiyonunun farklı sosyodemografik gruplara uygulanması,
- Araştırmacının veri toplama sırasında deneyimleri doğrultusunda obezite cerrahisi geçiren hastaların yaşam kalitelerini etkileyen sorunların belirlenmesine ihtiyaç olduğu saptanmış olup buna yönelik karma araştırmaların yapılması önerilmektedir.

### **Uygulayıcılar için;**

- Ölçeğin, obezite cerrahisi alanında çalışan hemşireler tarafından bireylerin yaşam kalitelerinin etkilendiği alanların belirlenmesinde kullanılması,
- Ölçeğin ameliyat öncesi obez bireylere ve obezite cerrahisinden en az üç ay geçmiş bireylere uygulanması,
- Obezite cerrahisi uygulanan bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin MA-II ile ölçülerek kayıt altına alınması ve ölçeğin klinikteki hasta takip formuna entegre edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2002; 4 (1): 9-14.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi*. 2003; 5 (1): 3-14.

Aktürk Z, Acemoglu H. Tibbi arastirmalarda güvenilirlik ve geçerlilik/Reliability and validity in medical research. *Dicle Tip Dergisi*. 2012; 39 (2): 316.

Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2016, s:502-621.

Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Vitiello A, Zundel N, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide Survey 2014. *Obes Surg*. 2017; 27 (9): 2279-2289.

APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc; 2017, s:1.

Apau D, Whiteing N. Pre- and post-operative nursing considerations of bariatric surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 2011; 9 (3): 44-48.

Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, Ryan DH, et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015; 100 (2): 342-362.

Apovian CM, Huskey KW, Chiodi S, Hess DT, Schneider BE, Blackburn GL, Jones DB, et al. Patient Factors Associated with Undergoing Laparoscopic Adjustable Gastric Banding vs Roux-en-Y Gastric Bypass for Weight Loss. *Journal of the American College of Surgeons*. 2013; 217 (6): 1118-1125.

Avşar F. Laparoskopik Roux en-Y Gastrik Baypas. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*. 2015; 8 (3): 33-43.

Aydemir Ö. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Klinikte Kullanımı. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2014; 20 (Özel Sayı 1): 5-9.

Backman O, Stockeld D, Rasmussen F, Naslund E, Marsk R. Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Br J Surg*. 2016; 103 (10): 1336-1342.

Barrett A, Burch M. Sleeve Gastrectomy: Procedure and Outcomes. In: *The Clinician's Guide to the Treatment of Obesity*. Eds. A Youdim. 1st. New York: Springer; 2015, p: 125-139.

Belalcazar LM, Reboussin DM, Haffner SM, Hoogeveen RC, Kriska AM, Schwenke DC, Tracy RP, et al. A 1-year lifestyle intervention for weight loss in individuals with type 2 diabetes reduces high C-reactive protein levels and identifies metabolic predictors of change: from the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) study. *Diabetes Care*. 2010; 33 (11): 2297-2303.

Berger ER, Clements RH, Morton JM, Huffman KM, Wolfe BM, Nguyen NT, Ko CY, et al. The Impact of Different Surgical Techniques on Outcomes in Laparoscopic Sleeve Gastrectomies: The First Report from the Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program (MBSAQIP). *Ann Surg*. 2016; 264 (3): 464-473.

Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Surg*. 2016; 151 (3): 226-232.

Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med*. 2007; 167 (16): 1720-1728.

Bond DS, Jakicic JM, Unick JL, Vithiananthan S, Pohl D, Roye GD, Ryder BA, et al. Pre- to Postoperative Physical Activity Changes in Bariatric Surgery Patients: Self Report vs. Objective Measures. *Obesity*. 2010a; 18 (12): 2395-2397.

Bond DS, Jakicic JM, Vithiananthan S, Thomas JG, Leahey TM, Sax HC, Pohl D, et al. Objective quantification of physical activity in bariatric surgery candidates and normal-weight controls. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2010b; 6 (1): 72-78.

Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S, Sax HC, Roye GD, Ryder BA, Pohl D, et al. Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2011; 7 (1): 1-7.

Bray GA, Fruhbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. *Lancet*. 2016; 387 (10031): 1947-1956.

Brethauer SA, Kim J, el Chaar M, Pappasavas P, Eisenberg D, Rogers A, Ballem N, et al. Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2015; 11 (3): 489-506.

Brumpton B, Langhammer A, Romundstad P, Chen Y, Mai XM. The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT Study. *International Journal of Obesity*. 2013; 37 (9): 1268-1274.

Brunault P, Frammery J, Couet C, Delbachian I, Bourbao-Tournois C, Objois M, Cosson P, et al. Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery: a 12-month follow-up study. *Qual Life Res*. 2015; 24 (2): 493-501.

Buchwald H. Section II: Primarily Malabsorptive Procedures. In: *Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures*. Eds. B Henry. Philadelphia: W.B. Saunders; 2012a, p: 23-24.

Buchwald H. Section III: Malabsorptive/Restrictive Procedures: Gastric Bypass. In: *Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures*. Eds. B Henry. Philadelphia: W.B. Saunders; 2012b, p: 93-95.

Buchwald H. Section IV: Restrictive Procedures. In: Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures. Eds. B Henry. Philadelphia: Saunders; 2012c, p: 143-144.

Buchwald H. Section V: Other and Investigative Procedures. In: Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures. Eds. B Henry. W.B. Saunders; 2012d, p: 229.

Bushey C. Bariatric nursing care after weight loss surgery: A holistic approach. The College of St. Scholastica. Nursing, Master Thesis, 2010, United States (Danışman: S Fauchald.).

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Akademi; 2013, s:179-194.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Kitapevi; 2017, s:179-194.

Chalasanani N, Younossi Z, Lavine JE, Diehl AM, Brunt EM, Cusi K, Charlton M, et al. The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. Hepatology. 2012; 55 (6): 2005-2023.

Chan DS, Vieira AR, Aune D, Bandera EV, Greenwood DC, McTiernan A, Navarro Rosenblatt D, et al. Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies. Ann Oncol. 2014; 25 (10): 1901-1914.

Chang C-Y, Huang C-K, Chang Y-Y, Tai C-M, Lin J-T, Wang J-D. Cross-Validation of the Taiwan Version of the Moorehead–Ardelt Quality of Life Questionnaire II with WHOQOL and SF-36. Obesity Surgery. 2010; 20 (11): 1568-1574.

Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg.* 2014; 149 (3): 275-287.

Charalampakis V, Bertias G, Lamprou V, de Bree E, Romanos J, Melissas J. Quality of life before and after laparoscopic sleeve gastrectomy. A prospective cohort study. *Surg Obes Relat Dis.* 2015; 11 (1): 70-76.

Charalampakis V, Daskalakis M, Bertias G, Papadakis JA, Melissas J. Validation of the Greek translation of the obesity-specific Moorehead-Ardelt Quality-of-Life Questionnaire II. *Obes Surg.* 2012; 22 (5): 690-696.

Che F, Nguyen B, Cohen A, Nguyen NT. Prevalence of hiatal hernia in the morbidly obese. *Surg Obes Relat Dis.* 2013; 9 (6): 920-924.

Chou JJ, Lee WJ, Almalki O, Chen JC, Tsai PL, Yang SH. Dietary Intake and Weight Changes 5 Years After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2017; 27 (12): 3240-3246.

Coblijn UK, Karres J, de Raaff CAL, de Castro SMM, Lagarde SM, van Tets WF, Bonjer HJ, et al. Predicting postoperative complications after bariatric surgery: the Bariatric Surgery Index for Complications, BASIC. *Surg Endosc.* 2017; 31 (11): 4438-4445.

Conceição EM, Utzinger LM, Pisetsky EM. Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *European Eating Disorders Review.* 2015; 23 (6): 417-425.

Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Journal of Occupational Therapy of University of São Paulo/Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.* 2015; 26 (1): 50-57.

Cowley SP, Leggett S. Manual handling risks associated with the care, treatment and transportation of bariatric (severely obese) clients in Australia. *Work*. 2011; 39 (4): 477-483.

Çapık C. Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2014; 17 (3): 196-205.

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi; 2016, s:275-332.

da Luz FQ, Sainsbury A, Mannan H, Touyz S, Mitchison D, Hay P. Prevalence of obesity and comorbid eating disorder behaviors in South Australia from 1995 to 2015. *International Journal Of Obesity*. 2017; 41 1148.

Dargent J. Laparoscopic Gastric Banding: Game Over? *Obes Surg*. 2017; 27 (8): 1914-1916.

De Angelis G, Chen Y. Obesity among women may increase the risk of arthritis: observations from the Canadian Community Health Survey, 2007-2008. *Rheumatol Int*. 2013; 33 (9): 2249-2253.

de Jong MMC, Hinnen C. Bariatric surgery in young adults: a multicenter study into weight loss, dietary adherence, and quality of life. *Surg Obes Relat Dis*. 2017; 13 (7): 1204-1210.

Demark-Wahnefried W, Platz EA, Ligibel JA, Blair CK, Courneya KS, Meyerhardt JA, Ganz PA, et al. The role of obesity in cancer survival and recurrence. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012; 21 (8): 1244-1259.

DeVellis R. Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Ankara: Nobel Kitabevi; 2017, s:59-72.

Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, Kopelman P. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*. 2015; 385 (9986): 2521-2533.

Dimick JB, Nicholas LH, Ryan AM, Thumma JR, Birkmeyer JD. Bariatric surgery complications before vs after implementation of a national policy restricting coverage to centers of excellence. *Jama*. 2013; 309 (8): 792-799.

Dimitrov DM. *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling*. United States: Wiley; 2014, s:41-51.

Dixon JB, Schachter LM, O'Brien PE, Jones K, Grima M, Lambert G, Brown W, et al. Surgical vs conventional therapy for weight loss treatment of obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *Jama*. 2012; 308 (11): 1142-1149.

Dodsworth A, Warren-Forward H, Baines S. Changes in eating behavior after laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review of the literature. *Obes Surg*. 2010; 20 (11): 1579-1593.

Drake TM, Nepogodiev D, Chapman SJ, Glasbey JC, Khatri C, Kong CY, Claireaux HA, et al. Multicentre prospective cohort study of body mass index and postoperative complications following gastrointestinal surgery. *The British Journal of Surgery*. 2016; 103 (9): 1157-1172.

Duggal A, Rubinfeld G. Morbid Obesity: Peri-operative Management. *Critical Care*. 2010; 14 (5): 322-322.

Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, Imamura M, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2016; 35 (1): 15-20.

Duo X, Wei-Hong L, Min X, Di-Dan G, Feng-Yan Z, Jin-Fu T. Implementation of Standardized Perioperative Care for Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass in a New Program at a Chinese Hospital. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2015; 10 (2): 49-54.

Elder KA, Wolfe BM. Bariatric surgery: a review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*. 2007; 132 (6): 2253-2271.



Eliasson B, Liakopoulos V, Franzen S, Naslund I, Svensson AM, Ottosson J, Gudbjornsdottir S. Cardiovascular disease and mortality in patients with type 2 diabetes after bariatric surgery in Sweden: a nationwide, matched, observational cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015; 3 (11): 847-854.

Elrefai M, Hasenberg T, Diouf S, Weiß C, Kienle P, Otto M. Quality of Life After Bariatric Surgery: Comparison of Four Different Surgical Procedures. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care.* 2017; 12 (2): 61-66.

Emerenziani S, Rescio MP, Guarino MPL, Cicala M. Gastro-esophageal reflux disease and obesity, where is the link? *World Journal of Gastroenterology : WJG.* 2013; 19 (39): 6536-6539.

Ergün A, Eti Aslan F, Vatan F, Olgun N, Kuşuoğlu S. Sağlık bakımındaki gelişmeler ve bakım uygulamaları. In: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* Eds. K Ayfer, EA Fatma. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014, p: 3-24.

Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Snisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.* 2013; 33 (1): 210-223.

Esin M. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği In: *Hemşirelikte Araştırma.* Eds. S Erdoğan, N Nahcivan, M Esin. 2. İstanbul: Nobel kitabevi; 2015, p: 195-235.

Espino-Grosso PM, Canales BK. Kidney Stones After Bariatric Surgery: Risk Assessment and Mitigation. *Bariatric Surg Pract Patient Care.* 2017; 12 (1): 3-9.

Ewing BT, Thompson MA, Wachtel MS, Frezza EE. A cost-benefit analysis of bariatric surgery on the South Plains region of Texas. *Obes Surg.* 2011; 21 (5): 644-649.

Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obes Rev.* 2011; 12 (5): e438-453.

Fei P, Bonanni F. Biliopancreatic Diversion and Duodenal Switch: Indications, Procedure and Outcomes. In: Obesity care and bariatric surgery Eds. K Murayama, S Kothari. Singapore: World Scientific Publishing; 2016, p: 37-55.

Fencel JL, Walsh A, Vocke D. The bariatric patient: an overview of perioperative care. *Ann Surg.* 2015; 102 (2): 116-131.

Fogelholm M. Physical activity, fitness and fatness: relations to mortality, morbidity and disease risk factors. A systematic review. *Obes Rev.* 2010; 11 (3): 202-221.

Fridman A, Moon R, Cozaco Y, Ampudia C, Lo Menzo E, Szomstein S, Rosenthal RJ. Procedure-related morbidity in bariatric surgery: a retrospective short- and mid-term follow-up of a single institution of the American College of Surgeons Bariatric Surgery Centers of Excellence. *J Am Coll Surg.* 2013; 217 (4): 614-620.

Gadiot RP, Biter LU, van Mil S, Zengerink HF, Apers J, Mannaerts GH. Long-Term Results of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for Morbid Obesity: 5 to 8-Year Results. *Obes Surg.* 2017; 27 (1): 59-63.

Gagnon LE, Karwacki Sheff EJ. Outcomes and complications after bariatric surgery. *Am J Nurs.* 2012; 112 (9): 26-36, quiz 51, 37.

Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, Bucher HC, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ : British Medical Journal.* 2013; 347

Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences; 2012, s:411-445.

Güngör D. Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk psikoloji yazıları.* 2016; 19 (38): 104-112.

Hachem A, Brennan L. Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Obes Surg.* 2016; 26 (2): 395-409.

Hambleton RK. Guidelines for Adapting Educational and Psychological Tests. The Educational Resources Information Center (ETIC). 1996; 1-47.

Hanipah ZN, Schauer PR. Surgical Treatment of Obesity and Diabetes. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2017; 27 (2): 191-211.

Hawn K, Doane A. Management of the surgical weight loss patient. *AAACN Viewpoint.* 2011; 33 (2): 1-9.

Higa K. Laparoscopic Gastric Bypass: Technique and Outcomes. In: *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery Volume 1: Bariatric Surgery.* Eds. N Nguyen., J Morton., R Rosenthal., R Blackstone.,J Ponce. 1st. New York: Springer; 2015 p: 183-193.

Hursting SD, O'Flanagan CH, Bowers LW. Breaking the cancer-obesity link. *Scientist.* 2015; 29 (11):

ITC. ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition). *International Journal of Testing.* 2017; 0 (0): 1-34.

Joshi GP, Ankichetty SP, Gan TJ, Chung F. Society for Ambulatory Anesthesia consensus statement on preoperative selection of adult patients with obstructive sleep apnea scheduled for ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 2012; 115 (5): 1060-1068.

Kahraman MS, Güriz SO, Özdel K. Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik ve Psikolojik Tedaviler için Genel Bir Gözden Geçirme. *Adulthood Obesity: A General Review for Biological and Psychological Treatment.* 2014; 17 (1): 28-40.

Karabasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi.* Ankara: Nobel Kitabevi; 2009, s:147-153.

Kasotakis G, Mittal SK, Sudan R. Combined treatment of symptomatic massive paraesophageal hernia in the morbidly obese. *Jsls.* 2011; 15 (2): 188-192.

Khandalavala BN, Geske J, Nirmalraj M, Koran-Scholl JB, Neumann-Potash L, McBride CL. Predictors of Health-Related Quality of Life After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2015; 25 (12): 2302-2305.

Kim SH, Despres JP, Koh KK. Obesity and cardiovascular disease: friend or foe? *Eur Heart J*. 2016; 37 (48): 3560-3568.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 12 (2): 102-106.

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

Kushner R, Lawrence V, Kumar S, Lau N. Diabetes and Metabolic Diseases. In: *Practical Manual of Clinical Obesity*. Eds. 2013, p: 121-131.

Laddu D, Dow C, Hingle M, Thomson C, Going S. A review of evidence-based strategies to treat obesity in adults. *Nutr Clin Pract*. 2011; 26 (5): 512-525.

Lazzati A, De Antonio M, Paolino L, Martini F, Azoulay D, Iannelli A, Katsahian S. Natural History of Adjustable Gastric Banding: Lifespan and Revisional Rate: A Nationwide Study on Administrative Data on 53,000 Patients. *Ann Surg*. 2017; 265 (3): 439-445.

Leahy CR, Luning A. Review of nutritional guidelines for patients undergoing bariatric surgery. *Aorn j*. 2015; 102 (2): 153-160.

Lee CH, Woo YC, Wang Y, Yeung CY, Xu A, Lam KS. Obesity, adipokines and cancer: an update. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2015; 83 (2): 147-156.

Lee YJ, Song HJ, Heo Y, Oh SH, Kwon JW, Moon KH, Park JM, et al. Validation of the Korean version Moorehead-Ardelt quality of life questionnaire II. *Ann Surg Treat Res*. 2014; 87 (5): 265-272.

Legro RS. Obesity and PCOS: implications for diagnosis and treatment. *Semin Reprod Med*. 2012; 30 (6): 496-506.

Levy RL, Jeffery RW, Langer SL, Graham DJ, Welsh EM, Flood AP, Jaeb MA, et al. Maintenance-tailored therapy vs. standard behavior therapy for 30-month maintenance of weight loss. *Prev Med.* 2010; 51 (6): 457-459.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, AlMazroa MA, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012; 380 (9859): 2224-2260.

Lindekilde N, Gladstone BP, Lubeck M, Nielsen J, Clausen L, Vach W, Jones A. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2015; 16 (8): 639-651.

Liu Y, Hazlewood GS, Kaplan GG, Eksteen B, Barnabe C. Impact of Obesity on Remission and Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017; 69 (2): 157-165.

Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko CY, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg.* 2012; 22 (1): 70-89.

LoBiondo-Wood G, Haber J. Reliability and Validity. In: *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice.* Eds. M Iannuzzi. 7th Edition. China: Elsevier; 2010, p: 285-309.

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67 (3): 220-229.

Macia E, Gueye L, Duboz P. Hypertension and Obesity in Dakar, Senegal. *PLoS ONE.* 2016; 11 (9): e0161544.

Maciel J, Infante P, Ribeiro S, Ferreira A, Silva AC, Caravana J, Carvalho MG. Translation, adaptation and validation of a Portuguese version of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obes Surg.* 2014; 24 (11): 1940-1946.

Magallares A, Schomerus G. Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: a meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2015; 20 (2): 165-176.

Major P, Matłok M, Pędziwiatr M, Migaczewski M, Budzyński P, Stanek M, Kisielewski M, et al. Quality of Life After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 2015; 25 (9): 1703-1710.

Matthews CA. Risk factors for urinary, fecal, or double incontinence in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014; 26 (5): 393-397.

Meyerhardt JA, Ma J, Courneya KS. Energetics in colorectal and prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2010; 28 (26): 4066-4073.

Mihmanlı M, Işıl R, İdiz U. Bariyatrik Cerrahi Sonuçlarına Genel Bakış. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*. 2015; 8 (3): 6-11.

Mion F, Dargent J. Gastro-oesophageal reflux disease and obesity: pathogenesis and response to treatment. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2014; 28 (4): 611-622.

Mohamed HF, Hassan EHCH, Hassan ZR, Omar EkZ, Mustapha M, Hanaa DA, Khodor AH. Early Complications Post Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Single-Center Experience and Literature Review. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2017; 12 (3): 130-135.

Monahan JC. Using an age-specific nursing model to tailor care to the adolescent surgical patient. *Aorn j*. 2014; 99 (6): 733-749.

Moorehead MK, Ardelt-Gattinger E, Lechner H, Oria HE. The validation of the Moorehead-Ardelt quality of life questionnaire II. *Obesity Surgery*. 2003; 13 (5): 684-692.

Morgan DJ, Ho KM. Incidence and Risk Factors for Deliberate Self-harm, Mental Illness, and Suicide Following Bariatric Surgery: A State-wide Population-based Linked-data Cohort Study. *Ann Surg*. 2017; 265 (2): 244-252.

Mulligan AT, McNamara AM, Boulton HW, Trainor LS, Raiano C, Mullen A. Best practice updates for nursing care in weight loss surgery. *Obesity* (Silver Spring). 2009; 17 (5): 895-900.

Muniz J, Elosua P, Hambleton RK. International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition. *Psicothema*. 2013; 25 (2): 151-157.

Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, Aboyans V, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017; 390 (10100): 1151-1210.

Neff KJ, Olbers T, le Roux CW. Bariatric surgery: the challenges with candidate selection, individualizing treatment and clinical outcomes. *BMC Med*. 2013; 11 8.

Neil JA. Perioperative nursing care of the patient undergoing bariatric revision surgery. *Aorn j*. 2013; 97 (2): 210-226; quiz 227-219.

Neil JA, Roberson DW. Enhancing nursing care by understanding the bariatric patient's journey. *Aorn j*. 2015; 102 (2): 132-140.

NIH. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr*. 1992; 55 (2 Suppl): 615s-619s.

Oakland T, Poortinga YH, Schlegel J, Hambleton RK. International Test Commission: Its History, Current Status, and Future Directions. *International Journal of Testing*. 2001; 1 (1): 3-32.

Okorodudu DO, Jumean MF, Montori VM, Romero-Corral A, Somers VK, Erwin PJ, Lopez-Jimenez F. Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2010; 34 (5): 791-799.

Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obesity surgery*. 1998; 8 (5): 487-499.

Owers C, Abbas Y, Ackroyd R, Barron N, Khan M. Perioperative optimization of patients undergoing bariatric surgery. *Journal of obesity*. 2012; 2012

Oyekcin DG, Yildiz D, Şahin EM, Gür S. Depression and Anxiety in Obese Patients. *Turkish Journal of Endocrinology & Metabolism*. 2011; 15 (4):

Panossian LA, Veasey SC. Daytime sleepiness in obesity: mechanisms beyond obstructive sleep apnea--a review. *Sleep*. 2012; 35 (5): 605-615.

Patil R, Melander S. Postoperative Complications and Emergency Care for Patients Following Bariatric Surgery. *Medsurg Nurs*. 2015; 24 (4): 243-248, 265.

Peacock JC, Zizzi SJ. An assessment of patient behavioral requirements pre- and post-surgery at accredited weight loss surgical centers. *Obes Surg*. 2011; 21 (12): 1950-1957.

Pearson D, Grace C. Staying on Track: Weight Maintenance. In: *Weight Management*. Eds. 2012, p: 165-174.

Pfeiffer J, Kothari S. History of Bariatric Surgery. In: *Obesity care and bariatric surgery*. Eds. K Murayama.,S Kothari. 1st Edition. Singapore: World Scientific Publishing; 2016, p: 11-28.

Pilone V, Mozzi E, Schettino AM, Furbetta F, Di Maro A, Giardiello C, Battistoni M, et al. Improvement in health-related quality of life in first year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Obes Relat Dis*. 2012; 8 (3): 260-268.

Pleava R, Gaita D, Ardeleanu C, Frentz S, Udrescu M, Udrescu L, Dan R, et al. Obesity in association with Sleep Apnea Syndrome as predictor for coronary-vascular comorbidities. *Pneumologia*. 2016; 65 (1): 14-18.

Polit D, Beck C. Data Collection. In: *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Eds. D Polit,C Beck. 7th Edition. China: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2010a, p: 337-390.



Polit D, Beck C. Quantitative Research Design. In: Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Eds. D Polit.,C Beck. 7th Edition. China: Wolters Kluwer Health; 2010b, p: 221-258.

Pop MA, Drugan TC, Urda A, Chatellain P, Galmace G, Pop CM. Obesity - Important Risk Factor for Sleep Apnea Syndrome. Applied Medical Informatics. 2013; 33 (3): 22-32.

Prachand V, Hussain M. Duodenal Switch: Technique and Outcomes. In: The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery Volume 1: Bariatric Surgery. Eds. N Nguyen., R Blackstone., J Morton., J Ponce.,R Rosenthal. New York: Springer; 2015, p: 2011-2221.

Quidley AM, Bland CM, Bookstaver PB, Kuper K. Perioperative management of bariatric surgery patients. Am J Health Syst Pharm. 2014; 71 (15): 1253-1264.

Risstad H, Sovik TT, Hewitt S, Kristinsson JA, Fagerland MW, Bernklev T, Mala T. Changes in Health-Related Quality of Life After Gastric Bypass in Patients With and Without Obesity-Related Disease. Obes Surg. 2015; 25 (12): 2408-2416.

Robert M, Denis A, Badol-Van Straaten P, Jaisson-Hot I, Gouillat C. Prospective longitudinal assessment of change in health-related quality of life after adjustable gastric banding. Obes Surg. 2013; 23 (10): 1564-1570.

Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD, McManus K, et al. Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates. New England Journal of Medicine. 2009; 360 (9): 859-873.

Sanchez-Carracedo D, Neumark-Sztainer D, Lopez-Guimera G. Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. Public Health Nutr. 2012; 15 (12): 2295-2309.

Santos AdL, Pasquali R, Marcon SS. Feelings and experiences of obese participants, in a support group: an exploratory study. 2012. 2012; 11 (1):

Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obes Surg.* 2012; 22 (4): 668-676.

Sarwer DB, Steffen KJ. Quality of Life, Body Image and Sexual Functioning in Bariatric Surgery Patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23 (6): 504-508.

Sauerland S, Weiner S, Hausler E, Dolezalova K, Angrisani L, Noguera CM, Garcia-Caballero M, et al. Validity of the Czech, German, Italian, and Spanish version of the Moorehead-Ardelt II questionnaire in patients with morbid obesity. *Obes Facts.* 2009; 2 Suppl 1 57-62.

Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, Navaneethan SD, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. *N Engl J Med.* 2017; 376 (7): 641-651.

Schauer PR, Mingrone G, Ikramuddin S, Wolfe B. Clinical Outcomes of Metabolic Surgery: Efficacy of Glycemic Control, Weight Loss, and Remission of Diabetes. *Diabetes Care.* 2016; 39 (6): 902-911.

Sharples AJ, Cheruvu CV. Systematic Review and Meta-Analysis of Occupational Outcomes after Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2017; 27 (3): 774-781.

Silva MN, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ. Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med.* 2010; 33 (2): 110-122.

Springer BD, Carter JT, McLawhorn AS, Scharf K, Roslin M, Kallies KJ, Morton JM, et al. Obesity and the role of bariatric surgery in the surgical management of osteoarthritis of the hip and knee: a review of the literature. *Surg Obes Relat Dis.* 2017; 13 (1): 111-118.

Stegenga H, Haines A, Jones K, Wilding J. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. *Bmj.* 2014; 349 g6608.

Stolzenberger KM, Meaney CA, Marteka P, Korpak S, Morello K. Long-Term Quality of Life Following Bariatric Surgery: A Descriptive Study. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2013; 8 (1): 29-38.

Sudan R, Maciejewski ML, Wilk AR, Nguyen NT, Ponce J, Morton JM. Comparative effectiveness of primary bariatric operations in the United States. *Surg Obes Relat Dis*. 2017; 13 (5): 826-834.

Susic D, Varagic J. Obesity: A Perspective from Hypertension. *Med Clin North Am*. 2017; 101 (1): 139-157.

Tam A, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Ankara Yıldırım Beyazıt University; 2014,

Taşkın M, Zengin S, Taşkın H. Bariyatrik ve Metabolik Cerrahinin Tarihçesi. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*. 2015; 8 (3): 1-5.

Teede HJ, Joham AE, Paul E, Moran LJ, Loxton D, Jolley D, Lombard C. Longitudinal weight gain in women identified with polycystic ovary syndrome: results of an observational study in young women. *Obesity (Silver Spring)*. 2013; 21 (8): 1526-1532.

Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN, Carraca EV, et al. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity (Silver Spring)*. 2010; 18 (4): 725-735.

Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, Vignaud M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg*. 2016; 40 (9): 2065-2083.

Topuz C, Baturay F, Çakýrgöz M, Ersoy A. Bariatric Surgery and Anaesthesia. *Okmeydani Tip Derg*. 2014; 30 (0): 56-59.

Toydemir T, Tekin K. Morbit Obezite Cerrahisinde "Duodenal Switch" Prosedürü. *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*. 2015; 8 (3): 51-54.

Twedell D, Lansing R, McGuire J, Palmersheim P, Baird G. Providing holistic care to bariatric patients. *J Contin Educ Nurs*. 2009; 40 (10): 438-439.

Unick JL, Beavers D, Bond DS, Clark JM, Jakicic JM, Kitabchi AE, Knowler WC, et al. The long-term effectiveness of a lifestyle intervention in severely obese individuals. *Am J Med*. 2013; 126 (3): 236-242.

Urbina S. *Essentials of psychological testing*. United States: John Wiley & Sons; 2014, s:165-233.

Vegel AJ, Shah N, Lidor AO, Greenberg JA, Shan Y, Wang X, Funk LM. Patient-reported quality of life after bariatric surgery: a single institution analysis. *J Surg Res*. 2017; 218 117-123.

Vernon G, Baranova A, Younossi ZM. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011; 34 (3): 274-285.

Vidal J, Corcelles R, Jimenez A, Flores L, Lacy AM. Metabolic and Bariatric Surgery for Obesity. *Gastroenterology*. 2017; 152 (7): 1780-1790.

Wall H, Smith C, Hubbard R. Body mass index and obstructive sleep apnoea in the UK: a cross-sectional study of the over-50s. *Prim Care Respir J*. 2012; 21 (4): 371-376.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer; 2017, s:91-241.

Wee C, Davis R, Huskey K, Jones D, Hamel M. Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status. *J Gen Intern Med*. 2013; 28 (2): 231-238.

Wentworth JM, Playfair J, Laurie C, Ritchie ME, Brown WA, Burton P, Shaw JE, et al. Multidisciplinary diabetes care with and without bariatric surgery in overweight people: a randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014; 2 (7): 545-552.

Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009; 373 (9669): 1083-1096.

Wiklund M, Olsén MF. Physical function and health related quality of life before and 18 months after bariatric surgery. *The Open Obesity Journal.* 2015; 7 (1): 12-16.

Wing RR, Crane MM, Thomas JG, Kumar R, Weinberg B. Improving weight loss outcomes of community interventions by incorporating behavioral strategies. *Am J Public Health.* 2010; 100 (12): 2513-2519.

Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of Obesity: Weight Loss and Bariatric Surgery. *Circ Res.* 2016; 118 (11): 1844-1855.


Wu E, Luk A, Wong SK, So WY, Kong A, Chow F, Zhang Y, et al. Health-Related Quality of Life after Bariatric Surgery and its Correlation with Glycaemic Status in Hong Kong Chinese Adults. *Obes Surg.* 2016; 26 (3): 538-545.

Yılmaz E. Cerrahi Hemşireliği ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar- Ulusal Boyut. In: Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Eds. Z Arı. Manisa: 2012, p: 11-18.

Zhao G, Ford ES, Li C, Tsai J, Dhingra S, Balluz LS. Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *BMC Psychiatry.* 2011; 11 130.

## EKLER

### EK-1

 **Damla Ateş** <damlaaates@akdeniz.edu.tr>  
Alıcı: bana ▾

28.05.2016 ★  

Kimden: Elisabeth Ardel-Gattinger [elisabeth.ardelt@sbg.ac.at]  
Gönderildi: 28 Mayıs 2016 Cumartesi 20:12  
Kime: Damla Ateş  
Konu: Re: Permission for validity and reliability of Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II

Dear Damla, I am out of Office making holidays until 6th June. I would appreciate your validation of the Test because we use a Turkish Translation for our Patients coming from your Country, but must talk with my coauthors. I'll Write You suddenly After 6.6. Kind Regards Elisabeth  
Von meinem iPhone gesendet

Am 27.05.2016 um 18:00 schrieb Damla Ateş <damlaaates@akdeniz.edu.tr<mailto:damlaaates@akdeniz.edu.tr>>:

Dear ELISABETH ARDEL-GATTINGER,

My name is Damla Ates. I am a master student in medical surgical nursing and I work as a research assistant at Akdeniz University Faculty of Nursing in Turkey. My advisor is associate professor Fatma Cebeci. I have read many articles on bariatric surgery and quality of life. I am interested in The Validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. I want to use this scale. There is not the validity and reliability of your scale in Turkey. For this reason, I hope to make it's validity and reliability in Turkey. So, I request your permission to use this scale for my thesis. Thank you very much in advance for your time.

Yours Sincerely,

Damla Ates- (Research Assistant)  
Akdeniz University  
Nursing Faculty  
Medical Surgical Nursing

## EK-2

İLT: SF-36 Ölçek Kullanım İzni

tez/kurum ve ölçek izin x



**Damla Ateş** <damlaates@akdeniz.edu.tr>

Alıcı: bana

1.06.2016



Kimden: Ömer Aydemir [[soaydemir@gmail.com](mailto:soaydemir@gmail.com)]

Gönderildi: 01 Haziran 2016 Çarşamba 12:38

Kime: Damla Ateş

Konu: Re: SF-36 Ölçek Kullanım İzni

Sayın Damla Ateş

Çalışmanızda Kısa Form-36 (SF36) yaşam kalitesi ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ömer Aydemir

1 Haz 2016 tarihinde 12:13 saatinde, Damla Ateş <[damlaates@akdeniz.edu.tr](mailto:damlaates@akdeniz.edu.tr)> şunları yazdı:

> Sayın Prof. Dr. Ömer Aydemir,

>

> Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Damla Ateş, Danışman Hocam Doç Dr. Fatma Cebeci. Eğer izniniz olursa tez çalışmamda sizin 'SF-36 Ölçeği'nizden yararlanmak istiyorum.

>

> İyi Çalışmalar dilerim.

>

> Damla Ateş.

## EK-3

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/10/2016-E.104896



T.C.



Sayı : -302.14.03  
Konu : Damla ATEŞ'in Tez Çalışması

### REKTÖRLÜK MAKAMINA (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 01/09/2016 tarihli ve 93913 sayılı yazı,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Damla ATEŞ'in "Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Artdelt Yaşam Kalitesi Ölçeği İl'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliği" konulu yüksek lisans tezi çalışmasını Hastanemiz Genel Cerrahi Polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Bülent AYDINLI  
Başhekim

Bilgi için: Habibe AYDINER  
Unvanı: Sekreter



EK-4

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/11/2016-52710



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 52415545/663.08  
Konu : Çalışma İzni(Damla ATEŞ)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİNE  
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi: Akdeniz Üniversitesinin 06/10/2016 tarihli bila sayılı yazısı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Damla ATEŞ'in, "Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Artdelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II' nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliği" konulu yüksek lisans tez çalışmasını, ekte bulunan protokol kapsamında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Necat YILMAZ  
Genel Sekreter

EKLER:  
1-Protokol(1 Sayfa)

Dağıtım:  
Akdeniz Üniversitesi(Hemşirelik Fakültesi) ✓  
S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile Aynıdır  
20.10.2016  
Antalya Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
AYŞEC AKKÖŞAN  
Sağlık Teknisyen

Eğitim ve Analiz Birimi/Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Üçgen  
Meh. Abdi İpekçi Cad.No:13 Muratpaşa/ANTALYA  
Faks No:242 2456091

e-Posta:semra.oral@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://antalya.khb.saglik.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 7ccc804c-0a46-4f5a-ada5-26e0ff6b7604 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Semra ORAL

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02422456000/6044

## PROTOKOL

### PARAFLAR: Madde 1

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı Antalya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ile Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

1. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Poliklinikleri
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Poliklinikleri
3. Doç. Dr. Ayhan Mesci Nobeziye Klinik

Çalışmanın adı: "Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliği"

Bu çalışmayı yürütecek olan kişi/kişiler: Fatma CEBECİ, Damla Ateş

Konusu: madde 2

Bu protokol ilimiz sınırları içinde Antalya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri yapılan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilere yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- a) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Antalya Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- c) Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinde de yararlanılacaksa ayrıca Genel Sekreterlikten onay alınacaktır.

### Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmalarına katılan ve protokolle tespit edilen kişilerde değişiklik yapılması ya da yeni kişilerin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Genel Sekreterliğin onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün Süresi:

- a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda bir hafta süre ile çalışmalarını yürütecektir.
- b) Başlangıç: Kurum izinlerinin alınmasından itibaren çalışmaya başlanacaktır. (1 yıl süreyle devam edecektir.)
- c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir. İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

**Yürürlük:** Çalışmayı yayın/tez halinde getirmeden önce Genel Sekreterlik ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

- a) Çalışma üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Genel Sekreterliğimize teslim edilecektir.
- b) Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilemediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/tez/proje...vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- c) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirilecekse ayrıca Genel Sekreterlik onayı alınacaktır.
- d) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden yazılı olarak ve etik kurulundan onay alınacaktır.
- e) Araştırma verileri sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kuruluşların (hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Ek Bilgi:

Taraflar:

6.10.2016

Ad-Soyad

Doç. Dr. Fatma CEBECİ

Araç Gör. Damla Ateş

Olur,  
19.10.2016

Prof. Dr. Necat YILMAZ

Genel Sekreter

## EK-5

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/02/2017-10014

### DOÇ. DR. AYHAN MESCI NOBEZİTE KLİNİĞİ

**Sayı:** 50913635-100

**Konu:** Çalışma İzni (Damla ATEŞ)

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜK MAKAMI'NA

(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: Akdeniz Üniversitesi 'nin 02.12.2016 tarihli yazısı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Damla ATEŞ'in Doç. Dr. Fatma CEBECİ danışmanlığındaki "Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçeye uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirligi" adlı tez çalışmasını Doç. Dr. Ayhan Mesci Nobezite Kliniği'nde yapması tarafımızca uygun bulunmuştur. 15.02.2017

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

  
Doç. Dr. Ayhan MESCI

**Doç. Dr. Ayhan MESCI**  
Genel Cerrahi Uzmanı  
Yeşilbahçe Mah. Melikgözoğlu cad. Huzur Çın Sitesi  
A Blok K.2 No 6314 Muratpaşa/ANTALYA  
Kalekapı V.D :114 360 163 96

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2016

## KARAR

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Doç.Dr.Fatma CEBECİ	
<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği II'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliliği	
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 447	Tarih: 03.08.2016
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Prof.Dr. Arif TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arif TAŞATARGİL  
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Gulay ÖZBİLİM  
Üye (İznil)

Prof.Dr. Murat CANPOLAT  
Üye

Prof.Dr. Dilara İNAN  
Üye

Prof.Dr. Necmiye KALIMLIOĞLU  
Üye

Doç.Dr. Gulistan Öge BAYSAL  
Üye

Doç.Dr. Dile KIPMAN KORGUN  
Üye

Doç.Dr. Ali Berkant AVCI  
Üye (Karılmadı)

Doç.Dr. Opuz DURSUN  
Üye (İznil)

Yrd. Doç.Dr. Mehmet TÜRKAY  
Üye

Dr. Onat HÜLÜR  
Üye (İznil)

Turgut ALTUN  
Üye

Av. Mustafa AÇIKEL  
Üye

**EK-7**

<b>KAPSAM GEÇERLİĞİNİ DEĞERLENDİRMEK İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİDE BULUNAN UZMANLAR</b>	
<b>ÜN VAN-AD-SOYAD</b>	<b>ÇALIŞTIĞI KURUM</b>
<i>ENDOKRİN DOKTORU (2 KİŞİ)</i>	
<b>Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI</b>	Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Bilim Dalı
<b>Prof.Dr. Ramazan SARI</b>	Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Bilim Dalı
<i>GENEL CERRAH (4 KİŞİ)</i>	
<b>Prof.Dr. Nurullah BÜLBÜLLER</b>	Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
<b>Prof. Dr. Güner ÖĞÜNÇ</b>	Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
<b>Doç. Dr. Mehmet Tahir ORUÇ</b>	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
<b>Doç. Dr. Ayhan MESCİ</b>	Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
<i>GENEL CERRAHİ HEMŞİRESİ (3 KİŞİ)</i>	
<b>Gülay DAĞLI</b>	Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Sorumlu Hemşiresi
<b>R. Ebru Parlak</b>	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Sorumlu Hemşiresi
<b>İlkay Arduç</b>	Doç. Dr. Ayhan Mesci Nobeziye Klinik Hemşiresi
<i>HEMŞİRE ÖĞRETİM ÜYESİ (3 KİŞİ)</i>	
<b>Doç. Dr. Hülya BULUT</b>	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL</b>	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**EK-8**


<b>DİL GEÇERLİĞİ İÇİN ÇEVİRİ YAPAN UZMANLAR</b>	
<b>UNVAN</b>	<b>AD-SOYAD</b>
Uluslararası Tur Operatörü	Ömer ŞENER
Mütercim Tercüman	Filiz Gökçe ŞENER
İngilizce Öğretmeni	Mine GÜRTOPI
Okutman	Alim Cengiz TOKAÇ
Mütercim Tercüman	Serdağ YILDIRIM
Çeviri Şirketi	Protranslate




**EK-9****MOOREHEAD ARDELT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ II'NİN DİL GEÇERLİĞİ  
UZMAN PANELİ****MOOREHEAD ARDELT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ II'NİN DİL  
GEÇERLİĞİ UZMAN PANELİ**

Maddeler	AÇIKLAMA
1. Usually I feel... Very Badly About Myself / Very Good About Myself	UYGUNDUR
1. Kendimle ilgili genellikle; Çok kötü hissederim / Çok iyi hissederim	
2. I Enjoy Physical Activities... Not At All / Very Much	UYGUNDUR
2. Fiziksel aktivitelerden; Hiç hoşlanmam / Çok hoşlanırım	
3. I Have Satisfactory Social Contacts.... None /Very Many	UYGUNDUR
3. Sosyal ilişkilerim; Hiç yoktur / Çok iyidir	
4. I Am Able to Work... Not At All / Very Much	UYGUNDUR
4. Çalışabilme durumu; Hiç çalışmam / Çok iyi çalışırım	
5. The Pleasure I get Out of Sex is... Not At All / Very Much	UYGUNDUR
5. Cinsel yaşamdan; Hiç zevk almam / Çok zevk alırım	
6. The Way I Approach Food Is... I live to Eat / I Eat to Live	UYGUNDUR
6. Yiyeceklere olan yaklaşımım; Yemek için yaşarım / Yaşamak için yerim	

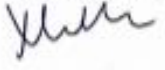
  
Uluslararası Tur Operatörü  
Ömer ŞENER

  
Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Fatma CEBECİ

  
Mütercim Tercüman  
Filiz Gökçe ŞENER

İngilizce Öğretmeni  
Mine GÜRTÜP

  
Okutman  
Alim Cengiz TOKAÇ

  
Mütercim Tercüman  
Serdağ YILDIRIM

**EK-10**

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**Sayın Katılımcı;**

Adım Damla ATEŞ, danışmanım Doç. Dr. Fatma CEBECİ ile birlikte obezite cerrahisi hastalarında yaşam kalitesine ilişkin bir çalışma yapıyoruz. Bu çalışmanın amacı; obezite cerrahisi öncesi ve sonrasında bireylerin yaşam kalitelerini belirlemede bize yol gösterici bir ölçek olan ‘‘Moorehead-Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği’’nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğini sağlamaktır. Araştırma için tedavi gördüğünüz hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Araştırmamızda sizden yapmanız istenen, ölçekte yer alan ifadeleri gerçekçi olarak yanıtlamanız ve kişisel bilgi formunu yanıtlamanızdır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur. Sizin için uygun seçeneği söyleyebilirsiniz. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Tüm yanıtlar gizli tutulacaktır ve herhangi bir yayın veya raporda isminiz kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Ben obezite cerrahisi olacak olan / olan ..... katılmam istenen araştırmanın amacını, içeriğini tamamen anladım. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmayı istediğim anda sonlandırabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavi ve bakımım ile ilgili herhangi bir olumsuz tutumla karşılaşmayacağıma inandım. Bu koşullar doğrultusunda kendi rızamla, baskı altında kalmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

**Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü CHH Y.L. Öğrencisi: Damla ATEŞ, Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Fatma CEBECİ**

**Hastanın Adı-Soyadı:**

**Araştırmacının Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**İmzası:**

**Adresi:**

**Telefonu:**

**Telefonu:**

**Mail:**

**Tarih:**

**Onay alma işlemine tanıklık eden kuruluş görevlisinin**

**Adı-Soyadı:**

**İmzası:**

**Görevi:**



**EK-11**

**HASTA TANITICI ÖZELLİKLERİ FORMU**

**(Ameliyat Öncesi Hastalar İçin)**

1. **Çalışmanın yapıldığı yer:**  Üniversitesi Hastanesi  
 Sağlık Bilimleri Üniversitesi  Özel Klinik
2. **Yaşınız:** .....
3. **Cinsiyeti**  Kadın  Erkek
4. **Medeni Durumunuz:**  Evli  Bekar
5. **Eğitim Durumunuz:**  Okur-yazar olmayan  Okur-yazar  İlköğretim  
 Lise  Lisans  Lisansüstü
6. **Çalışma Durumunuz:**  
 Tam gün çalışıyor  Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyor   
Çalışmıyor
7. **Mesleğiniz/İşiniz:**  Emekli  Memur  İşçi  Ev Hanımı  
 Diğer.....(açıklayınız)
8. **Mesleğiniz/İşiniz;**  
 Uzun süreli oturmayı gerektirir.  
 Uzun süreli hareket etmeyi gerektirir.  
 Uzun süreli seyahat etmeyi gerektirir.  
 Diğer; (Açıklayınız;.....)

9. **Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

Gelir giderden az  Gelir ve gider eşit  Gelir giderden fazla

10. **Obezite ile ilgili gördüğünüz tedaviler nelerdir?**

	<b>Tedavi Süresi (Ne kadar?)</b>
<b>Diyet tedavisi</b>	
<b>Tıbbi tedavi</b>	
<b>Fiziksel aktivite</b>	
<b>Psikolojik tedavi (Bilişsel davranışçı tedavi, vs.)</b>	
<b>Diğer.....</b>	

11. **Şu anki** Boy:..... Kilo: ..... BKİ: .....

12. **Ek sağlık problemlerinizi var mı?**  Evet  Hayır

13. **Cevabınız evet ise;**

Hipertansiyon  Diyabet  Hipotiroidi  
 Hiperlipidemi  Kolesterol  Diğer.....

14. **Obezite nedeniyle en çok yaşadığınız problemler nelerdir?**

Uyku problemleri (Horlama, uyuyamama vs.)  
 Menstrual problemler  
 Hareket etmede zorlanma  
 Nefes darlığı  
 Eklem ağrıları  
 Diğer.....

**EK-12**

**HASTA TANITICI ÖZELLİKLERİ FORMU**  
**(Ameliyat Sonrası Hastalar İçin)**

1. **Çalışmanın yapıldığı yer:**  Üniversitesi Hastanesi  
 Sağlık Bilimleri Üniversitesi  Özel Klinik
2. **Yaşınız:** .....
3. **Cinsiyeti**  Kadın  Erkek
4. **Medeni Durumunuz:**  Evli  Bekar
5. **Eğitim Durumunuz:**  Okur-yazar olmayan  Okur-yazar  İlköğretim  
 Lise  Lisans  Lisansüstü
6. **Çalışma Durumunuz:**  
 Tam gün çalışıyor  Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyor   
Çalışmıyor
7. **Mesleğiniz/İşiniz:**  Emekli  Memur  İşçi  Ev Hanımı  
 Diğer.....(açıklayınız)
8. **Mesleğiniz/İşiniz;**  
 Uzun süreli oturmayı gerektirir.  
 Uzun süreli hareket etmeyi gerektirir.  
 Uzun süreli seyahat etmeyi gerektirir.  
 Diğer; (Açıklayınız;.....)
9. **Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**  
 Gelir giderden az  Gelir ve gider eşit  Gelir giderden fazla
10. **Cerrahi Öncesi** Boy: ..... Kilo: ..... BKİ: .....
11. **Şu anki** Kilo: ..... BKİ: .....

12. **Ameliyat öncesi ek sağlık problemlerinizi var mıydı?** ( ) Evet ( ) Hayır

13. **Cevabınız evet ise;**

( ) Hipertansiyon ( ) Diyabet ( ) Hipotiroidi

( ) Kolesterol ( ) Diğer.....

14. **Ameliyat Tarihi** .....

15. **Ameliyat türü** ( ) Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ( ) Gastrik Bypass

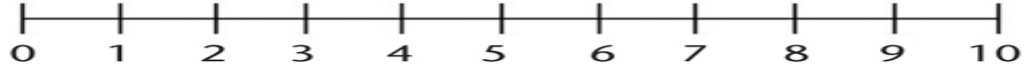
( ) Diğer .....

16. **Ameliyat sonrası ek sağlık problemlerinizi var mı?** ( ) Evet ( ) Hayır

17. **Cevabınız evet ise;** ( ) Hipertansiyon ( ) Diyabet ( ) Hipotiroidi

( ) Kolesterol ( ) Diğer.....

18. **Aşağıdaki şekil üzerinde ameliyatınıza ilişkin memnuniyetinizi belirten sayıyı işaretleyiniz.**



Memnun değilim

Çok memnunum

19. **Ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum/komplikasyon gelişti mi?**

( )Evet; Açıklayınız..... ( ) Hayır

20. **Taburculuktan sonra tekrar hastaneye yatışınız oldu mu?**

( )Evet; Açıklayınız..... ( ) Hayır

21. **Ameliyat sonrası en çok zorlandığınız konular nelerdir?** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Ağrı

( ) Bulantı

( ) Uyuyamama/ Gece sık uyanma

( ) Yara bakımı

( ) Hareket etmekte zorlanma

( ) Diğer; (Açıklayınız;.....)

Ameliyat Sonrası

Tarih:

**MOOREHEAD-ARDELT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ II****Özsaygı ve Aktivite Düzeyleri**

Lütfen size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

**1. Kendimi genellikle;**

Çok kötü hissederim

Çok iyi hissederim

 **2. Fiziksel aktivitelerden;**

Hiç hoşlanmam

Çok hoşlanırım

 **3. Sosyal ilişkilerim;**

Hiç yoktur

Çok iyidir

 **4. Çalışabilme durumu;**

Hiç çalışamam

Çok iyi çalışırım

 **5. Cinsel yaşamdan;**

Hiç zevk almam

Çok zevk alırım

 **6. Yiyeceklere olan yaklaşımım;**

Yemek için yaşarım

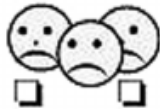
       

Yaşamak için yerim

## MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS

*Please make a check in the box provided to show your answer.*

1. Usually I Feel...



Very Badly About  
Myself



Very Good About  
Myself

2. I Enjoy Physical Activities...



Not At All



Very Much

3. I Have Satisfactory Social Contacts...



None



Very Many

4. I Am Able to Work...



Not At All



Very Much

5. The Pleasure I get Out Of Sex Is...



Not At All



Very Much

6. The Way I Approach Food Is...



I Live to Eat



I Eat to Live

Melode K. Moorehead, Ph. D., Bariatric Surgery Clinical Psychologist, 1201 E. Broward Blvd., Ft. Lauderdale, FL 33301.  
Elizabeth Ardel, Ph. D., Institute für Psychologie, Universität Salzburg  
MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE  
SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS  
Copyright 1997 M.K. MOOREHEAD, Ph.D. 0501 524-5244

**EK-15****SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
(Cevabınızı daire içine alınız.)

	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1	2	3	4	5
Bir yıl öncesine göre çok daha iyi	Bir yıl öncesine göre daha iyi	Bir yıl öncesiyle aynı	Bir yıl öncesine göre daha kötü	Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çizersiniz.)

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3
e. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
f. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
g. Bir iki kilometre yürüme	1	2	3
h. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
i. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	1	2	3

4. **Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız? (Temizlenmeyen ev)		
c. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. **Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarımızın (örneğin üzüntülü veya kaygılı olmak gibi) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. **Son bir ay içinde bedensel sağlığımız veya duygusal sorunlarımız, aileniz, arkadaş veya komşularımızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?**

1	2	3	4	5
Hiç	Biraz	Orta derecede	Epeyce	Çok fazla

7. **Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?**

1	2	3	4	5
Hiç	Çok hafif	Orta hafiflikte	Aşırı derecede	Çok aşırı derecede

8. **Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?**

1	2	3	4	5
Hiç olmadı	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla



9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

1	2	3	4	5
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
j. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	1	2	3	4	5
k. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
l. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
m. Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	DAMLA	<b>Uyruğu</b>	T.C.
<b>Soyadı</b>	ATEŞ	<b>Tel no</b>	05427103098
<b>Doğum tarihi</b>	20.02.1990	<b>e-posta</b>	damlaates1342@gmail.com

### Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
<b>Lise</b>	Antalya Anadolu Lisesi	2008
<b>Lisans</b>	Erciyes Üniversitesi	2013
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
<b>Doktora</b>		

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Yozgat Boğazlıyan Devlet Hastanesi	2013-2014
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2014-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS (2015)	70
İngilizce	YÖKDİL (2017)	81.25

## Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Obezite Cerrahisi Uygulanan Hastalara Özgü Moorehead Ardelt Yaşam Kalitesi Ölçeği İnin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliği	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri Birimi	2016-Devam ediyor

## Burslar-Ödüller:

## Yayınlar ve Bildiriler:

### SCI,SSCI,AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Ateş D., Cebeci F., "Obesity in the Kidney Transplant Process", Experimental and Clinical Transplantation, vol.16, pp.61-63, 2018

### Diğer Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Bülbül T., Ateş D., Öztürk S., "Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Lisans Düzeyinde Aldıkları Hemşirelik Eğitimi İle İlgili Memnuniyetlerinin Belirlenmesi", Sağlık Bilimleri Dergisi, no.2, ss.133-139, 2017

Ateş D., Kaplan A. , Öztürk S. , Zorlu Ö. , Akburak M. , Çelikel E. ve ark., "Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Klinik Stajda Mobbing", Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, cilt.2, ss.30-38, 2014.

### Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Çatal E., Karazeybek E., Aksoy N., Çetin Ç., Ateş D., Dizlek D., et al., "Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği İntörn Öğrencilerinin Farklı Müfredatlara Göre Klinik Öğrenme Ortamını Değerlendirme Durumlarının İncelenmesi", 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-5 Kasım 2017, pp.1

Ateş D., Cebeci F., "Obesity and Kidney Transplantation: Literature Review", 2nd Joint Congress of the Turkish Transplantation Society and the Turcic World Transplantation Society, Ankara, Türkiye, 1-3 Kasım 2017, pp.45-45

Cebeci F., Çatal E. , Ateş D., Karazeybek E., Aksoy N., Çetin Ç., et al., "Öğrencilerin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Klinik Öğrenme Ortamlarını Değerlendirmesi", 20. Ulusal Cerrahi Kongresi 15. Cerrahi Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 13-17 Nisan 2016, ss.1-1

Ateş D., Cebeci F., "Bariatrik Cerrahide Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri ve Hemşirelik", 7. Ulusal Obezite Kongresi, İstanbul, Türkiye, 8-11 Aralık 2016, ss.132-132

Ateş D., Cebeci F., "Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı", 7. Ulusal Obezite Kongresi, İstanbul, Türkiye, 8-11 Aralık 2016, ss.131-131

Ateş D., Cebeci F., " Ventrikül Destek Cihazıyla Yaşam", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 02-05 Mayıs 2018

Ateş D., Cebeci F., " Bariatrik Cerrahi ve Cinsel Yaşam", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 02-05 Mayıs 2018