

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**BARIATRİK CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN
TABURCULUĞA HAZIR OLMA DÜZEYLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Nur Seda BURSALIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

BARİATRİK CERRAHİ GEÇİREN HASTALARIN
TABURCULUĞA HAZIR OLMA DÜZEYLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Nur Seda BURSALIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2025-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 17/07/2025

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Ebru KARAZEYBEK
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr.Öğr.Ü. Ayşe UÇAK
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

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

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.

Öğrencinin

Nur Seda BURSALIOĞLU

İmza

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL

İmza

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana bilgi ve tecrübeleriyle ışık tutan, beni her zaman destekleyen, motive eden ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇATAL'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde bana bilgi ve tecrübeleriyle destek sağlayan Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki kıymetli hocalarım Prof. Dr. Fatma CEBECİ, Doç. Dr. Nilgün AKSOY ve Doç. Dr. Ebru KARAZEYBEK'e

Meslek hayatımda beni bariatrik cerrahi ile tanıştıran Doç. Dr. Mehmet Nuri KOŞAR'a, genel cerrahi kliniğinde birlikte çalıştığım başta Hemşire Sevim Saime AK olmak üzere tüm hemşire ve hekim arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında beni yalnız bırakmayan, her açıdan destekleyen, beni daima ayakta tutan, her zaman benimle gurur duyan ve evlatları olmaktan daima gurur duyduğum babam Hayrettin BURSALIOĞLU ve annem Zehra BURSALIOĞLU'na,

Beni bu yolda her zaman destekleyen, motive eden, daima yanımda olduklarını hissettiğim ablam İlknur YILMAZ ve eniştem İbrahim Yılmaz'a, varlıklarıyla beni hayatımın her anında mutlu eden yeğenlerim Umut ve Doruk'a,

Bu süreçte beni maddi manevi destekleyen, beni daima anlayışla karşılayan, daima yanımda olduğunu hissettiğim Seyfettin TÜRKMEN'e,

Lisans ve yüksek lisans sürecinde tanıştığım, beni bu süreç boyunca ellerinden geldiğince destekleyen, yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Hüseyin Cem KILINÇ, Mehmet Cuma KOÇAK, Çiğdem GÜVEN, Betül YENİGÜN ve İkra ÇAKMAK'a desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Nur Seda BURSALIOĞLU

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türdedir. Araştırmada etik kurul izni, kurum izni ve katılımcılardan gerekli onamlar alınmıştır. Araştırma, bariatrik cerrahi geçiren ve örnekleme dahil edilme kriterlerini taşıyan 142 hasta ile yürütülmüştür. Veriler, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma düzeyleri 8.27 ± 1.39 ortalama puan ile “fazla hazır” bulunmuştur. En yüksek puan, “Beklenen Destek” alt boyutunda (9.22 ± 1.39); en düşük ise “Bilgi” alt boyutunda (7.19 ± 2.76) bulunmuştur. Hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı, ameliyat sonrası kalınan gün sayısı, hastanede kalınan toplam gün sayısı ve uygulanan cerrahi prosedürün etkilediği saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarında; cinsiyet, hedeflenen kilo değeri, ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı, ameliyat sonrası kalınan gün sayısı, uygulanan cerrahi prosedür faktörlerinin etkisi anlamlıdır ($p<0.05$).

Sonuç: Bariatrik cerrahi hastalarının taburculuğa “fazla hazır” olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi kalınan gün sayısı, ameliyat sonrası kalınan gün sayısı, hastanede kalınan toplam gün sayısı, uygulanan cerrahi prosedür, cinsiyet ve hedeflenen kilo faktörlerinin bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen faktörler olarak ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, cerrahi hemşireliği, taburculuk.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the level of readiness for discharge and the factors affecting patients who underwent bariatric surgery.

Method: The study is descriptive and cross-sectional. Research ethics committee approval, institutional approval and necessary consents of patients were obtained in this study. The study was conducted with 142 patients who had bariatric surgery and met inclusion criteria for sample. Data were collected using Patient Information Form and Short Form of the Readiness for Hospital Discharge Scale- Patient Self-Assessment Form.

Results: In the study, the level of readiness for discharge who had bariatric surgery was found to be “overready” with an average score of 8.27 ± 1.39 . The highest sub-dimension score was found in the expected sub-dimension (9.22 ± 1.39), and the lowest sub-dimension score was found in the “information” sub-dimension (7.19 ± 2.76). It was determined that the number of days spent in the hospital before surgery, the number of days spent in the hospital after surgery, the total number of days spent in the hospital, factors of applied surgical procedure affected the readiness for discharge. In the sub-dimensions of the scale; the effects of gender, target weight, the number of days spent in the hospital before surgery, the number of days spent in the hospital after surgery, factors of applied surgical procedure were found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was seen that bariatric surgery patients were “overready” for discharge. The number of days spent in the hospital before surgery, the number of days spent in the hospital after surgery, the total number of days spent in the hospital, the applied surgical procedure, gender and target weight emerged as factors influencing the readiness for discharge in patients who underwent bariatric surgery.

Keywords: Bariatric surgery, discharge, surgical nursing.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmacının Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Obezitenin Tanımı	3
2.2. Dünyada'da ve Türkiye'de Obezite Prevelansı	3
2.3. Obezitenin Nedenleri ve Risk Faktörleri	4
2.4. Obezitenin Tedavisi	5
2.5. Bariatrik Cerrahi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	7
2.6. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri	10
2.6.1. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi	11
2.6.2. Roux-en-Y Gastrik Bypass	12
2.6.3. Ayarlanabilir Gastrik Band	12
2.6.4. Biliopankreatik Diversiyon-Duedonal Switch	13
2.6.5. Mini Gastrik Bypass	13
2.7. Bariatrik Cerrahi Sonrası Oluşan Komplikasyonlar	14
2.8. Bariatrik Cerrahide Perioperatif Hemşirelik Bakımı	14
2.9. Bariatrik Cerrahide Taburculuk Planlaması	18
2.10. Taburculuk Planlama Süreci	20
2.11. Taburculuğa Hazır Olma ve Etkileyen Faktörler	22

3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	24
3.2. Araştırma Soruları	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.5. Araştırmaya/ Örneklemeye Dahil Edilme Kriterleri	25
3.6. Verilerin Toplanması	26
3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	26
3.6.2. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu	26
3.7. Verilerin Toplanma Süreci	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı	28
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.11. Araştırmacının Yeterliliği	28
4. BULGULAR	
4.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
4.2. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulgular	36
4.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Elde Edilen Bulgular	37
5. TARTIŞMA	
5.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.2. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması	51
5.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR	62

EKLER	73
Ek-1 Etik Kurul Onayı	73
Ek-2 Araştırmanın Yürütüldüğü Kurum Onayı	75
Ek-3 Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu'nun Orijinal Ölçeğini Geliştiren Kişiden Alınan Kullanım İzni	76
Ek-4 Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu'nun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliğini Yapan Kişiden Alınan Kullanım İzni	77
Ek-5 Bilgilendirilmiş Onam Formu	78
Ek-6 Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	79
Ek-7 Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu	80
Ek-8 Uygulamalı Sağlıklı ve Bilimsel Zayıflama Eğitimi Katılım Belgesi	81
Ek-9 4. Uluslararası Obezite Cerrahisi ve Diyetisyenliği Kongresi Katılım Belgesi	82
ÖZGEÇMİŞ	83

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Dünya Sağlık Örgütü Beden Kitle İndeksi Sınıflandırılması	3
Tablo 2.2.	Edmonton Obezite Evrelemesi	7
Tablo 4.1.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	30
Tablo 4.2.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	32
Tablo 4.3.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyatına Özgü Bulguların Dağılımı	34
Tablo 4.4.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Niceliksel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	35
Tablo 4.5.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Kilolarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 4.7.	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu'nun Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlilik Analizi Sonuçları	36
Tablo 4.8.	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu'nun Normallik Analizi Sonuçları	37
Tablo 4.9.	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu'ndan Elde Edilen Bulgulara Göre Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerinin Dağılımı	37
Tablo 4.10.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.11.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması	40

Tablo 4.12.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyatına Özgü Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.13.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Niceliksel Değişkenleri ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanları Arasındaki İlişki	45
Tablo 4.14.	Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Değişkenleri ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyleri Arasındaki İlişki	46



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1	Bariatrik Cerrahi veya Konservatif Tedavi Kararına İlişkin Kanıtı Dayalı Karar Verme Algoritması	8
Şekil 3.1.	Evreni Bilinen Örneklem Hesaplama Formülü ve Araştırmanın Örneklem Hesabı	25
Şekil 3.2.	Araştırmanın Veri Toplama Sürecine Ait Veriler	27



SİMGELER ve KISALTMALAR

AGB	: Ayarlanabilir Gastrik Bant
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BPD-DS	: Biliopankreatik Diversiyon- Duedonal Switch
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü)
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
LSG	: Laparoskopik Sleeve Gastrektomi
TEKHARF	: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Araştırması
T2DM	: Tip 2 Diyabet
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TOHÖ-KF	: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurum

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm dünyada fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan önemli bir problem olan obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık için risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Beden kitle indeksi (BKİ) 30'un üzerinde olan bireyler obez olarak kabul edilir. DSÖ'ye göre dünyadaki her sekiz kişiden biri obezite ile yaşamaktadır. Dünya çapında obezite prevalansı 1990 ve 2022 yılları arasında iki kattan daha fazla artmıştır. DSÖ verilerine göre 2022 yılında dünya genelinde 2.5 milyar yetişkin aşırı kiloluyken, bu bireylerin 890 milyonu obezdir. Bu veriler, 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin yaklaşık %43'ünün aşırı kilolu, %16'sının obez olduğunu göstermektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim Tarihi: 14.01.2025). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2019 yılında 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı %21.1 iken, 2022 yılında bu değer %20.2'ye (erkek bireylerde %16.8, kadın bireylerde %23.6) gerilemiştir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>, Erişim Tarihi: 28.01.2025).

Obezite; bireysel davranışlar, genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin kombinasyonu sonucu gelişmektedir (Omer, 2020) ve tedavi edilebilen bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir (Güngör, 2019). Obezite tedavisi; diyet-fiziksel aktivite, medikal tedavi ve cerrahi tedavi olarak ayrılmaktadır. Diyet-fiziksel aktivite ve medikal tedavinin yanıt vermediği durumlarda cerrahi tedaviye başvurulmaktadır (Güngör, 2019). Obezite cerrahisi bariatrik cerrahi olarak da adlandırılmaktadır ve bariatrik cerrahi sürecinde obeziteye eşlik eden diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi, psikolojik sorunlar gibi pek çok hastalığın/sorunun da tedavisi mümkün olabilmektedir (Güçlü ve ark., 2018). Bu nedenle de bariatrik-metabolik cerrahi olarak bir arada gerçekleştirilebilmektedir (Berk Özcan, 2021). Ancak bariatrik cerrahi sürecinin ameliyat öncesi, sırası ve sonrası oldukça karmaşıktır ve cerrahi başarı için tüm süreçlerin iyi yönetilmesi gerekir (Güçlü ve ark., 2018). Bu nedenle de bariatrik cerrahi hastalarında etkin bir taburculuk planlaması zorunludur. Özellikle bu hasta grubunda taburculuğun interdisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi daha da büyük önem arz etmektedir

(https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160325.2019tbl_kilavuza1dab037d3.pdf, Erişim Tarihi: 22.06.2025).

Taburculuğa hazır olma, hastaların hastaneden ayrılma, topluma geri dönme ve iyileşmelerini destekleyen bir durumdur. Eve dönen hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık durumları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hastaların taburculuğa hazır olmalarındaki ana bileşen taburculuk planlaması ve eğitimidir (Li ve ark., 2022). Bariatrik cerrahi sonrası verilecek olan taburculuk eğitimi, oluşabilecek komplikasyonları önlemede, hastanın yeni yaşam tarzına uyumunu kolaylaştırmada, beklenen kilo kaybının sağlanması ve kilonun korunmasında önemli bir yere sahiptir. Hastanın gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastanın evde kendini daha güvende hissetmesine yarar sağlayacaktır (Berk Özcan, 2021; Dal ve ark., 2012). Bariatrik cerrahi hastalarında verilen taburculuk eğitiminin faydalarından biri de hastaları taburculuğa daha hazır hale getirmesidir (Seip ve ark., 2022).

Hastanede yatış sürelerinin kısalması hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesini gerekli hale getirmiştir. Hastanede kalış süresinin kısalması etkin taburculuk planlamasının yapılamamasına ve hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan hazır olmadan eve gönderilmesine neden olabilmektedir. Bunların sonucunda da hastaneye tekrarlı yatışlar, hasta memnuniyetsizliği, maliyette artış, hasta ve yakınlarının evde ihtiyaçlarını karşılayamaması gibi olumsuz durumlar görülebilmektedir (Kaya ve ark., 2018). Literatürde bariatrik cerrahi sonrası öz etkililik, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeme tutumları, kilo durumları, fiziksel aktivite düzeyleri, emosyonel durumlar gibi araştırma sonuçları bulunmaktadır (Karayurt ve ark., 2022; Taşkın ve ark., 2020; Usta ve Aygin, 2020; Yaralı ve ark., 2022). Ancak bariatrik cerrahi gibi ameliyat sonrası ciddi yaşam değişikliklerini beraberinde getiren bir cerrahi sürecin sonunda hastaların taburculuğa hazır olma durumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu araştırma ile ortaya konan sonuçların, bariatrik cerrahi hastalarında taburculuğa hazır oluş ile ilgili literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada; bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Hipokrat'tan itibaren fiziksel aktivitenin artırılması ve yeme kısıtlanması ifade edilirken, obezite 16. Yüzyılın sonlarında tartışılmaya başlanmış bir konudur. Roma yapıtlarından bazılarında masif obez kalıntılarına rastlanmıştır. Tarihsel süreçte insanoğlunun kıtlık ve açlıkla mücadele ettiği pek çok dönem göz önüne alındığında şişmanlık ve obezite güç, kudret, zenginlik ve doğurganlığın belirtisi olarak algılanmıştır. Günümüzde ise açlıkla mücadele eden bazı ülkelerde obezite hala zenginlik göstergesi kabul edilmektedir (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan biri olan obezite DSÖ tarafından sağlık için risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 11.09.2023). Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tüm dünyada ciddi bir sorun haline gelen obezite, vücuda alınan enerjiden daha az enerji harcama ile birlikte vücut kitle indeksinin 30 kg/m² ya da üstünde olması durumudur (Kılıç ve Özdoğan, 2022). DSÖ'nün beden kitle indeksi sınıflandırılması Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. DSÖ Beden Kitle İndeksi Sınıflandırılması

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırma
18.50>	Zayıf
18.50-24.99	Normal Kilolu
25.0-29.99	Preobez
30.00-34.99	1. Derece Obez
35.00-39.99	2. Derece Obez
≥40.00	3. Derece Obez

(Kaynak:https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 11.09.2023)

2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Obezite Prevelansı

Obezite bir sağlık sorunu olarak yaygınlaşmaktadır. Cinsiyet, yaş, ırk ve ülke ayırt etmeksizin tüm dünyayı etkileyen bir durumdur. DSÖ'ye göre dünyadaki her 8 kişiden biri obezite ile yaşamaktadır. Dünya çapında obezite prevelansı 1990 ve 2022 yılları

arasında iki kattan daha fazla artmıştır. DSÖ verilerine göre 2022 yılında dünya çapında 2.5 milyar yetişkin aşırı kiloluyken bu bireylerin 890 milyonu obezdi. Bu değerler 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin yaklaşık %43'ünün aşırı kilolu, %16'sı obez olduğunu göstermektedir. 2022 yılında 5-19 yaş grubu ergen ve çocuk bireylerin ise 390 milyondan fazlası aşırı kiloluyken bu bireylerin 160 milyonu obezdi. Bu gruptaki prevalans 1990 yılında %8'iken 2022 yılına gelindiğinde %20 oranına ulaşarak önemli ölçüde artış göstermiştir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim Tarihi: 14.01.2025).

Obezite ülkemizde de gittikçe yaygınlaşan bir sorun haline gelmektedir. 1997-1998 yılları arasında ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'nda (TURDEP-I) 20 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin obezite prevalansı %22.3 (kadın bireylerde %30, erkek bireylerde %13) olduğu saptanmıştır. TURDEP-I çalışmasıyla neredeyse aynı yıllarda yapılan Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Araştırması'nda (TEKHARF) yetişkin bireylerin %28.6'sı obez olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada obezite prevalansı kadın bireylerde %38.8'iken erkek bireylerde %18.7 olarak belirtilmiştir. Bu iki çalışmadan kısa süre sonra 1999-2000 yılları arasında yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması'nda (TOHTA) ise obezite prevalansı %19.4 (kadın bireylerde %24.6, erkek bireylerde %14.4) olarak belirlenmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında obezite prevalansının %35'e (kadın bireylerde %44, erkek bireylerde %27) yükseldiği saptanmıştır (<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilaviz-u-2024.pdf>, Erişim Tarihi: 28.01.2025). Ülkemizde ise TÜİK verilerine göre; 2019 yılında 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı %21.1 iken, 2022 yılında bu değer %20.2'ye (erkek bireylerde %16.8, kadın bireylerde %23.6) azalmıştır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-497> 47, Erişim Tarihi: 28.01.2025).

2.3. Obezite Nedenleri ve Risk Faktörleri

Obezite enerji alımı ile enerji harcanması arasındaki dengesizlikten kaynaklanan, bireysel davranışlar, genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin kombinasyonu olan ve küresel düzeyde yaygınlaşan bir sağlık sorunudur. Genetik faktörlerin obezite üzerine

etkisi olmasına rağmen çevresel etmenlerin obezite artışında daha fazla rolü vardır. Aşırı beslenme ve düşük fiziksel aktivite düzeyi obeziteye büyük katkıda bulunan faktörlerdendir. Ayrıca farklı gıda ürünlerinin kolayca erişilebilir olması, sosyal ağlar, akran etkisi ve düşük sosyoekonomik statü gibi etmenlerde obezite gelişimi için önemli risk faktörlerindendir (Omer, 2020). Bireylerin obez olmasının nedenleri ve risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- Fiziksel aktivitenin eksikliği veya yetersizliği
- Genetik faktörler
- Sigara ve alkol kullanımı
- Eğitim durumu
- Yaş
- Cinsiyet
- Beslenme alışkanlıkları
- Düzensiz yaşam
- Etnik köken
- Prenatal belirleyiciler
- İlaç kullanımı
- Yetersiz veya eksik uyku
- Sosyo-ekonomik statü
- Psikolojik problemler (Safaei ve ark., 2021).

2.4. Obezitenin Tedavisi

Obezite pek çok etmene bağlı ortaya çıkabilen bir hastalık olmakla birlikte bazı hastalıkların da riskini artırmaktadır. Dislipidemi, osteoartrit, tip 2 diyabet (T2DM), hipertansiyon, uyku apnesi, polikistik over sendromu, gastrointestinal problemler, non-alkolik karaciğer hastalığı gibi pek çok hastalık için obezite risk faktörü oluşturmaktadır. Bu yüzden obezitenin tedavi edilmesi gerekmektedir (Ertem, 2017). Büyükerkmen ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları bir çalışmada bariatrik cerrahi geçiren 89 hastanın %44.9'unda obeziteye ek hastalık bulunduğu, en sık görülen ek hastalıkların ise hipertansiyon, tip 2 diyabet ve uyku apnesi olduğu görülmüştür (Büyükerkmen ve ark., 2021).

Obezite tedavi edilebilir bir hastalıktır. Obezitenin tedavisinde kullanılan yöntemler:

1. Diyet,
2. Fiziksel aktivite,
3. Davranış değişikliği,
4. Medikal tedavi,
5. Cerrahi tedavidir (Zeybek ve ark., 2023).

Obezite tedavisinde tek bir yöntem kullanılabileceği gibi birkaç yöntemin kullanılması da mümkündür. Bireyin durumu değerlendirilerek uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Obezite tedavisinde öncelikli olarak diyet, fiziksel aktivite, davranış değişikliği ve medikal tedavi tercih edilir. Bu yöntemlerden etkili sonuç alınmadığında cerrahi tedavi tercih edilir (Güngör, 2019). Uygun tedavi yöntemi seçilirken BKİ tek başına bir ölçüt olarak görülmemelidir. Bireyin tıbbi öyküsü ve psikolojik durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu amaca yönelik kullanılabilecek en yararlı yaklaşımlardan biri de Edmonton Obezite Evrelemesidir. Hasta bireyler mental, tıbbi ve işlevsel olarak 0-4 puan arasında bir değer alabilir. Evre 0, bireyde obeziteye bağlı bir hastalık, psikolojik sorun ya da işlev bozukluğu olmadığını gösterirken Evre 4 bireyde obeziteye bağlı ciddi problemlerin, işlev kısıtlılığının ve psikolojik sorunların olduğunu gösterir. Edmonton Obezite Evrelemesi Tablo 2’de verilmiştir (<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilaviz-u-2024.pdf>, Erişim Tarihi: 03.02.2025).

Tablo 2.2. Edmonton Obezite Evrelemesi

Obezite evresi	Tanım	Tedavi yaklaşımı
0	Obeziteye eşlik eden hastalık, psikopatoloji veya işlevsel kısıtlılık yok. (Ör: Normal kan basıncı, serum lipidleri, açlık glikozu, GFR>90 vb.)	Kilo artışına katkıda bulunan faktörlerin belirlenmesi. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin arttırılması gibi yaşam tarzı önlemleri yoluyla daha fazla kilo almayı önlemek için danışmanlık.
1	Obezite ile ilişkili prelinik durumlar, hafif fiziksel semptomlar, psikopatoloji veya fonksiyonel kısıtlar (Ör: Pre-hipertansiyon, pre-diyabet, dislipidemi (LDL-K>130mg/dl, Total Kol>200mg/dl, HDL-K150mg/dl), yağlı karaciğer hastalığı (Fib-4 Skoru<1.3), karaciğer enzim yüksekliği, GFR:60-90 ml/dk, orta derecede eforda nefes darlığı, eklem ağrıları, yorgunluk vb.)	Kiloyla ilgili olmayan diğer risk faktörlerin araştırılması. Daha fazla kilo alımını önlemek için diyet ve egzersiz dahil olmak üzere daha yoğun yaşam tarzı müdahaleleri. Risk faktörlerinin ve sağlık durumunun izlenmesi.
2	Obezite ile ilişkili hastalıklar, günlük yaşam aktivitesi veya iyilik halinde orta derece kısıtlar (Ör: Hipertansiyon, T2DM, OSAS, yağlı karaciğer hastalığı (Fib-4 Skoru>1.3), osteoartrit, gastroözefajial reflü, polikistik over sendromu, kaygı bozukluğu, depresyon, eğitimini veya günlük yaşamını aksatan psikolojik sorunlar vb., GFR:30-60 ml/dk)	Tüm davranışsal, farmakolojik ve cerrahi tedavi seçeneklerin dikkate alındığı obezite tedavisinin başlanması. Komorbiditelerin yakından izlenmesi ve yönetimi.
3	Obeziteyle ilişkili organ hasarları, ciddi fiziksel kısıtlar, psikopatolojiler (Ör: Miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, GFR<30 ml/dk, diyabetin komplikasyonları, hareketi önemli ölçüde kısıtlayan osteoartrit vb.)	Davranışsal, farmakolojik ve cerrahi tedavi seçeneklerinin yoğun biçimde uygulandığı obezite tedavisi. Komorbiditelerin agresif yönetimi.
4	Obeziteyle ilişkili hastalıklara bağlı ileri düzeyde (potansiyel olarak son dönem) sakatlıklar, çalışma gücünü bozan ciddi psikopatolojiler, ciddi fonksiyonel kısıtlamalar veya iyilik halinde ciddi bozukluklar (Ör: Karaciğer sirozu, istirahat dispnesi, tekerlekli sandalyeye bağlı hasta vb.)	Mümkünse agresif obezite tedavisi. Günlük yaşam aktivitelerini yapabilme becerisi kazandıran, günlük yaşamında kendine yeter hale gelmeyi amaçlayan tedaviler, ağrı yönetimi, psikososyal destek.

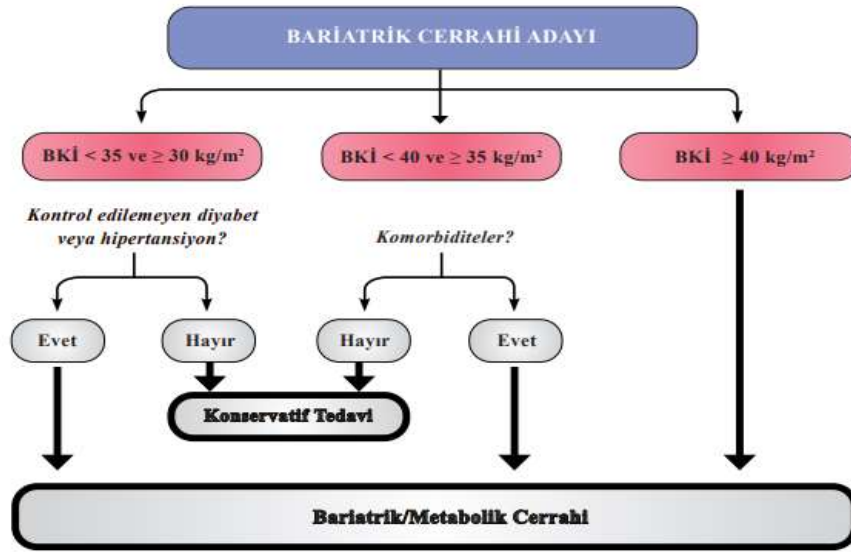
Kaynak:<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilavizu-2024.pdf>

(Erişim Tarihi: 03.02.2025)

2.5. Bariatrik Cerrahi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları

Obezite tedavisinde bariatrik cerrahi önemli bir yere sahiptir. Bariatrik cerrahi obezite ile birlikte birçok metabolik probleminde iyileştirilmesine olanak sağlar. Başarılı ve etkili bir

bariatirik cerrahi için hasta seçimi önemlidir. Bu nedenle bireylerin cerrahi öncesi takip edilmesi cerrahi tedavinin başarısını arttırmaktadır. Bu takip sürecinde hastaların istekli ve kararlı olma durumları, takiplere ve diyetine uyumu, cerrahi endikasyonlar ve kontraendikasyonlar gözden geçirilmelidir. Ayrıca bireylerin ameliyat öncesi en az altı ay bir endokrinolog tarafından takip edilmesi önerilmektedir (https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160325-2019t-bl_kilavuza1dab037d3.pdf, Erişim Tarihi: 03.02.2025). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Daire Başkanlığı tarafından 2021 yılında yayınlanan Obezite Metabolik Cerrahi Klinik Protokolü'nde bariatirik cerrahiye veya konservatif tedavi kararına ilişkin kanıta dayalı karar vermedeki algoritmaya yer verilmiştir (www.shgm.saglik.gov.tr, <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr>, hta.gov.tr) (Şekil 2.1).



BKİ: Beden Kütle İndeksi.

Kalın oklar, çerçeveler ve yazı tipleri güçlü önerileri gösterir.

Kaynak: Uluslararası Obezite Cerrahisi ve Metabolik Rahatsızlıklar Federasyonu-Avrupa Bölümü (IFSO-EC), Avrupa Obezite Çalışma Grubu (EASO) ve Avrupa Obez Perioperatif Bakım Topluluğu (ESPCOP)'nın katılımıyla Avrupa Endoskopik Cerrahi Derneği (EAES) 2020 Kılavuzu.

Şekil 2.1. Bariatrik Cerrahi veya Konservatif Tedavi Kararına İlişkin Kanıta Dayalı Karar Verme Algoritması

BKİ değerin yüksek olması bariatrik cerrahi kararı alabilmek için tek başına yeterli bir ölçüt değildir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) 2024 Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre bariatrik cerrahi endikasyonları şu şekildedir:

1. BKİ ≥ 40 kg/m² olan bireyler,
2. BKİ 35-39.9 kg/m² olan olgularda Edmonton Evre 2 ve üzeri bireyler,
3. BKİ 30-34.9 kg/m² olan olgular içinde kan şekeri başka yöntemlerle regüle olmayan T2DM tanılı Edmonton Evre 3 ve üzeri aşamasındaki bireyler (https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavi_kilavuzu-2024.pdf, Erişim Tarihi: 03.02.2025).

Her cerrahi girişimde olduğu gibi bariatrik cerrahinin de kontrendikasyonları vardır. TEMĐ 2024 Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre bariatrik cerrahi kontrendikasyonları şu şekildedir:

1. Dekompanse kalp ve akciğer hastalıkları,
2. İleri evre karaciğer sirozu (Child B veya C),
3. Ciddi koagülasyon bozuklukları,
4. Kontrol altına alınamayan major depresyon veya psikoz,
5. Uyuşturucu madde bağımlılığı ve alkolizm,
6. Hastanın yapılacak işlemi anlamaması,
7. Gerçekçi olmayan beklentiler ve yaşam boyu beslenme ihtiyacını gideremeyecek durumda olmak (<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilavuzu-2024.pdf>, Erişim Tarihi: 05.02.2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Mayıs 2023'te Resmi Gazete'de yayınlanan 32182 sayılı "Obezite Merkezleri ve Obezite Cerrahi Uygulamaları Hakkında Yönetmelik" te Obezite cerrahisi uygulama kriterleri açıkça belirtilmektedir. Yönetmeliğin 15. Maddesinde tanımlanan bu yedi kriter aşağıda verilmiştir:

1. Obezite cerrahisi uygulanacak hastalara genel cerrahi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları/iç hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tabiplerin bulunduğu sağlık kurulu tarafından obezite cerrahisi olabilir raporu e-rapor üzerinden düzenlenir. Obezite cerrahisi uygulanacak her hastanın raporu sistem üzerinden kontrol edilir ve hasta dosyasında bulunur. Hastanın

eşlik eden hastalığının olması halinde bu hastalıkla ilgili branş uzmanı tabip de sağlık kuruluna iştirak ederek hastanın eşlik eden hastalığı sağlık kurulu raporunda belirtilir.

2. Beden kitle indeksi 30'un altında olan hastalara obezite cerrahisi yapılamaz. Beden kitle indeksi 30-40 arasında olan hastalara obezite merkezlerinde takip ve tedavi programlarına yönlendirilmeden obezite cerrahisi yapılamaz.
3. Beden kitle indeksi 35-40 arasında olup eşlik eden hastalığı bulunan hastalara bir obezite merkezinde takip ve tedavi programına girmeleri önerilir. Hastanın obezite cerrahisi uygulanmasını istemesi halinde obezite cerrahisi uygulanacak sağlık tesisinde e-rapor üzerinden "obezite cerrahisi olabilir" raporu düzenlenerek obezite cerrahisi uygulanabilir.
4. Beden kitle indeksi 40'ın üzerinde olan hastalara bir obezite merkezinde takip ve tedavi programına girmeleri önerilir. Hastanın obezite cerrahisi uygulanmasını istemesi halinde obezite cerrahisi uygulanacak sağlık tesisinde e-rapor üzerinden obezite cerrahisi olabilir raporu düzenlenerek obezite cerrahisi uygulanabilir.
5. Obezite cerrahisi uygulanan hastaya e-rapor sistemi üzerinden ameliyat olduğuna dair rapor düzenlenir. Obezite cerrahisi yapılan hasta ameliyatın gerçekleştirildiği sağlık tesisindeki takip ve tedavisinin tamamlanmasını müteakiben merkeze yönlendirilir.
6. Hasta merkez tarafından Hastalık Yönetim Platformunda bulunan Psikososyal Destek Programı, Fizyoterapi Hizmet Programı ve Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi Programı ile değerlendirilir ve 3 aylık izleme alınır.
7. Sağlık turizmi kapsamında müracaat eden hastalardan beden kitle indeksi 30'un altında olanlara kesinlikle obezite cerrahisi yapılamaz (<https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/05/20230506-10.htm>, Erişim Tarihi: 22.06.2025).

2.6. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri

Bariatri sözcüğü Yunanca 'da kilo anlamına gelen "-bar" ve tedavi anlamına gelen "-iatria" sözcüklerinin birleşmesi ile oluşmuştur. Obezitenin cerrahi tedavisi olan bariatrik

cerrahi ilk olarak 1950’lerde Dr. Richard Varco tarafından kilo kaybı amaçlanarak Jejunioileal Bypass şeklinde uygulanmıştır. Bu işlem Kremen ve Linner tarafından 1954 yılında rapor olarak yayınlanmıştır. Son yıllarda laparoskopik ve endoskopik yöntemlerin gelişmesiyle bariatrik cerrahi operasyonlarının farklı yöntemleri ortaya çıkmıştır (Güngör, 2019).

Bariatrik/metabolik cerrahi, hiperglisemiye düşürmek veya kan şekeri seviyelerini normalleştirmek, kan basıncını ve kolesterolü düşürmek ve obstrüktif uyku apnesi ve diyabetle ilişkili mikro ve makrovasküler komplikasyonları iyileştirmek gibi önemli sağlık yararlarına sahiptir. Bariatrik girişimlerde yer alan cerrahi teknikler çeşitlidir ve farklı müdahaleleri içerir (Gulinac ve ark., 2023).

Obezitenin tedavi yöntemlerinden biri olan bariatrik cerrahi, bireylerin alabileceği besin miktarını kısıtlayarak (restriktif), besinlerin emilimini bozarak (malabsorbtif) ya da her ikisini kapsayacak şekilde kombine olarak uygulanabilir. Günümüzde bu yöntemler çoğunlukla laparoskopik olarak uygulanmaktadır. Bariatrik cerrahide laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), gastrik bypass, ayarlanabilir gastrik bant (AGB) ve biliopankreatik diversiyon- duodenal switch (BPD-DS) en yaygın yöntemlerdir (Ağbaba ve Ateş Özcan, 2020).

2.6.1. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi

Ameliyat sonrası midenin şeklinin tüpe benzemesi nedeniyle tüp mide ameliyatı olarak da bilinen sleeve gastrektomi önceleri BPD-DS ameliyatının ilk aşaması olarak uygulanmıştır. Günümüzde tek başına uygulanabilmektedir. Midenin antrum bölgesinden başlanarak proksimal his açısında sona erecek şekilde stapler hattı oluşturulur ve midenin %80-85’i çıkartılır. Mide fundusunun tamamı, antrumun ise büyük bir bölümü çıkartılır. Böylelikle mide hacmi 100 ml’ye kadar azaltılır (Güngör, 2019). Sleeve gastrektomi teknik olarak kolay uygulanabilir olması, aşırı kilo kaybına yol açması ve besinlerin emiliminde bozukluğa neden olmaması gibi avantajları olan bir yöntemdir. Geri dönüşü olmayan bir yöntem olan sleeve gastrektomide mide yanmaları ve reflü görülebilir. Gastrik bypass prosedürüne kıyasla metabolizma üzerinde daha az etkisi vardır (<https://asmbs.org/patients/%20bariatric-surgery-procedures/>, Erişim Tarihi: 15.02.2025).

Cantay ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı bir araştırmada gastrik bypass uygulanan bireylerde sleeve gastrektomi uygulanan bireylere göre erken dönemde demir eksikliği görülme sıklığının daha fazla olabileceği belirtilmiştir (Cantay ve ark., 2021).

2.6.2. Roux-en-Y Gastrik Bypass

Roux-en-Y gastrik bypass hem alınan besin miktarını kısıtlayıcı hem de besinlerin malabsorbsiyonuna neden olan bir yöntemdir. Roux-en-Y Gastrik Bypass, 50 yılı aşkın bir süredir uygulanmaktadır. En yaygın operasyonlardan biridir; obezite ve obezite ile ilgili hastalıkların tedavisinde oldukça etkili olduğu bilinmektedir. Sleeve gastrektomi veya gastrik band ile karşılaştırıldığında teknik olarak daha karmaşıktır (<https://asmbs.org/patients/%20bariatric-surgery-procedures/>, Erişim Tarihi: 15.02.2025). Mide proksimalinde 30 ml'den büyük olacak şekilde küçük bir poş oluşturulur. Treitz ligamanının 30-50 cm distalinden ince bağırsak ayrılır ve distaldeki açık uç ile oluşturulan gastrik poş arasında gastro-jejunostomi yapılır. Mide ve ince bağırsağın anastomozu ile oluşturulan bu kısım roux bacağı olarak adlandırılır. Biliopankreatik bacak gastrojejunostomi anastomozunun 75-150 cm distalindeki jejunuma bağlanarak biliopankreatik ve Roux bacakları birleştirilir. Biliopankreatik bacak gıda taşımaz ancak mide, duodenum ve pankreas salgılarını taşır. Besinler, biliopankreatik salgılarla son anastomoz bölgesinden sonraki ince bağırsak segmentinde karışır (https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/201905271603252019tb1_kilavuza1dab037d3.pdf, Erişim Tarihi: 15.02.2025). Stapler hattında kaçak, dumping sendromu ve stoma obstrüksiyonu riski olan bir yöntemdir. Mineral ve vitamin eksiklikleri, malnütrisyon görülme sıklığının fazla olduğu bildirilmektedir (Karadağ ve Bulut, 2021).

2.6.3. Ayarlanabilir Gastrik Band

Geri dönüşümlü bir teknik olan ayarlanabilir gastrik band, ilk olarak 1983 yılında gerçekleştirilmiş olup, 1986 yılında ayarlanabilir haline getirilmiştir. Bu yöntemde gastroözefageal bileşkenin 1-2 cm altına ayarlanabilir silikon band yerleştirilerek 30 ml'lik bir mide hacmi oluşturulur. Rekstriktif bir yöntemdir (Öcal ve Aygen, 2018). Obezite ile ilişkili hastalıklar ve uzun süreli kilo kaybı üzerindeki etkisi diğer işlemlere göre daha azdır. Bu nedenle kullanımı son on yılda azalmıştır. Ameliyat sonrası erken

dönemde en düşük komplikasyon oranına sahip prosedürdür. Hastalar işlem sonrası aynı gün evlerine gidebilmektedir (<https://asmbs.org/patients/%20bariatric-surgery-procedures/>, Erişim Tarihi: 15.02.2025). Görülebilecek komplikasyonlar arasında kilo kaybının az olması, bandın yerinden kayması, mide perforasyonu, band erezyonu yer almaktadır (Karadağ ve Bulut, 2021).

2.6.4. Biliopankreatik Diversiyon-Duodenal Switch

Biliopankreatik diversiyon ilk olarak 1979'da Scorpino tarafından tanımlanmıştır. Bu prosedür, 50 cm'lik bir ortak kanal ve 250 cm'lik bir sindirim kanalı oluşturmak için bir duodenal güdük, gastro-ileal anastomoz ve bir ileo-ileal anastomozun kapatılması ile yatay bir gastrik rezeksiyondan oluşmaktadır. Bu prosedür uygulanan hastaların safra gastritinden muzdarip olması nedeniyle 1987'de DeMeester tarafından duodenal switch prosedürüne geçiş yapılmıştır. Sleeve gastrektomi, duodenumun pilor distalinin transeksiyonu ve 200-250 cm uzunluğunda bir sindirim kanalı oluşturulmasını içeren duodenal switch prosedürü birleştirilerek, günümüz biliopankreatik diversiyon prosedürü oluşturulmuştur (Conner ve Nottingham, 2022). Bu ameliyatların temel amacı, alınan besinlerle safra ve pankreas salgıların temasını en aza indirerek malabsorbsiyon oluşumunu sağlamaktır. Mide rezeksiyonu ile alınan gıda miktarı da azaltılır. Minimum diyet kısıtlaması ile uzun dönemde maksimum kilo kaybı sağlanır. Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi iyileşmesinde en etkili teknik olduğu bilinmektedir. Ancak uzun dönemde en yüksek nutrisyonel risk içeren operasyon olarak belirtilmektedir. Yağda eriyen vitaminler ve protein eksikliği açısından yüksek risk taşır. Kanama, anastomoz kaçağı, yara enfeksiyonu gibi genel komplikasyonların yanında erken dönemde ciddi diyare ve steatore oranı %10'dan fazladır. Dumping sendromu ve marjinal ülser (%5-10) görülebilir. Geri dönüşümsüz bir operasyondur ama modifiye edilebilir (https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160325-2019tbl_kilavuza1dab037d3.pdf, Erişim Tarihi: 15.02.2025).

2.6.5. Mini Gastrik Bypass

Mini gastrik bypass ilk olarak 1967 yılında Mason ve Ito tarafından uygulanmıştır; 1997 yılında ise Rutledge tarafından laparoskopik olarak uygulanmıştır. Restriktif ve malabsorbif bir teknik olan mini gastrik bypass, az sayıda anastomoz içermesi ve yapılan

anastomozun mide poşunun distaline yapılması sebebiyle kolay bir tekniktir. Operasyon sonrası kilo kaybı birinci ayda %20, altıncı ayda %51 ve ikinci yılın sonlarına doğru %77 oranlarında seyrettiği bildirilmektedir. (https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160325-2019tbl_kilavuza1dab037d3.pdf, Erişim Tarihi: 15.02.2025). Mini gastrik bypass dünyada birçok ülke tarafından rutin bir prosedür olarak kullanılmaktadır. Hasta memnuniyetinin yüksek olması, revizyonunun kolay olması ve kalıcı kilo kaybı sağlaması açısından önemli bir prosedür olarak bariatik cerrahideki yerini korumaktadır (Rutledge ve ark., 2019).

2.7. Bariatrik Cerrahi Sonrası Oluşan Komplikasyonlar

Her cerrahi işlemde olduğu gibi bariatik cerrahi de bazı komplikasyonları içermektedir. Hastaların obeziteye eşlik eden hastalıkları komplikasyon riskini artıran önemli bir faktördür. Buna ek olarak seçilen cerrahi prosedürün de oluşabilecek komplikasyonlar üzerinde etkisi vardır. Bariatrik cerrahi sonrası sıklıkla görülebilecek komplikasyonlar genel olarak şu şekildedir:

- Kanama
- Atelektazi
- Venöz tromboembolizm
- Anastomoz kaçağı
- Rabdomiyoliz
- Dumping sendromu
- Marjinal ülserler
- Beslenme ve vitamin yetersizlikleri (Berk Özcan, 2021; Güven, 2019).

2.8. Bariatrik Cerrahide Perioperatif Hemşirelik Bakımı

Dünya çapında obezite ve obeziteyle ilişkili ikincil hastalıkların oranı giderek artmaktadır. Diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi, psikolojik sorunlar gibi pek çok hastalık bariatik cerrahi sürecinde hastanın bakımını etkilemektedir. Buna bağlı olarak cerrahi hemşireleri perioperatif süreçte hastaları iyi değerlendirmeli, psikososyal etmenlerin hastaların kilo vermesinde önemli olduğunun farkında olmalı ve her bireye özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini göz önüne alarak bakım vermelidir (Güçlü ve ark., 2018). Bogiatzis ve

arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, bariatrik/metabolik cerrahi hemşirelerinin çeşitli konularda daha fazla eğitim talep ettikleri, özellikle hızla değişen ve büyüyen bu uzmanlık alanı hakkında bilgi sahibi olmak için daha sık eğitim oturumları istedikleri ve böylece bariatrik/metabolik cerrahi hastaların ihtiyaç duyduğu özel kanıta dayalı bakımı sağlayabileceklerini ifade ettikleri bildirilmektedir. Ayrıca Fan ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin obeziteyle ilişkili metabolik bozukluklarla ilgili bilgilerinin ve obezite cerrahisindeki yöntemlerini kabul etme konusunda zayıf oldukları saptamıştır.

Bariatrik cerrahi geçiren hastaların perioperatif bakımı için kanıta dayalı kılavuzların ilk versiyonu 2016 yılında ERAS (Enhanced Recovery After Surgery-Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme) Derneği tarafından yayınlanmıştır (Thorell ve ark., 2016). ERAS bariatrik cerrahi rehberi, bariatrik cerrahide fonksiyonel iyileşmeyi ve kalış süresini kısaltabilmeye yönelik kanıt temelli öneriler sunmaktadır. Dünya çapında gerçekleştirilen bariatrik cerrahideki sürekli artış ve yeni cerrahi tekniklerin artan popüleritesi göz önüne alındığında, önerileri destekleyen kanıtlar sürekli olarak gelişmektedir (Stenberg ve ark., 2022). ERAS protokollerinin bileşenleri:

1. Preoperatif Döneme Ait Bileşenler;

- Hastanın bilgilendirilmesi
- Prehabilitasyon
- Preoperative bağırsak temizliği
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve gerekliyse nütrisyonel destek
- Preoperatif optimizasyon
- Anestezi öncesi medikasyon
- Tromboemboli profilaksisi
- Antimikrobial profilaksi
- Ameliyat yerinin hazırlığı

2. İntraoperatif Döneme Ait Bileşenler;

- Anestezi protokolü
- Cerrahi kesilerin seçimi

- Postoperatif bulantı ve kusmanın multimodal yönetimi
- İntraoperatif hipoterminin önlenmesi
- Perioperatif sıvı yönetimi
- Drenlerin kullanımı

3. Postoperatif Döneme Ait Bileşenler;

- Nazogastrik sondanın kullanımı
- İdrar kateteri
- Kan şekeri yönetimi
- Gastrointestinal motilitenin uyarılması
- Postoperatif analjezi
- Postoperatif beslenme
- Erken mobilizasyon
- Taburcu
- Takip ve sonuçların denetimidir (<https://eras.org.tr/news.php?id=3>, Erişim Tarihi:15.02.2025).

Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı; ağrı kontrolü, mobilizasyon, yaşam bulgularının takibi, solunum egzersizleri, dren takibi ve taburculuk eğitimi gibi rutin hemşirelik bakımı uygulamalarını kapsamaktadır. Cerrahi hemşireleri komplikasyonların önüne geçebilmek için hastaları yakından izlenmelidir (Aydın ve Bulut, 2014; Berk Özcan, 2021; Usta ve Çavdar, 2013; Yasak ve Vural, 2023).

Bariatrik cerrahi öncesi hasta ve yakınlarıyla yapılacak görüşme, süreç için önemli bir yere sahiptir. Bu görüşme, hasta ve yakınlarıyla sağlık çalışanı arasında iyi bir etkileşim yoludur. Ameliyat öncesinde hasta ve yakınlarının ihtiyaç duyduğu tüm bilgileri içeren bir eğitim verilmelidir (Yasak ve Vural, 2023). Eğitim içeriği; sigara kullanımı, ameliyat öncesi ve sonrası açlık durumu, bağırsak temizliği, spirometri kullanımı, solunum ve bacak egzersizleri, antiembolik çorap kullanımı, ağrı kontrolü, mobilizasyon, yapılacak cerrahi girişim, uygulanacak anestezi yöntemi, ameliyat sonrasında hayatın devamında meydana gelecek değişiklikler ve psikolojik destek gibi konuları kapsayacak şekilde

olmalıdır. Verilecek eğitimler hastaya özgü olmalıdır. Uygun eğitim materyali ve yöntemi seçilmelidir (Berk Özcan, 2021).

Bariatrik cerrahi operasyonları sırasında hasta bireylerin güvenliğinin sağlanması büyük bir öneme sahiptir. Hastaların boyutlarına uygun ekipmanların ve cerrahi donanımın sağlanması gerekmektedir. Cilt hazırlığında ameliyat edilecek bölgenin genişliği göz önünde bulundurularak yeterli miktarda antiseptik hazırlanmalıdır. Ameliyat boyunca hastanın hava yolu açıklığının, sıvı dengesinin, cilt bütünlüğünün sağlanmasına ve uygun pozisyonun verilmesine dikkat edilmelidir (Güçlü ve ark., 2018).

Bariatrik cerrahi sonrası dönem ise karmaşık bir süreçtir. Hastanın yaşam bulguları yakından takip edilir. Sıvı elektrolit dengesi, drenlerinin kontrolü, yara bakımı, ilaç uygulamaları ve oluşabilecek risklerin yakından izlenmesi de bu dönem için kritiktir. Anestezik ilaçların etkisinin azalmasıyla birlikte başlayan ağrı, hastanın iyileşme sürecini olumsuz etkileyen bir faktördür ve mutlaka ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Ağrının azaldığı, hastanın kendini iyi hissettiği en kısa sürede mobilizasyon sağlanmalıdır (Yasak ve Vural, 2023). Obez bireylerde pulmoner komplikasyon risklerinin fazla olması nedeniyle solunum egzersizleri ameliyat sonrası dönemde önemli bir yer tutmaktadır. Bu yüzden hastalar, solunum egzersizlerini yapması için desteklenmelidir. Bulantı ve kusma kontrolü yapılmalıdır. Her cerrahi işlemin bir enfeksiyon riski olduğu unutulmamalı; yara yeri ve pansumanlar, enfeksiyon açısından iyi değerlendirilmelidir (Berk Özcan, 2021). Hastalara, beslenme açısından iyi bir değerlendirme yapılmalıdır ve diyetisyen desteği alınmalıdır. Restriktif ve malabsorptif prosedürler, hastaların beslenme durumlarında önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Beslenme eğitimleri sadece hasta bireye değil ailesine de verilmelidir. Ameliyat sonrası birkaç saat içinde beslenmeye berrak sıvılar ile başlanabilmekte, ilerleyen süreçte aşama aşama besin içeriği çeşitlendirilebilmektedir. Sıvı ve katı gıdaları birlikte tüketilmemelidir. Hastalardan beslenme saatlerini, besin türünü ve miktarını içeren bir günlük tutması istenebilir (Yasak ve Vural, 2023).

2.9. Bariatrik Cerrahide Taburculuk Planlaması

Taburculuk planlaması; interdisipliner bir yaklaşımla veri toplama, tanı koyma, hedef belirleme, planlama, uygulama, koordinasyon ve değerlendirme aşamalarından oluşan, bakımın sürekliliğini sağlamayı amaçlayan, hastanın ve ailesinin taburculuk sonrası takip ve değerlendirmesini kapsayan bir süreçtir. Taburculuk planlaması aynı zamanda hastanın bir bakım biriminden başka bir bakım birimine geçişte ihtiyaçlarını belirlemeyi, hasta ve ailesinin bir sonraki bakım aşamasında sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi ve yönetimi için hazır olmasını hedefler (Kuşeli Dost ve Kaya, 2021). Hastaların ihtiyaçlarını değerlendirmek taburculuk planlamasına, bakım verenlerin ve hastaların sağlanacak bakımı öngörmesine yardımcı olur (Muhamad ve ark., 2022). Greysen ve arkadaşlarının (2017) 508 hasta ile yaptığı çalışmada, hastaneye yeniden yatış nedenlerini hastaların %20'sinin; erken taburcu edilme (%8), düşük kaliteli hastane bakımı (%6), yetersiz taburculuk bilgilendirmesi ve takip/izlemde yetersizlik (%6) gibi sorunlara bağladığı belirtilmektedir.

Bariatrik cerrahi sonrası taburculuğa hazır oluşluk, hastanın taburcu olmaya uygun sağlık durumuna ulaşmak için gereken iyileşme süresine bağlı olarak değişir (Seip ve ark., 2022). Bariatrik cerrahi sonrası verilecek olan taburculuk eğitimi, oluşabilecek komplikasyonları önlemede, hastanın yeni yaşam tarzına uyumunu kolaylaştırmada, beklenen kilo kaybının sağlanması ve kilonun korunmasında önemli bir yere sahiptir. Hastanın gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastanın evde kendini daha güvende hissetmesine yarar sağlayacaktır (Berk Özcan, 2021; Dal ve ark., 2012). Usta ve Aygin'in çalışmasında (2020), bariatrik cerrahi uygulanan hastalara verilen kapsamlı eğitim ve danışmanlık hizmetinin, hastaların yeme özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyini olumlu yönde desteklediği görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada ameliyattan sonra sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri açısından bilgilendirilen hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Yaralı ve ark., 2022).

Çalışmalar etkili taburculuk planlamasının hastaları eve gitmeye ve iyi bir ev bakımıyla ilerlemeye teşvik ettiğini göstermektedir (Marsall ve ark., 2023; Seip ve ark., 2022; Sheaffer ve ark., 2018). Bir çalışmada, etkili taburculuk planlama sisteminin hasta memnuniyeti, hasta bakıcı memnuniyeti, kısalmış hasthanede yatış süresi, yeniden

hastaneye yatış oranları ve gelişmiş fonksiyonel durum gibi hasta bakım kalitesini arttırmada önemli rol oynadığını gösterilmiştir (Muhamad ve ark., 2022). Ancak uygun olmayan bir taburculuk planlamasının, olumsuz hasta sonuçlarına yol açabildiği ve hastaların hastanede gereğinden fazla kalmasına, neden olabildiği bilinmektedir (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/resources/emergency-and-acute-medical-care-in-over-16s-service-delivery-and-organisation-pdf-1837755160261>, Erişim Tarihi: 30.05.2025).

Kapsamlı taburculuk planlama sistemi geliştirmede, hastaların ihtiyaçlarını değerlendirmek, taburculuk planlama sürecine yardımcı olmakla birlikte; gereksinim durumunda hastalara ilişkin özel bilgileri sağlık uzmanlarına sağlayabilir. Hasta merkezli bakımda sağlık durumunun, beklentilerin ve ihtiyaçlarının analizi, bakım planının mevcut durumunu ve sürecini değerlendirmede etkilidir. Bakım ihtiyacının araştırılması, sağlık hizmeti verenlerin ve hastaların sağlanacak bakım düzeyini öngörmesine yardımcı olabilir (Muhamad ve ark., 2022).

Hastanede kalış süresinin kısılması ile birlikte hastaların evde yaşayabilecekleri semptomlar konusunda iyi bilgilendirilmesi gerekmektedir. İyileşme sürecinde hastaların normal ve komplikasyona bağlı semptomların farkında olması önemlidir. Taburculuk planlaması, hasta eğitimi ve iletişim bilgilerinin paylaşılması ihtiyacı, cerrahi hasta bakımının giderek daha önemli bir parçası haline gelmektedir. Bu bağlamda taburculuk eğitiminin hastanın bireysel özelliklerine uygun olarak planlanması hasta bakımının önemli hedeflerinden biridir (Jones ve ark., 2017). Candaş Altınbaş ve arkadaşlarının (2023) 192 cerrahi hemşiresi ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaklaşık % 83'ünün taburculuk eğitimi verdiği ve yaklaşık %72'sinin eğitimleri planlı uyguladığı saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin yaklaşık %38'inin taburculuk eğitimini hasta hastaneye yattığı andan itibaren planladığı rapor edilmiştir. Ayrıca Katran ve arkadaşlarının (2024) cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan 228 hemşire ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %65.4'nün taburculuk planı yaptığı, %85.5'inin "taburculuk" kavramını "servise taburcu olmak" olarak gördüğü bildirilmiştir.

2.10. Taburculuk Planlama Süreci

Taburculuk planlaması hastaneye yatış ile başlar ve yatış süresince devam eder. İşlevsel veya bilişsel durumun yanı sıra ev ortamı, destek sistemleri, psikososyal ve kültürel faktörlerle ilgili risklerin değerlendirilmesi genellikle kabul sürecinde tamamlanırken, bilgi eksiklikleri gibi diğer risk faktörleri taburcu olmaya daha yakın değerlendirilebilmektedir. Hastanın gelişen tıbbi durumu, sürekli olarak yeniden değerlendirmeyi gerektirir ve bağımsız olarak ya da aile desteğiyle evde sürekli bakım için eve gitme veya bir bakım tesisine transfer olma kararları da dahil olmak üzere zamanlama ve eğilim hakkındaki kararların temelini oluşturur (Weiss ve ark., 2015). Huang ve Liang’a göre başarılı bir taburculuk planlaması 3 bölümden oluşmaktadır. Bunlar (Huang ve Liang, 2005):

- **Yapı:** Sağlık ekibi ile yazılı bilgiler ve etkileşimler sağlayarak taburculuğun planlanması,
- **Süreç:** Hastaneye kabulünden itibaren ilk 24-48 saat içinde hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesiyle başlayan, hastanın hastanede kaldığı süreç boyunca interdisipliner bir yaklaşımla eğitim, danışmanlık, koordinasyon ve değerlendirme için bir takip programı oluşturulması ve düzenli bir şekilde en az 48 saatte bir ziyaretlerin gerçekleştirilmesi,
- **Sonuç:** Hastanın hastanede yatış süresinin kısaldığı, maliyetlerin azaldığı ve yaşam kalitesini arttığı taburculuk planlamasının sora ermesidir.

Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality -AHRQ) tarafından yayımlanan IDEAL [Include (Dahil Edin), Discuss (Tartışın), Educate (Eğitin), Assess (Değerlendirin), Listen (Dinleyin)] Taburcu Planlama stratejisi, hasta ve aileyi taburcu planlamasına dahil etmenin temel unsurlarını vurgular. Bu unsurlar aşağıdaki adımları içerir:

Include (Dahil Edin): Hastayı ve aileyi taburcu planlama sürecine tam ortaklar olarak dahil edin.

Discuss (Tartışın): Hasta ve aile ile evde sorunları önlemek için beş temel alanı tartışın:

1. Evdeki yaşamın nasıl olacağını açıklayın.
2. İlaçları gözden geçirin.
3. Uyarı işaretlerini ve sorunları vurgulayın.
4. Test sonuçlarını açıklayın.
5. Takip randevuları ayarlayın.

Educate (Eğitin): Hastayı ve aileyi hastanede kaldığı süre boyunca her fırsatta hastanın durumu, taburculuk süreci ve sonraki adımlar hakkında sade bir dille eğitin.

Assess (Değerlendirin): Hastaya ve aileye, doktorların ve hemşirelerin; tanımı, durumu ve hastanın bakımındaki sonraki adımları ne kadar iyi açıkladığını değerlendirin ve geri öğretmeyi kullanın.

Listen (Dinleyin): Hastanın ve ailenin hedeflerini, tercihlerini, gözlemlerini ve endişelerini dinleyin ve onlara saygı gösterin (https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implement_Hndbook_508_v2.pdf, Erişim Tarihi: 07.02.2025).

Bu bağlamda taburculuk planlamasının önemli bileşenlerinden biri taburculuk eğitimidir. Etkili bir taburculuk eğitimi hemşirelik sürecine benzer şekilde beş aşamadan oluşmaktadır. Bunlar (Karadağ ve Bulut, 2021):

Veri Toplama: Hasta eğitim sürecinin ilk aşamasıdır. Bu aşamada hasta birey ve yakınları biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmeli, gereksinimleri belirlenmelidir. Daha önce geçirmiş olduğu hastalık süreçleri, öğrenmesini etkileyebilecek engeller, motive edici faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

Tanılama: Hasta bireyin eğitim gereksinimine yönelik hemşirelik tanısının konulduğu aşamadır.

Planlama: Hasta bireyin eğitim gereksinimleri doğrultusunda eğitim planı düzenlenir. Eğitimin içeriği, nerede ve nasıl verileceği, nasıl değerlendirileceği bu aşamada planlanır. Eğitim planları hasta bireye özgü olarak hazırlanır.

Uygulama: Planlanmış eğitimlerin hasta birey ve yakınlarına verildiği aşamadır. Hasta ve yakınlarının öğrenmesini destekleyecek stratejiler ve materyaller kullanılarak eğitimlerin verilmesi amaçlanmaktadır.

Değerlendirme: Uygulama aşamasında hasta ve yakınlarına verilen eğitimlerin hedeflere ne ölçüde ulaştığının değerlendirildiği aşamadır. Verilen eğitimlerde hasta birey ve yakınlarında istenilen davranış değişikliğinin olup olmadığı ya da hangi konularda eksik kaldığı değerlendirilir, buna yönelik tekrar eğitimler planlanabilir.

2.11. Taburculuğa Hazır Olma ve Etkileyen Faktörler

Hastaneden taburcu olmaya hazır olma kavramı ilk olarak 1979'da Fenwick tarafından hastanın gerçekte yüzleşmeye hazır olma hissi olarak tanımlanmıştır. Steele ve Sterling, hasta hazırlığını karmaşık bir süreç olarak tanımlamış ve bir kişinin hastaneden ayrılma yeteneğinin bir tahminini sağladığını belirtmişlerdir. Eve hazır olma durumu, güvenli bir şekilde taburcu olmak için yeterli iyileşme aşamasındaki hastaları tanımlar. Hastaneden taburcu olmanın, hastanın yaşam kalitesi ve memnuniyetinin artması ve 6 hafta içinde aynı hastalık için yeniden hastaneye yatırılmaması durumunda başarılı sayılabileceği belirtilmektedir (Galvin ve ark., 2017)

Taburculuğa hazır olma, hastaların hastaneden ayrılma, topluma geri dönme ve iyileşmelerini destekleyen bir durumdur. Eve dönen hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık durumları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hastaların taburculuğa hazır olmalarındaki ana bileşen taburculuk planlaması ve eğitimi olduğu bilinmektedir (Li ve ark., 2022). Weiss ve arkadaşları (2007) taburculuğa hazır olma durumunun dört boyutu olduğunu ifade etmiştir. Bunlar “Kişisel Durum Boyutu”, “Bilgi Boyutu”, “Başetme Becerisi Boyutu” ve “Beklenen Destek Boyutu”dur (Weiss ve ark., 2007).

Hastanede yatış sürelerinin kısalması, hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesini gerekli hale getirmiştir. Çünkü hastanede kalış süresinin kısalması ile birlikte etkin taburculuk planlaması yapılamamakta ve buna bağlı olarak hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan hazır olmadan eve gönderilmesine neden olabilmektedir. Taburculuğa hazır olmadan hastaların taburcu edilmesi yeniden yatışlara, hasta memnuniyetsizliğine, maliyette artışa, hasta ve ailenin evde ihtiyaçlarını

karşılayamamasına neden olmaktadır (Kaya ve ark., 2018). Taburculuğa hazır olma bireyden bireye değişebilmektedir. Hasta bireylerdeki ağrı durumu, verilen taburculuk eğitiminin yeterliliği, sosyal destek varlığı, düşme öyküsü varlığı ve bireysel faktörler gibi durumlar taburculuğa hazır oluşluğu etkileyebilmektedir. Hastanın taburculuğa hazırlanmasında önemli rol oynayan hemşireler, hasta gereksinimlerini iyi değerlendirmeli, gereken uygulamaları ve eğitimleri hasta bireye yönelik olarak planlamalı, uygulamalı ve değerlendirmelidir (Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; tanımlayıcı, kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Soruları

- Bariatrik cerrahi sonrası hastaların taburculuğa hazır olma düzeyleri nasıldır?
- Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Eylül 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bariatrik cerrahi hastaları genel cerrahi ve gastro-cerrahi kliniklerinde takip edilmektedir. Genel Cerrahi Kliniği'nde 34 yatak, Gastro-Cerrahi Kliniği'nde ise 18 yatak bulunmaktadır; iki klinikte toplamda 10 cerrah, 13 hemşire çalışmaktadır. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi bariatrik cerrahiye özgü rutin uygulamalar incelendiğinde, ilk olarak hastanın bariatrik cerrahiye uygunluğu değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda hasta ameliyat öncesi diyetisyen, endokrinoloji, psikolog, genel cerrah ve anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmektedir. Poliklinikte, gelen hastaların öykülerinin alınması, fizik muayenelerinin yapılması, kan ve tam idrar tetkiklerine bakılması ve bariatrik cerrahiye ilişkin bilgilendirmeler rutin olarak yapılmaktadır. Gerekli bilgilendirme ameliyatı yapacak cerrah tarafından verilmektedir. Bu bilgilendirme ve değerlendirmelerin ardından hastaya ameliyat için gün verilmektedir. Kliniğin uygunluğuna ve hastanın durumuna göre ameliyattan bir-üç gün önce veya ameliyat günü sabahı hastaların yatışı yapılmaktadır. Cerrahi sonrası hastalar, klinikte genellikle ortalama üç gün kalmaktadır, taburcu olduktan sonra 10 gün ile bir ay içinde ilk kontrolleri yapılmakta, sonrasında hastalara özgü kontrol zamanları belirlenmektedir. Sağlık ekibinin hastayı kontroller için takip ettiği bir sistem bulunmamaktadır. Taburculuktan sonra hastayı, ameliyatı yapan cerrah ya da asistan hekim ile beslenme programı için diyetisyen takip etmektedir. Hastalara diyetisyen tarafından ameliyat sonrası beslenmelerine ilişkin bir kitapçık verilmektedir. Bu kitapçıkta taburculuk sonrası hasta takibine ve hemşirelik uygulamalarına yönelik girişimler bulunmamaktadır. Ayrıca hastaların takip sürecinde kurumun işleyişi gereği farklı diyetisyenlerle süreç ilerletilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi'nin genel cerrahi ve gastro-cerrahi servislerinde bariatrik cerrahi uygulanan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapılacağı kurum verilerine göre Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 2021 yılında 219, 2022 yılında 222 bariatrik cerrahi uygulanmıştır. Mayıs 2023 tarihine kadar; yılın yaklaşık ilk yarısında 63 kişi opere edilmiştir.

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde 2022 yılında bariatrik cerrahi ameliyatı olan 222 hasta kaydı dikkate alınarak, evrenin bilinen örneklem hesaplama formülü aracılığıyla örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır ve örneklem 141 hasta olarak belirlenmiştir. Şekil 3.1'deki evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır.

$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$	$\frac{222 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (222-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \approx 140,8$
---	--

Şekil 3.1. Evreni Bilinen Örneklem Hesaplama Formülü ve Araştırmanın Örneklem Hesabı

n: Gerekli Örneklem Büyüklüğü

N: Evren Büyüklüğü

t: t Dağılımdan Alınan Kritik Değer (seçilen güven düzeyi ve serbestlik derecesine bağlıdır)

p: Beklenen Oran

q: 1-p

d: Örneklem Hatası

3.5. Araştırmaya/ Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- Bariatrik cerrahi geçiren,
- 18 yaşından büyük olan,
- Türkçe anlayabilen, konuşabilen ve yazabilen,
- Görme engeli, işitme ve konuşma engeli gibi iletişim sorunu olmayan,
- Tanılanmış ruhsal bozukluğu olmayan,
- Araştırmaya katılımı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler hastalardan, araştırmacı tarafından taburcu olacakları gün yüz yüze toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınacak katılımcıların gönüllü katılımı kabul etmesi ile sözlü ve yazılı olarak bilgi verilmiş, dahil edilme kriterleri kapsamında onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında:

- Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-6),
- Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu (Ek-7) kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-6)

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu; literatüre dayalı olarak (Karayurt ve ark., 2022; Kaya ve ark., 2017) araştırmacı/lar tarafından hazırlanmıştır. Formda; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri yanı sıra ek hastalık varlığı, kullanılan ilaçlar, ameliyat tarihi, adı gibi bilgileri sorgulayan 18 soru yer almaktadır.

3.6.2. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (Ek-7)

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği (TOHÖ); yetişkin hastaların taburculuğa hazır olma durumunu değerlendirmek üzere ilk kez Weiss ve Piacentine (2006) tarafından 21 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Daha sonra Weiss ve arkadaşları (2014) tarafından, sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşan hasta ve hemşireler için ayrı olarak ölçeğin kısa formları geliştirilmiştir.

- 1. ve 2. soru “Kişisel Durum”,
- 3. ve 4. soru “Bilgi”,
- 5. ve 6. soru “Başetme Becerisi”,
- 7. ve 8. soru “Beklenen Destek” alt boyutlarını içermektedir.

Her bir madde için yanıtlar, 10’lu likert tipinde bir puanlama üzerinden verilmekte olup, ölçekten alınan puan ortalaması 9-10 aralığında ise taburcu olmaya “**çok fazla hazır**”, 8-

8.9 arasında ise “**fazla hazır**”, 7-7.9 arasında ise “**orta hazır**”, 7’nin altındaysa “**düşük hazır**” olarak değerlendirilmektedir (Weiss ve ark., 2014).

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu (TOHÖ-KF) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kaya ve arkadaşları tarafından (2017) yapılmıştır ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu-Hasta Öz Değerlendirme Formu olarak isimlendirilmiştir. TOHÖ-KF’nin İngilizce (özgün) versiyonunda cronbach alfa değeri 0.82 iken, Türkçe versiyonunda toplam ölçek için 0.74 olarak bulunmuştur (Kaya ve ark, 2017). Bu araştırma verileri ile hesaplanan cronbach alfa değeri ise 0.74’dir.

3.7. Verilerin Toplanma Süreci

Araştırmada veri toplama sürecine, gerekli etik kurul izni ve kurum onayının alınması sonrası başlanmıştır. Veriler, 08 Eylül 2023 ile 24 Mayıs 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Şekil 3.2’de veri toplama tarihleri arasında kurumda gerçekleştirilen mevcut bariatrik cerrahi sayıları, araştırmaya dahil olan ve görüşme sağlanamayan hasta sayıları ayrıntılı gösterilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın Veri Toplama Sürecine Ait Veriler

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır. Verileri değerlendirilirken (sayı, yüzde, min-maks değerleri, medyan, ortalama, standart sapma) tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Ölçüm araçlarının Kolmogrov-Simironov testine göre normal dağılım gösterip göstermediği araştırılmıştır. Buna göre değişkenlerin değerlendirilmesinde normal dağılmadığı sonucuna varılmış ve nonparametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki fark için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ki-kare analizi, numerik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ise Spearman korelasyon uygulanmıştır, iki bağımlı aşama karşılaştırılmasında Wilcoxon testi uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın tek bir şehirde ve tek bir hastanede yapılması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Ayrıca hastaların taburculuğa hazır oluşuklarının değerlendirmesi sadece hasta öz bildirimine dayalıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul izni, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-1). Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek-2). Araştırmada Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu'nun kullanılabilmesi için Marianne Weiss'ten (Ek-3) ve Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışmasını yapan Prof. Dr. Sıdika KAYA'dan ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-4). Araştırma verileri toplanmadan önce; dahil edilme kriterlerine uyan, gönüllülük esası ile katılım sağlamak isteyen hastalara araştırma hakkında ve her tür etik haklarının korunacağına ilişkin bilgilendirme sonrası Bilgilendirilmiş Onam Formu aracılığıyla yazılı olurları alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik ilkeler esas alınmıştır.

3.11. Araştırmacının Yeterliliği

Araştırmacı yüksek lisans eğitiminin ders döneminde;

- ✓ 2021-2022 Güz Dönemi CHH 5009 Bilgisayar Uygulamalı İstatistik I (3 Kredi/6 AKTS)
- ✓ 2021-2022 Güz Dönemi SĞE 5905 Bilimsel Araştırma Teknikleri ve Etik (3 Kredi/4 AKTS)

- ✓ 2021-2022 Bahar Dönemi HSH 5010 Araştırma Raporu Yazma ve Yayınlama (4 Kredi/ 6 AKTS) derslerini almıştır.

Ayrıca bireysel olarak öz gelişimi için;

- ✓ Uygulamalı Sağlıklı ve Bilimsel Zayıflama Eğitimi (Ek-8),
- ✓ 4. Uluslararası Obezite Cerrahisi ve Diyetisyenliği Kongresi' ne (sözel bildirisi) (Ek-9) katılmıştır.



4. BULGULAR

Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır oluş düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur:

4.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulgular

4.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Elde Edilen Bulgular

4.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, bariatrik cerrahi geçiren hastaların mevcut demografik ve klinik özelliklerine yer verilmiştir. Tablo 4.1’de hastaların mevcut demografik özelliklerine ait verilerin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n:142)

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	115	80.99
	Erkek	27	19.01
Medeni durum	Evli	105	73.94
	Bekâr	37	26.06
Eğitim durumu	İlköğretim	61	42.96
	Lise	53	37.32
	Lisans	28	19.72
Meslek / iş	Memur	7	4.93
	İşçi	41	28.87
	Çalışmıyor	75	52.82
	Emekli	8	5.63
	Diğer*	11	7.75
Toplam		142	100.00

*Diğer: Güzellik uzmanı, restaurant sahibi, muhasebeci, serbest meslek, turizmci, kuyumcu, firma sahibi, galerici.

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere araştırma katılan hastaların demografik özelliklerine göre dağılımında; hastaların %80.99’unun kadın, %19.01’inin erkek olduğu görülmektedir. Hastaların yaş ortalaması 37.20±11.10 (min:18 maks:70) olarak hesaplanmıştır. Hastaların %73.94’ünün evli olduğu görülmektedir. Hastaların eğitim durumlarına göre

dağılımları incelendiğinde, %42.96'sının ilköğretim, %37.32'sinin lise ve %19.72'sinin ise lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların mesleklerine göre dağılımlarında, %4.93'ünün memur, %28.87'sinin işçi, %52.82'sinin çalışmıyor, %5.63'ünün emekli ve %7.75'inin güzellik uzmanı, restaurant sahibi, muhasebeci, serbest meslek, turizmci, kuyumcu, firma sahibi, galerici gibi diğer meslek gruplarından olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.2'de ise hastaların mevcut klinik özelliklerine ve ameliyatına özgü verilerin dağılımları yer almaktadır.



Tablo 4.2: Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n:142)

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ek hastalık durumu	Yok	65	45.77
	Var	77	54.23
Ek hastalık* (100 yanıt)	Metabolik endokrin sistem hastalıkları	63	63.00
	KVS hastalıkları	9	9.00
	Solunum sistemi hastalıkları	18	18.00
	Diğer sistem hastalıkları**	10	10.00
Düzenli kullanılan ilaç varlığı	Yok	79	55.63
	Var	63	44.37
Kullanılan ilaçlar* (86 yanıt)	Metabolik endokrin ilaçları	40	46.51
	KVS ilaçları	33	38.37
	Diğer ilaçlar***	13	15.12
Sigara kullanma durumu	Hayır	117	82.39
	Evet	25	17.61
Sigara adet	20'den az	10	40.00
	20 ve daha fazla	15	60.00
Sigara kullanım süresi	20 yıldan az	16	64.00
	20 yıl ve daha fazla	9	36.00
Sigarayı bırakma isteği	Hayır	13	52.00
	Evet	12	48.00
Alkol kullanma durumu	Hayır	141	99.30
	Evet	1	0.70
Düzenli egzersiz yapma durumu	Hayır	129	90.85
	Evet	13	9.15
Düzenli egzersiz yapma sıklığı	Her gün	8	61.54
	Haftada 3 gün ve üzeri	5	38.46
Hedeflenen bir kilo varlığı	Yok	10	7.04
	Var	132	92.96
Evde bakıma yardımcı olacak bir/birileri varlığı	Hayır	3	2.11
	Evet	139	97.89
Evde bakıma yardımcı olacak biri/birileri* (207 yanıt)	Eş	67	32.37
	Çocuklar	34	16.43
	Anne-baba	68	32.85
	Kardeş	33	15.94
	Diğer	5	2.41
Toplam		142*	100.00

*Birden fazla seçenek için işaretleme yapılmıştır.

**Diğer Hastalıklar: Sinir sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, sıvı elektrolit dengesizliği, jinekolojik hastalıklar, psikolojik hastalıklar, dermatolojik hastalıklar, immün sistem hastalıkları, hematolojik hastalıklar.

*** Diğer İlaçlar: Vitamin türevi ilaçlar, astım ilaçları, antiepileptik ilaçlar, antidepresanlar.

Tablo 4.2'de bariatrik cerrahi geçiren hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı özetlenmiştir. Ek hastalık durumu incelendiğinde, hastaların %45.77'sinde ek hastalık bulunmazken, %54.23'ünde ek hastalık mevcuttur. Ek hastalığa sahip olan bireylerin %63.00'ında metabolik endokrin sistem hastalıkları, %9.00'ında

kardiyovasküler (KVS) hastalıklar, %18.00'ında solunum sistemi hastalıkları ve %10.00'ında diğer sistem hastalıkları görülmüştür. Düzenli kullanılan ilaç varlığı açısından, hastaların %55.63'ünün düzenli ilaç kullanmadığı, %44.37'sinin düzenli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanan bireylerin %46.51'i metabolik endokrin ilaçları, %38.37'si KVS ilaçları ve %15.12'si diğer ilaçları kullanmaktadır. Sigara kullanma durumunda, hastaların %82.39'u sigara kullanmadığını, %17.61'i ise sigara kullandığını belirtmiştir. Sigara kullananların %40.00'ı 20'den az sigara tüketirken, %60.00'ı 20 ve daha fazla sigara tüketmektedir. Ayrıca, sigara kullananların %64.00'ı 20 yıldan az süredir, %36.00'ı ise 20 yıl ve daha fazla süredir sigara kullanmaktadır. Sigarayı bırakma isteği olan bireylerin oranı %48.00 iken, %52.00'si bırakma isteği olmadığını ifade etmiştir. Alkol kullanma durumu açısından, hastaların %99.30'u alkol kullanmadığını, %0.70'i ise kullandığını belirtmiştir. Düzenli egzersiz yapma durumu incelendiğinde, katılımcıların %90.85'i düzenli egzersiz yapmazken, %9.15'i düzenli egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Egzersiz yapanların %61.54'ü her gün, %38.46'sı ise haftada üç gün ve üzeri sıklıkta egzersiz yapmaktadır. Hastaların %92.96'sı hedeflenen bir kiloya sahip olduğunu ifade ederken, %7.04'ü hedeflenen bir kiloya sahip olmadığını belirtmiştir. Evde bakıma yardımcı olacak bir/birileri varlığı açısından, katılımcıların %97.89'unda destekçi bulunurken, %2.11'inde bulunmamaktadır. Destekçilerin %32.37'si eş, %16.43'ü çocuklar, %32.85'i anne-baba, %15.94'ü kardeş ve %2.41'i diğer bireylerden oluşmaktadır. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyatlarına özgü bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyatına Özgü Bulguların Dağılımı (n:142)

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı	Yok	10	7.04
	Bir gün	89	62.68
	İki gün	5	3.52
	Üç gün	38	26.76
Ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısı	İki gün	38	26.76
	Üç gün	13	9.15
	Dört gün	85	59.86
	Beş gün ve üzeri	6	4.23
Toplam hastanede kalınan gün sayısı	3 gün ve daha az	10	7.04
	4-5 gün	115	80.99
	6 gün ve daha fazla	17	11.97
Ameliyat türü	Açık	1	0.70
	Laparoskopik	141	99.30
Cerrahi prosedür	Sleeve Gastrektomi	96	67.61
	Gastrik bypass	46	32.39
Ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum/komplikasyon ya da hastalık gelişme durumu	Hayır	129	90.85
	Evet	13	9.15
Toplam		142	100.00

Ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısına göre dağılım incelendiğinde, %7.04'ünün hastanede hiç kalmadığı, %62.68'inin bir gün, %3.52'sinin iki gün ve %26.76'sının üç gün olduğu görülmektedir. Ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısına göre dağılımda, %26.76'sının iki gün, %9.15'inin üç gün, %59.86'sının dört gün ve %4.23'ünün ise beş gün ve üzeri olarak bulunmuştur. Toplam hastanede kalınan gün sayısı ise, %7.04'ünde 3 gün ve daha az, %80.99'unda 4-5 gün ve %11.97'sinde 6 gün ve daha fazladır. Cerrahi prosedürlerin %0.70'i açık, %99.30'u laparoskopik olarak gerçekleştirilmiştir. Ameliyata göre dağılım incelendiğinde, %67.61'inin "Sleeve Gastrektomi", %32.39'unun ise "Gastrik bypass" olduğu görülmektedir. Ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum/komplikasyon ya da hastalık gelişme durumuna göre hastaların %90.85'inin "hayır", %9.15'inin ise "evet" yanıtını verdiği görülmüştür. Bir sonraki adımda bariatrik cerrahi geçiren niceliksel verileri; yaş yanı sıra hastaların boy, kilo ve beden kitle indeksine ilişkin bulgularına yer verilmiş ve Tablo 4.4'te detaylı sunulmuştur.

Tablo 4.4. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Niceliksel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n:142)

Değişkenler	Min	Maks	Ort [‡]	SS [‡]
Yaş	18.00	70.00	37.20	11.09
Ameliyat Öncesi Boy	147.00	190.00	163.37	8.65
Ameliyat Öncesi Kilo	87.00	180.00	121.71	17.34
Ameliyat Öncesi BKİ	34.40	58.80	45.50	4.44
Ameliyat Sonrası Kilo	83.00	177.00	118.78	16.94
Ameliyat Sonrası BKİ	33.40	59.10	44.41	4.43
Hedeflenen Kilo*	47.00	100.00	68.16	10.80

Min: Minimum (En düşük değer), Max: Maximum (En yüksek değer), BKİ: Beden Kitle İndeksi

[‡]Ort: Ortalama, [‡]SS: Standart Sapma

*132 hasta yanıt vermiştir.

Tablo 4.4'te yaş ortalamasının 37.20 ± 11.09 olduğu (Min:18, Max:70) olduğu görülmektedir. Hastaların ameliyat öncesi boy ortalamasının 163.37 ± 8.65 , ameliyat öncesi kilo ortalamasının 121.71 ± 17.34 , ameliyat öncesi BKİ ortalamasının 45.50 ± 4.44 iken, ameliyat sonrası kilo ortalamasının 118.78 ± 16.94 , ameliyat sonrası BKİ ortalamasının 44.41 ± 4.43 ve hedeflenen kilo ortalamasının 68.16 ± 10.80 olduğu bulunmuştur. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların cerrahi öncesi ve sonrası kilolarına ilişkin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası Kilolarının Karşılaştırılması

	Min	Max	Med	Ort [‡]	SS [‡]	Test Değeri	p*
Cerrahi öncesi kilo	87.00	180.00	119.00	121.71	17.34	-8.465**	0.000*
Cerrahi sonrası kilo	83.00	177.00	117.00	118.78	16.94		

Min: Minimum (En düşük değer), Max: Maximum (En yüksek değer), Med: Medyan (Ortanca değer),

* $p < 0.05$, **Wilcoxon testi, [‡]Ort: Ortalama, [‡]SS: Standart Sapma

Bariatrik cerrahi geçiren hastaların cerrahi öncesi ve sonrası kilolarının karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Hastaların cerrahi öncesi kiloları, cerrahi sonrası kilolarından anlamlı şekilde yüksektir. Ayrıca hastaların BKİ'leri de cerrahi öncesi ve sonrası karşılaştırılmış, Tablo 4.6'da bu sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Cerrahi Öncesi ve Sonrası BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması

	Min	Max	Med	Ort [‡]	SS [†]	Test Değeri	p*
Cerrahi öncesi BKİ	34.40	58.80	44.75	45.50	4.44	-8.337**	0.000*
Cerrahi sonrası BKİ	33.40	59.10	43.60	44.41	4.43		

Min: Minimum (En düşük değer), Max: Maximum (En yüksek değer), Med: Medyan (Ortanca değer), BKİ: Beden Kitle İndeksi,

*p<0.05, **Wilcoxon testi, ‡Ort: Ortalama, †SS: Standart Sapma

Tablo 4.6 incelendiğinde bariatrik cerrahi geçiren hastaların cerrahi öncesi ve sonrası BKİ değerlerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Hastaların cerrahi öncesi BKİ değerlerinin, cerrahi sonrası BKİ değerlerinden anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.2. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde TOHÖ-KF'den alınan puanların tanımlayıcı istatistikleri ve güvenilirlik analiz sonuçları ve TOHÖ-KF alt boyutlarına göre taburculuğa hazır olma durumları yer almaktadır. Tablo 4.7'de TOHÖ-KF tanımlayıcı istatistikleri ve güvenilirlik analizi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 4.7. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu'nun Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

Değişken	Min	Max	Ort [‡]	SS [†]	Cronbach α
Kişisel Durum Boyutu	1.00	10.00	8.56	1.69	0.721
Bilgi Boyutu	0.00	10.00	7.19	2.76	0.664
Başetme Becerisi Boyutu	1.50	10.00	8.12	1.94	0.724
Beklenen Destek Boyutu	3.50	10.00	9.22	1.39	0.587
Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu	4.25	10.00	8.27	1.39	0.747

Min: Minimum (En düşük değer), Max: Maximum (En yüksek değer), Cronbach α: Cronbach alfa

‡Ort: Ortalama, †SS: Standart Sapma

Tablo 4.7'de de görüldüğü üzere bariatrik cerrahi geçiren hastaların TOHÖ-KF tanımlayıcı istatistiklerine göre “Kişisel Durum Boyutu”un ortalaması 8.56 ± 1.69 ; “Bilgi Boyutu” ortalaması 7.19 ± 2.76 , “Başetme Becerisi Boyutu” 8.12 ± 1.94 , “Beklenen Destek Boyutu” ise 9.22 ± 1.39 olarak saptanmıştır. TOHÖ-KF, 8.27 ± 1.39 ortalama ile genel olarak yüksek düzeyde değerlendirilmiştir. Ayrıca TOHÖ-KF'nin güvenilirlik analizi sonuçlarına ilişkin cronbach alfa değerleri de Tablo 7'de verilmiştir. Cronbach alfa

değerlerinin güvenirlik açısından 0.70'den büyük olması beklenmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlarda “Kişisel Durum Boyutu”, “Başetme Becerisi Boyutu” ile TOHÖ-KF toplam ölçek için cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayılarının iyi olduğu görülmüştür. Ancak “Bilgi Boyutu” ile “Beklenen Destek Boyutu” için Cronbach alfa değeri Kabul edilebilir olmakla birlikte düşük olarak saptanmıştır.

Tablo 4.8. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu’nun Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Kolmogorov-Smirnov		Durum
	İstatistik test değeri	p*	
Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu	0.106	0.000	Normal değil

* $p < 0.05$

Araştırmada kullanılan ölçeğin normallik analizi sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir. Ölçüm araçlarının Kolmogrov-Simironov testine göre p değerinin 0.05’ten küçük olması normal dağılmadığı göstermektedir. Bariatrik cerrahi sonrası hastaların taburculuğa hazır olma düzeylerinin dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu’ndan Elde Edilen Bulgulara Göre Bariatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerinin Dağılımı

Taburculuğa Hazır Olma Düzeyi	Taburculuğa hazır olma düzeyi açısından ölçek puan ortalama aralığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburcu olmaya çok fazla hazır	9-10	53	37.32
Fazla hazır	8-8.9	39	27.47
Orta hazır	7-7.9	26	18.31
Düşük hazır	0-6.9	24	16.90
Toplam		142	100.00

Tablo 4.9’a göre bariatrik cerrahi hastalarının %37.32’sinin “taburcu olmaya çok fazla hazır”, %27.47’sinin “fazla hazır”, %18.31’inin “orta hazır” olduğu görülmektedir. Ancak hastaların %16.90’ının ise “düşük hazır” olduğu saptanmıştır.

4.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Elde Edilen Bulgular

Araştırmanın son bölümünde bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının niceliksel ve niteliksel özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.10. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması

		Kişisel Durum Boyutu	Bilgi Boyutu	Başetme Becerisi Boyutu	Beklenen Destek Boyutu	TOHÖ-KF
		Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)
Cinsiyet	Kadın	8.53±1.67(9)	6.99±2.74(8)	7.94±2.03(8.5)	9.2±1.42(10)	8.17±1.41(8.375)
	Erkek	8.67±1.83(9.5)	8.07±2.71(9)	8.87±1.24(9)	9.28±1.25(10)	8.72±1.21(9)
		U=-0.915	U=-2.322	U=-1.873	U=-0.206	U=-1.884
		p=0.360	p=0.020*	p=0.061	p=0.837	p=0.060
Medeni durum	Evli	8.69±1.63(9)	7.3±2.79(8)	8.02±1.97(8.5)	9.18±1.45(10)	8.3±1.34(8.5)
	Bekar	8.19±1.85(8.5)	6.88±2.68(8)	8.38±1.85(9)	9.32±1.19(10)	8.19±1.53(8.625)
		U=-1.691	U=-1.069	U=-0.907	U=-0.328	U=-0.100
		p=0.091	p=0.285	p=0.365	p=0.743	p=0.920
Eğitim durumu	İlköğretim	8.52±1.86(9)	7.23±2.94(8)	8.18±2.01(8.5)	9.26±1.35(10)	8.3±1.44(8.375)
	Lise	8.65±1.59(9)	7.21±2.45(8)	7.95±1.98(8.5)	9.18±1.32(10)	8.25±1.42(8.5)
	Lisans	8.46±1.53(9)	7.09±2.98(8.25)	8.29±1.73(9)	9.2±1.63(10)	8.26±1.26(8.5)
		KWH=0.904	KWH=0.335	KWH=0.856	KWH=0.426	KWH=0.115
		p=0.637	p=0.846	p=0.652	p=0.808	p=0.944
Meslek	Memur	8.79±0.86(9)	7.86±2.17(8.5)	8±1.41(8)	8.57±1.92(9)	8.3±0.51(8.5)
	İşçi	8.66±1.72(9)	7.43±2.97(9)	8.29±1.93(9)	9.44±1.16(10)	8.45±1.58(8.875)
	Çalışmıyor	8.5±1.75(9)	6.8±2.75(7.5)	7.85±2.09(8)	9.21±1.39(10)	8.09±1.38(8.25)
	Emekli	8.75±1.22(9)	8.69±1.62(9)	8.56±1.12(8.75)	8.5±2.09(9.5)	8.63±0.66(8.5625)
	Diğer	8.32±2.03(9)	7.5±2.77(8)	9±1.48(9.5)	9.41±1.14(10)	8.56±1.44(8.75)
		KWH=0.794	KWH=6.033	KWH=3.914	KWH=5.586	KWH=4.701
		p=0.939	p=0.197	p=0.418	p=0.232	p=0.319

*p<0.05, U: Mann Whitney U testi, KWH: Kruskal Wallis testi, ‡Ort: Ortalama, ‡SS: Standart Sapma, Med: Medyan (Ortanca değer), TOHÖ-KF: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu

Tablo 4.10'daki bariatrik cerrahi geçiren hastaların demografik özelliklerine göre TOHÖ-KF puanlarından elde edilen bulguların karşılaştırma sonuçları incelendiğinde hastaların cinsiyetine göre “Kişisel Durum Boyutu”, “Başetme Becerisi Boyutu”, “Beklenen Destek Boyutu” ve ölçek genel puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ancak hastaların cinsiyetine göre “Bilgi Boyutu”nda anlamlı bir fark bulunmaktadır ($z = -2.322$, $p=0.020$). Erkeklerin bilgi puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bariatrik cerrahi sonrası hastaların medeni durumuna, eğitim durumuna, mesleğine, ek hastalığının olmasına göre TOHÖ-KF toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Bariatrik cerrahi geçiren hastaların klinik özelliklerine göre TOHÖ-KF puanlarından elde edilen bulguların karşılaştırma sonuçları ise Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması

		Kişisel Durum Boyutu	Bilgi Boyutu	Başetme Becerisi Boyutu	Beklenen Destek Boyutu	TOHÖ-KF
		Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)
Ek hastalık	Hayır	8.77±1.6(9)	7.19±2.84(8)	8.38±1.85(9)	9.21±1.43(10)	8.39±1.42(8.5)
	Evet	8.38±1.76(9)	7.19±2.7(8)	7.89±2(8.5)	9.23±1.36(10)	8.17±1.36(8.5)
		U=-1.738	U=-0.004	U=-1.768	U=-0.347	U=-1.086
		p=0.082	p=0.997	p=0.077	p=0.729	p=0.277
Düzenli kullanılan ilaç varlığı	Hayır	8.74±1.73(9)	7.26±2.81(8)	8.32±1.84(9)	9.23±1.43(10)	8.39±1.42(8.5)
	Evet	8.33±1.63(8.5)	7.11±2.71(8)	7.86±2.05(8.5)	9.2±1.34(10)	8.13±1.34(8.375)
		U=-2.103	U=-0.426	U=-1.548	U=-0.647	U=-1.361
		p=0.035*	p=0.670	p=0.122	p=0.518	p=0.174
Sigara kullanma durumu	Hayır	8.48±1.79(9)	7.25±2.75(8)	8.03±2.01(8.5)	9.22±1.41(10)	8.25±1.44(8.5)
	Evet	8.92±1.06(9)	6.92±2.83(7.5)	8.5±1.58(9)	9.2±1.31(10)	8.39±1.15(8.5)
		U=-0.683	U=-0.701	U=-0.733	U=-0.445	U=-0.147
		p=0.495	p=0.483	p=0.464	p=0.656	p=0.883
Düzenli egzersiz yapma durumu	Hayır	8.52±1.67(9)	7.18±2.74(8)	8.08±1.98(8.5)	9.25±1.35(10)	8.26±1.39(8.5)
	Evet	8.92±1.95(10)	7.35±3.07(8.5)	8.46±1.55(8.5)	8.92±1.79(10)	8.41±1.43(8.25)
		U=-1.541	U=-0.463	U=-0.366	U=-0.196	U=-0.411
		p=0.123	p=0.643	p=0.715	p=0.845	p=0.681
Hedeflenen bir kilo varlığı	Yok	8.8±1.09(8.75)	5.8±2.84(5.5)	7.95±2.09(8)	8.4±1.94(9)	7.74±1.71(7.8125)
	Var	8.54±1.73(9)	7.3±2.73(8)	8.13±1.94(8.5)	9.28±1.33(10)	8.31±1.36(8.5)
		U=-0.008	U=-1.710	U=-0.133	U=-1.302	U=-1.014
		p=0.994	p=0.087	p=0.894	p=0.193	p=0.311
Evde bakıma yardımcı olacak bir /birileri varlığı	Hayır	8.83±1.04(8.5)	5±3.12(4)	7.67±2.36(8.5)	7.83±3.75(10)	7.33±0.59(7.125)
	Evet	8.55±1.71(9)	7.24±2.74(8)	8.13±1.94(8.5)	9.25±1.31(10)	8.29±1.39(8.5)
		U=-0.036	U=-1.371	U=-0.568	U=-0.216	U=-1.591
		p=0.971	p=0.170	p=0.570	p=0.829	p=0.112

*p<0.05, U: Mann Whitney U testi, KWH: Kruskal Wallis testi, ‡Ort: Ortalama, ‡SS: Standart Sapma, Med: Medyan (Ortanca değer), TOHÖ-KF: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu

Tablo 4.11'e göre hastaların ek hastalığının olmasına göre TOHÖ-KF toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların *düzenli ilaç kullanma durumuna göre* "Bilgi Boyutu", "Başetme Becerisi Boyutu", "Beklenen Destek Boyutu" ve toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ancak "Kişisel Durum Boyutu" puanlarının katılımcıların düzenli ilaç kullanımına göre anlamlı bir fark gösterdiği belirlenmiştir ($z = -2.103, p=0.035$). Düzenli ilaç kullanan hastaların puanları, düzenli ilaç kullanmayan hastalara göre daha düşüktür.

Hastaların sigara kullanım durumuna, sigara kullanan kişilerin sigara kullanım miktarına ve süresine, sigarayı bırakma isteğine göre; "Kişisel Durum Boyutu", "Bilgi Boyutu", "Başetme Becerisi Boyutu", "Beklenen Destek Boyutu" ve toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hastaların düzenli egzersiz yapma durumuna, düzenli egzersiz yapan kişilerin egzersiz yapma sıklığına, hastaların hedeflediği kilo olma durumuna, evde bakımına yardımcı olacak birinin varlığına göre; "Kişisel Durum Boyutu", "Bilgi Boyutu", "Başetme Becerisi Boyutu", "Beklenen Destek Boyutu" ve toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyatına özgü özelliklerine göre TOHÖ-KF puanlarının karşılaştırılmasından elde edilen bulgular Tablo 4.12'de detaylı verilmiştir.

Tablo 4.12. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyatına Özgü Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması

Ameliyatına Özgü Özellikler		Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu				
		Kişisel Durum Boyutu	Bilgi Boyutu	Başetme Becerisi Boyutu	Beklenen Destek Boyutu	Toplam Ölçek
		Ort [±] SS [†] (Med)	Ort [±] SS [†] (Med)	Ort [±] SS [†] (Med)	Ort [±] SS [†] (Med)	Ort [±] SS [†] (Med)
Ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı	Yok (0)	9.1±0.97(9.25)	7.9±1.73(8.25)	8.5±1.6(9)	8.85±2.26(10)	8.59±0.8(8.6875)
	Bir gün (1)	8.88±1.48(9)	7.44±2.57(8)	8.52±1.63(9)	9.31±1.26(10)	8.54±1.28(8.75)
	İki gün (2)	8.4±1.56(8)	7.8±3.09(8.5)	8.1±1.56(8.5)	8.7±1.99(10)	8.25±1.36(8.25)
	Üç gün (3)	7.7±2.03(8)	6.34±3.22(7.25)	7.08±2.37(7)	9.17±1.34(9.75)	7.57±1.55(7.5625)
		KWH=12.674	KWH=3.593	KWH=10.180	KWH=1.276	KWH=11.433
		p=0.005*	p=0.309	p=0.017*	p=0.735	p=0.010*
		Post-hoc =3<1		Post-hoc =3<1		Post-hoc =3<1
Ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısı (grup)	İki gün (1)	7.82±1.93(8)	6.87±2.98(7.75)	7.41±2.11(7.25)	8.87±1.72(9.5)	7.74±1.45(8.125)
	Üç gün (2)	7.23±2.43(7.5)	5.88±3.21(6.5)	6.46±2.39(7.5)	9.04±1.41(9.5)	7.15±1.49(7.25)
	Dört gün (3)	9.01±1.22(9)	7.48±2.56(8)	8.71±1.5(9.5)	9.39±1.18(10)	8.65±1.19(8.875)
	Beş gün ve üzeri (4)	9.75±0.42(10)	8.08±2.5(9.25)	7.83±2.14(8)	9.33±1.63(10)	8.75±1.23(8.8125)
		KWH=24.404	KWH=4.291	KWH=19.093	KWH=6.413	KWH=19.708
		p=0.000*	p=0.232	p=0.000*	p=0.093	p=0.000*
		Post-hoc =1,2<3,4		Post-hoc =2,3<4		Post-hoc =2,3<4
Toplam hastanede kalınan gün sayısı	3 gün ve daha az	8.45±1.04(8)	7.75±2.15(8.25)	7.9±2.02(8.75)	8.05±2.47(9.25)	8.04±1.09(8.5)
	4-5 gün	8.61±1.76(9)	7.28±2.73(8)	8.31±1.79(9)	9.33±1.19(10)	8.38±1.39(8.625)
	6 gün ve daha fazla	8.26±1.59(8.5)	6.26±3.16(7)	6.94±2.52(7.5)	9.15±1.57(10)	7.65±1.42(7.5)
		KWH=2.315	KWH=1.812	KWH=4.721	KWH=3.133	KWH=5.565
		p=0.314	p=0.404	p=0.094	p=0.209	p=0.062
Cerrahi prosedür	Sleeve Gastrektomi	8.95±1.29(9)	7.53±2.47(8)	8.48±1.72(9)	9.28±1.32(10)	8.56±1.19(8.6875)
	Gastrik bypass	7.75±2.11(8)	6.49±3.19(7)	7.35±2.17(7.5)	9.09±1.52(10)	7.67±1.57(7.8125)
		U=-3.654	U=-1.571	U=-3.164	U=-0.596	U=-3.160
		p=0.000*	p=0.116	p=0.002*	p=0.551	p=0.002*

Tablo 4.12. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Ameliyatına Özgü Özelliklerine Göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanlarının Karşılaştırılması-devamı

Ameliyatına Özgü Özellikler		Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu				
		Kişisel Durum Boyutu	Bilgi Boyutu	Başetme Becerisi Boyutu	Beklenen Destek Boyutu	Toplam Ölçek
		Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)	Ort [‡] ±SS [‡] (Med)
Ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum /komplikasyon ya da hastalık gelişme durumu	Hayır	8.66±1.51(9)	7.25±2.71(8)	8.23±1.86(9)	9.24±1.35(10)	8.34±1.33(8.5)
	Evet	7.54±2.83(8.5)	6.62±3.25(7.5)	7±2.47(7.5)	9.04±1.77(10)	7.55±1.77(8)
		U=-1.382	U=-0.349	U=-1.954	U=-0.036	U=-1.597
		p=0.167	p=0.727	p=0.051	p=0.971	p=0.110

*p<0.05, U: Mann Whitney U testi, KWH: Kruskal Wallis testi, [‡]Ort: Ortalama, [‡]SS: Standart Sapma, Med: Medyan (Ortanca değer), Post-hoc: Dunn testi ileri analiz sonuçları

Tablo 4.12 incelendiğinde bariatrik cerrahi geçiren hastalarda ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısına göre “Kişisel Durum Boyutu” ($\chi^2=12.674$, $p=0.005$), “Başetme Becerisi Boyutu” ($\chi^2=10.180$, $p=0.017$) ve toplam ölçek için ($\chi^2=11.433$, $p=0.010$) taburculuğa hazır oluşluk açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post-hoc ileri analizde bu anlamlı farkın, üç gün ve üzeri ile bir gün arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Hastanede üç gün ve daha fazla kalan hastaların, hastanede bir gün kalan hastalara göre taburculuğa hazır oluş puanları daha düşüktür.

Hastaların ameliyat sonrası hastanede kaldığı gün sayısına göre “Kişisel Durum Boyutu” ($\chi^2 = 24.404$, $p=0.000$), “Başetme Becerisi Boyutu” ($\chi^2=19.093$, $p=0.000$) ve toplam ölçek ($\chi^2=19.708$, $p=0.000$) açısından anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0.05$). Post-hoc analizde, iki gün, üç gün hastanede kalan hastaların “Kişisel Durum Boyutu” puanları, hastanede dört gün, beş gün ve daha fazla kalanlara göre daha düşüktür. Üç gün, dört gün hastanede kalan hastaların “Başetme Becerisi Boyutu” puanları hastanede beş gün ve daha fazla kalanlara göre daha düşüktür. Üç gün, dört gün hastanede kalan hastaların taburcu olmaya hazır olma açısından toplam ölçek puanları, hastanede beş gün ve daha fazla kalanlara göre daha düşüktür.

Hastaların toplamda hastanede kaldığı gün sayısına göre “Kişisel Durum Boyutu”, “Bilgi Boyutu”, “Başetme Becerisi Boyutu”, “Beklenen Destek Boyutu” ve toplam ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hastaların cerrahi prosedüre göre, “Kişisel Durum Boyutu” ($z= -3.654$, $p=0.000$), “Başetme Becerisi Boyutu” ($z= -3.164$, $p=0.002$) ve toplam ölçek puanları ($z= -3.160$, $p=0.002$) açısından istatistiksel olarak gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Sleeve gastrektomi ameliyatı olan hastaların puanları, gastrik bypass ameliyatı olanlara göre daha yüksektir. Hastaların ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum /komplikasyon ya da hastalık gelişme durumuna göre toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bariatrik cerrahi geçiren hastaların niceliksel verilerinden elde edilen ortalama değerleri ile TOHÖ-KF ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.13’te sunulmuştur.

Tablo 4.13. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Niceliksel Değişkenleri ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Kısa Formu	
	r [‡]	p [*]
Yaş	-0.161	0.056
Ameliyat Öncesi Boy	0.155	0.065
Ameliyat Öncesi Kilo	0.161	0.056
Ameliyat Öncesi BKİ	0.056	0.505
Ameliyat Sonrası Kilo	0.145	0.085
Ameliyat Sonrası BKİ	0.045	0.591
Hedeflenen kilo	0.188	0.031*

*p<0.05, ‡ r: Spearman korelasyon katsayısı, BKİ: Beden Kitle İndeksi

Bariatrik cerrahi geçiren hastalarının niceliksel değişkenleri ile TOHÖ-KF puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, TOHÖ-KF puan ortalamaları ile hedeflenen kilo arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0.188, p<0.05) (Tablo 4.13).

Son olarak ise bariatrik cerrahi geçiren hastaların değişkenleri ile taburcu olmaya hazır olma düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir ve Tablo 4.14'te detaylı analiz sonuçları sunulmuştur. Değişkenler ile taburcu olmaya hazır olma durumu arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Sigara kullanım süresi, bırakma isteği, sigara miktarı, düzenli egzersiz yapma sıklığı değişkenlerinizin gözlem sayısı düşük olduğu için analize alınmamıştır.

Tablo 4.14. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Değişkenleri İle Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyleri Arasındaki İlişki

Değişkenler		Çok Fazla Hazır		Fazla Hazır		Orta Hazır		Düşük Hazır		χ^2	p*
		N	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	39	73.58	33	84.62	20	76.92	23	95.83	6.139 ^{FE}	0.099
	Erkek	14	26.42	6	15.38	6	23.08	1	4.17		
Medeni durum	Evli	40	75.47	31	79.49	17	65.38	17	70.83	1.795 ^P	0.616
	Bekar	13	24.53	8	20.51	9	34.62	7	29.17		
Eğitim durumu	İlköğretim	25	47.17	13	33.33	12	46.15	11	45.83	3.351 ^P	0.764
	Lise	20	37.74	15	38.46	9	34.62	9	37.50		
	Lisans	8	15.09	11	28.21	5	19.23	4	16.67		
Meslek	Memur	0	0.00	5	12.82	2	7.69	0	0.00	15.412 ^{FE}	0.156
	İşçi	20	37.74	9	23.08	5	19.23	7	29.17		
	Çalışmıyor	25	47.17	18	46.15	16	61.54	16	66.67		
	Emekli	3	5.66	4	10.26	1	3.85	0	0.00		
	Diğer	5	9.43	3	7.69	2	7.69	1	4.17		
Ek hastalık durumu	Hayır	28	52.83	15	38.46	11	42.31	11	45.83	2.029 ^P	0.566
	Evet	25	47.17	24	61.54	15	57.69	13	54.17		
Düzenli kullanılan ilaç varlığı	Hayır	33	62.26	19	48.72	15	57.69	12	50.00	2.053 ^P	0.561
	Evet	20	37.74	20	51.28	11	42.31	12	50.00		
Sigara kullanma durumu	Hayır	44	83.02	30	76.92	23	88.46	20	83.33	1.420 ^{FE}	0.717
	Evet	9	16.98	9	23.08	3	11.54	4	16.67		
Düzenli egzersiz yapma durumu	Hayır	48	90.57	35	89.74	24	92.31	22	91.67	0.265 ^{FE}	0.985
	Evet	5	9.43	4	10.26	2	7.69	2	8.33		
Hedeflenen bir kilo varlığı	Yok	3	5.66	2	5.13	1	3.85	4	16.67	3.413 ^{FE}	0.300
	Var	50	94.34	37	94.87	25	96.15	20	83.33		
Evde bakıma yardımcı olacak bir /birileri varlığı	Hayır	0	0.00	1	2.56	1	3.85	1	4.17	2.917 ^{FE}	0.361
	Evet	53	100.00	38	97.44	25	96.15	23	95.83		
Ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı	Yok	4	7.55	4	10.26	2	7.69	0	0.00	17.704 ^{FE}	0.016*
	Bir gün	40	75.47	24	61.54	15	57.69	10	41.67		
	İki gün	1	1.89	3	7.69	0	0.00	1	4.17		
	Üç gün	8	15.09	8	20.51	9	34.62	13	54.16		
Ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısı	İki gün	7	13.21	13	33.34	6	23.08	12	50.00	27.298 ^{FE}	0.000*
	Üç gün	2	3.77	1	2.56	7	26.92	3	12.50		
	Dört gün	41	77.36	24	61.54	11	42.31	9	37.50		
	Beş gün ve üzeri	3	5.66	1	2.56	2	7.69	0	0.00		
Toplam hastanede kalınan gün sayısı	3 gün ve daha az	1	1.89	5	12.82	3	11.54	1	4.17	15.702 ^{FE}	0.007*
	4-5 gün	49	92.45	31	79.49	15	57.69	20	83.33		
	6 gün ve daha fazla	3	5.66	3	7.69	8	30.77	3	12.50		
Cerrahi prosedür	Sleeve Gastrektomi	42	79.25	29	74.36	16	61.54	9	37.50	14.460 ^P	0.002*
	Gastrik bypass	11	20.75	10	25.64	10	38.46	15	62.50		
Ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum /komplikasyon ya da hastalık gelişme durumu	Hayır	49	92.45	36	92.31	24	92.31	20	83.33	1.923 ^{FE}	0.587
	Evet	4	7.55	3	7.69	2	7.69	4	16.67		

*p<0.05, § χ^2 : Ki-kare testi, P: Pearson ki-kare; FE: Fisher Exact ki-kare

Tablo 4.14 incelendiğinde, taburcu olmaya hazır olma durumu ile ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Taburcu olmaya hazır olma açısından “çok fazla hazır” olan hastaların %75.47’sinin, “fazla hazır” olan hastaların %61.54’ünün ve “orta hazır” olan hastaların %57.69’unun ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısının bir gün olduğu, “düşük hazır” olan hastaların ise %54.16’sının ise ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısının üç gün olduğu bulunmuştur.

Taburcu olmaya hazır olma durumu ile ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Taburcu olmaya hazır olma durumu “çok fazla hazır” olan hastaların %77.36’sının, “fazla hazır” olan hastaların %61.54’ünün ve “orta hazır” olan hastaların %42.31’inin ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısının dört gün olduğu belirlenmiştir. Ancak “düşük hazır” olan hastaların ise %50.00’sinde ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısı iki gün olarak saptanmıştır.

Taburcu olmaya hazır olma durumu ile toplam hastanede kalınan gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ortaya konmuştur ($p<0.05$). Taburcu olmaya hazır olma durumu açısından “çok fazla hazır” olan hastaların %92.45’inin, “fazla hazır” olan hastaların %79.49’unun, “orta hazır” olan hastaların %57.69’unun ve “düşük hazır” olan hastaların ise %83.33’ünün toplam hastanede kalınan gün sayısının dört-beş gün olduğu bulunmuştur.

Son olarak taburcu olmaya hazır olma durumu ile cerrahi prosedür arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Taburcu olmaya hazır olma durumu açısından “çok fazla hazır” olan hastaların %79.25’inin, “fazla hazır” olan hastaların %74.36’sının ve “orta hazır” olan hastaların %61.54’ünün ameliyatı Sleeve Gastrektomi ameliyatı olduğu; “düşük hazır” olan hastaların ise %62.50’sinin Gastrik bypass olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır oluş düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu araştırmadan elde edilen bulgular üç bölüm halinde, literatür ışığında tartışılmıştır:

- 5.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 5.2. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması
- 5.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması

5.1. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

İnsanlarda vücut yağ dağılımı kadın ve erkek cinsiyette hormonal etkiler nedeniyle değişim gösterebilmektedir. Bu nedenle dünya çapında obezitenin görülme sıklığı cinsiyete göre farklıdır (İlbak ve Aslan, 2024). Kısmen seks hormonlarının aracılık ettiği yağlanma ve yağ dağılımında cinsiyet farklılıkları vardır. Kadınlar östrojen seviyelerindeki değişiklikler nedeniyle özellikle menapoz sonrası dönemde daha duyarlıdırlar (Cooper ve ark., 2021). Bu araştırmada da araştırmaya dahil edilen hastaların %80.99'unun kadın cinsiyete sahip olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Usta ve Aygün (2020)'in bariatrik cerrahi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %78.4'ünün kadın olduğu bildirilmiştir. Argüeta ve arkadaşlarının (2022) yaptığı retrospektif çalışmada ise hastaların %78.1'i kadınlardan oluşmaktadır.

Yaşlanma pek çok hastalık riskini artıran bir nedendir. Obeziteyle birlikte bu hastalık riskleri daha da artmaktadır (Çiftçi ve Anuk, 2021). Bu araştırmada bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaş ortalamasının yaş ortalaması 37.20 ± 11.09 'dır. Karayurt ve arkadaşlarının (2022) bariatrik cerrahi uygulanan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 33.70 ± 8.13 olarak belirlenmiştir. Yaralı ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu çalışmada

ise yaş ortalamasının 35.68 ± 8.99 olduğu görülmüştür. Literatürdeki bu sonuçlar, araştırma sonuçlarımızla paraleldir.

Obezite pek çok etmene bağlı ortaya çıkabilen bulaşıcı olmayan bir hastalık olmakla birlikte bazı hastalıkların da riskini artırmaktadır. Dislipidemi, osteoartrit, T2DM, hipertansiyon, uyku apnesi, polikistik over sendromu, gastrointestinal problemler, non-alkolik karaciğer hastalığı gibi pek çok hastalık için obezite risk faktörü oluşturmaktadır (Ertem, 2017). Araştırma sonuçlarımızda bariatrik cerrahi geçiren hastaların %54.23'ünde ek hastalık varlığı saptanmıştır. Kılıç Uçar ve arkadaşlarının (2024) obezite cerrahisi geçiren bireylerle yaptığı çalışmada, hastaların %58.7'sinin kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Bariatrik cerrahi geçiren 50 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada da hastaların %60'ının kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (Fathi Mohamed El-Attar ve Mahmoud Mohamed El-Emary, 2022). Bu bağlamda araştırma bulgularındaki ek hastalık varlığı, literatürdeki sonuçlara benzer olarak değerlendirilebilir.

ERAS protokollerinin uygulamaya konması, bariatrik cerrahi sonrası hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalmasına neden olmuştur. Bazı bariatrik cerrahi hastaları komplike olmayan bir prosedürden sonra daha uzun süre kalır veya çeşitli nedenlerle yeniden kabul edilir (Nijland ve ark., 2020). Bu çalışmada hastaların %80.99'unun toplam hastanede kalınan gün sayısı 4-5 gün olarak bulunmuştur. Akkayaoğlu ve Çelik (2020)'in yaptığı çalışmada da benzer şekilde hastaların ortalama 5.5 ± 0.71 gün hastanede kaldığı görülmüştür. Ancak farklı olarak Nijland ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ise hastaların %79.1'inin hastanede 1 gün kaldığı belirlenmiştir. Bariatrik cerrahi sonrası hastanede kalış süresi hasta özelliklerine, cerrahi prosedüre, kurum özelliklerine ve ülke sağlık sistemine göre farklılık gösterebilmektedir. Ancak en temel kriterin, bireylerin taburculuğa hazır hale getirilmeleri olduğu söylenebilir.

Taburculuğa hazırlığın farklı yönleri bulunmaktadır. Bu durum; yalnızca hastaların fiziksel durumlarının değerlendirilmesinin yeterli olmadığını, taburculuk sürecinin çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir. Hastaların evde bakım sürecine yeterli bilgi ve donanımla hazırlanmaları taburculuk sürecinin başarısını etkilemektedir. Bununla birlikte, taburculuk planlaması yapılırken hastanın ev ortamında karşılaşılabileceği olası zorluklar, bakım veren kişilerin durumu ve yaşadıkları güçlükler ile hastanın ilaç yönetimi

ve hastalık belirtileriyle başa çıkma becerileri gibi faktörler de kapsamlı şekilde değerlendirilmelidir (Kaya ve ark, 2018). Araştırma sonuçlarında hastaların %97.89'unun evde kendisine yardımcı olacak destekçisinin olduğu bulunmuştur. Sonuçlarımıza paralel olarak Baksi ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da hastaların %89'unun evde bakımı destekleyecek birinin olduğu görülmüştür. Bu durum ülkemizin kültürel yapısıyla açıklanabilmekte, hastanede refakat etme yanı sıra evde bakım için sosyal desteğin devam ettirildiğini de göstermektedir.

Obezitenin tedavi yöntemlerinden biri olan bariatrik cerrahi, bireylerin alabileceği besin miktarını kısıtlayarak (restriktif), besinlerin emilimini bozarak (malabsorbtif) ya da her ikisini kapsayacak şekilde kombine olarak uygulanabilen cerrahi bir girişimdir (Ağbaba ve Ateş Özcan, 2020). Bariatrik cerrahi 1950'lerden beri uygulanmakta ve yıllar boyunca, bu prosedürlerden geçen çok sayıda hastada anlamlı ve sürdürülebilir kilo kaybının başarılı bir şekilde elde edildiği bildirilmektedir. Ayrıca obezite ile ilişkili komorbiditelerin iyileştirilmesine yardımcı olduğu da bilinmektedir (Phillips ve Shikora, 2018). Araştırma sonuçlarımızda cerrahi öncesi ve sonrası kilolarının karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hastaların cerrahi sonrası kilolarında azalma olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan farklı olarak Cantay ve arkadaşlarının (2021) 110 bariatrik cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmadaki, cerrahi öncesi ve cerrahiden 6 ay sonrası hastaların kiloları arasında anlamlı bir farklılık saptanmaması ise dikkat çekicidir.

Morbid obezitesi olan hastalar, artmış BKİ ile ilişkili komplikasyon riskinin artması ve tedavi başarısızlığının daha yüksek olması nedeniyle önemli bir hasta grubudur. Morbid obezite; daha yüksek komorbidite insidansı, majör teknik zorluklar, artmış cerrahi ve anestezi komplikasyon riskleri ve daha yüksek perioperatif ve postoperatif olumsuzluk insidansı ile ilişkilidir (Büyükerkmen ve ark., 2021). Bu araştırma sonuçlarında bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası BKİ değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Anuk ve arkadaşlarının (2017) 20 bariatrik cerrahi geçiren hasta ile yaptığı çalışmada ameliyat öncesi BKİ ile 18 ay izlem sonrası ölçülen BKİ arasında istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Bu da bariatrik cerrahi hedefleri açısından beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

5.2. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Hastalar belirli taburculuk kriterlerini karşılayabilse ve artık yatarak bakıma ihtiyaç duymasalar da, istirahat dönemlerine hastane dışında devam etmeye hazır olmadıklarını hissedebilirler. Etkili bir taburculuk planlaması ve taburculuk eğitimi, bir hastanın taburcu olmaya hazır hissetmesine ve daha yüksek memnuniyet seviyelerine yol açabilir. Aynı zamanda bir hastanın memnuniyeti, hasta kendini hazır hissetmeden hastaneden taburcu edilmesinden doğrudan ve olumsuz olarak etkilenebilmektedir (Jones ve ark., 2023). Araştırmamızda bariatrik cerrahi geçiren hastaların TOHÖ-KF'den elde edilen puan ortalaması 8.27 ± 1.39 ile, taburculuğa hazır oluşluk açısından “fazla hazır” oldukları ortaya konmuştur. İlgili literatür incelendiğinde sadece bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumunu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı cerrahi örneklemelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde taburculuğa hazır olma düzeyinin sonuçlarımızdan farklı olarak, orta düzeyde hazır oldukları görülmektedir (Baksi ve ark, 2020; Li ve ark., 2024; Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023; Qiu ve ark., 2019). Ayrıca literatürde taburculuğa hazır olma düzeyinin düşük olduğu çalışma sonuçları da mevcuttur (Deniz Doğan ve ark., 2024; Öztürk ve ark., 2023; Shu ve ark., 2024). Araştırma sonuçlarımızdaki bariatrik cerrahi hastalarının taburculuğa fazla hazır olmalarında; ilgili kurumda taburculuk planlamasının iyi yapılması, hemşirelik bakımının perioperatif dönemde iyi verilmesi, hastalarının yeterli bilgilendirilmesi, eve dönüş isteklerinin fazla olması, mobilizasyonun erken dönemde ve iyi şekilde gerçekleştirilmesi gibi birçok faktör etkili olmuş olabilir. Bu bağlamda bu sonuçların yeni çalışmalarla test edilmesi ve sürekliliğin sağlanması gerekir.

Weiss ve arkadaşları (2007) taburculuğa hazır olma durumunun dört boyutta; “kişisel durum, bilgi, baş etme becerisi ve beklenen destek” açısından değerlendirilmesi gerektiğini bildirmektedir (Weiss ve ark., 2007). Bu araştırmada TOHÖ-KF alt boyutlarına bakıldığında en yüksek ortalama puan “Beklenen Destek Boyutu”nda (9.22 ± 1.39) gözlenmiştir. İlgili literatürde bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumunun dört boyutunu inceleyen bir çalışma sonucu bulunmamakla birlikte; farklı araştırma örneklemeleri ile yapılan çalışmalarda, taburculuğa hazır olma düzeyinin beklenen destek açısından, bu araştırmadaki sonuçlara benzer şekilde yüksek düzeyde bulunduğu görülmektedir (Brent ve Coffey, 2013; Kaya ve ark., 2018; Qiu ve ark., 2019). Ancak sonuçlarımızdan farklı olarak,

literatürde “Beklenen Destek Boyutu”nın düşük düzeyde bulunduğu bir çalışma da mevcuttur (Öztürk ve ark., 2023). Araştırmamızda, hastaların neredeyse tamamının evde kendisine destek olacak bireylerin var olması ve Türk kültüründe hasta bireylere destek olmaya önem verilmesi nedeniyle bu alt boyutta ortaya konan beklenen desteğin yüksek olması açıklanabilir.

Bu araştırmada ortaya konan bir diğer önemli sonuç; TOHÖ-KF’deki en düşük ortalama puanların “Bilgi Boyutu”nda (7.19 ± 2.76) olmasıdır. Farklı cerrahi hastaları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde taburculuğa hazır olmada “Bilgi Boyutu”ndaki puanlarının, sonuçlarımızdan çok daha düşük düzeyde olması da dikkat çekicidir (Brent ve Coffey, 2013; Öztürk ve ark., 2023; Qiu ve ark., 2019). Bu bağlamda taburculuk sürecinde hastaların bilgilendirme ile ilgili öz bildirimleri çarpıcıdır. Çünkü taburculuk eğitimi etkili taburculuk planlaması için çok önemlidir. Aynı zamanda taburculuk eğitimi hastalar, aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri arasında etkili iletişim sağlarken, hemşirelik bakımının da temel bir gerekliliğidir (Palonen ve ark., 2015). Bu nedenle de burada ortaya konan sonuçların nedenlerini irdeleyen çalışma sonuçlarına gereksinim duyulmaktadır. Taburculuğa hazır olma, hastaların sadece taburculuk aşamasındaki fiziki durumunun iyi olması ile ilgili değildir. Hastaların evde bakımlarını karşılayabilecek bilgi ve beceride olmaları, taburculuğa hazır olmada etkilidir. Hastalar taburcu edilirken, evde bakım sırasında karşılaşılabilecekleri zorluklara karşı baş etme becerileri, semptomlarını yönetebilmeleri açısından taburculuğa hazır oluşlukları mutlaka değerlendirilmeli ve hazır hale getirilmelidir (Kaya ve ark., 2018). Böylece taburculuğa daha hazır hastalar ile cerrahi sonrası evde bakım süreci daha iyi yönetilebilecek ve hastaların yaşam kalitesinin arttırılması, memnuniyetlerinin artması, komplikasyonların önlenmesi, hastaneye tekrarlı yatışların önlenmesi, maaliyetin azaltılması gibi önemli katkılar sağlanacaktır.

5.3. Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Oluş Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada amaçlanan bir diğer nokta da bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır oluşluklarını etkileyen faktörlerin ortaya konmasıdır. Bu araştırma sonuçlarında yaş ile taburculuğa hazır oluşluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). İlgili literatür incelendiğinde bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaşa göre taburculuğa hazır olma

durumunu inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Baksi ve arkadaşlarının (2021) yaşlı hastaların cerrahi sonrası taburculuğa hazır oluşluklarını inceledikleri çalışmada, düşük düzeyde hazır oldukları bildirilmiştir. Ancak bunun aksine literatürde yaşlı bireylerin genç bireylere göre taburculuğa daha hazır olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Bobay ve ark., 2010; Coffey ve McCharty, 2013; Kaya ve ark., 2018; Weiss ve ark., 2007). Tüm bu sonuçlar da dikkate alındığında bariatrik cerrahi hastalarında taburculuğa hazır olmada cinsiyetin etkisinin değerlendirildiği yeni çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

Ayrıca araştırma sonuçlarında benzer şekilde cinsiyet ile taburculuğa hazır oluşluk düzeyi arasında da anlamlı bir fark ortaya konmamıştır ($p>0.05$). Ancak “Bilgi Boyutu”nda kadın hastaların erkek hastalara göre daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. İlgili literatür incelendiğinde sadece bariatrik cerrahi geçiren hastaların cinsiyete göre taburculuğa hazır olma durumunu inceleyen bir sonuca rastlanmamakla birlikte; Deniz Doğan ve arkadaşlarının (2024) elektif cerrahi geçiren genel cerrahi hastalarında yürüttüğü çalışmada, taburculuğa hazır olma düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermese bile “Kişisel Durum Boyutu”nda erkek hastaların kadın hastalara göre taburculuğa daha hazır olduğu bildirilmiştir. Ayrıca sonuçlarımızdan farklı olarak bir başka çalışmada, kalça kırığı ameliyatı sonrası kadın hastaların erkek hastalara göre çok az farkla taburculuğa daha hazır olduğu gösterilmiştir (Brent ve Coffey, 2013). Tüm bu sonuçlar da dikkate alındığında bariatrik cerrahi hastalarında taburculuğa hazır olmada cinsiyetin etkisinin değerlendirildiği yeni çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarında bariatrik cerrahi geçiren hastaların düzenli ilaç kullanımına göre “Kişisel Durum Boyutu” puanlarının anlamlı bir fark gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$). Düzenli ilaç kullanan hastaların puanları düzenli ilaç kullanmayan hastalara göre daha düşüktür. İlgili literatür incelendiğinde bariatrik cerrahi geçiren hastaların düzenli ilaç kullanımının taburculuğa hazır olma durumuna etkisini TOHÖ-KF ile inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte; 498 bariatrik cerrahi hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların 60’ında (%12.1) taburculuk sonrası ilaç komplikasyonu yaşadığını bildirilmiştir (Marsall ve ark., 2023). Bu bağlamda düzenli ilaç kullanan hastaların, kullanmayanlara oranla daha az hazır olmasının sebebi; ilaç kullanımı gerektirecek komorbiditelerin varlığına bağlı olarak, farklı ilaç takipleriyle birlikte farklı iyileşme süreçlerinin birlikte devam

ettirilmesi gerekliliği, ameliyat sonrası süreçte diğer hastalıkların da takip gerektirmesinden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma sonuçlarına göre ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu”nda anlamlı bir fark göstermiştir ($p<0.05$). Buna göre hastanede üç gün ve daha fazla kalan hastaların, hastanede bir gün kalan hastalara göre puanları daha düşüktür. Bariatrik cerrahi hastaları ile yürütölen bir karşılaştırma sonucu olmamakla birlikte; Kaya ve arkadaşlarının (2018) iç hastalıkları kliniğinden taburcu olan 1601 hasta ile yaptığı çalışmada “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu”nda hazır olmadan taburcu edilen hastaların plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlarla daha fazla karşılaştığının bildirilmesi önemlidir. Ayrıca araştırma sonuçlarımızdaki ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısının artmasının, “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu”nda anlamlı bir fark bulunmasında; hastane ortamından kaynaklı stres ve endişe yaşanması, ameliyatı bekleme süresinin uzaması, alışkın olunan ev ortamından uzaklaşma, rutin hayattan uzaklaşma, yakın çevre ile etkileşimin azalması, günlük aktivitelerden ve sosyal ortamdan uzaklaşma gibi durumların neden olabileceği düşünölmektedir. Araştırma sonuçlarındaki taburcu olmaya hazır olma durumu ile ameliyat öncesi hastanede kalınan gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunun görölmesi de ($p<0.05$) bu noktada önemlidir. Literatürdeki bir çalışmada bariatrik cerrahi öncesi artan bekleme sürelerinin komplikasyonlar ve tekrar yatışlar açısından hasta güvenliği profillerini iyileştirmediği; ameliyattan önce veya sonra herhangi bir zaman noktasında kilo kaybını artırmadığının belirlendiği görölmektedir (Eng ve ark., 2019) ve bu da sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Günümüzde, hastalar hastaneden daha erken ayrılma ve sağlık hizmetlerinde iyileşme ve rehabilitasyonlarına evde devam etme eğilimindedir. Hastaneden eve bu geçiş hasta için kritik bir süreç olarak kabul edilir. Bir hastanın daha erken taburcu edilmesinin nedenleri arasında hastanenin daha kısa kalış süreleri, yatak mevcudiyeti, sağlık sigortası, taburculuk için standardizasyon, kabul türü ve klinik protokoller ile ilgili öncelikler gibi faktörler yer almaktadır (Nurhayati ve ark., 2019). Özellikle ERAS protokolü birçok cerrahi disiplinde iyi bir şekilde yerleşmiştir ve hastanede kalış süresinde ve morbiditede azalmaya yol açar. Bariatrik cerrahi hastalarının, ERAS protokollerine uygun olarak tedavi edilmesinin,

hastanede kalış süresini kısalttığı ve morbiditeyi azalttığı bildirilmektedir (Malczak ve ark., 2017). Erken taburculuk, hastane enfeksiyonlarından kaçınma, daha düşük maliyetler ve tıbbi hata potansiyeline daha az maruz kalma gibi avantajlara sahiptir. Ancak tüm bunlar, hastalığın insancıl tedavisi, erken postoperatif komplikasyonların önlenmesi ve hastanın ev ortamının güvenliğinin sağlanması ile dengelenmelidir (Dallal ve Trang, 2012). ERAS protokolüne başarılı bir şekilde uyan ve ameliyat öncesi ve sonrası dönem sorunsuz geçen bazı hastaların bile taburculuk kriterlerini karşılamakta geciktiği ve hedeflenen hastanede kalış süresinde daha uzun süre kaldığı bilinmektedir (Major ve ark., 2018). Bu araştırmanın önemli sonuçlarından biri de taburculuğa hazır oluşluk düzeyi ile ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin ortaya konmasıdır ($p<0.05$). Taburculuğa hazır oluşluk düzeyi düşük olan katılımcıların %50.00'sinin ameliyat sonrası hastanede kalınan gün sayısının iki gün olduğu görülmüştür. Ayrıca bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası hastanede kaldığı gün sayısına göre “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu” açısından da anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; iki gün, üç gün hastanede kalan hastaların “Kişisel Durum Boyutu” puanları, hastanede dört gün, beş gün ve daha fazla kalanlara göre daha düşüktür. Ayrıca üç gün, dört gün hastanede kalan hastaların “Başetme Becerisi Boyutu” puanları, hastanede beş gün ve daha fazla kalanlara göre daha düşüktür. İlgili literatür incelendiğinde sonuçlarımızdan farklı olarak, Deniz ve arkadaşlarının (2024) 97 genel cerrahi hastasıyla yaptığı çalışmada, ameliyat sonrası taburcu olduğu gün ile TOHÖ-KF alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı rapor edilmiştir. Ek olarak Kaya ve arkadaşlarının (2018) iç hastalıkları kliniğinden taburcu olan 1601 hasta ile yaptığı çalışmada yatış süresi arttıkça baş etme becerisi açısından hastaların taburculuğa hazır olma düzeyinin azaldığı bildirilmiştir. Literatürdeki farklı sonuçlardan da yola çıkarak bariatrik cerrahi hastalarında taburculuğa hazır oluşluk açısından başka bir sonuç olmaması sebebiyle de, bu hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin ve taburculuğa hazır oluşluk üzerine etkisinin daha derinden incelenmesi gerektiği söylenebilir. Ayrıca araştırma sonuçlarımıza göre hastaların ameliyat sonrası daha uzun süre hastanede kalarak; fizyolojik ve psikolojik olarak kendilerini daha güvende hissetmeleri, eksik kaldığı tıbbi konularda sağlık çalışanlarına erişiminin olması, taburculuk eğitimi için daha yeterli sürelerin olması ve komplikasyonları yönetebilme becerisine sahip olma durumları, evde bakımı sürdürmeye hazır hale gelmeleri,

evde uygun ortam hazırlığı gibi nedenlerin “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu”ndaki değerlendirmeleri etkilemiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Ancak bir hastanın hastanede kalış süresi, bakım kalitesini karşılaştırmak için kullanılan bir ölçüttür. Çünkü daha uzun bir hastanede kalış süresi, daha yüksek komplikasyon oranlarını veya daha az verimli süreçleri işaret edebilir (Chadwick ve ark., 2023). Bariatrik cerrahi sonrası erken taburculuğun daha fazla komplikasyona veya yeniden yatış oranının artmasına neden olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Khorgami ve ark., 2017; Mahmood ve ark., 2018; Małczak ve ark., 2017; Rickey ve ark., 2017). Araştırma sonuçlarımızda bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır oluşluk düzeyi ile toplam hastanede kalınan gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hastanede kaldığı gün sayısı dört-beş gün olan hastaların taburculuğa daha hazır olduğu bulunmuştur. İlgili literatürde bariatrik cerrahi geçiren hastalarda toplam hastanede kalınan gün sayısına göre taburculuğa hazır olma durumunu inceleyen bir çalışma olmamakla birlikte, lomber disk hernisi geçiren hastalarla yürütülen bir çalışma sonucunun araştırmamıza benzer olduğu görülmüştür (Öztürk ve ark., 2023). Ancak literatürde farklı örneklemelerde yapılan çalışmalarda hastanede kalınan gün sayısı ile taburculuğa hazır oluşluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Baksi ve ark., 2021; Li ve ark., 2024; Özsoy Durmaz ve Özbaş, 2023; Shu ve ark., 2024). Tüm bu sonuçlar da dikkate alındığında, bariatrik cerrahi hastalarında taburculuğa hazır oluşlukta hastanede kalınan gün sayısının yeniden test edilmesi gerektiği söylenebilir. Ayrıca Major ve arkadaşlarının (2018) bariatrik cerrahi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada üç günden fazla hastanede kalan hastaların, üç gün ve altı gün hastanede kalan hastalara kıyasla tekrar hastaneye yatırılma olasılığının 2.57 kat daha fazla olduğunu bildirmesi de çarpıcıdır.

Bariatrik prosedürlerin etki mekanizmalarına olan ilginin artması, geleneksel obezite yönetimine kıyasla sürekli kilo kaybı, morbiditenin iyileşmesi, tüm nedenlere bağlı mortalitenin azaltılması ve daha uzun yaşam beklentisi gibi faydalı sonuçlardan kaynaklanmaktadır (Steenackers ve ark., 2023). Bariatrik cerrahi yöntemlerinden biri olan sleeve gastrektomi besin emilimini bozmayan bir tekniktir. Gastrik bypass ise hem kısıtlayıcı hem de besin emilimini bozan bir yöntemdir (Güven, 2019; Nguyen ve Varela, 2017). Yapılan bir meta analizde laparoskopik sleeve gastrektomi geçiren bireylerin laparoskopik

gastrik bypass geçiren bireylere göre komplikasyon oranları daha az bulunmuştur (Yang ve ark., 2019). Ayrıca Cantay ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir araştırmada gastrik bypass uygulanan bireylerde sleeve gastrektomi uygulanan bireylere göre erken dönemde demir eksikliği görülme sıklığının daha fazla olabileceğı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız sleeve gastrektomi uygulanan hastaların, gastrik bypass uygulanan hastalara göre taburculuğa daha hazır olduğunu göstermiştir. Ayrıca uygulanan cerrahi prosedürün, “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu”nda da anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür ($p<0.05$); her iki alt boyutta sleeve gastrektomi ameliyatı olan hastaların puanları, gastrik bypass ameliyatı olanlara göre daha yüksektir. Bu araştırma sonuçlarında ortaya konan cerrahi prosedürler arasındaki farkın yeniden test edilmesine gereksinim olduğu söylenebilir. Ayrıca literatürde farklı cerrahi grup hastalarla yrtlen çalışmalarda, taburculuğa hazır olma düzeyinin uygulanan cerrahi prosedüre göre farklılık göstermediğı bildirilmiştir (ztrk ve ark., 2023; zsoy Durmaz ve zbaş, 2023). Bu bağlamda bariatrik cerrahi prosedürlerin, taburculuğa hazır oluşluk açısından etkisinin yeni çalışmalarla doğrulanmasına olan gereksinimin daha da öne çıktığı söylenebilir. Böylece gastrik bypass geçiren hastaların sleeve gastrektomi geçiren hastalara göre komplikasyon risklerinin fazla olması, cerrahi prosedürün emilimi etkileme durumu, sindirim yolundaki değışimler, metabolizmadaki ve biyoritimdeki değışimler, bazı komorbiditeleri etkileme durumları, daha komplike bir yöntem olması, hasta bireyler için çok daha büyük bir operasyon geçirmiş olma düşüncesi gibi sebepler de ortaya konabilir.

Bu araştırmada ortaya konan önemli sonuçlardan birisi de TOH-KF ile hedeflenen kilo değıeri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin bulunmasıdır. Buna göre hedeflediğı kilo değıeri fazla olan bireyler, az olanlara göre taburculuğa daha hazırdır. Literatürde bariatrik cerrahi geçiren hastalarda hedeflenen kilo ile taburculuğa hazır olma durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Aelfers ve arkadaşlarının (2017) alışmasında, bariatrik cerrahi geçiren hastaların %20.4’ünün kilo kaybını doğru tahmin ettiğı görülmüştür. Theunissen ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir başka çalışmada erkek bariatrik cerrahi adaylarının kilo kaybı beklentisi arttıkça kaybedilen kilo miktarında azalma olduğu; kadın hastalarda ise kilo kaybı beklentisi arttıkça kaybedilen kilo miktarında artma olduğu bildirilmiştir. Marsall ve arkadaşlarının (2023) bariatrik cerrahi hastaları ile yaptığı çalışmada ise hastaneden taburculuk sırasında bakım

geçiş kalitesi yüksek olduğunda kilo alımının azaltıldığı rapor edilmiştir. Bu bağlamda araştırma sonuçlarımızdaki bariatrik cerrahi hastalarında hedeflenen kilonun taburculuğa hazır oluşlukta önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Ayrıca bu sonuç hastaların, BKİ baz alınarak kilo hedefi oluşturması, daha gerçekçi hedeflerle birlikte motivasyonlarının artmasının taburculuğa hazır olma durumlarını etkilemiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu araştırmada;

- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa “fazla hazır” oldukları ortaya konmuştur.
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyat öncesi hastanede kaldıkları gün sayısı ile taburculuğa hazır olma durumları arasında ilişki olduğu; hastaların ameliyat öncesi hastanede kaldıkları gün sayısı arttıkça taburcu olmaya hazır olma düzeylerinin azaldığı,
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası hastanede kaldıkları gün sayısı ile taburculuğa hazır olma durumları arasında ilişki olduğu; hastaların ameliyat sonrası hastanede kaldıkları gün sayısı arttıkça taburcu olmaya hazır olma düzeylerinin arttığı,
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların toplam hastanede kaldıkları gün sayısı ile taburculuğa hazır olma durumları arasında ilişki olduğu; hastaların toplam hastanede kaldıkları gün sayısı arttıkça taburcu olmaya hazır olma düzeylerinin arttığı,
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların geçirdikleri cerrahi prosedür ile taburculuğa hazır olma durumları arasında ilişki olduğu; sleeve gastrektomi geçiren hastaların gastrik bypass geçiren hastalara göre taburculuğa daha hazır olduğu,
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların hedefledikleri kilo değeri ile taburculuğa hazır olma durumları arasında ilişki olduğu; hedeflediği kilo değeri fazla olan bireylerin az olanlara göre taburculuğa daha hazır olduğu sonucuna varılmıştır.
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların TOHÖ-KF alt boyutlarından “Kişisel Durum Boyutu” puanları hastaların düzenli ilaç kullanımına göre anlamlı bir fark göstermiştir; buna göre düzenli ilaç kullanan hastaların “Kişisel Durum Boyutu” puanları, düzenli ilaç kullanmayan hastalara göre daha düşüktür,
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların TOHÖ-KF alt boyutlarından “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu” puanları, ameliyat öncesi hastanede kaldığı gün sayısına göre anlamlı bir fark göstermiştir; buna göre ameliyat öncesi hastanede

üç gün ve daha fazla kalan hastaların “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu” puanları, hastanede bir gün kalan hastalara göre puanları daha düşüktür.

- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası hastanede kaldığı gün sayısına göre TOHÖ-KF alt boyutlarından “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu” puanları anlamlı bir fark göstermiştir; buna göre “Kişisel Durum Boyutu” için iki gün, üç gün hastanede kalan hastaların puanları, hastanede dört gün, beş gün ve daha fazla kalanlara göre daha düşüktür. “Başetme Becerisi Boyut” açısından ameliyat sonrası üç gün, dört gün hastanede kalan hastaların, hastanede beş gün ve daha fazla kalanlara göre puanları da düşük olduğu görülmüştür.
- ✓ Bariatrik cerrahi geçiren hastaların TOHÖ-KF alt boyutlarından “Kişisel Durum Boyutu” ve “Başetme Becerisi Boyutu” puanlarının uygulanan cerrahi prosedüre göre anlamlı bir fark gösterdiği, buna göre bu alt boyutlarda sleeve gastrektomi ameliyatı olan hastaların, gastrik by pass ameliyatı olan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek ortalamalara sahip olduğu ortaya konmuştur.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda uygulama alanına yönelik olarak;

- Bariatrik cerrahi alanında çalışan ve bariatrik cerrahi geçiren hastanın bakım yönetiminde yer alan sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşirelerin;
 - Bariatrik cerrahi geçiren hastaların bakımında ekip üyelerinin interdisipliner iş birliği içerisinde çalışması ve bu araştırma sonuçlarını bütüncül bakıma yansıtılması,
 - Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve hazır olmayan hastaların daha fazla desteklenmesi,
 - Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır oluşuklarını arttırmada, taburculuk planlamasında ve taburculuk eğitiminde bilgi açısından daha çok desteklenmesi,
 - Bariatrik cerrahi geçiren hastaların gerçekçi hedef kilolar belirlemeleri konusunda hastaya özgü bilgilendirmeler yapılması,
 - Bariatrik cerrahi geçiren hastalara uygulanan cerrahi prosedür hakkında preoperatif dönemden başlayarak yeterli ve etkin bilgilendirmeler yapılması ve taburculuğa hazırlamada cerrahi prosedürler arasındaki farkın bakıma ve taburculuk planlamasına yansıtılması,

- Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hastanede kaldıkları gün sayısı, kullandığı ilaçlar, uygulanan cerrahi prosedürlerin taburculuğa hazır oluşluk üzerindeki etkisini dikkate alan bir taburculuk planlama sürecini uygulaması önerilir.

Araştırma alanına yönelik olarak;

- Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır olma durumlarına yönelik araştırma sonuçlarının artırılması açısından,
- Bu çalışmada etkili olduğu bulunan faktörlerden ilaç kullanımı, cerrahi prosedür, ameliyat öncesi ve sonrası hastanede kaldığı gün sayısına yönelik taburculuğa hazır oluşluğun etkisini test eden yeni çalışmaların yapılması,
- Bariatrik cerrahi geçiren hastaların taburculuğa hazır oluşluğunu arttırmada girişimsel çalışmaların yapılması ve etkilerinin test edilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

Ağbaba N, Ateş Özcan B. Bariatrik cerrahi sonrası gıda intoleransı. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi. 2020;2(1):16-21.

Aelfers SCW, Schijns W, Ploeger N, Janssen IMC, Berends FJ, Aarts EO. Patients' preoperative estimate of target weight and actual outcome after bariatric surgery. Obesity Surgery. 2017;27(7):1729-1734.

Akkayaoğlu H, Çelik S. Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. Applied Nursing Research. 2020;53:151270.

Anuk T, Köksal N, Avşar F, Diken Allahverdi T, Sülü B, Çakmur H. Bariatrik cerrahi ile ilgili ilk sonuçlarımız. Ege Tıp Dergisi. 2017;56(2):82-85.

Argueta PP, Salazar M, Vargo JJ, Chahal P, Rodriguez JJ, Simons-Linares CR, Thompson CC. Thirty-day readmission after bariatric surgery: causes, effects on outcomes, and predictors. Digestive Diseases and Sciences. 2022;67(3):834-843.

Aydın E, Bulut B. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(1):77-82.

Baksi A, Arda Sürücü H, İnal G. Posteraniotomy patients' readiness for discharge and predictors of their readiness for discharge. The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses. 2020;52(6):295-299.

Baksi A, Arda Sürücü H, Turhan Damar H, Sungur M. Examining the relationship between older adults' readiness for discharge after surgery and satisfaction with nursing care and the associated factors. Clinical Nursing Research. 2021;30(8):1251-1262.

Berberoğlu Z, Hocaoglu Ç. Küresel sağlık sorunu “obezite”: güncel bir gözden geçirme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021;8(3):543-552.

Berk Özcan Ç. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (EGEHFD). 2021;37(1): 69-78.

Bobay KL, Jerofke TA, Weiss ME, Yakusheva O. Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. Geriatric Nursing (New York, N.Y.). 2010; 31(3): 178–187.

Bogiatzis M, Wicking K, Birks M. Australian bariatric nurses: What do they do and what do they need? Collegian. 2020; 27: 422-429.

Brent L, Coffey A. Patient’s perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. 2013;17(4):190–198.

Büyükerkmen E, Yavuz T, Sert Ö, Doğan Bakı E, Akıcı M, Yüksek A, Sıvacı RG. Hastanemizde uygulanan laparoskopik obezite cerrahisi vakalarının geriye dönük değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2021;22(4):282-286.

Candaş Altınbaş B, Serpici A, Gürsoy A, Sarımehtmet D. Thoughts and attitudes of surgical nurses on planned discharge education and influencing factors. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(4):1855-1862.

Cantay H, Erol MF, Çaycı HM, Erdoğan UE, Dilektaşlı E, Doğan G, Deniz Fırat Y, Tihan ND, Kayaoğlu HA. Mid-term comparison of weight loss and nutritional parameters after laparoscopic sleeve gastrectomy and roux-en-y gastric bypass. Kafkas Journal of Medical Sciences. 2021;11(3):376-380.

Chadwick C, Burton PR, Brown D, Holland JF, Campbell A, Cottrell J, Reilly J, MacCormick AD, Caterson I, Brown WA. The length of hospital stay following bariatric surgery in australia: the impact of patient, procedure, system and surgeon. ANZ Journal of Surgery. 2023; 93:2833-2842.

Coffey A, McCarthy GM. older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. International Journal of Older People Nursing. 2013;8(2):104-115.

Conner J, Nottingham JM. Biliopancreatic diversion with duodenal switch. [Updated 2022 Sep 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.

Cooper AJ, Gupta SR, Moustafa AF, Chao, AM. Sex/gender differences in obesity prevalence, comorbidities, and treatment. Current Obesity Reports. 2021;10(4):458–466.

Çiftçi F, Anuk, T. Yaşlılarda obezite cerrahisi. Kafkas Journal of Medical Sciences. 2021;11(1), 23-26.

Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Medical Journal of Bakırköy. 2012;8(1):34-40.

Dallal RM, Trang A. Analysis of perioperative outcomes, length of hospital stay, and readmission rate after gastric bypass. Surgical Endoscopy. 2012;26(3):754–758.

Deniz Doğan S, Yurtseven Ş, Arslan S, Akçam AT. Elektif cerrahi geçiren genel cerrahi hastalarının taburculuğa hazır olma durumları ve etkileyen faktörler: tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;15(3):380-387.

Eng V, Garcia L, Khoury H, Morton J, Azagury D. Preoperative weight loss: is waiting longer before bariatric surgery more effective? *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2019;15(6):951-957.

Ertem M. Obezite epidemiyolojisi ve korunma. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017; 5(5):21-30.

Fan M, Hong J, Cheung PN, Tang S, Zhang J, Hu S, Jiang S, Chen X, Yu S, Gao L, Wang C, Chen W, Yang W. Knowledge and attitudes towards obesity and bariatric surgery in chinese nurses. *Obesity Surgery*. 2020; 30:618–629.

Fathi Mohamed El-Attar N, Mahmoud Mohamed El-Emary F. Effectiveness of nursing intervention program on body image, marital satisfaction and quality of life among women post bariatric surgery. *Egyptian Journal of Health Care*. 2022; 13(4): 786-798.

Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73: 2547–2557.

Greysen SR, Harrison JD, Kripalani S, Vasilevskis E, Robinson E, Metlay J, Schnipper JL, Meltzer D, Sehgal N, Ruhnke GW, Williams MV, Auerbach AD. Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety*. 2017;26:33-41.

Gulinac M, Miteva DG, Peshevska-Sekulovska M, Novakov IP, Antovic S, Peruhova M, Snegarova V, Kabakchieva P, Assyov Y, Vasilev G, Sekulovski M, Lazova S, Tomov L, Velikova T. Long-term effectiveness, outcomes and complications of bariatric surgery. *World Journal of Clinical Cases*. 2023; 11(19): 4504-4512.

Güçlü A, Tunç Tuna P, Kurşun Ş. Bariatrik cerrahi ve perioperatif hemşirelik bakımı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2018;27(3): 209-216.

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

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

Huang TT, Liang SH. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. Journal of Clinical Nursing. 2005;14(10):1193-201.

İlbak İ, Aslan E. Türkiye’de obezite prevalansının cinsiyet açısından incelenmesi. Beden Eğitimi Spor Sağlık ve Efor Dergisi. 2024;3(3):92-101.

Jones D, Musselman R, Pearsall E, McKenzie M, Huang H, McLeod RS. Ready to go home? patients' experiences of the discharge process in an enhanced recovery after surgery (eras) program for colorectal surgery. Journal of Gastrointestinal Surgery: Official Journal of The Society for Surgery of The Alimentary Tract. 2017;21(11):1865-1878.

Jones KC, Austad K, Silver S, Cordova-Ramos EG, Fantasia KL, Perez DC, Kremer K, Wilson S, Walkey A, Drainoni ML. Patient perspectives of the hospital discharge process: a qualitative study. Journal of Patient Experience. 2023;10; 1-7.

Karadağ M, Bulut H, Cerrahi Hemşireliği. 2. Baskı, Vize Basın Yayın, Ankara; 2021:286.

Karayurt Ö, Durmaz Edeer A, Sarıgöl Ordin Y, Yasak K, Kankaya EA, Öğce F, Atila K. Bariatrik cerrahi sonrası öz-etkililiğin ve seçilmiş faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022;15(3):340-348.

Katran HB, Baki B, Türkmen DB, Güven M, Marangoz S, Deniz A. Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin algı düzeyleri. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2024;6(1):41-48.

Kaya S, Sain Güven G, Kar A, Aydan S, Korku C. Taburculuğa hazır olmanın boyutları: belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(2):305-334.

Kaya S, Sain Güven G, Teleş M, Korku C, Aydan S, Kar A, Kartal N, Koca GŞ, Yıldız A. Validity and reliability of the Turkish Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form. Journal of Nursing Management. 2017;26(3):295–301.

Khorgami Z, Petrosky JA, Andalib A, Aminian A, Schauer PR, Brethauer SA. Fast track bariatric surgery: safety of discharge on the first postoperative day after bariatric surgery. Surgery for Obesity and Related. 2017;13(2):273-280.

Kılıç K, Özdoğan Y. Obezite paradoksu. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2022;7(1):164-172.

Kılıç Uçar A, Coşkun AK, Yiğit T, Güvenç G, Bektaş Pardes B. Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Akdeniz Tıp Dergisi. 2024;10(2):237-247.

Kuşeli Dost S, Kaya H. Yoğun bakım hemşirelerinin taburculuk planı algısı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2021;25(2):68-78.

Li N, Huang W, Jiang L, Zhang L, Lin X, Wu H, Huang Y, Li Y. A study on the effect of comprehensive intervention based on transition theory on the readiness for discharge of post-operative breast cancer patients. Advances in Breast Cancer Research. 2022;11:128-140.

Li S, Luo C, Xie M, Lai J, Qiu H, Xu L, Chen J, Mo L, Guan X, Tang F, Zhang Y, Huang Q, Liu Y, Luo W, Chen J. Factors influencing readiness for hospital discharge among

patients undergoing enterostomy: a descriptive, cross-sectional study. *Advances in Skin & Wound Care*. 2024;37(6):319-327.

Mahmood F, Sharples AJ, Rotundo A, Balaji N, Rao VSR. Factors predicting length of stay following bariatric surgery: retrospective review of a single uk tertiary centre experience. *Obesity Surgery*. 2018; 28:1924–1930.

Major P, Wysocki M, Torbicz G, Gajewska N, Dudek A, Małczak P, Pędziwiatr M, Pisarska M, Radkowiak D, Budzyński A. Risk factors for prolonged length of hospital stay and readmissions after laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic roux-en-y gastric bypass. *Obesity Surgery*. 2018;28(2):323-332.

Małczak P, Pisarska M, Piotr M, Wysocki M, Budzyński A, Pędziwiatr M. Enhanced recovery after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery*. 2017;27(1):226-235.

Marsall M, Bäuerle A, Hasenberg T, Schräpler L, Robitzsch A, Niedergethmann M, Teufel M, Weigl M. Quality of care transition during hospital discharge, patient safety, and weight regain after bariatric surgery: a cross-sectional study. *Obesity Surgery*. 2023;33(4):1143-1153.

Muhamad H, Yusoff MSB, Shokri AA, Sulaiman Z, Bakar RS, Zain NM. The needs of orthopaedic patients in discharge planning. *Malaysian Orthopaedic Journal*. 2022;16(3): 36-43.

Nguyen, N., Varela, J. Bariatric surgery for obesity and metabolic disorders: state of the art. *Nature Reviews Gastroenterology Hepatology*. 2017;14:160–169.

Nijland L, de Castro S, van Veen R. Risk factors associated with prolonged hospital stay and readmission in patients after primary bariatric surgery. *Obesity Surgery*.2020; 30:2395–2402.

Nurhayati N, Songwathana P, Vachprasit R. Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(9-10):1728-1736.

Omer T. The causes of obesity: an in-depth review. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*. 2020;10(4): 90-94.

Öcal H, Aygen H. Obezitenin cerrahi tedavisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2018;23: 78-87.

Özsoy Durmaz M, Özbaş A. Ortopedik Cerrahi hastalarını taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Innovative Healthcare Practices*. 2023;4(1):22-33.

Öztürk K, Durmaz M, Kurşun Ş. Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin taburcu olmaya hazır olma durumuna etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2023; 6(1): 35-44.

Qiu C, Feng X, Zeng J, Luo H, Lai Z. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: a cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2019;67(5): 612-617.

Palonen M, Kaunonen M, Helminen M, Åstedt-Kurki P. Discharge education for older people and family members in emergency department: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*. 2015;23(4):306-311.

Phillips BT, Shikora SA. The history of metabolic and bariatric surgery: development of standards for patient safety and efficacy. *Metabolism*. 2018;79:97-107.

Rickey J, Gersin K, Yang W, Stefanidis D, Kuwada T. Early discharge in the bariatric population does not increase post-discharge resource utilization. *Surgical Endoscopy*. 2017;31(2):618-624.

Rutledge R, Kular K, Manchanda N. The mini-gastric bypass original technique. *International Journal of Surgery*. 2019;61: 38–41.

Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*. 2021;136:104754.

Seip RL, Lee S, McLaughlin T, Staff I, Nsereko A, Thompson S, Santana C, Tishler DS, Papasavas P. Utility of a novel scale to assess readiness for discharge after bariatric surgery. *World Journal of Surgery*. 2022;46:172-179.

Sheaffer WW, Day RW, Harold KL, Kidwell JT, Tiede JL, Benjamin TR, Bersoux S, Madura JA 2nd. Decreasing length of stay in bariatric surgery: The power of suggestion. *American Journal of Surgery*. 2018;215(3):452-455.

Shu P, Xuan L, Jiang X. Discharge readiness and associated factors among patients with coronary heart disease after stent implantation: a cross-sectional single center study. *Patient Prefer Adherence*. 2024;18:1373-1383.

Steenackers N, Vanuytsel T, Augustijns P, Deleus E, Deckers W, Deroose CM, Falony G, Lannoo M, Mertens A, Mols R, Vangoitsenhoven R, Wauters L, Van der Schueren B, Matthys C. Effect of sleeve gastrectomy and roux-en-y gastric bypass on gastrointestinal

physiology. European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics : Official Journal of Arbeitsgemeinschaft Fur Pharmazeutische Verfahrenstechnik e.V. 2023;183: 92–101.

Stenberg E, dos Reis Falcão LF, O'Kane M, Liem R, Pournaras DJ, Salminen P, Urman RD, Wadhwa A, Gustafsson UO, Thorell A. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations: A 2021 Update. World Journal of Surgery. 2022;46:729-751.

Taşkın HE, İn G, Al M, Zengin AK. COVID-19 pandemisi sırasında uygulanan sosyal izolasyon protokolünün postoperatif dönemdeki bariatrik cerrahi hastalarının egzersiz düzeyi, beslenme alışkanlıkları, metabolik parametreleri ve emosyonel durumları üzerine etkileri. Kocaeli Medical Journal. 2020;9(3): 43-55.

Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, Vignaud M, Alvarez A, Singh PM, Lobo DN. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. World Journal of Surgery. 2016;40(9):2065-83.

Theunissen CMJ, van Vlijmen A, Tak DJAM, Nyklíček I, de Jongh MAC, Langenhoff BS. Motivation and weight loss expectations in bariatric surgery candidates: association with 1- and 2-year results after bariatric surgery. Obesity Surgery. 2020;30(11):4411-4421.

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

Usta E, Çavdar İ. Obezite cerrahisinde (bariyatrik cerrahi) hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2013;2(2):71-77.

Yang P, Chen B, Xiang S, Lin XF, Luo F, Li W. Long-term outcomes of laparoscopic sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: Results from a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*. 2019;15(4):546–555.

Yaralı S, Hacıoğlu N, Kılınç T. Obezite cerrahisi sonrası hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeme tutumları ve kilo durumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Nursology*. 2022;25(1):36-44.

Yasak K, Vural F. Bariatrik cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileştirme protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Etkili Hemşirelik Dergisi*. 2023;16(4):562-578.

Zeybek DÖ, Sevim E, Erdem R. Cerrahi yöntemle obezite tedavisi olan bireylerin tedavi olma faktörlerinin analitik hiyerarşi prosesi yöntemiyle incelenmesi: tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;8(2):316-324.

Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 2006;14(3):163-80.

Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, Holmes SB, Toman S, Toy A, Vega Stramberg T. Percived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*. 2007;21(1):31-42.

Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research*. 2014; 49(1):304-17.

Weiss ME, Bobay KL, Bahr SJ, Costa L, Hughes RG, Holland DE. A Model for Hospital Discharge Preparation: From Case Management to Care Transition. *The Journal of Nursing Administration*. 2015;45(12):606-14.

EKLER

Ek-1

Etik Kurul Onayı

	T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 70904504/ <i>cap</i>		21.07.2023
Sayın	Dr.Öğr.Üyesi Emine ÇATAL Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi	
Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		
Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı		
Eki: Etik Kurul Kararı		
Adres :		
Tel :		
Faks :		
e-posta :		

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2023

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Emine ÇATAL
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğa Hazır Olma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 511	Tarih: 05.07.2023
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkezlerden/birimlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Araştırmanın Yürütüldüğü Kurum Onayı

	T.C. ANTALYA VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sayı : E-81266704-774.02.99-223381294 Konu : Nur Seda BURSALIOĞLU (Araştırma İzin Talebi)	31.08.2023
ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
İlgi : 21.08.2023 tarihli ve E-98360293-604.01.02-222647288 sayılı yazınız.	
İlgili tarih ve sayılı yazıya istinaden; Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nur Seda BURSALIOĞLU'nun "Bariatrik Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuğuna Hazır Olma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını hastanemiz bünyesinde yapma talebi, tarafımızca uygun görülmüştür.	
Gereğini arz ederim.	
Prof. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL Başhekim	
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	
Belge doğrulama kodu: 133D04C5-09AE-44CC-A148-6668DB45C4B1	
Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ehy	
Telefon No: e-Posta: Kapı Adresi:	Bilgi için: Ekme SUNGURLU Hemşire Telefon No:

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu'nun Orijinal Ölçeğini Geliştiren Kişiden Alınan Kullanım İzni

Gönderen: Weiss, Marianne
Gönderildi: 14 Haziran 2023 Çarşamba 20:04
Kime: NUR SEDA BURSALIOĞLU
Konu: RE: about permission to use scale

Thank you for your emails. The permission statement is located on our website.

<https://www.marquette.edu/nursing/hospital-discharge-scales-general.php>

Best regards

Marianne Weiss, DNSc, RN
Professor Emerita
Marquette University College of Nursing
Milwaukee, Wisconsin, USA

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu'nun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini Yapan Kişiden Alınan Kullanım İzni

Fwd: Ölçek izni



Sıdika Kaya
12:49



Kime:

Sayın Nur Seda Bursalioglu,

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğumuz "TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ" ni 1) Türkçe ölçeğin kendisini yayınlamamanız 2) çalışmalarınızda ve yayınlarınızda bizim çevirimizi kullandığınızı belirtmeniz ve atıf yapmanız 3) orijinal ölçeği geliştiren (aşağıda iletişim bilgilerini verdiğim) Marianne Weiss' ten de ölçeği kullanmak için izin almanız koşuluyla kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar,

Prof. Dr. Sıdika KAYA

Ölçeğin orijinalini geliştiren:

Marianne Weiss DNSc RN
READI study Principal Investigator
Professor of Nursing and
Wheaton Franciscan Healthcare / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health
Marquette University College of Nursing
PO Box 1881
Milwaukee Wi, 53201-1881

Bilgilendirilmiş Onam Formu**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Sayın, bu araştırmamız ile; bariatrik cerrahi geçiren hastalarda taburculuğa hazır oluş düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda araştırmaya katılan gönüllüler olarak sizlerle yüz yüze görüşülecek “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu” kullanılarak sizlerden bilgiler toplanacaktır. Ayrıca sizlerin “Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu”nu bireysel olarak doldurmanız gerekmektedir. Bilgiler taburcu olacağınız gün toplanacaktır. Sorulara doğru ya da yanlış cevap verme gibi bir durum söz konusu değildir. Bu kapsamda araştırma için hastaneden ve etik kuruldan gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırma kapsamında sizlere herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Bu araştırmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu formu kabul etmeniz ile elde edilecek bilgiler, kurumun yerel etik kurul komitesinin ve Sağlık Bakanlığının erişimine açık olacaktır. Araştırma sonuçları herhangi bir yayın veya raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Araştırmanın kapsamı ile ilgili düzenleme yapıldığında araştırmacı tarafından sizlere bilgilendirme yapılacaktır. Gerekli durumda araştırmacının iletişim bilgileri ile araştırmaya ilişkin daha fazla bilgilendirme alabilirsiniz. Araştırmanın konusu ve amacı hakkındaki bilgilendirme, araştırmacı tarafından tarafıma yazılı ve sözlü olarak yapıldı. Araştırmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Araştırmayla ilgili üzerime düşen sorumlulukları tümüyle anladım. Araştırma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu araştırmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuz tutum veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebileceğimi anladım. Bu şartlarda araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

E-posta adresi(e-mail):.....

*Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

E-posta adresi(e-mail):.....

*Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

Veri Toplama Tarihi:../../..... Saati:.....

*İşaretleli sorularda birden fazla seçenek işaretlenebilir.

1. Yaşınız:	
2. Cinsiyeti	Kadın () Erkek ()
3. Medeni Durumunuz:	Evli () Bekar ()
4. Eğitim Durumunuz:	Okur-yazar olmayan () Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Lisans () Lisansüstü ()
5. Mesleğiniz/İşiniz:	Memur () İşçi () Çalışmıyor () Emekli () () Diğer.....(açıklayınız)
6. Yatış Tarihi:	Taburculuk Tarihi:
7. Ameliyat Tarihi :	
8. Ameliyat Türü : Açık () Kapalı () Sleeve Gastrektomi () Gastrik bypass () Duodenal Switch () Roux eN-Y () Diğer.....	
9. *Ek hastalığınız var mı ? Yok () Var () Yanıtınız “Var” ise Diyabet () Hipertansiyon () Hiperlipidemi () Uyku Apnesi () Diğer ()	
10. Düzenli kullandığınız ilaç var mı? Hayır () Evet () Yanıtınız “Evet” ise açıklayınız.....	
11. Sigara kullanıyor musunuz? Hayır () Evet () Yanıtınız “Evet” ise..... adet /gün Sigara Kullanım Öyküsü: Tip: Yıl : Bırakma isteği var mı? Hayır () Evet () Bırakma Zamanı:	
12. Alkol kullanıyor musunuz? Hayır () Evet () Yanıtınız “Evet” ise..... miktar /gün Alkol Kullanım Öyküsü: Tip: Yıl : Bırakma isteği var mı? Hayır Evet Bırakma Zamanı:	
13. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Hayır () Evet () Yanıtınız “Evet” ise Sıklığı:.....Egzersiz Türü.....	
14. Cerrahi Öncesi Boy: Kilo: BKİ:	
15. Şu anki kilonuz:	
16. Hedeflediğiniz bir kilo var mı? Yok () Var () Var ise kaç?.....	
17. Ameliyat sonrası istenmeyen herhangi bir durum/komplikasyon ya da hastalık gelişti mi? Hayır () Evet () Yanıtınız “Evet” ise açıklayınız.....	
18. *Evde bakımınıza yardımcı olacak bir/birileri var mı? Hayır () Evet () Yanıtınız “Evet” ise Eş () Çocuklar () Anne-baba () Kardeş () Bakıcı () Diğer ()	

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu- Hasta Öz Değerlendirme Formu

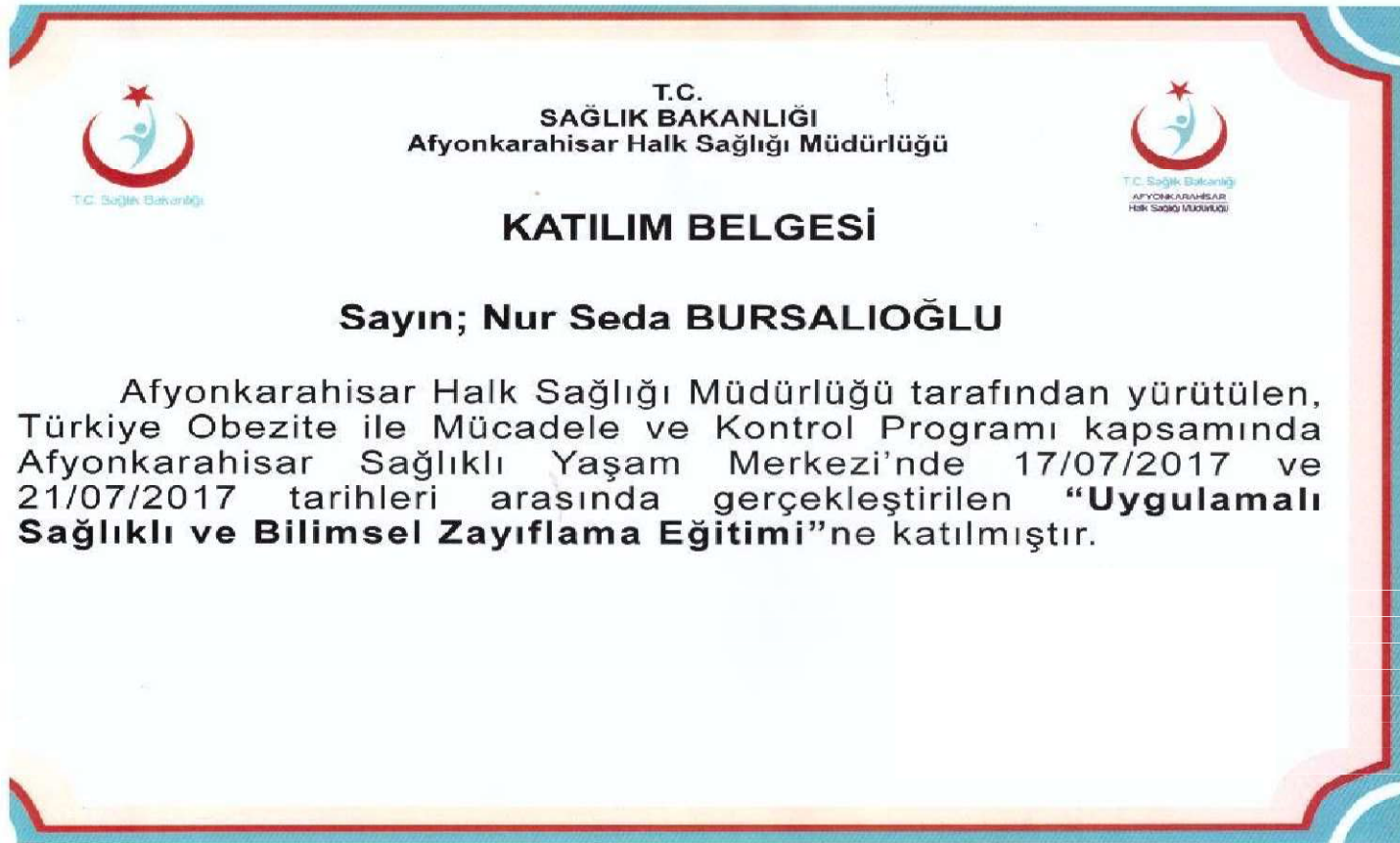
TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ©

HASTA ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Hissettiklerinizi en iyi ifade eden rakamı yuvarlak içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir. Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınızı ancak tamamen de o şekilde hissetmediğinizi anlamına gelmektedir.

Sorular	Cevaplar
1. Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değilim Tamamen hazırım
2. Bugünkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji Yüksek enerji
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok Her şeyi biliyorum
4. Eve gitmenizin ardından uyanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok Her şeyi biliyorum
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacağım Son derece iyi karşılayabileceğim
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacağım Son derece iyi yapabileceğim
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç Çok

Uygulamalı Sağlıklı ve Bilimsel Zayıflama Eğitimi Katılım Belgesi



4. Uluslararası Obezite Cerrahisi ve Diyetisyenliği Kongresi Katılım Belgesi



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nur Seda	Uyruğu	TC
Soyadı	Bursalıoğlu	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Afyonkarahisar Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2017
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2021
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	2022-devam ediyor
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018- Devam Ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖK-DİL (2024/1)	76,25

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayımlar ve Bildiriler:

- Dizlek Bayraktar D., Çatal E., Bursalıoğlu N.S., Çiyiltepe H. Bariatrik Cerrahi Sonrası Uzun Süreli Hastanede Kalma Deneyimine Yönelik Bir Anlatı Araştırması, 4.Uluslararası Obezite Cerrahisi ve Diyetisyenliği Kongresi, 16-18 Mayıs 2024, İstanbul, Sözel bildiri, SS-23.