



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BARİATRİK CERRAHİ SONRASI AĞRI DÜZEYİNİN TABURCULUĞA HAZIR
OLMA ÜZERİNE ETKİSİ**

Betül ÇAKIR TUNCA

**DANIŞMAN
Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR**

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

Haziran, 2025



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BARİATRİK CERRAHİ SONRASI AĞRI DÜZEYİNİN TABURCULUĞA HAZIR
OLMA ÜZERİNE ETKİSİ**

Betül ÇAKIR TUNCA

**DANIŞMAN
Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR**

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

Haziran, 2025

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Betül ÇAKIR TUNCA	
ÖĞRENCİ NUMARASI	232120008	
PROGRAM ADI	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans	
İstanbul Atlas Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalında Betül ÇAKIR TUNCA tarafından hazırlanan “Bariatrik cerrahi sonrası ağrı düzeyinin taburculuğa hazır olma üzerine etkisi” adlı tez çalışması jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. Tez Savunma Tarihi:18/06/2025		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Çağla TOPRAK	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Naile AKINCI	Fenerbahçe Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Betül ÇAKIR TUNCA

(İmza)

İTHAF

6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen depremde hayatını kaybeden ülkemın güzel insanlarına ithaf ediyorum...



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm aşamalarında bana akademik bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, kendisine danıştığım tüm konularda vaktini ayırıp sabrı ve ilgisiyle bana yardımcı olan, yol göstericiliğiyle ilham aldığım değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR’a, yüksek lisans yolculuğum süresince bilgileri, tecrübeleri ve bakış açılarıyla bana ilham veren Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ARPAG ve Dr. Öğr. Üyesi Çağla TOPRAK’a, tezimin istatistiksel analiz sürecinde sabırla rehberlik eden, her soruma açıklıkla yanıt vererek çalışmamın bilimsel niteliğini artıran değerli istatistik danışmanım Süleyman SOYHANOĞLU’na, tüm eğitim hayatım boyunca her zaman arkamda olan, sevgi ve şefkatle beni destekleyen aileme, her zaman yanımda olan, bana her konuda güvenen ve sabırla destek olan yol arkadaşım, eşim Yasin TUNCA’ya, tez süreci yolculuğunda aynı yolu yürüdüğüm, hem meslek hayatımda hem de yüksek lisans sürecinde yanımda olan desteğini hiç esirgemeyen kıymetli arkadaşım Gülşah KAPIYOLDAŞ’a en içten teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım.

İyi ki varsınız.

Haziran 2025

Betül ÇAKIR TUNCA

BÜTÇE DESTEKLERİ SAYFASI

BARİATRİT CERRAHİ UYGULANAN HASTALARIN AĞRI DÜZEYİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK.....	-
ONAY SAYFASI.....	-
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
BÜTÇE DESTEKLERİ SAYFASI	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. OBEZİTE.....	3
2.1.1. Etiyoloji	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Prevalans.....	5
2.1.4. Obezite Etkenleri	6
2.1.4.1. Biyolojik Etkenler.....	7
2.1.4.2. Sosyal Faktörler	7
2.1.5. Türkiye’de Obezite	8
2.1.6. Obezite Sonuçları.....	9
2.2. BARIATRİK CERRAHİ	10
2.2.1. Bariatrik Cerrahi Teknikler	10
2.2.1.1. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB).....	11
2.2.1.2. Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Baypas (LRYGB)	12
2.2.1.3. Bilio-Pankreatik Diversiyon - Duodenal Switch (BPD-DS)	12
2.2.1.4. Sleeve Gastrektomi (SG)	13

2.2.2. Bariatrik Cerrahi Sonrası Komplikasyonlar	14
2.2.2.1. Kısa Dönemli Komplikasyonlar	14
2.2.2.2. Uzun Dönemli Komplikasyonlar	15
2.2.3. Bariatrik Cerrahide Hemşirenin Rolü	15
2.3. AĞRI YÖNETİMİ	16
2.3.1. Ağrı Tedavisi	17
2.3.1.1. Preemptif (Önleyici) ve Multimodal (Dengeli) Analjezi	17
2.3.1.2. Narkotik (Opioid) Analjezikler	17
2.3.1.3. Nonopioid Analjezikler	17
2.3.1.4. Adjuvan Ajanlar	18
2.3.2. Bariatrik Cerrahi ve Ağrı	18
2.4. TABURCULUK SÜRECİNİN TANIMLANMASI	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE SÜRESİ	21
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	22
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	22
3.5.2. Vas (Vizuel Analog Skala)	22
3.5.3. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği – Hasta Öz Değerlendirme Formu	23
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	23
3.7. DEĞERLENDİRME	24
3.8. ETİK KURUL VE KURUM İZNİ	25
4. BULGULAR	26
4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER	26
4.2. YORDAYICI ANALİZLER	44
5. TARTIŞMA	49
5.1. TARTIŞMA	49
5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI	57
5.3. SONUÇ	57
5.4. ÖNERİLER	57

6.KAYNAKLAR.....	59
7.EKLER.....	71
EK 1: İNTİHAL RAPORU	71
EK 2: TEZ KONUSU EKLER	72
EK 3: ETİK KURUL ONAYI	73
EK 4: KURUM İZNİ	74
EK 5: ONAM FORMU	75
EK 6: KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	76
EK: 7: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	82
8.ÖZGEÇMİŞ.	83

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ANA	Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
ASMBS	Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BPD-DS	Biliopankreatik Diversiyon-Duodenal Switch
DF	Serbestlik Derecesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GLP-1	Glukagon Benzeri Peptit-1 (Glucagon-Like Peptide-1)
GÖRH	Gastroözofageal Reflü Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
LAGB	Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Bant (Laparoscopic Adjustable Gastric Banding)
LRYGB	Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Bypass
NAFLD	Non-alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease)
NCD-RisC	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri İş birliği (Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration)
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health)
PYY	Peptit YY
SG	Sleeve Gastrektomi
SH	Standart Hata
SS	Standart Sapma
TEMBD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=150)	26
Tablo 4.2. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu ve Ağrı Düzeyi Ortalaması	28
Tablo 4.3. Cinsiyet ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	29
Tablo 4.4. Medeni Durum ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu(n=150)	30
Tablo 4.5. Eğitim Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	31
Tablo 4.6. Gelir Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	32
Tablo 4.7. Sigara Kullanma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	33
Tablo 4.8. Alkol Kullanma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	34
Tablo 4.9. Düzenli İlaç Kullanma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	35
Tablo 4.10. Kronik Hastalık ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	36
Tablo 4.11. Daha Önce Ameliyat Olma Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	37
Tablo 4.12. Ağrıya Dayanıklılık Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	38
Tablo 4.13. Ameliyat Öncesi Ağrı Yönetimi Hakkında Bilgi Alma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	39
Tablo 4.14. Ameliyat Sonrası Ağrıya Verilen Önem ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (n=150)	40
Tablo 4.15. Ağrı Düzeyine Göre Grup Farklarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (n=150)	41
Tablo 4. 16. Taburculuğa Hazır Olma ve Alt Boyutlar İlişkisi (n=150)	43
Tablo 4.17. Ağrı Düzeyi İle Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi (n=150)	44
Tablo 4.18. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları (n=150)	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Normallik Değerleri	24
---	----



ÖZET

Çakır Tunca, B. (2025). Bariatrik Cerrahi Sonrası Ağrı Düzeyinin Taburculuğa Hazır Olma Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Bariatrik cerrahi, sindirim sisteminde gerçekleştirilen çeşitli yapısal değişiklikler aracılığıyla bireyin kilo vermesini sağlamayı hedefleyen, obezite tedavisinde yaygın olarak kullanılan cerrahi bir yöntemdir. Bu araştırma, bariatrik cerrahi sonrası ağrı düzeyinin hastaların taburculuğa hazır olma durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmada, bariatrik cerrahi sonrası yaşanan ağrının taburculuğa hazır olma düzeyi üzerindeki etkisinin varlığı ve bu etkinin düzeyi sorgulandı. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desen kullanılarak yürütülen bu çalışmada, İstanbul Avrupa yakasında yer alan özel bir hastanenin genel cerrahi servisinde, Eylül 2024 - Mart 2025 tarihleri arasında etik kurul onayı alınarak veri toplama süreci başlatıldı. Çalışmaya, 18-60 yaş aralığında, yer-zaman oryantasyonu tam, iş birliğine açık, çalışmaya katılmaya gönüllü ve yazılı onam formu imzalayan toplam 150 hasta dahil edildi. Veriler; Tanıtıcı Özellikler Formu, Vizüel Analog Skala (VAS) ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu aracılığıyla ameliyat sonrası ikinci gün toplandı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı, normal dağılımlarını görmek için çarpıklık basıklık değerleri incelendi, ilişkiler Pearson korelasyon analizi ve regresyon modeli ile değerlendirildi; anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi. Katılımcıların taburculuğa hazır olma düzeyini ameliyat sonrası ağrının anlamlı olarak etkilediği bulundu.

Anahtar kelimeler: Bariatrik cerrahi, Ağrı düzeyi, Obezite, Taburculuğa hazır olma

ABSTRACT

Çakır Tunca, B. (2025). The Effect of Pain Level After Bariatric Surgery on Readiness for Discharge. Master's Thesis, İstanbul Atlas University Institute of Graduate Education, Department of Surgical Diseases Nursing. İstanbul.

Bariatric surgery is a surgical method widely used in the treatment of obesity, which aims to provide weight loss to the individual through various structural changes in the digestive system. This study was conducted to evaluate the effect of pain levels after bariatric surgery on patients' readiness for discharge. The study questioned the existence of the effect of pain experienced after bariatric surgery on the level of readiness for discharge and the level of this effect. In this study, which was conducted using a descriptive and correlational design, the data collection process was initiated in the general surgery department of a private hospital located on the European side of Istanbul between September 2024 and March 2025 after receiving ethics committee approval. A total of 150 patients aged between 18 and 60, who were fully oriented to time and place, cooperative, willing to participate in the study, and had signed the written informed consent form, were included in the study. Data were collected on the second postoperative day using the Patient Information Form, the Visual Analog Scale (VAS), and the Readiness for Hospital Discharge Scale–Patient Self-Assessment Form. Data analysis was performed using the SPSS 21.0 statistical software package. Skewness and kurtosis values were examined to assess normality. Relationships were evaluated using Pearson correlation analysis and regression modeling, with a significance level set at $p<0.05$. It has been found that the level of participants' readiness for discharge is significantly affected by postoperative pain.

Key words: Bariatric surgery, Pain level, Obesity, Readiness for discharge

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite, vücut yağ oranının normal kabul edilen 18.5-24.9 kg/m² seviyesinin üzerine çıkması ve Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin 30 kg/m²'nin üzerinde olması durumu olarak tanımlanır (Yasak ve Vural, 2023). Vücudun aşırı yağlanması bireyde kardiyovasküler, pulmoner, ortopedik, gastrointestinal ve metabolik sistemde hastalıklara neden olmakla birlikte bireylerin mental sağlığının bozulmasına da neden olmaktadır. Yaşam kalitesinde düşüş, depresyon, toplumdan izole olmak, benlik saygısının azalması bireyi sosyal hayattan uzaklaştırır. Dünya genelinde obezitenin artık sekonder değil primer bir hastalık olarak değerlendirildiği görülmektedir (Kılıç Ucar ve diğ., 2024).

Dünyada en önemli sağlık sorunlarından biri olan ve gelecek yıllarda da aynen devam edeceği öngörülen obezitenin farmakolojik tedavisi için günümüze kadar pek çok tedavi ajanı kullanılmıştır. Kullanılan bu tedavi ajanlarının etkinlikleri sınırlı olduğu için günümüzde obezitenin cerrahi tedavisine duyulan gereksinim giderek artış göstermektedir (Yasak ve Vural, 2023).

Obezite tedavisinde, geleneksel tedavilerin (tıbbi beslenme tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, fiziksel aktivite, farmakolojik tedavi) yanı sıra, bariatrik cerrahi gibi tekniklerin kullanıldığı cerrahi yöntemler yer almaktadır. Cerrahi tedavi bariatrik cerrahi olarak bilinir ve uygulanması gün geçtikçe artmaktadır. Bu artış bilim dünyasında bariatrik cerrahiyi tartışma gündemine taşımıştır (Dizlek ve Çatal, 2018).

Bariatrik cerrahi yöntemler hacmi veya emme seviyesini azaltmak için gastrointestinal sistemin dönüştürülmesinden oluşur. Obez hastaların yaşam standartının artırılmasında uzun vadeli çözüm getiren bir yöntemdir (Odabaşı, 2021).

Bariatrik cerrahi sonrası meydana gelen yaygın semptomlardan biri olan ağrı ameliyatın mutlak sonuçlarından biridir ve birçok hasta için kaçınılmaz bir deneyimdir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminin iyi yapılmaması ameliyat sonrası hastanın taburculuk sürecini uzatır ve yaşam aktivitelerinin gerçekleşmesinde olumsuz sonuçlar doğurur. Ağrı şiddeti, hastanın yaşı, fiziki durumu gibi özelliklerine bağlı farklılık gösterebilir. Ameliyat

sonrası oluşan ağrıyı yönetebilmek için önce ağrının değerlendirilmesi şarttır. Geçmeyen ağrının nedenleri arasında ağrının yeterli değerlendirilememesi bulunmaktadır (Kiyat, 2021).

Ağrı kontrolü kişinin yaşam standartlarının artırılmasında, yara iyileşmesinin hızlanmasında ve kardiyak - pulmoner komplikasyonların engellenmesinde önemlidir (Yasak ve Vural, 2023). Bariatrik cerrahi uygulanan hasta kayıtları incelendiğinde hemşirelerin hastalara daha çok akut ağrı, pozisyona bağlı yaralanma riski, doku bütünlüğünde bozulma riski tanıları koydukları tespit edilmiştir (Yılmaz Güven ve diğ., 2021). Genelde hastalar herhangi bir komplikasyon gelişmezse taburculuk eğitimi yapılarak taburcu edilmektedir. Taburculuk eğitimi, hastaların taburculuktan sonra yaşam kalitesini artırmakta, dengeli beslenme ve spor gibi aktivitelerin sürdürülmesini sağlamaktadır. Taburculuğa hazır olma durumunun değerlendirilmesi, hastaların güvenliği, fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından önemini ortaya koymaktadır (Weiss ve diğ., 2017).

Hastanın taburculuk kararının verilmesindeki önemli unsurlardan biri de hastanın kendini taburcu olmaya hazır hissetmesi halidir. Taburculuğa hazır olma durumunu hasta sonuçları ile ilişkilendiren birçok çalışma mevcuttur(Kaya ve diğ., 2018; Schmocker ve diğ.,2015; Coffey ve McCarthy, 2013).Taburculuğa hazır olmayan hastaların yeniden hastaneye yatış ihtimalinin, hazır olanlara göre üç kat yüksek olduğu bulunmuştur (Coffey ve McCarthy, 2013). Taburculuğa hazır olma algısının, yeniden hastaneye yatışla önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Weiss ve diğ. (2017) yaptığı çalışmaya göz atıldığında taburculuğa hazır olmanın yeniden hastaneye yatışla ters yönde ilişkisi tespit edilmiştir.

Elde edilen bilgiler doğrultusunda bu çalışma, bariatrik cerrahi uygulanan bireylerde ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrı düzeyinin taburculuğa hazır olma durumu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Obezite tedavisinde etkili bir yöntem olarak uygulanan bariatrik cerrahi sonrası iyileşme sürecinde, hastaların fiziksel konforları ve ağrı yönetimi, taburculuk sürecinin sağlıklı bir şekilde planlanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda araştırma, ağrının taburculuğa hazır olma üzerindeki etkisini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeyi ve elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelik bakımına yönelik öneriler geliştirmeyi hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi "sağlık açısından risk oluşturacak düzeyde aşırı veya anormal yağ birikimi" şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ, obezitenin belirlenmesinde bireylerin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boylarının karesine bölünmesiyle elde edilen ve BKİ olarak adlandırılan ölçütü esas almıştır. Bu indeks, obezite düzeyinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan bilimsel bir göstergedir (Gayır, 2024).

2.1.1. Etiyoloji

Obezitenin kronik bir hastalık olarak nitelendirilmesinin nedeni, obez kişilerde kilo kaybını engelleyen homeostatik mekanizmaların bozulmasıdır. Obez kişilerde bozulan bu mekanizmalar kısa süreli tıbbi ve davranışsal müdahalelerin neden uzun süreçteki kilo kaybı için yetersiz olduğunu açıklar (Blüher, 2019).

Obezite, alınan enerjinin harcanan enerjiyi aşması sonucu ortaya çıkan ve çok faktörlü etiyolojiye sahip kronik bir hastalıktır. Bu durumun gelişiminde genetik yatkınlık, nöroendokrin bozukluklar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, psikolojik etkenler, iştah ve yiyecek alımını düzenleyen mekanizmalardaki bozukluklar, psikotrop ilaç kullanımı ve sigara gibi pek çok faktör rol oynamaktadır. Ancak olguların büyük çoğunluğunda obeziteye neden olan belirli bir patolojik mekanizma saptanamamaktadır. Bu durum, obezitenin bireysel yatkınlıkla birlikte çevresel etkenlerin etkileşimi sonucu geliştiğini göstermektedir. Günümüzde obezitenin yaygınlaşmasında, hızlı ve kolay erişilebilir nitelikteki sağlıksız besin tüketimi önemli bir rol oynamaktadır. Rafine karbonhidratlar açısından zengin, diyet lifi yönünden yetersiz, doymuş yağ ve toplam enerji içeriği yüksek beslenme biçimleri obezitenin temel nedenleri arasında yer almaktadır. Literatürde yer alan bazı çalışmalar, meyve, tam tahıllar ve az yağlı süt ürünlerinden zengin bir diyet modelinin, yetişkin bireylerde obezite riskini azaltabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının obezitenin önlenmesi ve yönetiminde önemli bir koruyucu faktör olabileceğini ortaya koymaktadır (Armutcu Kuruş, 2025).

Obezitenin çevresel faktörlerle olan ilişkisini anlayabilmek için öncelikle enerji dengesinin yapısını ve işleyişini incelemek gerekmektedir. Enerji dengesi, enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki dengeyi ifade eder ve bu dengenin pozitif ya da negatif yönde bozulması, vücut ağırlığında belirgin değişimlere neden olabilmektedir. Yapılan çok sayıda bilimsel araştırma, bu ilişkinin beden ağırlığı üzerinde doğrudan etkili olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, yetişkin bireyler yılda ortalama 1 milyon kilokalori civarında enerji harcamakta olup, enerji dengesindeki sadece %5'lik bir sapma dahi, yaklaşık 7 kilogramlık bir vücut ağırlığı farkına yol açabilmektedir. Pozitif enerji dengesi, yani alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, organizma bu fazla enerjiyi yağ dokusu şeklinde depolamakta ve bu süreç vücut kütlesinin artışıyla sonuçlanmaktadır. Bu durum, obezitenin yalnızca kalıcı bir fizyolojik bozukluk değil, aynı zamanda çevresel koşullara verilen doğal bir biyolojik yanıt olduğunu göstermektedir. Modern yaşam tarzı içinde yer alan yüksek kalorili gıdaların kolay ulaşılabilirliği, porsiyon boyutlarının büyümesi ve fiziksel aktivite düzeyinin azalması gibi çevresel faktörler, obezitenin görülme sıklığını artıran başlıca etkenler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, obezite yalnızca bireysel tercihlerle değil, çevrenin sunduğu yapısal koşullarla da şekillenen kompleks bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (Aygün Çevik, 2024).

Vakaların çoğunda obeziteye özgü tek bir belirleyici nedenin saptanamaması, hastalığın çok boyutlu yapısını gözler önüne sermektedir. Dahası, erken çocukluk dönemindeki beslenme şekillerinin, özellikle anne sütü ile yeterince beslenememenin, ileriki yaşlarda obeziteye zemin hazırlayabileceği yönünde güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Saygılı, 2019).

2.1.2. Epidemiyoloji

Obezite, neredeyse bütün toplumlarda oldukça yaygın görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Giderek küresel epidemi haline gelmektedir. DSÖ dünyada obezitenin 1980'den günümüze kadar iki kat arttığından bahsetmektedir. Tahminlere göre 2008'de 1.4 milyar erişkin bireyin fazla kilolu, 300 milyon kadın ve 200 milyon erkeğin obez olduğunu göstermiştir. Bu rakamlar prevalans olarak ifade edildiği zaman; 2008 yılından itibaren dünya genelinde fazla kiloluluk prevalansı %35, obezite prevalansı %11 dolaylarındadır. Gelişmiş toplumlara bakıldığında %25'i obez, %25'i fazla kilolu, %25'i

normal kiloludur. Bireylerin kilo yönetimi ve metabolik durumları incelendiğinde, önemli bir grubun sürekli diyet ve egzersiz çabalarıyla kilosunu koruyabildiği; ancak bu çabaların aksamaması durumunda kolaylıkla aşırı kilolu veya obezite kategorisine geçiş yapabildiği gözlemlenmektedir. Bu kişilerin genetik yatkınlıklarına bağlı olarak metabolik mekanizmalarının obez bireylerinkine benzer şekilde işlediği ve bu durumun son yıllarda metabolik obez kavramıyla tanımlandığı belirtilmektedir. Bununla birlikte, araştırmacılar, kilolu hatta hafif obez sınıflamasına giren ancak metabolik açıdan tamamen sağlıklı olan ayrı bir grubun varlığına dikkat çekmekte ve bu durum için sağlıklı obez tanımının kullanılması gerektiğini bildirmektedir. Ülkemizde yürütülen ve yaklaşık 25.000 kişiyi kapsayan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması araştırması, obezite ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) prevalansını kadınlarda %36, erkeklerde %21.5 ve genel toplumda ise %25 olarak tespit etmiştir (Dönder ve Önal, 2018).

Günümüzde, vücut ağırlığının değerlendirilmesinde ve fazla kiloluluk ile obezitenin sınıflandırılmasında BKİ yaygın olarak kullanılan bir ölçüttür. DSÖ, BKİ değerini dikkate alarak aşırı kiloluluk ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) ve obeziteyi ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) tanımlamaktadır (WHO, 2024). Yüksek BKİ değerleri, özellikle aşırı kilolu veya obezite aralığında yer alan insanlar, ölüm risklerinde artışla karşı karşıya kalmaktadır. Obezite, aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar (KVH), diabetes mellitus ve bazı kanser türleri gibi çeşitli sağlık sorunları için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (WHO, 2023).

2.1.3. Prevalans

DSÖ, 1998 yılında obezitenin 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biri olacağını resmen duyurmuştur. Kurumun 2016 yılı verilerine göre, dünya genelinde 1.9 milyar kişi fazla kilolu ve 650 milyon yetişkin obez durumdadır. Bulaşıcı Hastalıklar Risk Faktörleri İş birliği (NCD-RisC) Grubu'nun hesaplamaları, 1975 ile 2014 yılları arasında dünya genelinde yaşa göre standardize edilmiş obezite oranlarının 18 yaş ve üzeri yetişkin nüfus arasında kadınlarda iki kat, erkeklerde ise üç kat arttığını göstermektedir. Aynı NCD-RisC Grubu tarafından yürütülen çalışmada, dünya genelinde yetişkin nüfusta obezite sıklığı, erkeklerde 1975'ten 2014'e %3.2'den %10.8'e, kadınlarda ise %6.4'ten %14.8'e yükselmiştir. Bu çalışmaya göre, 18 yaş ve üzeri kadınların %1.6'sı, erkeklerin

ise %0.6'sı morbid obez ($BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$) kategorisindeyken; kadınların %5'i ve erkeklerin %2.3'ü ciddi obezite seviyesindedir (Deniz, 2025).

2.1.4. Obezite Etkenleri

Obezite, çağımızın en yaygın ve ciddi sağlık sorunlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Obeziteyle mücadele, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmekte ve bireysel alışkanlıkların yanı sıra toplumsal ve psikolojik faktörleri de ele almayı zorunlu kılmaktadır. Bu kapsamda, yalnızca fiziksel sağlığa odaklanmak yerine, zihinsel iyilik halinin de desteklenmesi, etkin ve sürdürülebilir bir çözüm için hayati önem taşımaktadır.

Günlük yaşamda birçok birey, yemek yemenin kendilerine mutluluk verdiğini ifade etmektedir. Araştırmacılar, bu tür gözlemlerden hareketle, yeme eyleminin olumlu duygulanıma yol açtığına inanan kişilerde, yemeye uyarılan ödül sistemlerinde bir anormallik olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durumu destekleyen klinik bir çalışmada, yemek yemenin olumsuz duygulanımı azaltıp olumlu duygulanımı artırdığını düşünen ergenlerin, üç yıllık izleme süresince, bu tür bir düşünceye sahip olmayan akranlarına kıyasla daha sık tıknırcasına yemek yeme davranışı geliştirdiğini ortaya koymuştur (Mermi, 2018).

Obezite hastalarının tedavisinde kalıcı sonuçlara ulaşmak her zaman mümkün olmamaktadır; bu nedenle obezitenin önlenmesi büyük önem arz etmektedir. Bu süreçte özellikle ebeveynlere önemli görevler düşmektedir. Çocukların, ailelerinin yaşam tarzlarından ve sergiledikleri davranışlardan etkilenmemesi düşünülemez. Ailenin benimsemiş olduğu beslenme biçimi ve genel yaşam tarzı, çocuğu doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda, ailelerin yüksek kalorili meyve suları, gazlı içecekler gibi sağlıksız şekerli içeceklerden; çikolata, gofret, cips gibi market ürünlerinden; hamburger, pizza, kızartma gibi yüksek yağ içeren yiyeceklerden uzak durmaları gerekmektedir. Bahsedilen bu tür ürünler yerine, taze meyveler, evde hazırlanan sebze yemekleri, tam tahıllar ve bakliyatlar ile oluşturulan düzenli öğünler tercih edilmelidir. Bunun yanı sıra, tüm aile bireylerinin spor, yürüyüş gibi fiziksel aktiviteleri birlikte gerçekleştirmesi ve çocuğu arkadaş çevresiyle beraber bu tür etkinliklere teşvik etmesi önem taşımaktadır. Ayrıca, televizyon ve bilgisayar başında geçirilen sürenin azaltılması da obezite ile mücadelede kritik bir adımdır (İşlek, 2018).

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

Obezitenin nedenleri arasında genetik faktörlerin önemi giderek daha belirgin hale gelmektedir. Hem hayvanlar üzerinde yapılan deneyler hem de insanlar üzerindeki klinik araştırmalar, genetik mekanizmaların yemek yeme davranışları, enerji tüketimindeki farklılıklar ve vücuttaki yağ dağılımının kontrolünde kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Özellikle yağ dokusunun vücuttaki dağılımında genlerin etkisi olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Kompleks regresyon analizleri ve yakın zamanda yapılan araştırmalar, yetişkin vücut ağırlığını etkileyen değişkenlerin yaklaşık üçte birinin genetik faktörlerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. İlginç bir şekilde, kalıtımın obeziteden ziyade, normal sınıflar içindeki kiloyu belirlemede daha etkili olduğu tahmin edilmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, genlerin obezitenin etiyolojisinde %25 ila %40 oranında etkili olduğu söylenebilir (Durmaz ve Karaaziz, 2024). Bu bulgular, obezitenin sadece çevresel faktörlerle değil, aynı zamanda genetik bir yatkınlıkla da yakından ilişkili olduğunu ve bu hastalığın önlenmesi ve tedavisinde genetik altyapının da göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

2.1.4.2. Sosyal Faktörler

Obezitenin bir psikososyal sorun olarak ortaya çıkmasında, genetik, endokrin (hormonal), psikojenik (psikolojik), kültürel faktörler ve yaşam alışkanlıkları gibi çeşitli etmenlerin etkileşim içinde olduğu bilinmektedir. Obezite, aynı zamanda sosyal faktörlerle de yakından ilişkilidir. Bireylerin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve genel yaşam tarzları üzerinde sosyal çevre, ekonomik durum, eğitim düzeyi ve toplumsal normlar gibi faktörlerin belirgin bir etkisi bulunmaktadır; bu etkenler obezitenin gelişimine katkıda bulunabilmektedir (Durmaz ve Karaaziz, 2024).

Obezite, hem bireysel hem de halk sağlığı üzerinde ciddi etkileri olan önemli bir sorundur. Bu durum, sadece bireylerin fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilir. Kronik rahatsızlıkların gelişim riskini artırarak, sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturma potansiyeline sahiptir. Obezitenin ekonomik ve sosyal kalkınma üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu durum, iş gücü verimliliğini azaltabilir, sağlık hizmetleri alanındaki harcamaları önemli ölçüde artırabilir ve genel yaşam kalitesini düşürebilir. Obezite ile mücadelede harcanan kaynaklar, sağlık bakımına olan talebi artırarak, ekonomik açıdan sürdürülebilir olmayan bir yük getirebilir (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021).

Son dönemde, obeziteyle ilişkili psikolojik etkenlere olan ilgi belirgin biçimde artmıştır. Psikolojik durumlar ile yeme davranışları arasındaki bağlantıyı gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Michels ve diğ., 2020; Keck ve diğ., 2020). Bu çalışmalarda, depresyon, sıkıntı ve yorgunluk gibi olumsuz duygusal hallerde yeme miktarında artış gözlemlenirken; korku, gerilim ve ağrı gibi durumlarda ise yeme miktarında azalma olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, öfke, anksiyete ve yalnızlık gibi olumsuz duyguların emosyonel yeme davranışının ortaya çıkmasına neden olduğu görülmüştür. Obez bireylerin çözülmemiş bağımlılık ihtiyaçlarına ve bu kişilerin psikoseksüel gelişiminin oral dönemle olan ilişkisine özel bir vurgu yapılmıştır. Oral dönemdeki fiksasyon, aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık gibi özelliklere sahip bir kişilik tipini (oral karakter) ortaya çıkarabilmektedir. Oral karakter yapısı, etiyolojik açıdan önemlidir ve obezite ile tıkanırcasına yeme bozukluğuyla güçlü bir ilişkisi bulunmaktadır. Libidonun ağız bölgesinde yoğunlaştığı bu dönemde, ağız ve çevresi doyum sağlayan, haz veren bir bölge olarak öne çıkar. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşen içe alım, bu bölgenin ve oral dönemin en temel işlevini oluşturur; bu nedenle obezite ve yeme davranışı arasındaki en güçlü ilişki genellikle oral dönemle ilişkilendirilir (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021).

Yapılan araştırmalar, obez bireylerin genel nüfusa kıyasla daha yüksek oranlarda psikiyatrik hastalıklara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Obez kişilerde yaygın olarak beden algısı bozuklukları, düşük özsaygı, düşük özyeterlilik, yüksek mükemmeliyetçilik ve artmış dürtüsellik gözlenmektedir. Bu grupta en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıkların ise depresyon ve sosyal fobi olduğu belirtilmiştir (Ünal, 2018).

2.1.5. Türkiye’de Obezite

DSÖ 2016 yılı verileri, ülkemizdeki yetişkin nüfusun %32.1'inin obezite hastası olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çarpıcı oran, Türkiye'nin obezite ile mücadelede karşı karşıya olduğu önemli bir halk sağlığı sorununa işaret etmektedir. Benzer şekilde, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS) çalışmasının sonuçları da, erişkinlerde toplam nüfusun %28.8'inin obezite hastası olduğunu doğrulamaktadır. Bu istatistikler, Türkiye'nin hem ulusal hem de uluslararası düzeyde obezite prevalansı açısından kayda değer bir konuma sahip olduğunu göstermekte ve bu kronik hastalığın önlenmesi ile kontrol altına alınmasına yönelik kapsamlı stratejilerin aciliyetini vurgulamaktadır (Yaralı ve Hacıoğlu, 2020).

2.1.6. Obezite Sonuçları

Obezite tedavi edilmemesi veya nüks etmesi durumunda, birey ve toplum sağlığı açısından yıkıcı sonuçlara yol açma potansiyeli taşır. Bu durum, insüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, serebrovasküler hastalıklar ve solunum güçlüğü gibi rahatsızlıklarla ilişkilendirilir. Ayrıca, bazı kanser türleri, derin ven trombozu, gastrointestinal sistem hastalıkları, karaciğer yağlanması ve siroz, dislipidemi, polikistik over sendromu, stres inkontinansı, lenfödem, obstrüktif uyku apnesi ve osteoartrit gibi çeşitli sağlık sorunlarına da zemin hazırlayabilmektedir (Berberoğlu ve Hocaoğlu, 2021).

Epidemiyolojik çalışmalar, obez bireylerde belirli hastalıkların görülme sıklığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Aşırı kilolu veya obez olan genç ve orta yaşlı bireyler, yaşça daha zayıf akranlarına kıyasla kalp hastalığı geliştirme açısından daha yatkındır. Obez popülasyonunda sadece koroner kalp hastalığı gelişme riski artmakla kalmaz, aynı zamanda bu durumdan kaynaklanan mortalite oranları da yüksektir. Vücut ağırlığındaki her 5-8 kilogramlık artışın, koroner arter hastalığı ve miyokart enfarktüsü kaynaklı ölüm riskini %25 oranında yükselttiği bildirilmektedir (Wang ve diğ., 2016).

Obezite, bireysel ve halk sağlığı üzerinde derin etkileri olan, aynı zamanda ekonomik ve sosyal kalkınmayı da olumsuz yönde etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Bu durum, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve arzı da doğrudan etkilemektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde obezitenin doğrudan maliyetinin yaklaşık 70 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir; bu miktar, ülkenin toplam sağlık harcamalarının %7'sini oluştururken, Avrupa'da bu oran %6 civarındadır. Bu doğrudan maliyetlere dolaylı harcamalar da eklendiğinde, obezitenin neden olduğu toplam ekonomik yük çok daha yüksek seviyelere ulaşmaktadır (Blüher, 2019).

Obezite tedavisinde geleneksel tedavilerin (tıbbi beslenme tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, fiziksel aktivite, farmakolojik tedavi) başarılı olmadığı durumlarda, bariatrik cerrahi gibi tekniklerin kullanıldığı cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.

2.2. BARIATRİK CERRAHİ

2013 yılında Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği'nin (ASMBS) yayımladığı rehberde, morbid obez bireylerde veya ikinci derece ve üzeri obeziteye sahip olup ek olarak bir veya daha fazla obeziteyle ilişkili komorbiditesi bulunan hastalarda bariatrik cerrahi prosedürleri, diğer uygun koşullar da sağlandığında uygulanabilir ifadesini kullanmaktadır. Bu kriterlere uyan hastalar belirlendikten sonra, hangi cerrahi yöntemin seçileceği kritik bir önem taşımaktadır. Bariatrik cerrahi metodları, genel olarak kısıtlayıcı metodlar, emilim bozucu metodlar veya kombine metodlar olmak üzere üç ana grupta sınıflandırılmaktadır (Türk Obezite Cerrahi Vakfı, 2024).

Bariatrik cerrahi prosedürleri, cerrahi tipine göre kısıtlayıcı veya emilim bozucu yöntemler olarak sınıflandırılabilir. Bu ameliyatlarda aynı zamanda, mide fundus bölgesinin çıkarılmasıyla ghrelin, yani açlık sinyallerini uyaran hormonların salınımını azaltmayı hedefler (Courcoulas ve diğ., 2020). Bu prosedürler, diyabet ve non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAFLD) dâhil olmak üzere obeziteyle ilişkili birçok metabolik rahatsızlığın hem tedavisine hem de önlenmesine yardımcı olmaktadır. Ancak, bariatrik ve metabolik cerrahiler kolay bir hızlı çözüm olarak görülmemelidir. Başarılı sonuçlar elde edebilmek için, hastanın ameliyat öncesinde ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmesi ve ameliyat sonrasında da uzun vadeli yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesi gerekmektedir (Kloock ve diğ., 2023).

Bariatrik cerrahi, sınıf III obezite ($BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$) için uzun vadede en başarılı tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ulusal Sağlık Enstitüleri'ne (NIH) göre, sınıf III obezitesi olan bireylerin yalnızca diyet ve egzersizle kalıcı vücut ağırlığı kaybını sürdürmeleri neredeyse imkansızdır. İnsan vücudu, daha yüksek bir vücut ağırlığını normal olarak kaydettiğinde, kilo verilse dahi tekrar eski, yüksek vücut ağırlıklı haline dönmeye eğilimli olabilir; bu durum, obezite hücrelerinin bir tür hafızaya sahip olduğu şeklinde de açıklanabilir. Bariatrik cerrahi, vücutta tüketilen gıda miktarını ve emilimini değiştirerek, sağlıklı diyet ve yaşam tarzı değişikliklerinin devam ettirilmesiyle birlikte gerçekçi ve sürdürülebilir bir vücut ağırlığı kaybı sağlar (Schauer ve diğ., 2017).

2.2.1. Bariatrik Cerrahi Teknikler

Bariatrik cerrahide özellikle laparoskopik teknikler son yıllarda hızla gelişme göstermektedir. Laparoskopik yaklaşımların açık cerrahiye kıyasla birtakım önemli avantajları bulunmaktadır. Bunlar arasında ameliyat sonrası yara enfeksiyonu, yara

açılması ve insizyonel herni insidansında azalma, kan kaybında düşüş, günlük aktivitelere daha hızlı dönüş ve hastanede kalış sürelerinde kısalma sayılabilir. Bariatrik cerrahi teknikleri; restriktif (kısıtlayıcı), malabsorptif (emilim bozucu) ve kombine (restriktif/malabsorptif) işlemler olarak sınıflandırılabilir. Günümüzde en sık tercih edilen yöntemler arasında laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, laparoskopik Roux-en-y gastrik baypas, bilio-pankreatik diversiyon-duodenal switch, sleeve gastrektomi gelmektedir. Cerrahi yöntemin seçimi, hastanın BKİ, hedeflenen kilo kaybı, yeme davranışı, eşlik eden komorbiditeleri ve daha önceki cerrahi öyküsü gibi bireysel faktörler göz önünde bulundurularak yapılmaktadır (Çakır, 2024).

2.2.1.1. Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB)

LAGB, gastrik bandın manşon çapını ve buna bağlı olarak mide üzerindeki kısıtlama derecesini ayarlamak amacıyla, deri altına yerleştirilen bir rezervuar aracılığıyla salın solüsyonu eklenmesine veya geri çekilmesine olanak tanıyacak şekilde silikon bir tüple bağlantı kurulmasıdır. Ayarlanabilir mide bandı, anatomik olarak gastroözofageal bileşkenin hemen distalinde, kardianın çevresine yerleştirilmekte ve yaklaşık 10-15 ml hacminde küçük bir mide poşu oluşturarak erken doyumluk hissi yaratmaktadır. LAGB, yaklaşık 12 mm'lik bir açıklık bırakarak mide içeriğinin geçişini sınırlandırmakta; mide duvarının gerilmesiyle birlikte nükleus traktus solitarius yoluyla hipotalamustaki iştah merkezlerine iletilen sinyaller sayesinde tokluk hissi erkenden uyarılmaktadır. Böylece bireyin iştahı azalmakta ve gıda alım hızı yavaşlamaktadır. Tokluk hissinin sürdürülebilirliği, genellikle bu küçük gastrik poşun hacminin korunmasına ve bandın uyguladığı mekanik kısıtlamaya bağlı olarak değerlendirilmektedir. Anatomik olarak bağırsak yapısında herhangi bir değişiklik yapılmadığından dolayı, LAGB yöntemi tamamen geri döndürülebilir bir cerrahi prosedürdür. Ortalama ameliyat süresi 45 ila 60 dakika arasında değişmekte olup genellikle günübirlik cerrahi kapsamında gerçekleştirilmekle birlikte, çoğu vakada bir gecelik hastane yatışı önerilmektedir. Hastaların büyük bir kısmı 3 ila 5 gün içerisinde günlük yaşantılarına ve iş yaşamlarına geri dönebilmektedir. Ancak bu yöntem sonrasında bazı komplikasyonlar da gelişebilmektedir. En sık görülen sorunlar arasında bandın kayması veya mide prolapsusu, poş dilatasyonu, bandın mide duvarını aşındırması (erozyon), enfeksiyon, port bölgesinde sızıntı ya da rotasyon gibi teknik problemler ile birlikte; gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), yutma güçlüğü (disfaji), mide hareket bozuklukları (dismotilite)

ve özofagus dilatasyonu gibi geç dönemde ortaya çıkan fonksiyonel sorunlar yer almaktadır (Khwaja ve Bonanomi, 2010).

2.2.1.2. Laparoskopik Roux-en-Y Gastrik Baypas (LRYGB)

LRYGB prosedüründe, midenin üst bölümünde yaklaşık 15-30 ml hacminde küçük bir proksimal mide poşu oluşturulmaktadır. Bu yeni oluşturulan mide poşu, ince bağırsağın jejunum adı verilen distal kısmıyla doğrudan anastomoz yapılarak bağlanır. Bu cerrahi düzenleme sonucunda, alınan besinler sadece küçük mide poşundan geçerek sindirim sistemine giriş yapar; böylece bir yandan alınan gıda miktarı kısıtlanırken (restriktif etki), diğer yandan gıdalar doğrudan jejunuma yönlendirildiği için midenin büyük bölümü ile duodenum ve proksimal jejunum gibi üst gastrointestinal segmentler bypass edilmiş olur (malabsorptif etki). Bu sayede besinlerin hem geçiş hacmi hem de emilim süreci sınırlanmış olur. Öte yandan, cerrahi sırasında devre dışı bırakılan mide distal segmenti ve ince bağırsağın proksimal kısmı, daha distal bir noktada jejunuma yeniden bağlanır. Bu sayede pankreatik enzimler ve safra gibi sindirim sıvıları, sindirilmiş gıdalarla daha aşağı segmentlerde karışarak sindirim sürecinin tamamlanmasını sağlar (Ruban ve diğ., 2019).

2.2.1.3. Bilio-Pankreatik Diversiyon - Duodenal Switch (BPD-DS)

BPD-DS, genellikle iki aşamalı olarak gerçekleştirilen ve açık ya da laparoskopik yöntemlerle uygulanabilen karmaşık bir bariatrik cerrahi prosedürdür. İlk aşamada, Sleeve Gastrektomi (SG) prosedürüne benzer şekilde midenin büyük bir bölümü çıkarılır ve geride sadece tübüler yapıdaki dar bir mide poşu bırakılır. Bu işlemle birlikte hem mide hacmi azaltılmış olur hem de gıda alımı kısıtlanır. İkinci aşamada ise, ince bağırsak iki noktadan ayrılır: proksimalde pilorun hemen distalinden ve distalde ise ileoçekal valvin yaklaşık 250 cm yukarısından. Daha sonra, ince bağırsağın distal segmenti duodenuma getirilerek anastomoz edilir; bu sayede alınan besinler doğrudan distal ince bağırsak segmentine yönlendirilmiş olur. Orta bağırsak segmentinin distal ucu ise, ileoçekal valvin yaklaşık 100 cm proksimalinde yer alan ince bağırsak bölümüne anastomoz edilir, safra ve pankreas salgılarının gıdayla daha geç karşılaşması sağlanır. Bu yapısal düzenleme sayesinde hem restriktif hem de malabsorptif etki elde edilir. Her ne kadar bu prosedürün mortalite oranı %1'in altında olsa da, cerrahi sonrası bazı ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlar arasında anastomoz hattında kaçaklar,

splenektomi gereksinimi, protein-enerji malnütrisyonu, iç herniasyon ve ince bağırsak obstrüksiyonu gibi durumlar yer almaktadır (Ruban ve diğ., 2019).

2.2.1.4. Sleeve Gastrektomi (SG)

SG, dünya genelinde LRYGB prosedüründen sonra en sık uygulanan bariatrik/metabolik cerrahi yöntem olarak öne çıkmaktadır. 2003 -2013 yılları arasında %37 oranında dikkat çekici bir artış göstermiş ve bu dönemde küresel düzeyde en yaygın ikinci obezite cerrahisi haline gelmiştir (Angrisani ve diğ., 2015). SG operasyonunda, mide fundusu, korpusu ve antrumu boyunca uzunlamasına bir rezeksiyon gerçekleştirilerek tüp şeklinde dar bir mide kanalı oluşturulur; bu işlem sırasında pilor yapısı korunur. Gerçekleştirilen rezeksiyon, midenin yaklaşık %80'lik kısmını kapsamakta olup, geride kalan tübüler midenin hacmi 200 ml'nin altındadır (Gagner, 2021). SG, yapısal olarak sadece bir anatomik kesi ve stapler hattı içermesi nedeniyle, çoklu anastomoz gerektiren LRYGB gibi diğer prosedürlerle kıyaslandığında teknik olarak daha basit ve uygulanabilir bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (Shabbir ve Teh, 2014). Bu cerrahi teknik, ilk olarak Scopinaro tarafından geliştirilen biliopankreatik diversiyonun restriktif yatay gastrektomi bileşeni olarak uygulanmış, zamanla bağımsız bir bariatrik prosedür haline gelmiştir (Benaiges ve diğ., 2015).

SG'nin zayıflama üzerindeki etkisinin, mekanik kısıtlayıcılığın yanı sıra hormonal değişimlerle de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, midenin fundus bölgesinin çıkarılmasıyla iştah uyarıcı bir hormon olan ghrelin düzeylerinde belirgin bir azalma meydana gelirken, gıdanın mideyi hızla terk etmesi sonucu ince bağırsakta Peptit YY (PYY) ve Glukagon Benzeri Peptit-1 (GLP-1) hormonlarının salınımı artmakta ve bu hormonlardaki yükselme tokluk hissini destekleyerek kilo kaybına katkı sağlamaktadır (Felsenreich ve diğ., 2020). Fazla kilo, bireyin mevcut vücut ağırlığından ideal vücut ağırlığının çıkarılmasıyla hesaplanan miktar olarak tanımlanmaktadır (Chung ve diğ., 2018).

SG, özellikle yüksek cerrahi riske sahip bireyler ile süper obez hastalarda, bariyatrik tedavi sürecinin ilk aşaması olarak dünya genelinde yaygınlık kazanmıştır. Bu prosedürün önemli avantajları arasında, kalori alımını doğrudan kısıtlaması, herhangi bir yabancı cisim yerleştirilmesini gerektirmemesi, ayarlama ihtiyacı olmaması ve genellikle bypass cerrahilerine göre daha kısa sürede tamamlanabilmesi yer almaktadır. Ancak SG'nin bazı dezavantajları da söz konusudur. Bunlar arasında işlemin geri döndürülemez

oluşu, diğer kısıtlayıcı cerrahilere oranla daha yüksek operasyonel risk taşıması ve uzun dönemli etkinliğine ilişkin verilerin hala sınırlı olması sayılabilir (Çakır, 2024).

2.2.2. Bariatrik Cerrahi Sonrası Komplikasyonlar

Bariatrik cerrahide uygulanan yöntemler güvenli ve başarı oranı yüksek olmalarıyla beraber cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar açısından bilgi sahibi olunmalı kısa sürede fark edilmeli ve kontrol altına alınmalıdır. Bariatrik cerrahi sonrası komplikasyon görülme oranı %10, mortalite oranı da genelde 55 yaş ve altı olan BKİ 50 kg/m² olan hastalarda %1 'dir. BKİ 50 kg/m² den yüksek olan hastalarda ve ek hastalığı olanlarda bu oran %2-4 olmaktadır. Bariatrik cerrahi sonrası hastalarda genelde 30 gün içerisinde kanama, gastrointestinal kaçak, venöz tromboembolizm, steno-oz-obstrüksiyon gibi komplikasyonlar görülmektedir (TEMBD [Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği], 2019).

2.2.2.1. Kısa Dönemli Komplikasyonlar

Bariatrik cerrahi sonrası 30 gün içinde görülen komplikasyonlardır ve bu komplikasyonlar arasında pulmoner emboli, miyokardiyal enfarktüs, kanama, venöz tromboembolizm, gastrointestinal kaçak yer almaktadır (Chang ve diğ., 2018). Bariatrik cerrahi sonrası pulmoner emboli riski yüksektir. Hasta antiembolik çorapları sürekli giymelidir (Kıvırcık, 2019). Bariatrik cerrahi sonrası myokard enfarktüsü nadir görülür fakat ciddi bir komplikasyondur. Bunun nedeni genelde cerrahiden sonra artan kardiyovasküler riskler ve hastada bulunan mevcut kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bariatrik cerrahi sonrası erken dönemde meydana gelen kanamalar genelde 48 saatte ortaya çıkıp genellikle sütur ya da anastomoz bölgesinde görülmektedir. Bu kanamaların düşük bir kısmına müdahale edilmesi gerekebilir. Kanama görülen hastalarda genellikle melena, hemoglobin ve hematokrit düzeylerinde düşme, taşikardi görülebilir. Kanama ile karşılaşıldığında zaman kaybetmeden müdahale edilmelidir. Venöz girişim, kan ürünleri transfüzyonu, kristaloid resüsitasyon, sık hematokrit takibi ve sık hemodinamik gözlem yapılmalıdır. Pıhtılaşma bozukluğu kontrol edilmeli, tedavi edilmeli ve hastanın antikoagülan tedavisi kesilmelidir (Dizlek ve Çatal, 2018). Bariatrik cerrahi sonrası oluşabilecek en riskli komplikasyon gastrointestinal kaçaktır. Bu komplikasyon morbidite ve mortaliteyi yükseltmektedir (TEMBD, 2019).

2.2.1.2. Uzun Dönemli Komplikasyonlar

Ülser, herni, dumping sendromu ve gastrik bantla ilgili komplikasyonlardır. Ameliyat sonrası dönemde sağlık çalışanlarının bu komplikasyonlara karşı dikkatli olması gerekmektedir. Erken tespitinde acil müdahale şansı vardır. Genellikle bariatrik cerrahi sonrası dumping sendromu, stenoz-obstrüksiyon, saç dökülmesi, yara iyileşmesinde gecikme, anemi gibi çeşitli komplikasyonlar görülmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası nörolojik bozukluklar da yaygın olarak görülebilmektedir (Zafar ve Khatri, 2018). Bariatrik cerrahi sonrası görülen komplikasyonlara ek olarak besin intoleransı ve bozulmuş yeme kalitesi de bariatrik prosedürlerin birçok tipinde yaygın olarak görülür.

Operasyonda pilor sfinkterlerine bypass yapıldığı için tüketilen gıdalar hızlı bir şekilde ince bağırsağa gelir, ince bağırsağa gelen gıdalar hızlıca sindirim kanalına geçer. Hastada peristaltik hareketlerin artması nedeniyle; terleme, taşikardi, vertigo, halsizlik ishal, bulantı, karında kasılmalar gibi belirtiler olur. Dumping sendromunda dışkı miktarı fazla ve yağlıdır, kötü kokar, gaz oluşumu vardır, gastrik dilatasyon görülür ve bu problemler 12-18 ay kadar sürer (TEMBD, 2019).

2.2.3..Bariatrik Cerrahide Hemşirenin Rolü

Obezitenin yaygınlığı ve beraberinde getirdiği ikincil hastalıklar toplumda hızla artış göstermektedir. Obezite ile ilişkili yaygın ikincil rahatsızlıklar arasında uyku apnesi gibi solunum sistemi hastalıkları, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, Tip 2 diyabet, dislipidemi (kan yağlarında bozukluk), harekette sınırlılık ve depresyon ile yeme bozukluğu gibi ruhsal rahatsızlıklar bulunmaktadır. Bu hastalıklar, özellikle ameliyat öncesi-sırası-sonrası süreçte hastaların bakımını doğrudan etkilemektedir (Güçlü ve diğ., 2017).

Bu hastalıklar operasyon sürecinde ve sonrasında hastaların bakımında sorunlara yol açar. Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların çoğunda tip 2 diyabette düzelme, yaşam kalitesinde yükselme gibi olumlu durumlar görülmektedir. Bunun yanında cerrahi operasyondan kaynaklanan komplikasyonlar da görülebilmektedir. Bu sebeple tüm süreçte bireye özgü fiziksel, duygusal ve sosyal olarak hemşirelik bakımı uygulanmalıdır (TEMBD, 2019).

Ameliyat sonrası süreç, hastanın operasyondan sonra servise gelmesiyle başlar. İlk olarak hastanın hava yolu açıklığının devamı önemlidir. Daha sonra ağrı kontrolünün sağlanması gerekir. Operasyon sonrası erken dönemde ortaya çıkabilecek sorunlar yakından takip edilmelidir (De Raaff ve diğ., 2017). Hemşireler bu süreçlerin tüm aşamalarında ve uzun süreli takip edilmelerinde rol oynamaktadır.

2.3.AĞRI YÖNETİMİ

Ağrı değerlendirmenin en kolay yolu hastaya sormaktır, ancak hastanın bunu evet ya da hayır olarak cevaplaması tatmin edici değildir. Ağrının etkili bir şekilde değerlendirilebilmesi için yeri, şiddeti, sıklığı süresi, uyarıcıları gibi etkenler önemlidir. Komplikasyonları ve taburculuk süresini uzattığından ilk 24 saat ağrı yönetimi büyük önem taşımaktadır (Doğrusöz ve Öztürk, 2023).

Ağrı yönetimi etkin olarak yapıldığında, hastanın hareketlerinin artacağı, pulmoner sorunların azalacağı bilinmektedir. Ağrısı azalan hasta spirometreyi etkili bir şekilde kullanabilir, öksürük ve derin solunum egzersizleri yapabilir. İlk 24 saat hasta kontrollü analjezi kullanılması önerilmektedir. Laparoskopik girişimlerde, hasta kontrollü analjeziyle ilk 24-36 saatte; açık cerrahi müdahalelerde ilk 48-72 saatte ağrı yönetimi sağlanabilir. Ağrı seviyesi sayısal ağrı skalası kullanılarak değerlendirilmeli ve kontrol altına alınmalıdır. Ağrı kontrol altına alınırsa ameliyattan sonra ilk 8 saatte hasta yürüyebilmektedir. Ağrı skalası kullanılırken hastalara skalanın amacı ve ne olduğu anlatılmalıdır (Çavdar ve Akyüz, 2017).

Ağrı ve ağrı yönetimi ile ilgili bilgilendirilmeler artırılmasına karşın bir çok hastada ameliyat sonrası ağrının azaldığı gözlemlenmeyebilir. Bu da hastaların ameliyattan beklentilerini ve tatminlerini olumsuz yönde etkiler. Ağrı değerlendirildikten sonra önerilen analjezi hastaya uygulanmalıdır. Analjezi uygulandıktan sonra ağrı yeniden değerlendirilir (Çavdar ve Akyüz, 2017). Yapılan çalışmalar incelendiğinde bariatrik cerrahi sonrası ağrı yönetiminde obeziteye eşlik eden komorbitelerin de değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Odabaşı, 2021). Bariatrik cerrahi sonrası hastaların tedavi ve bakım planlarının etkili bir şekilde yapılabilmesi adına hizmet içi eğitimlerle hemşireler desteklenmelidir. Hastanın ağrı düzeyinin değişimi ve tedavinin etkisinin takibi çok önemlidir. Bu planın iyi yapılması hastanın konforu için önemlidir (Yılmaz Güven ve diğ., 2021).

2.3.1. Ağrı Tedavisi

2.3.1.1. *Preemptif (Önleyici) ve Multimodal (Dengeli) Analjezi*

Hemşireler preemptif ve multimodal analjezi kullanmanın amacını iyi bilmelidir. Preemptif analjezi ameliyat öncesi hastanın ağrısı başlamadan önce uygulanır. Bu uygulama ameliyat sonrası ağrı yoğunluğunda azalmayı sağlar. Henüz yeni bir kavramdır. Ağrı yönetiminde preemptif ve multimodal yaklaşım, gününbirlik cerrahilerde ağrının kontrol altına alınmasında altın standarttır. (Yazkan, 2018).

Multimodal analjezi, ağrı yönetimi etkinliğini en üst düzeye çıkarmak için farklı etkiye sahip analjezik ilaçların yarattığı sinerjik etkisinden faydalanmak amacıyla kombine olarak kullanılmalarıdır (Jakobsson, 2014; Şenyüz ve Koçaşlı, 2017). Amerikan Ağrı Derneği ve Amerikan Anestezistler Derneği ameliyat sonrası ağrı yönetiminde bu yöntemlerin kullanılmasını önerir (Yazkan, 2018). Opioid (narkotik), nonopioid analjezik (narkotik olmayan analjezik) ve adjuvan ilaçların beraber kullanımının zararlı olmadığı durumlarda kullanılması uygundur (Şenyüz ve Koçaşlı, 2017).

2.3.1.2. *Narkotik (Opioid) Analjezikler*

Özellikle akut ağrının giderilmesinde önemli etkiye sahip olan opioidler, yıllardır ağrı yönetiminde kullanılır. Orta ve şiddetli ağrının giderilmesinde hidromorfon hidroklorür, morfin ve meperidin gibi kuvvetli opioid analjezikler kullanılır. Hafif ağrının giderilmesi için ise kodein, proksifen gibi opioid analjezikler kullanılır. Bu narkotik analjezikler intravenöz, deri altı, intramüsküler, peroral gibi yollardan uygulanabilir (Çavdar ve Akyüz, 2017).

2.3.1.3. *Nonopioid Analjezikler*

Non-opioid analjezikler, ağrı yönetiminde yaygın olarak kullanılan ve opioid olmayan ilaç grubunu temsil eder. Bu ilaçlar, genellikle hafif ve orta şiddetli ağrıların tedavisinde tercih edilmekle birlikte, opioidlerle birlikte kullanıldıklarında daha şiddetli ağrılarda da etkili olabilen multimodal analjezi yaklaşımlarının önemli bir bileşenidir (Buxton, 2023). Non-opioid analjeziklerin etki mekanizmaları, opioidlerden farklıdır ve genellikle merkezi sinir sistemi üzerinde doğrudan depresan etki göstermemeleri, bu ilaç grubunu bağımlılık riski açısından daha güvenli kılar. Non-opioid analjeziklerin kullanımı, ameliyat sonrası ağrı yönetiminde opioid tüketimini azaltarak, opioid ilişkili yan etkilerin (bulantı, kusma, konstipasyon, sedasyon ve solunum depresyonu) önüne geçilmesine yardımcı olabilir. Bu nedenle, etkin ağrı kontrolü sağlamanın yanı sıra

hastaların genel iyilik hallerini ve mobilizasyonlarını hızlandırmak amacıyla multimodal analjezi protokollerinde merkezi bir rol oynarlar (Chou ve diğ., 2016).

2.3.1.4. Adjuvan Ajanlar

Bu kapsamdaki ilaçlar primer olarak ağrı tedavisinde etkili olmasa da analjezik ilaçların etkinliğini artırır. DSÖ, adjuvan ajanların analjezik tedavinin her adımında yer alması gerektiğini tavsiye eder. Bu gruba antidepresanlar, kortikosteroidler, lokal anestezipler, antiepileptik gibi ilaçlar girer. Adjuvan analjezik ilaçlar ağrıya bağlı depresyon, ödem, uykusuzluk, taşikardi gibi durumların tedavisinde tercih edilir (Çavdar ve Akyüz, 2017).

Hastaların analjezik ilaçlara uyum sağlayabilmeleri için hastaya hem sözel hem de görsel olarak eğitim verilmelidir. Bu eğitimin içeriği; hangi ilaçların kullanılabileceği, ilaçların hangi sıklıkla kullanılması gerektiği, ilaçların yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimleri, ilacın diyetini etkileyip etkilemeyeceği, bir sorun olursa kimi arayacağı ve numarasından oluşmalıdır. Hastaya ilaçları ağrı şiddeti artmadan önce düzenli aralıklarla kullanmasının önemi anlatılmalıdır. Yeterli dozda analjezik ilaç kullanımının iyileşmede, hareket etmede ve erken ayağa kalkmada büyük önem taşıdığının hastaya kavratılması sağlanmalıdır (Yavuz, 2017; Royal College of Anaesthetists, 2020).

2.3.2. Bariatrik Cerrahi ve Ağrı

Bariatrik cerrahi hastalarında doku travmasının neden olduğu ağrı özenle değerlendirilmelidir (Berk Özcan, 2021). Steyer ve diğ. (2016) yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi sonrası hemşirelerin hastalara en çok koydukları tanının ağrı olduğu saptanmıştır. Günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte bariatrik cerrahi, laparoskopik teknikle yapılmaktadır. Laparoskopik cerrahide küçük cilt kesileri, ameliyat sonrası ağrının az olması, kanamanın az olması, hastanede kalış süresinin kısalması gibi açık cerrahiye göre avantajları bulunmaktadır. Laparoskopik ameliyatlardan sonra hastalar karın bölgesinde, sırtta ve omuz bölgelerinde ağrı yaşarlar. Yaşadıkları ağrı üç kategoriye ayrılır;

- A) Peritonun gerilmesi veya periton enfeksiyonuna bağlı visseral ağrı,
- B) Frenik sinir uyarımı sonucu oluşan omuz ağrısı,
- C) Cerrahi kesinin sebep olduğu parietal ağrı (Safari ve diğ., 2020).

Laparoskopik cerrahi sonrası parietal ağrının toplam ağrının %50-70'ini, visseral ağrının %10-20'sini ve pnömoperitonium ağrının %20-30'unu meydana getirdiği öngörülmektedir. Bununla birlikte; diğer laparoskopik tekniklerde görüldüğü gibi

ameliyattan sonra ilk 24 saatte hastalarda ağrı şiddeti yüksek olup, ikinci-üçüncü günden sonra azalmaya başlar (Ruiz-Tovar ve diğ., 2017). Obez kişilerde olan uyku apnesi komorbitesinin neden olduğu hipopnelerin ağrıya neden olacağı ifade edilmektedir (Doğrusöz ve Öztürk, 2023).

2.4.TABURCULUK SÜRECİNİN TANIMLANMASI

Araştırmalara göre taburculuğa hazır olma eve gitme olarak düşünülür. Fakat kişinin eve gitmeye hazır olduğunu söyleyebilmek için; fiziksel olarak iyi olması, kendi bakımını yapabilmesi, kendi dışında bakım verebilecek birinin bulunması ve taburculukla ilgili kafasında hiçbir soru işareti kalmaması gerekir. Hasta evde bakımını sürdürebilmesi ve gelişebilecek komplikasyonları önleyebilmesi için, taburculuğuna karar verilmeden önce fiziksel ve ruhsal olarak taburculuk durumu değerlendirilmelidir. Bu süreç tedavi sürecinin başarılı bir şekilde sonlanması için kritiktir (Kaya ve diğ., 2018). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA-American Nurses Association) taburculuk sürecini şu şekilde tanımlar; hastanın kendisi, aile fertleri ya da bir kurum tarafından bakılması için bakım aşamalarını planlamak hazırlamak ve yapılmasına yardımcı olmaktır (ANA, 2024).

Taburculuk eğitim süreci hasta hastaneye geldiği andan itibaren kaliteli bir tedavi ve bakım vermeyi amaçlar. İyi tasarlanmış bir eğitim süreci, erken başlamalı, oluşabilecek sorunlara karşı hastanın baş edebilme kabiliyetini geliştirebilmeli, hastayı, aile fertlerini ve hastaya bakım verenleri kapsamalıdır. Hastaya verilen bu eğitim sözlü olarak verilebileceği gibi broşür, kitapçık gibi materyallerden de faydalanılabilir. Bu eğitimin odak noktası hasta bireydir. Bu eğitimler; hastaların bakım süreçlerine aktif katılmalarını sağlayarak yaşam kalitelerini olumlu etkiler (Kang ve diğ., 2018). Hastanın kendisine yapılan uygulamalar hakkında bilgisinin olmasını sağlar. Hastanın yatış süresini ve maliyetleri azaltır.

Weiss ve diğ. (2017) taburculuğa hazır olma ile hastaneye geri yatış arasında ters bir bağlantı bulmuştur. Kaya ve diğ. (2018) çalışmasında evde bireye bakacak birinin olmasının bireyin taburculuğa hazır olmasını doğrudan etkilediğini ifade etmektedir. Hastanın taburculuğa hazır olduğunun bilinmesi gün geçtikçe önem kazanan bir durumdur (Weiss ve diğ., 2017). Yapılan araştırmalara bakıldığında hastaların eğitim seviyeleri arttıkça taburculuğa hazır olmaları da artmaktadır (Bal ve Acaroğlu, 2022).

Hastaya verilen taburculuk eğitiminin kalitesi, taburculuğa hazır olma algısını etkileyen güçlü bir faktördür. Hastalara ameliyattan sonra bilgilendirmenin geç ve acele bir şekilde verilmesi de bu durumu etkiler. Hastaların soru sormada çekingen ya da isteksiz davranması da taburculuğa hazır olmayı etkilemektedir. Bu çekingenliğin nedeninin yabancı bir ortamda bulunma, sağlık çalışanlarının zamanının olmaması gibi durumlar olduğu bildirilmektedir. Tüm bu veriler, taburculuk sürecinde hasta eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Hastanın ihtiyaçlarını belirleyip yerine getirmek, olası komplikasyonları önlemek bütüncül bir ekip yaklaşımı işidir ve hemşire taburculuk eğitiminde anahtar rol oynar. Hemşirenin bu rolü yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (Pamuksuz, 2017). Hastaların taburculuğa hazır olmalarıyla ilgili hemşirelerin fikrini almak yeniden hastaneye yatış oranlarını azaltabilir. Yapılan bir çalışmaya göre hastanın taburculuktan önce kendi durumunu değerlendirmesi ve hemşirenin hastanın durumunu değerlendirmesi 30 günlük yeniden hastaneye yatışları azaltmaktadır (Weiss ve diğ., 2017). Bu yüzden hem hastaların hem hemşirelerin bu sürece aktif katılımı yeniden yatışların önüne geçerek hasta memnuniyetini artırır (Aslan, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyat sonrası dönemde deneyimledikleri ağrı düzeyinin taburculuğa hazır olma durumları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma deseniyle yürütüldü. Ağrı yönetiminin taburculuk sürecine etkisini çok yönlü olarak ele alan bu çalışma, hem klinik uygulamalara hem de hasta bakım kalitesinin artırılmasına yönelik önemli veriler sunmayı hedeflemektedir.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Soru 1: Hastaların taburculuğa hazır olma düzeyi ortalaması nedir?

Soru 2: Hastaların ağrı düzeyi taburculuğa hazır olmayı etkiliyor mu?

Soru 3: Hastaların ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma düzeyi demografik özelliklerden (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu vb.) etkilenir mi ?

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE SÜRESİ

Araştırma, Eylül 2024 - Mart 2025 tarihleri arasında, İstanbul ili Avrupa yakasında özel hastane statüsünde hizmet veren bir sağlık kuruluşunun genel cerrahi servisinde gerçekleştirildi. Çalışma ortamı, bariatrik cerrahi uygulamalarının düzenli olarak yapıldığı ve hasta bakım süreçlerinin multidisipliner bir yaklaşımla yürütüldüğü bir klinik alan olarak seçilmiştir. Bu kapsamda, verilerin toplanması ve değerlendirilmesi süreci etik kurallar çerçevesinde planlanmış ve yürütülmüştür.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, 15 Eylül 2024 - 15 Mart 2025 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanenin genel cerrahi servisinde bariatrik cerrahi uygulanan ve belirlenen dahil edilme kriterlerine uyan, örneklem grubunu ise monografik örnekleme yöntemiyle seçilen, ortalama 150 hasta oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 18-60 yaş aralığında olmak, yer ve zaman oryantasyonunda herhangi bir sorun yaşamamak, iş birliğine açık olmak ve anket sorularını yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak şeklinde belirlendi. Bu kriterlere uygun bireylerin seçilmesi, verilerin güvenilirliği ve çalışmanın amacına ulaşabilmesi açısından önemli görüldü.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen Hasta Tanıtım Formu (Yurtseven, 2018; Gündüz, 2019; Koç, 2023), algılanan ağrı şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılan Vizüel Analog Skala (VAS) ve taburculuğa hazır olma durumunu belirlemek üzere Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği aracılığıyla toplandı(Ek 6). Kullanılan veri toplama araçları, hem bireysel özelliklerin hem de klinik süreçlerin çok boyutlu olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

3.5.1.Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilen hasta tanıtım formu; yaş, kilo, boy, BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, düzenli ilaç kullanımı, kronik hastalık öyküsü, ameliyat öncesi ağrı hakkında bilgilendirilme durumu ve ameliyat sonrası ağrının önemine ilişkin değerlendirmeleri içeren toplam 18 sorudan oluştu.

3.5.2.Vas (Vizuel Analog Skala)

VAS (Visual Analog Skala), kullanımı son derece basit, işlevsel, yinelenebilir ve sınırlı araç gerektiren bir ölçüm aracıdır.1992’de Cline ve diğerleri tarafından geliştirilmiş Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini ise Eti Aslan yapmıştır (Cline ve diğ.,1992; Eti Aslan,2002). Hem ağrı şiddetini hem de ağrının giderilmesini değerlendirmek için tercih edilir. VAS’ın kısa sürede sonuçlanması ve kolay anlaşılır olması nedeniyle akut ağrı şiddetini belirlemede yapılan karşılıklı değerlendirmeler sonucunda etkin bir yöntem olduğu saptanmıştır. VAS, yatay veya dikey olarak çizilmiş 10 cm boyunca, “Ağrı yok” (0) ile başlayıp “Dayanılmaz ağrı”(10) ile sonlanan numaralandırılmış bir cetveldir (Türk Nöroşirürji Derneği, 2013).Cetvele göre “0” ağrı yok, 1-4 hafif ağrı, 5-6 orta şiddette ağrı, 7-10 ise şiddetli ağrıdır (Ayan ve diğ.,2013).

3.5.3.Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği – Hasta Öz Değerlendirme Formu

Weiss ve diğ. (2014) tarafından geliştirilmiş olan Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Kısa Formu (Readiness for Hospital Discharge Scale- Short Form- RHDS-SF) hastaneden taburcu edilecek hastaların taburculuğa hazır olma algılarını ölçmektedir. Hastaların taburculuğa hazır olmasının kendisi tarafından bizzat değerlendirildiği ölçek, sekiz madde ve dört alt kategoriye ayrılmaktadır. 2018’de Kaya ve diğerleri tarafından Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmış hemşire versiyonu ile paralel sorulara sahip olan bir ölçektir. Ölçeğin güvenirlik kat sayısı 0.89’dur. Ölçekteki her madde 0-10 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan ≥ 7 ise, hastanın taburcu olmaya hazır olduğu; <7 ise hastanın hazır olmadığı kabul edilir. Elde edilen yüksek puanlar taburculuk için hazır olma durumunun iyi olduğunu göstermektedir (Kaya ve diğ., 2018; Weiss ve diğ.,2014).Tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerleri $\pm 1,5$ aralığına yakın olup, dağılımların parametrik analizler için uygunluk taşıdığı anlaşılmaktadır. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0.932 bulundu.

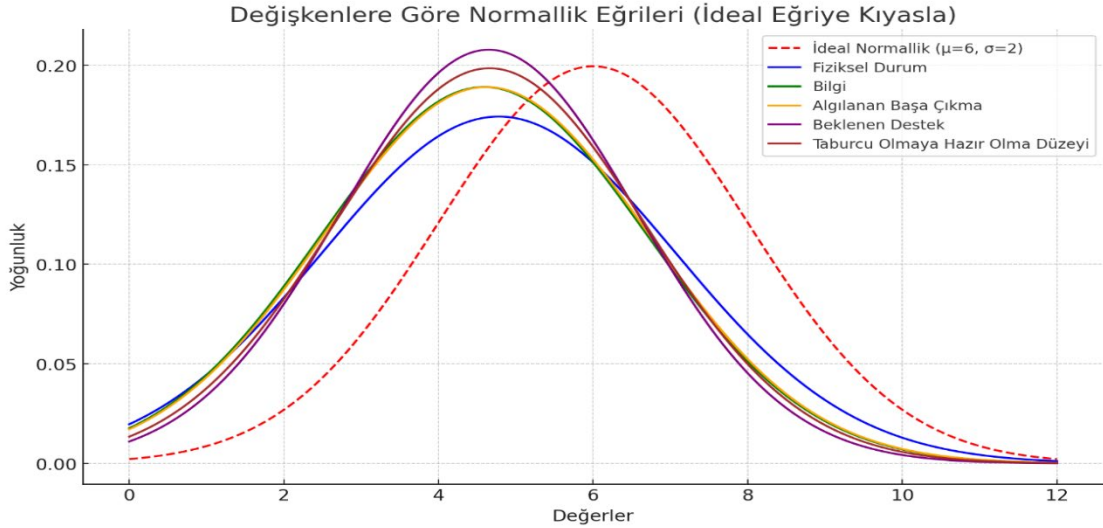
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Çalışmanın yapıldığı kurumun standart taburculuk eğitim protokolüne göre ameliyat sonrası ikinci günde hasta diyetisyen tarafından ziyaret edilip bundan sonraki beslenme süreciyle ilgili bilgilendirme yapılır. Aynı gün hastalar hekimi tarafından da taburcu olduktan sonra dikkat etmeleri gereken konularla ilgili (günlük fiziksel aktivite, sıvı beslenme süreci, takviye vitamin kullanımının önemi vb.) bilgilendirilir. Hastalar ameliyattan sonraki ortalama ikinci yada üçüncü gün taburcu edilir. Bu durum göz önünde bulundurularak çalışmacı tarafından ameliyatın ikinci günü hasta ziyaret edilip, çalışma hakkında bilgi verildi, izni alındı sözlü ve yazılı onamı(Ek 5) alındı. Hastaların ölçekleri anlayarak cevaplamasının çalışma için önemi anlatıldı. İlk etapta hasta tanıtım formu dolduruldu. Hastanın ağrısını belirlemek için hastadan ağrı düzeyini puanlaması istendi. Taburculuğa hazır olma ölçeği hastalar tarafından dolduruldu.

3.7.DEĞERLENDİRME

Veri analizine geçilmeden önce değişkenlerin dağılım özelliklerinin incelenmesi, uygulanacak istatistiksel testlerin doğruluğu ve geçerliliği açısından temel bir adımdır. Bu bağlamda, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri, değişkenlerin dağılım yapısını değerlendirmede önemli kıstaslar olarak kullanılmaktadır. Çarpıklık, dağılımın simetrik olup olmadığını; basıklık ise dağılımın merkezdeki yoğunluğunu ve uç değerlerin etkisini ifade etmektedir. Parametrik analizlerin sağlıklı biçimde uygulanabilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında yer alması önerilmektedir. Bu sınırlar dahilinde kalan dağılımlar, normal dağılıma yakın kabul edilmekte ve istatistiksel testler açısından uygunluk göstermektedir (Cohen, 1988; Freund ve Wilson, 2003).

Bu çalışmada da yer alan temel değişkenlere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, tüm değişkenlerin söz konusu sınırlar içinde yer aldığı görülmektedir. Bu eksenler, değişkenlerin dağılım özelliklerinin parametrik testlerin varsayımlarını karşılayacak düzeyde olduğunu ve dağılımların evrenin normal dağılımına yakın bir örüntü çizdiğini göstermektedir. Bu doğrultuda Şekil 1, bu benzerliği görselleştirmektedir.



Şekil 3.1: Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Normallik Değerleri

Şekil 3.1’de elde edilen normallik katsayıları çerçevesinde çalışmada kullanılan bağımsız örneklem t testleri, varyans analizleri ve regresyon analizleri, dağılım yapısı açısından uygun istatistiksel temellere dayanmaktadır.

3.8. ETİK KURUL VE KURUM İZNİ

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan bu çalışma Helsinki deklarasyonu standartlarına uygun olarak yürütüldü. Araştırma için İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı 21.08.2024 tarihli ve 07/10 sayılı etik kurul kararı(Ek 3) ile onay alındı. Araştırmanın yürütüleceği Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni(Ek 4) alındı. Katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü sözel ve yazılı onam(Ek 5) alındı. Haklarının güvence altına alınması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmadan çekilebilecekleri vurgulanarak “özerklik” ilkesine, kişisel verilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı ve kimlik bilgilerinin gizli kalacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” etik standartlara uyulmasına özen gösterildi. Araştırmada “insan onuruna saygı” diğer bir etik ilke olarak dikkate alındı.

4. BULGULAR

Bariatrik cerrahi sonrası ağrı düzeyinin, taburculuğa hazır olma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular tablolar halinde verildi.

4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo 4.1: Tanıtıcı Özellikler (N=150)

Değişken	n	%
Yaş		
20-35 yaş	64	42,7
36-45 yaş	53	35,3
46-55 yaş	33	22
Cinsiyet		
Kadın	78	52,0
Erkek	72	48,0
Medeni Durum		
Evli	88	58,7
Bekar	62	41,3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	1	0,7
İlkokul	7	4,7
Ortaokul	13	8,7
Lise	44	29,3
Yüksekokul	85	56,7
Gelir Durumu		
Gelir giderden düşük	4	2,7
Gelir gidere denk	106	70,7
Gelir giderden fazla	40	26,7
Sigara Kullanımı		
Evet	89	59,3
Hayır	61	40,7
Alkol Kullanımı		
Evet	30	20,0
Hayır	120	80,0
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	72	48,0
Hayır	78	52,0
Düzenli İlaç Kullanımı		
Evet	67	44,7
Hayır	83	55,3

Tablo 4.1 (Devam): Tanıtıcı Özellikler (N=150)

Değişken	n	%	
Daha Önce Ameliyat Geçirme			
Evet	50	33,6	
Hayır	100	66,4	
Ameliyat Sonrası Ağrı			
Evet	49	32,2	
Hayır	101	67,8	
Ağrıya Dayanıklılık			
Evet	83	55,3	
Hayır	67	44,7	
Ameliyat Öncesi Ağrı Bilgisi Alımı			
Evet	85	56,7	
Hayır	65	43,3	
Ameliyat Sonrası Ağrının Önemi			
Çok önemli	112	74,7	
Önemli	37	24,7	
Önemli değil	1	0,7	
Değişken	$\bar{x} \pm ss$	Min	Maks
Yaş	37,63 ± 9,02	20	55
Kilo (kg)	109,35 ± 19,90	74	190
Boy (cm)	171,28 ± 13,34	150	195
BKİ	41,97±7,10	30,6	54,6

n: sayı %: yüzde

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 37.63 ve yaş aralığı 20 ile 55 arasında değişmekte olup, %52.0’si kadın, %58.7’si evli, %56.7’si yüksekokul mezunu, %70.7’nin gelir-gideri denk, %59.3’ünün sigara kullandığı, %80’inin alkol kullanmadığı, %52.0’sinin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, %55.3’ünün ilaç kullanmadığı, %66.4’ünün ilk kez ameliyat olduğu, %67.8’nin ameliyat sonrası ağrı yaşamadığı, %55.3’ünün kendini ağrıya dayanıklı olarak tanımladığı ve %56.7’sinin ameliyat öncesi dönemde ağrı yönetimi hakkında bilgi aldığı, %74.7’sinin ameliyat sonrası ağrıyı “çok önemli” olarak değerlendirdiği belirlendi. Kilo ortalaması 109.35 kg, boy ortalaması 171,28 cm ve beden kitle indeksi ortalaması ise 41,97’idi.

Tablo 4.2: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu ve Ağrı Düzeyi Ortalaması

Değişken	$\bar{x}$	ss	Min	Maks	Çarpıklık	Basıklık
Fiziksel Durum	4.78	2.29	0.00	9.50	0.26	-1.17
Bilgi	4.59	2.11	1.00	9.50	0.28	-1.13
Algılanan Başa Çıkma	4.62	2.11	0.00	10.00	0.07	-0.72
Beklenen Destek	4.65	1.92	1.00	10.00	0.17	-0.98
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	4.66	2.01	0.88	9.63	0.26	-1.11
Ağrı Düzeyi	6.33	2.07	1.00	10.00	-0.20	-0.56

$\bar{x}$: ortalama ss: standart sapma

Taburcu olmaya hazır olma ölçeği alt boyutlarına bakıldığında; fiziksel durum ortalaması 4.78; bilgi düzeyi ortalaması 4.59, algılanan başa çıkma düzeyi 4.62, beklenen destek 4.65'dir. Taburcu olmaya hazır olma düzeyi ortalaması ise 4.66'dır. Ağrı düzeyi ortalaması 6.33'dür. Tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerleri $\pm 1,5$ aralığına yakın olup, dağılımların parametrik analizler için uygunluk taşıdığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.3: Cinsiyet ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Cinsiyet	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Erkek	72	6.17	1.98	-0.95	148	0.34
	Kadın	78	6.49	2.15			
Fiziksel Durum	Erkek	72	4.84	2.32	0.35	146	0.72
	Kadın	78	4.71	2.27			
Bilgi	Erkek	72	4.61	2.10	0.12	147	0.91
	Kadın	78	4.57	2.14			
Algılanan Başa Çıkma	Erkek	72	4.80	2.01	1.02	148	0.31
	Kadın	78	4.45	2.19			
Beklenen Destek	Erkek	72	4.77	1.92	0.73	147	0.47
	Kadın	78	4.54	1.92			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Erkek	72	4.76	2.00	0.57	147	0.57
	Kadın	78	4.57	2.04			

n: sayı *x*: ortalama *ss*: standart sapma *t*: independent *t* testi *df*:serbestlik derecesi *p* < 0.05

Tablo 4.3'e bakıldığında cinsiyetin, ağrı düzeyi veya taburculuğa hazır olma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Kadınların ortalama ağrı puanı erkeklerden bir miktar yüksek olsa da, bu fark anlamlı düzeyde değildir ($p = 0.34$). Diğer tüm alt boyutlarda da benzer bir dağılım gözlemlenmektedir (Tablo 4.3).

Fiziksel durum, bilgi düzeyi, algılanan başa çıkma kapasitesi, beklenen sosyal destek alt boyutları ve taburculuğa hazır olma toplam puanında da kadın ve erkek gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p > 0.05$).

Tablo 4.4: Medeni Durum ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Bekar	62	6.40	1.96	0.35	138	0.73
	Evli	88	6.28	2.15			
Fiziksel Durum	Bekar	62	4.67	2.29	-0.49	132	0.62
	Evli	88	4.85	2.30			
Bilgi	Bekar	62	4.49	2.24	-0.46	123	0.65
	Evli	88	4.66	2.03			
Algılanan Başa Çıkma	Bekar	62	4.51	2.24	-0.51	122	0.61
	Evli	88	4.69	2.01			
Beklenen Destek	Bekar	62	4.56	1.97	-0.47	128	0.64
	Evli	88	4.71	1.88			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Bekar	62	4.56	2.10	-0.50	126	0.62
	Evli	88	4.73	1.96			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi p < 0.05

Tablo 4.4 incelendiğinde Medeni durum ile ameliyat sonrası ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Tablo 4.5. Eğitim Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	F	df	p
Ağrı Düzeyi	İlkokul mezunu	8	6,87	1.83	0.38	3	0.77
	Lise mezunu	44	6.11	2.19			
	Ortaokul mezunu	13	6.31	2.39			
	Yüksekokul	85	6.33	2.01			
Fiziksel Durum	İlkokul mezunu	8	4.44	1.96	0.14	3	0.94
	Lise mezunu	44	4.76	2.54			
	Ortaokul mezunu	13	4.58	1.88			
	Yüksekokul	85	4.90	2.29			
Bilgi	İlkokul mezunu	8	4.68	1.65	0.21	3	0.89
	Lise mezunu	44	4.46	2.32			
	Ortaokul mezunu	13	4.50	1.73			
	Yüksekokul	85	4.75	2.11			
Algılanan Başa Çıkma	İlkokul mezunu	8	4.60	1.38	0.49	3	0.69
	Lise mezunu	44	4.56	2.20			
	Ortaokul mezunu	13	4.08	1.95			
	Yüksekokul	85	4.81	2.15			
Beklenen Destek	İlkokul mezunu	8	4.29	1.46	0.18	3	0.91
	Lise mezunu	44	4.63	2.08			
	Ortaokul mezunu	13	4.42	1.72			
	Yüksekokul	85	4.76	1.91			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	İlkokul mezunu	8	4.49	1.56	0.21	3	0.89
	Lise mezunu	44	4.60	2.21			
	Ortaokul mezunu	13	4.39	1.66			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma F : one way ANOVA df:serbestlik derecesi p < 0.05

Bu tabloda, eğitim durumu değişkenine göre ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma alt boyutları dört farklı eğitim grubu karşılaştırıldı. Ağrı düzeyi ortalamaları eğitim düzeyine göre küçük değişiklikler gösterse de fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.77$). En yüksek ortalama ağrı puanı ilkokul mezunlarında gözlemlenmiş olmasına rağmen, varyans içerisindeki farklılıklar dikkat çekici değildir.

Fiziksel durum ve bilgi alt boyutları da eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p = 0.89$). Özellikle lise ve yüksekokul mezunlarının ortalamaları birbirine oldukça yakındır. Algılanan başa çıkma ve beklenen destek puanları da eğitim durumuna göre anlamlı bir varyasyon göstermemektedir. Yüksekokul mezunlarının başa çıkma puanı diğer gruplardan biraz yüksek olmakla birlikte, fark anlamlı düzeyde değildir ($p = 0.69$). Beklenen destek alt boyutunda da benzer biçimde istatistiksel fark bulunmadı. Taburculuğa hazır olma toplam puanı açısından da eğitim düzeyi fark yaratmamaktadır.

Tablo 4.6: Gelir Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	F	df	p	Post-hoc
Ağrı Düzeyi	Gelir giderden fazla	40	6.12	1.94	0.48	1	0.46	
	Gelir gidere denk	110	6.41	2.07				
Fiziksel Durum	Gelir gidere denk	110	4.52	2.27	5.43	1, 148	.021*	Gelir gidere denk < Giderden fazla
	Gelir giderden fazla	40	5.49	2.21				
Bilgi	Gelir gidere denk	110	4.39	2.11	3.93	1, 148	.049*	Gelir gidere denk < Giderden fazla
	Gelir giderden fazla	40	5.15	2.04				
Algılanan Başa Çıkma	Gelir gidere denk	110	4.44	2.12	2.93	1, 148	.089	
	Gelir giderden fazla	40	5.10	2.02				
Beklenen Destek	Gelir gidere denk	110	4.46	1.89	4.03	1, 148	.047*	Gelir gidere denk < Giderden fazla
	Gelir giderden fazla	40	5.16	1.91				
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Gelir gidere denk	110	4.45	1.99	4.44	1, 148	.037*	Gelir gidere denk < Giderden fazla
	Gelir giderden fazla	40	5.23	1.99				

n: sayı *x:* ortalama *ss:* standart sapma *F:* One way ANOVA *df:* serbestlik derecesi $p < 0.05$ Post-hoc (Tukey): Gruplar arası çoklu karşılaştırma

Tablo 4.6’da ağrı düzeyi açısından gelir durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Gelir durumu ile fiziksel durum arasında fark anlamlı idi ($p<0.05$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin fiziksel durum puanı ortalaması 5.49 iken, geliri gidere denk olan bireylerde bu değer 4.52’dir. Bu fark, yüksek gelirli bireylerin ameliyat sonrası fiziksel toparlanma sürecinde daha iyi hissettiklerine işaret etmektedir. Başa çıkma düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmedi. Bununla birlikte bilgi, beklenen destek alt boyutunda ve taburculuğa hazır olma toplam puanında fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$).

Tablo 4.7: Sigara Kullanma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	89	6.14	2.04	-1.24	126	0.22
	Hayır	61	6.57	2.12			
Fiziksel Durum	Evet	89	4.68	2.30	-0.67	129	0.51
	Hayır	61	4.93	2.31			
Bilgi	Evet	89	4.44	2.05	-1.10	123	0.28
	Hayır	61	4.84	2.21			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	89	4.51	2.05	-0.75	123	0.45
	Hayır	61	4.78	2.20			
Beklenen Destek	Evet	89	4.61	1.92	-0.28	128	0.78
	Hayır	61	4.70	1.95			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	89	4.56	2.00	-0.74	127	0.46
	Hayır	61	4.81	2.06			

n: sayı *x*: ortalama *ss*: standart sapma *t*: independent t testi *df*:serbestlik derecesi $p < 0.05$

Analiz sonuçlarına göre, hem ağrı düzeyi hem de taburculukla ilgili tüm alt boyutlarda sigara kullanan bireylerle kullanmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 4.8: Alkol Kullanma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	30	5.73	1.78	-1.95	52	0.06
	Hayır	120	6.47	2.13			
Fiziksel Durum	Evet	30	4.72	2.64	-0.17	40	0.87
	Hayır	120	4.80	2.22			
Bilgi	Evet	30	4.64	2.11	0.08	45	0.94
	Hayır	120	4.60	2.13			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	30	4.72	2.03	0.27	47	0.79
	Hayır	120	4.61	2.14			
Beklenen Destek	Evet	30	4.80	2.05	0.45	42	0.66
	Hayır	120	4.62	1.89			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	30	4.72	2.12	0.14	43	0.89
	Hayır	120	4.66	2.00			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi p < 0.05

Tablo 4.8’de alkol kullanma durumu ile ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma durumu arasında anlamlılık saptanmadı.

Tablo 4.9:Düzenli İlaç Kullanma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	67	6.28	2.14	-0.26	137	0.79
	Hayır	83	6.37	2.02			
Fiziksel Durum	Evet	67	4.62	2.15	-0.77	146	0.44
	Hayır	83	4.90	2.40			
Bilgi	Evet	67	4.49	2.07	-0.51	144	0.61
	Hayır	83	4.67	2.16			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	67	4.69	1.97	0.37	147	0.71
	Hayır	83	4.56	2.22			
Beklenen Destek	Evet	67	4.60	1.83	-0.28	145	0.78
	Hayır	83	4.69	1.99			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	67	4.60	1.93	-0.32	145	0.75
	Hayır	83	4.71	2.09			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi $p < 0.05$

Düzenli ilaç kullanma durumu ile ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma durumu arasında anlamlı farklılık izlenmedi.

Tablo 4.10: Kronik Hastalık ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	72	6.31	2.19	-0.16	143	0.88
	Hayır	78	6.36	1.97			
Fiziksel Durum	Evet	72	4.48	2.17	-1.55	148	0.12
	Hayır	78	5.05	2.38			
Bilgi	Evet	72	4.39	2.08	-1.12	148	0.26
	Hayır	78	4.78	2.13			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	72	4.51	2.02	-0.62	148	0.54
	Hayır	78	4.72	2.19			
Beklenen Destek	Evet	72	4.43	1.84	-1.33	148	0.19
	Hayır	78	4.85	1.97			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	72	4.45	1.93	-1.21	148	0.23
	Hayır	78	4.85	2.08			

n: sayı *x*: ortalama *ss*: standart sapma *t*: independent t testi *df*:serbestlik derecesi $p < 0.05$

Tablo 4.10 incelendiğinde, kronik hastalık tanısı olan bireylerle olmayanlar arasında ağrı ve taburculuğa hazır olma durumu arasında anlamlı farklılığa rastlanmadı.

Tablo 4.11: Daha Önce Ameliyat Olma Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	50	6.22	2.24	-0.44	89	0.66
	Hayır	100	6.38	1.99			
Fiziksel Durum	Evet	50	4.44	2.08	-1.38	111	0.17
	Hayır	100	4.96	2.39			
Bilgi	Evet	50	4.47	1.98	-0.51	108	0.61
	Hayır	100	4.66	2.19			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	50	4.64	2.17	0.07	96	0.94
	Hayır	100	4.62	2.09			
Beklenen Destek	Evet	50	4.62	1.76	-0.17	110	0.86
	Hayır	100	4.68	2.00			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	50	4.54	1.85	-0.55	110	0.59
	Hayır	100	4.73	2.11			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi $p < 0.05$

Tablo 4.11 incelendiğinde, daha önce ameliyat deneyimi olan bireylerle olmayanlar arasında taburculuğa hazır olma ve ağrı algısı bakımından anlamlılık yoktu.

Tablo 4.12: Ağrıya Dayanıklılık Durumu ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	83	6.24	2.14	-0.61	145	0.54
	Hayır	67	6.45	1.98			
Fiziksel Durum	Evet	83	4.86	2.43	0.52	147	0.60
	Hayır	67	4.67	2.12			
Bilgi	Evet	83	4.72	2.24	0.82	147	0.41
	Hayır	67	4.44	1.95			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	83	4.76	2.31	0.97	148	0.33
	Hayır	67	4.44	1.81			
Beklenen Destek	Evet	83	4.76	2.09	0.85	148	0.40
	Hayır	67	4.50	1.68			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	83	4.78	2.17	0.82	148	0.41
	Hayır	67	4.51	1.80			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi p < 0.05

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, ağrıya dayanıklılık durumu ile ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma durumu arasında anlamlı fark gözlenmedi.

Tablo 4.13: Ameliyat Öncesi Ağrı Yönetimi Hakkında Bilgi Alma ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

	Bağımsız Değişken	n	x	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Evet	85	6.33	2.19	-0.03	145	0.98
	Hayır	65	6.34	1.91			
Fiziksel Durum	Evet	85	4.83	2.33	0.35	140	0.73
	Hayır	65	4.70	2.25			
Bilgi	Evet	85	4.61	2.19	0.15	143	0.88
	Hayır	65	4.56	2.02			
Algılanan Başa Çıkma	Evet	85	4.67	2.16	0.33	141	0.75
	Hayır	65	4.55	2.05			
Beklenen Destek	Evet	85	4.67	1.91	0.13	137	0.89
	Hayır	65	4.62	1.93			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Evet	85	4.69	2.06	0.26	140	0.80
	Hayır	65	4.61	1.97			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi $p < 0.05$

Tablo 4.13'te, ameliyat öncesinde ağrı yönetimi hakkında bilgi alan ve almayan bireylerin ağrı düzeyleri ve taburculuğa hazır olma düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri karşılaştırıldığında arada anlamlılık mevcut değildi.

Tablo 4.14: Ameliyat Sonrası Ağrıya Verilen Önem ile Ağrı Düzeyi ve Taburculuğa Hazır Olma Durumu (N=150)

Bağımlı Değişken	Ağrı Önemli	n	$\bar{x}$	ss	t	df	p
Ağrı Düzeyi	Çok önemli	112	6.43	2.00	0.94	1	.335
	Önemli	38	6.05	2.27			
Fiziksel Durum	Çok önemli	112	4.86	2.27	0.63	1	.429
	Önemli	38	4.52	2.38			
Bilgi	Çok önemli	112	4.60	2.11	0.01	1	.938
	Önemli	38	4.57	2.14			
Algılanan Başa Çıkma	Çok önemli	112	4.66	2.04	0.16	1	.695
	Önemli	38	4.50	2.31			
Beklenen Destek	Çok önemli	112	4.64	1.92	0.01	1	.924
	Önemli	38	4.67	1.92			
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Çok önemli	112	4.69	2.00	0.11	1	.746
	Önemli	38	4.57	2.07			

n: sayı x: ortalama ss: standart sapma t : independent t testi df:serbestlik derecesi $p < 0.05$

Tablo 4.14’te, katılımcıların bir bölümü ameliyat sonrası ağrıyı “çok önemli” bulurken, diğerleri “önemli” olarak değerlendirdi. Ağrı düzeyi ortalamaları her iki grupta da yüksek saptandı, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($F(1, 148) = 0.94$, $p = .335$). Taburculuğa hazır olma düzeyi de gruplar arasında anlamlı fark göstermedi ($F(1, 148) = 0.11$, $p = .746$). Ortalama puanlarda küçük bir fark gözlemlense de anlamlılık düzeyine ulaşmadı.

Tablo 4.15: Ağrı Düzeyine Göre Grup Farklarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (N=150)

	Ağrı Düzeyi	n	$\bar{x}$	ss	F	df	p	Post-hoc
Fiziksel Durum	Biraz Ağrı	32	7.15	1.46	28.29	3	0.00**	Çok Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Biraz, Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Çok Fazla, Fazla - Çok Fazla, Fazla - Dayanılmaz
	Çok Fazla Derecede Ağrı	51	4.09	1.90				
	Dayanılmaz Derecede Ağrı	23	2.74	1.51				
	Fazla Derecede Ağrı	44	4.95	2.09				
Bilgi	Biraz Ağrı	32	6.66	1.50	26.01	3	0.00**	Çok Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Biraz, Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Çok Fazla, Fazla - Çok Fazla, Fazla - Dayanılmaz
	Çok Fazla Derecede Ağrı	51	3.97	1.77				
	Dayanılmaz Derecede Ağrı	23	2.72	1.29				
	Fazla Derecede Ağrı	44	4.77	1.91				
Algılanan Başa Çıkma	Biraz Ağrı	32	6.56	1.39	23.27	3	0.00**	Çok Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Biraz, Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Çok Fazla, Fazla - Çok Fazla, Fazla - Dayanılmaz
	Çok Fazla Derecede Ağrı	51	4.12	1.62				
	Dayanılmaz Derecede Ağrı	23	2.78	1.54				
	Fazla Derecede Ağrı	44	4.88	2.03				
Beklenen Destek	Biraz Ağrı	32	6.51	1.10	20.81	3	0.00**	Çok Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Biraz, Fazla - Biraz, Fazla - Dayanılmaz
	Çok Fazla Derecede Ağrı	51	4.15	1.72				
	Dayanılmaz Derecede Ağrı	23	3.20	1.32				
	Fazla Derecede Ağrı	44	4.80	1.87				
Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	Biraz Ağrı	32	6.72	1.28	27.87	3	0.00**	Çok Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Biraz, Fazla - Biraz, Dayanılmaz - Çok Fazla, Fazla - Çok Fazla, Fazla - Dayanılmaz
	Çok Fazla Derecede Ağrı	51	4.08	1.68				
	Dayanılmaz Derecede Ağrı	23	2.86	1.24				
	Fazla Derecede Ağrı	44	4.85	1.86				

n: sayı *x*: ortalama *ss*: standart sapma *F*: One way ANOVA *df*:serbestlik derecesi *p* < 0.005 Post-hoc (Tukey):Gruplar arası çoklu karşılaştırma

Tablo 4.15 incelendiğinde; Fiziksel durum puanları açısından belirgin farklılıklar gözlemlenmektedir ($F(3, 143) = 28.29, p < 0.001$). Biraz ağrı hisseden bireylerin fiziksel durum puanı ortalama 7.15'tir. Dayanılmaz ağrı bildiren bireylerde bu değer 2.74'e kadar gerilemiştir. Fiziksel iyilik halinin, yaşanan ağrı düzeyine doğrudan bağlı olarak azaldığı görülmektedir. Ağrı düzeyi yükseldikçe bedensel işlevlerde hissedilen yetersizlik de artmaktadır.

Bilgi düzeyi ortalamaları da gruplar arasında anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p < 0.001$). Ağrısı düşük olan bireylerde bilgi düzeyi yüksekken, dayanılmaz ağrı bildiren bireylerin ortalaması belirgin şekilde düşüktür. Farklı gruplar arasında yapılan tüm ikili karşılaştırmalar anlamlı gözlendi.

Algılanan başa çıkma becerileri açısından da ciddi farklar tespit edildi ($p < 0.001$). Biraz ağrı hisseden bireylerin başa çıkma ortalaması 6.56'dır ve bu tüm gruplar içinde en yüksek değerdir. Dayanılmaz ağrı yaşayan bireylerde bu değer 2.78'e kadar düşmektedir. Beklenen destek alt boyutunda da farklılıklar dikkat çekici düzeydedir ($p < 0.001$). Ağrısı az olan bireylerin destek algısı daha yüksek düzeyde seyretmektedir. En düşük destek puanı, dayanılmaz ağrı bildiren bireylerde gözlemlendi. Gruplar arasındaki farkların çoğu post-hoc analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Taburculuğa hazır olma düzeyi açısından fark en yüksek düzeydedir ($p < 0.001$). Biraz ağrı hisseden bireylerin ortalaması 6.72 iken, dayanılmaz ağrı bildirenlerin puanı 2.86'dır. Ağrının artmasıyla bireylerin ev ortamına geçişe dair güvenleri belirgin biçimde azalmaktadır.

Tablo 4.16: Taburculuğa Hazır Olma ve Alt Boyutlar İlişkisi (N=150)

	1	2	3	4	5
1. Fiziksel Durum	1.00				
2. Bilgi	0.93**	1.00			
3. Algılanan Başa Çıkma	0.84**	0.91**	1.00		
4. Beklenen Destek	0.86**	0.87**	0.92**	1.00	
5. Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi	0.95**	0.97**	0.96**	0.95**	1.00

Pearson Korelasyon Testi **p<0.01

Tablo 4.16’da, taburculuğa hazır olma düzeyi ile bu yapının dört alt boyutu arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile test edildi. Fiziksel durum ile bilgi düzeyi arasında oldukça güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki bulundu ($p < .01$). Fiziksel durum ile algılanan başa çıkma düzeyi arasındaki korelasyon da yüksek düzeyde idi ($p < .01$). Destek beklentisi ile fiziksel durum arasındaki ilişki de oldukça yüksek bulundu ($p < .01$).

İlişkisel yapılar incelendiğinde, bilgi düzeyi ile algılanan başa çıkma arasında .91 düzeyinde pozitif ve anlamlı korelasyon elde edildi ($p < .01$). Bilgi ile beklenen destek arasındaki ilişki de çok güçlü bulundu ($p < .01$). Baş etme becerisi arttıkça bireyin destek algısının da güçlendiği görüldü ($p < .01$). Korelasyon katsayılarının tamamı 0.84’ün üzerinde seyretmektedir.

Taburculuğa hazır olma toplam düzeyi, her bir alt boyutla ayrı ayrı anlamlı ve güçlü korelasyonlar sergiledi. Fiziksel durum ile taburculuğa hazır olma düzeyi arasındaki ilişki .95’tir ($p < .01$). Bilgi düzeyiyle korelasyon katsayısı .97’ye ulaşmaktadır ($p < .01$). Algılanan başa çıkma ile korelasyon değeri .96’dır ($p < .01$) ve beklenen destekle olan ilişki de .95 düzeyindedir ($p < .01$). Alt boyutların tamamı, hazır olma düzeyi ile yüksek düzeyde yordayıcı ilişkiler sergilemektedir.

Tüm bu korelasyonlar 0.84 ile 0.97 arasında yer almakta ve tamamı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Bu durum, taburculuk algısının yalnızca tek bir faktöre değil, birbirini güçlendiren dört farklı psikososyal ve bilişsel boyuta dayandığını göstermektedir. Ölçeğin yapısal bütünlüğü korelasyon verileri ile de desteklenmektedir. Değişkenler arasında düşük düzeyde hiçbir ilişki bulunmamaktadır. Yüksek etkileşim ağı, ölçüm yapısının güvenilirliğine katkı sunmaktadır.

4.17. YORDAYICI ANALİZLER

Tablo 4.17: Ağrı Düzeyi ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Düzeyi Yordamasına Yönelik Basit Doğrusal Regresyon Analizi

Model	B	Sh	β	R	R ²	t	p	F	ANOVA p	VIF
Sabit	8.34	0.43				19.50	<.001	82.01	<.001	
Ağrı düzeyi	-0.58	0.06	-0.6	0.6	0.36	-9.06	<.001			1.00

B:Bağımsız değişken regresyon katsayısı;Sh:Standart hata β : Standartlaştırılmış regresyon katsayısıR:Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki toplam ilişki düzeyi.; R²: Modelin bağımlı değişken üzerindeki açıklayıcılık oranı;t:Değişkenin regresyondaki etkisinin anlamlılığını test eden istatistik değeri;F:ANOVA;p:ANOVA anlamlılık düzeyi; VIF:Varyans şişirme faktörü.

Tablo 4.17’de, ameliyat sonrası ağrı düzeyinin, bireylerin taburcu olmaya hazır olma düzeyini yordama gücü basit doğrusal regresyon modeliyle test edildi. Model anlamlı bulundu, açıklanan varyans oranı %36 düzeyinde saptandı ($R^2 = .36$, $F(1, 148) = 82.01$, $p < .001$). Regresyon katsayısı negatif yönlüdür ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($B = -0.58$, $p < .001$). Ağrı düzeyi arttıkça bireylerin kendilerini taburcu olmaya daha az hazır hissettikleri görüldü.

Modelde varyans açıklama oranının yüksek olması, ağrının bireyin öznel hazır olma algısını önemli düzeyde etkilediğini göstermektedir. Katsayıların negatif yönlü olması, ağrının artış göstermesinin hazır olma üzerinde olumsuz yönde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Regresyon modeli tek değişkenlidir, bu nedenle etki yalnızca ağrı düzeyine atfedilmektedir. VIF değeri 1.00 olarak hesaplanmıştır ve modelde çoklu doğrusal bağlantı sorunu bulunmadığını göstermektedir. Tüm veriler anlamlı, tutarlı ve yorumsal açıdan güçlü bir yordama ilişkisini yansıtmaktadır.

Tablo 4.18: Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	β	B	t	p
Model 1				
Cinsiyet (referans = Erkek): Kadın	-0.043	-0.176	-0.453	.651
Medeni Durum (referans = Bekar): Evli	0.067	0.276	0.594	.554
Eğitim (referans = Üniversite mezunu)				
Lise mezunu	0.016	0.069	0.079	.937
Ortaokul mezunu	-0.024	-0.185	-0.178	.859
Yüksekokul	0.028	0.115	0.130	.897
Gelir Durumu (referans = Giderden az)				
Gelir giderden fazla	0.117	0.556	0.466	.642
Gelir gidere denk	-0.010	-0.047	-0.041	.967
Yaş	0.085	0.019	0.774	.440
Kilo	0.072	0.007	0.557	.578
Boy	0.050	0.008	0.470	.639
BKİ (Beden Kitle İndeksi)	-0.150	-0.058	-1.165	.246
R² = .065, Düzeltilmiş R² = -.017, F(11, 125) = 0.80, p = .640				
Model 2				
Cinsiyet (referans = Erkek): Kadın	-0.046	-0.189	-0.465	.642
Medeni Durum (referans = Bekar): Evli	0.060	0.247	0.524	.601
Eğitim (referans = Üniversite mezunu)				
Lise mezunu	0.036	0.159	0.179	.858
Ortaokul mezunu	0.010	0.081	0.076	.939
Yüksekokul	0.033	0.133	0.150	.881
Gelir Durumu (referans = Giderden az)				
Gelir giderden fazla	0.134	0.638	0.520	.604
Gelir gidere denk	0.012	0.056	0.049	.961
Yaş	0.071	0.016	0.575	.566
Kilo	0.056	0.006	0.432	.666
Boy	0.058	0.009	0.537	.592
BKİ	-0.135	-0.052	-1.040	.301
Sigara Kullanımı (referans = Evet): Hayır	0.053	0.217	0.547	.586
Alkol Kullanımı (referans = Evet): Hayır	-0.005	-0.025	-0.051	.959
Düzenli İlaç Kullanımı (referans = Evet): Hayır	-0.322	-1.316	-1.501	.136

Tablo 4.18(Devam): Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	β	B	t	p
Kronik Hastalık (referans = Var): Yok	0.362	1.471	1.789	.076
R² = .092, Düzeltilmiş R² = -.021, F(15, 121) = 0.82, p = .654				
Model 3				
Cinsiyet (referans = Erkek): Kadın	-0.025	-0.102	-0.322	.748
Medeni Durum (referans = Bekar): Evli	0.044	0.181	0.493	.623
Eğitim (referans = Üniversite mezunu)				
Lise mezunu	-0.088	-0.383	-0.555	.580
Ortaokul mezunu	-0.056	-0.436	-0.527	.599
Yüksekokul	-0.068	-0.278	-0.400	.690
Gelir Durumu (referans = Giderden az)				
Gelir giderden fazla	0.038	0.181	0.190	.850
Gelir gidere denk	-0.047	-0.215	-0.240	.810
Yaş	-0.016	-0.004	-0.169	.866
Kilo	0.216	0.022	2.115	.036
Boy	-0.037	-0.006	-0.441	.660
BKİ	-0.239	-0.092	-2.354	.020
Sigara Kullanımı (referans = Evet): Hayır	0.078	0.320	1.036	.302
Alkol Kullanımı (referans = Evet): Hayır	0.092	0.464	1.189	.237
Düzenli İlaç Kullanımı (referans = Evet): Hayır	-0.300	-1.225	-1.797	.075
Kronik Hastalık (referans = Var): Yok	0.317	1.288	2.014	.046
Ağrı düzeyi	-0.637	-0.626	-8.962	<.001
R² = .456, Düzeltilmiş R² = .384, F(16, 120) = 6.29, p < .001				
Model	R²	F	p	
1	.065			
2	.092	1.46	.217	
3	.456	80.31	<.001	

β : Standartlaştırılmış regresyon katsayısı; B:Bağımsız değişken regresyon katsayısı; t: Değişkenin anlamlılık düzeyini test eden t değeri; R²: Modelin bağımlı değişken üzerindeki açıklayıcılık oranı;Düzeltilmiş R²: Değişken sayısı dikkate alınarak düzeltilmiş açıklayıcılık oranı

Tablo 4.18’de yer alan Model 1, taburcu olmaya hazır olma düzeyini yordamak amacıyla temel demografik ve fizyolojik değişkenlerin etkisini test etmektedir. Bu modelde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaş, kilo, boy ve beden kitle indeksi gibi değişkenler yer almaktadır. Modelin genel anlamlılık testi istatistiksel olarak anlamlı değildir (F(11, 125) = 0.80, p = .640). Ayrıca açıklanan varyans oldukça düşüktür (R² = .065), düzeltilmiş R² değeri ise negatife düşmektedir (Adj. R²=-0.017). .Bu yapısal durum, modeldeki değişkenlerin taburculuğa hazır olma düzeyini açıklamada yetersiz kaldığını göstermektedir.

Model 1 içerisinde yer alan hiçbir değişkenin regresyon katsayısı anlamlı düzeye ulaşmamıştır. En yüksek etki $\beta = -0.150$ ile beden kitle indeksine ait olmakla birlikte bu katsayı da anlamlı bulunmamıştır ($p = .246$). Cinsiyetin (Kadın) β katsayısı -0.043 , medeni durumun (Evli) β katsayısı 0.067 olarak hesaplanmıştır ve her ikisi de $p > .05$ düzeyindedir. Eğitim düzeyinin tüm alt kategorilerinde (lise, ortaokul, yüksekokul) üniversite mezunlarına göre anlamlı bir farklılık gözlemlenmemektedir. Gelir durumu, yaş, kilo ve boy gibi değişkenler de benzer şekilde düşük etkiler üretmektedir.

Model 2’de, Model 1’e ek olarak bireylerin sağlık alışkanlıklarına dair değişkenler modele dahil edilmiştir. Bu değişkenler arasında sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli ilaç kullanımı ve kronik hastalık bulunma durumu yer almaktadır. Modelin genel varyans açıklama oranı biraz artmış görünmektedir ($R^2 = .092$) fakat model yine anlamlı değildir ($F(15, 121) = 0.82, p = .654$). Modelin düzeltilmiş R^2 değeri -0.021 olarak hesaplanmıştır, bu da modele eklenen değişkenlerin açıklayıcılığı artırmak yerine az bir katkı sağladığını göstermektedir.

Model 2’de yer alan yeni değişkenlerden hiçbiri anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Ancak düzenli ilaç kullanımı ve kronik hastalık değişkenleri, sınırdan anlamlılık düzeyine yaklaşan sonuçlar üretmiştir. Düzenli ilaç kullanmayan bireylerde taburculuğa hazır olma puanı ortalama 1.316 puan daha düşük hesaplanmıştır ($p = .136$). Kronik hastalığı olmayan bireylerde bu değer 1.471 puan artmaktadır ve p değeri $.076$ ’dır. Bu iki değişkenin etkisi sınıra yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemektedir.

Model 3 ile birlikte, modele ağrı düzeyi değişkeni dahil edilmiştir ve modelin açıklayıcılığı çarpıcı biçimde artmıştır. Model 3’ün varyans açıklama oranı $\%45.6$ ’ya yükselmiştir ($R^2 = .456$) ve düzeltilmiş R^2 değeri $.384$ olarak hesaplanmıştır. Modelin genel anlamlılığı istatistiksel olarak güçlüdür ($F(16, 120) = 6.29, p < .001$). Modeldeki en güçlü yordayıcı değişken ağrı düzeyi olup, negatif yönlü ve oldukça güçlü bir etki göstermektedir ($B = -0.626, \beta = -0.637, p < .001$). Bu değişkenin modele eklenmesiyle anlamlılık düzeyine ulaşan diğer bazı değişkenler de gözlemlenmiştir.

Model 3’te kilo değişkeni pozitif ve anlamlı bir etkide bulunmuştur ($B = 0.022, \beta = 0.216, p = .036$). Kilo arttıkça bireylerin taburculuğa hazır olma düzeyleri de

artmaktadır. Bu durum, bedensel algı veya metabolik dirençle bağlantılı bir yapının etkisine işaret etmektedir. Aynı modelde beden kitle indeksi (BKİ) değişkeni ise negatif ve anlamlı etki göstermektedir ($B = -0.092$, $\beta = -0.239$, $p = .020$). BKİ yükseldikçe hazır olma düzeyi azalmaktadır. Kilo ile BKİ'nin zıt yönlü etkileri dikkat çekici bir ilişki biçimi ortaya koymaktadır.

Model 3'te kronik hastalık değişkeni de istatistiksel olarak anlamlı hale gelmiştir ($B = 1.288$, $\beta = 0.317$, $p = .046$). Kronik hastalığı olmayan bireylerin taburculuğa hazır olma düzeyleri, hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu fark daha önceki modellerde sınırdan kalırken, ağrı düzeyi kontrol altına alındığında istatistiksel olarak belirgin hale gelmiştir. Diğer yandan, düzenli ilaç kullanımı değişkeni anlamlılık sınırına oldukça yaklaşmakla birlikte anlamlı kabul edilmemektedir ($B = -1.225$, $\beta = -0.300$, $p = .075$). Alkol ve sigara kullanımı gibi alışkanlık değişkenlerinin ise anlamlı etkisi bulunmamaktadır.

Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin Model 3'teki etkileri oldukça düşüktür. Hiçbir kategori istatistiksel olarak anlamlı hale gelmemiştir. Bu durum, sosyodemografik faktörlerin ağrıya kıyasla oldukça zayıf yordayıcılar olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi alt kategorileri negatif yönlü etki üretmektedir, ancak p değerleri oldukça yüksektir. Gelir durumu değişkenleri de modele kayda değer bir katkı sunmamaktadır.

Model karşılaştırması yapıldığında, yalnızca Model 3 anlamlı bulunmuştur ($F = 80.31$, $p < .001$). İlk iki modelin varyans açıklama oranı %10'un altında kalırken, üçüncü modelde bu oran %45'e ulaşmaktadır. Ağrı düzeyi değişkeni bu modelde temel yordayıcı konumundadır. R^2 farkı yaklaşık .36 düzeyindedir ve bu fark anlamlı düzeyde modelin gücünü artırmaktadır. İlk iki modelin aksine, üçüncü model regresyon analizinin güvenilirliğini istatistiksel olarak doğrulamaktadır.

Hiyerarşik regresyon sonuçları değerlendirildiğinde, ağrı düzeyinin taburculuğa hazır olma düzeyini belirlemede açık ara en güçlü değişken olduğu görülmektedir. Modele diğer değişkenler eklendiğinde anlamlılık kazanamayan birçok yapının, ağrı düzeyi kontrol edildiğinde etkisiz kaldığı tespit edilmiştir. Kilo, beden kitle indeksi ve kronik hastalık varlığı Model 3'te anlamlı hale gelen destekleyici değişkenler arasında yer almaktadır. Modelin tahmin gücü yalnızca istatistiksel olarak değil, açıklanan varyans oranı açısından da yüksektir. Model 3'ün performansı, araştırmanın yordama gücünü önemli ölçüde desteklemektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

Bariatric cerrahi sonrası hastaların ağrı düzeyinin taburculuğu hazır olma düzeyi üzerine etkisini incelediğimiz çalışmada taburcu olmaya hazır olma ölçeği puanları düşük (4.66 ± 2.01) ve ağrı düzeyleri orta derecede bulundu (Tablo 4.2). Hastaların taburcu olmaya hazır olmadıkları ve ağrı düzeylerinin de fazla olmadığı saptandı. Benzer şekilde Brent ve Coffey (2013), Yang ve diğ. (2020), Öztürk ve diğ. (2023) farklı cerrahi girişim uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların taburcu olmaya hazır olmadıklarını bulmuştur. Ancak farklı sonuç bulan çalışmalar da mevcuttur. İç hastalıkları ve cerrahi kliniklerde yatan hastalar ile yapılan çalışmalarda, Qiu ve diğ. (2019) hastaların taburcu olmaya hazır olma durumlarını orta düzeyde Weiss ve diğ. (2007) yüksek düzeyde bulmuştur. Bu çalışma sonucuna göre ağrı düzeyinin orta düzeyde olması ağrı yönetimine olan hassasiyeti ortaya koymaktadır. Taburculuğa hazır olma düzeyinin düşük bulunması hastaların hastanede kalma süresinin kısa olması ile açıklanabilir.

Tanıttıcı özellikler ile ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma ölçeği alt boyutlar ilişkisine baktığımızda; cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek bireylerin ağrı algısı veya başa çıkma becerileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Oysa önceki araştırmalarda kadın bireylerin ağrıyı daha yoğun hissettikleri ve daha açık biçimde ifade ettikleri bildirilmektedir (Stratton ve diğ., 2024; Çakmak ve diğ., 2019, Mogil, 2020; Fillingim ve diğ., 2009). Bu farklılığın ortaya çıkmaması, kadınların daha güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olmaları ve bu desteğin ağrı deneyimini dengelemesiyle açıklanabilir (Tablo 4.3).

Medeni durumun da ağrı deneyimi ya da taburculuğa hazır olma düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı gözlemlenmektedir. Bazı araştırmalarda evli bireylerin sosyal destek ağlarının daha güçlü olduğu ve bu durumun iyileşme sürecini desteklediği ifade edilmektedir (Ratrou ve diğ., 2014). Ancak elde edilen bulgular, söz konusu avantajın bireysel başa çıkma stratejileriyle dengelenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Sosyal destek kaynaklarının varlığı, tek başına belirleyici olmaktan ziyade bireyin bu destekten ne ölçüde faydalandığıyla ilişkilidir (Tablo 4.4).

Eğitim düzeyi açısından da benzer bir desen ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyinin artmasının, bilgi edinme kapasitesi ya da sağlıklı baş etme yeterliği üzerinde olumlu bir etkisi olacağı varsayılmaktadır. Bazı çalışmalarda yüksek eğitim düzeyinin, bireylerin sağlık sistemine entegrasyonunu ve taburculuk sonrası bakım süreçlerine katılımını artırdığı ifade edilmektedir (Nurhayati ve diğ., 2019; Basri ve diğ., 2023). Ancak bu çalışmada eğitim düzeyine göre anlamlı farklılıkların oluşmaması, hastanede sunulan bilgilendirme süreçlerinin bireysel farklılıkları dengeleyecek düzeyde yapılandırılmış olabileceğine işaret etmektedir. Taburculuk eğitiminin içeriği ve sunum biçimi, bireylerin sahip olduğu formal eğitim düzeyinden bağımsız olarak bilgi edinmelerini sağlayabilmektedir (Tablo 4.5).

Araştırmada sosyoekonomik değişkenlerden biri olan gelir durumu da değerlendirilmiş ve belirli alanlarda anlamlı farklılıklar ortaya koymuştur. Fiziksel durum, beklenen sosyal destek ve taburculuğa hazır olma düzeyi, yüksek gelirli bireylerde daha olumlu değerlendirilmiştir. Klein ve diğ. (2016) prostat kanseri geçirmiş bireylerde benzer bir ilişki saptamış ve düşük sosyoekonomik düzeyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğunu belirtmiştir. Sengupta ve diğ. (2023) düşük gelirli bireylerde sağlık riski ve mortalite düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda elde edilen bulgular, yüksek gelir düzeyinin yalnızca fiziksel iyilik hâlini değil, sosyal destek algısını ve hazır olma düzeyini de olumlu etkilediğini göstermektedir (Tablo 4.6).

Literatürde sigara içen bireylerin daha yüksek ağrı düzeyi bildirdikleri ve daha fazla opioid kullanımına ihtiyaç duydukları yönünde bulgular yer almaktadır (Wang ve diğ., 2023). Ancak çalışmada anlamlı fark oluşmaması, ağrı deneyiminin yalnızca biyolojik faktörlerle değil, kültürel ifade biçimleriyle de ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Ağrıyı ifade etme biçimi, kültürel normlar, sosyal çevre ve bireysel beklentilere göre farklılık gösterebilmektedir. Sigara içmeyen bireylerin daha yüksek ağrı bildirmesi, bu tür kültürel faktörlerle açıklanabilecek bir yapı sergilemektedir (Tablo 4.7).

Alkol kullanımı değişkenine ilişkin analizlerde yalnızca ağrı düzeyi değişkeni anlamlılık sınırına yakın bir sonuç üretmiştir ($p = .06$). Furlan ve diğ. (2015) alkol kullanımının ağrı eşiğini etkileyebileceğini ve bu durumun ağrı yönetimini karmaşıklatabileceğini ifade etmektedir. Ayrıca Xia ve diğ. (2022) alkol kullanan bireylerde bazı biyokimyasal faktörlerin, özellikle D vitamini eksikliğinin, ağrı deneyimini etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Mevcut çalışmada elde edilen bulgular, bu yönlü bir etkileşimin varlığına dair işaretler sunmakta; ancak anlamlılık düzeyine ulaşmamaktadır (Tablo 4.8).

Düzenli ilaç kullanımı olan bireylerde, ağrı düzeyi, fiziksel durum, bilgi düzeyi, başa çıkma yeterliği ve sosyal destek algısı gibi parametrelerde anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum, medikal tedavinin öznel iyilik hâli üzerindeki etkisinin beklenenden daha sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Oysa bazı çalışmalarda, özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde ilaç uyumunun taburculuğa hazırlık düzeyini olumlu etkilediği bildirilmiştir. Zuo ve diğ. (2019) kronik hastalığı olup düzenli ilaç kullanan bireylerde verilen taburculuk eğitiminin kalitesinin, hazır olma düzeyiyle doğrudan ilişkili olduğunu saptamıştır. Ancak mevcut örnekleme bu ilişki istatistiksel anlamda desteklenmemiştir ve bunun hasta profilindeki çeşitlilik ya da ilaç kullanımına ilişkin motivasyon farklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Tablo 4.9).

Kronik hastalık değişkeni açısından değerlendirildiğinde, fiziksel durum düzeylerinde daha düşük ortalamaların saptanmış olması, kronik hastalığın bireyin fonksiyonel kapasitesi üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Wu ve diğ. (2023) KOAH hastalarında taburculuğa hazırlık düzeyinin düşüklüğünü, hastalığın neden olduğu fiziksel sınırlılıklara bağlamıştır. Bu açıdan bakıldığında, kronik hastalıkların özellikle fiziksel yeterlik alanında etkili olduğu ancak bilgi edinme ya da baş etme kapasitesi gibi bilişsel alt boyutlarda aynı etkiyi göstermediği anlaşılmaktadır. Nitekim mevcut çalışmada, kronik hastalığa sahip bireylerle olmayanlar arasında bilgi düzeyi ya da başa çıkma yeterliği bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu, kronik hastalığa sahip olmanın otomatik olarak bilgi artışı sağlamadığı ya da öz yeterlik inşasını garanti etmediğini göstermektedir (Tablo 4.10).

Cerrahi deneyim değişkeni de benzer bir sonuç üretmiş, daha önce ameliyat geçirmiş olmak ile taburculuk hazırlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Marsall ve diğ. (2023) önceki cerrahi süreçlerde kaliteli bir taburculuk eğitimi verilen bireylerin sonraki hastane deneyimlerinde daha yüksek uyum gösterdiğini belirtmiştir. Ancak mevcut çalışmada bu etkinin görülmemesi, geçmiş deneyimin her zaman pozitif bir öğrenme çıktısı doğurmadığını düşündürmektedir. Cerrahi süreçlerin niteliği, alınan eğitimin içeriği ve bireyin önceki deneyimden ne ölçüde faydalandığı gibi değişkenler bu farklılığı açıklayabilecek unsurlar arasında yer almaktadır. Önceki cerrahi deneyim, hastaneye adaptasyon sürecinde tek başına belirleyici olmamaktadır (Tablo 4.11).

Benzer biçimde, ameliyat sonrası ağrıya dayanıklılık durumu da fiziksel iyilik hâli ve taburculuğa hazırlık düzeyleri üzerinde beklenen etkiyi göstermemektedir. Han ve Hou (2021) ameliyat sonrası ağrının zamanla azaldığını ve bireyin taburculuğa ilişkin değerlendirmesini uzun vadede etkilemediğini belirtmiştir. Ağrının kişisel deneyim olarak algılanması ve kontrol altında tutulabilirliği, bireylerin öznel değerlendirmelerinde daha etkili hale gelmektedir. Bu

nedenle yalnızca ağrıya dayanıklılığa odaklanan ayrımlar, hazırlık düzeyini açıklamakta yetersiz kalabilmektedir (Tablo 4.12).

Ameliyat öncesi bilgilendirmenin etkisine dair çelişkili bulgular da dikkat çekmektedir. Barboza ve diğ. (2023) ameliyat öncesi verilen eğitimin hem ağrı yönetimini hem de memnuniyet düzeylerini artırdığını belirtmiştir. Ancak çalışmada, ağrı yönetimi hakkında bilgi alan bireylerle almayanlar arasında bilgi düzeyi ve diğer taburculuk alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu farklılık, bilgilendirmenin yalnızca verilmesiyle değil, nasıl sunulduğu ve birey tarafından nasıl içselleştirildiğiyle açıklanabilir. Dams ve diğ. (2022) çalışmasında eğitimin bireylerin işlevsellik düzeyine etkisinin sınırlı olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, bilginin etkisinin içeriği kadar bireysel özümseme kapasitesine de bağlı olduğunu göstermektedir (Tablo 4.13).

Literatürle kurulan karşılaştırmalı yapının derinleştiği bir diğer bulgu kümesi, bireylerin ameliyat sonrası ağrıya verdikleri önem düzeyleri ile taburculuk değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi kapsamaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu ağrıyı “önemli” veya “çok önemli” olarak tanımlamış olsa da, ağrı düzeyi ve taburculuğa hazır olma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ağrıya atfedilen önem ile hissedilen fiziksel deneyim arasında kopukluk olduğunu düşündüren bu bulgu, bilişsel değerlendirme ile duyuşsal deneyim arasındaki örtüşmezliğe işaret etmektedir. Saito ve diğ. (2023) tarafından yapılan çalışmada da benzer biçimde, semptom şiddeti ile bireylerin bu semptomlara yüklediği anlam arasında çelişkiler bulunduğu belirtilmiştir. Ağrının birey üzerindeki etkisi yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda algısal düzeyde şekillendiği için, ağrıyı önemli bulan bireyler her zaman daha yüksek ağrı bildiriminde bulunmamaktadır (Tablo 4.14).

Ağrı düzeyinin artış göstermesiyle birlikte taburculuğa ilişkin tüm temel değişkenlerde anlamlı düşüşler saptanmıştır. Fiziksel durum, bilgi düzeyi, başa çıkma yeterliği, destek beklentisi ve hazır olma düzeyi puanlarının, ağrı düzeyinin yükseldiği gruplarda kayda değer biçimde azaldığı görülmektedir. Bu durum, ağrının bireyin sağlıklı baş etme kapasitesini hem fiziksel hem de psikolojik düzlemde baskıladığını göstermektedir. Xu ve diğ. (2024) tarafından yürütölen bir çalışmada da ameliyat sonrası ağrı düzeyinin, hem fiziksel iyileşme süreci hem de taburculuk memnuniyeti üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde, Ten Doesschate ve diğ. (2022) taburcu olurken yüksek ağrı düzeyi yaşayan bireylerin daha sonra kronik ağrı geliştirme riskinin arttığını ortaya koymuştur (Tablo 4.15).

Araştırmada dikkat çeken bir diğer bulgu, taburculuğa hazır olma düzeyi yapısının alt boyutları ile toplam puan arasında oldukça yüksek korelasyonlar tespit edilmiş olmasıdır. Fiziksel durum, bilgi düzeyi, başa çıkma becerileri ve destek algısı gibi yapıların her biri, taburcu olmaya hazır olma düzeyi ile yüksek düzeyde ilişkili bulundu. Korelasyon katsayılarının 0.84 ile 0.97 arasında değişmesi, taburculuk sürecinin çok boyutlu ve birbirine bağlı alanlar üzerinden şekillendiğini göstermektedir. Xia ve diğ. (2023) Çin’de sezaryen geçirmiş bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmada, fiziksel iyilik hâli ve sosyal destek algısının hazır olma düzeyi üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğunu bildirmiştir. Elde edilen korelasyon desenleri, söz konusu bütüncül yapının çalışmanın örnekleminde de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.16).

Bilgi düzeyinin, taburculuğa hazır olma düzeyinin en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu yönündeki bulgular (Doğan ve diğ., 2024), bu çalışmada da doğrulandı. Michalski ve diğ. (2020) kalp krizi sonrası bireylerde bilgi seviyesindeki artışın, taburculuk puanlarını doğrudan etkilediğini belirtmiştir. Bu doğrultuda, mevcut çalışmada bilgi düzeyi ile hazır olma düzeyi arasındaki korelasyon 0.97 olarak hesaplanmış ve literatürde bildirilen güçlü ilişkileri desteklemiştir. Bilgi edinmenin yalnızca kavramsal farkındalık değil, aynı zamanda duygusal hazırlık, planlama kapasitesi ve kontrol hissi gibi etkenleri de içerdiği görülmektedir. Bilginin işlevsel biçimde içselleştirilmesi, bireylerin süreci yönetme konusundaki özgüvenlerini pekiştirmektedir (Tablo 4.16).

Taburculuk sürecinde etkili olan bir diğer faktör, bireyin başa çıkma yeterliği ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkidir. Meng ve diğ. (2020) kaygı bozukluğu olan bireylerde destek beklentisinin ve kişisel sosyal statünün taburculuk algısını etkilediğini vurgulamıştır. Başa çıkma becerilerinin yüksek olduğu bireylerde destek arama davranışlarının daha organize ve işlevsel olduğu görülmektedir. Çalışmada bu iki değişken arasındaki korelasyon 0,92 olarak hesaplanmış ve bireylerin sosyal ağlardan beklentilerini, kişisel psikolojik kaynaklarla birlikte değerlendirdiklerini göstermiştir. Sosyal destek ihtiyacı yalnızca dışsal yardım arayışı değil, aynı zamanda bireyin güvenlik, özerklik ve yeterlik duygularını pekiştirme ihtiyacıdır (Tablo 4.16).

Çalışmanın genel örnekleminde ağrı düzeyi ile demografik ya da yaşam tarzı değişkenleri arasında anlamlı ilişki saptanmamış olsa da, ağrı bireylerin tüm deneyimlerini etkileyen merkezi bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Mevcut çalışmada taburculuğa hazır olma düzeyi ile ağrı arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin ağrı düzeyi arttıkça fiziksel iyilik hâli, bilgi edinme motivasyonu, başa çıkma yeterliliği ve destek beklentileri

olumsuz yönde etkilenmektedir. Benzer şekilde Ekediegwu ve diğ. (2024) çalışmasında da ağrı düzeyi arttıkça kişinin fiziksel iyilik hâli, bilgi edinme motivasyonu, başa çıkma yeterliliği ve destek beklentilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu nedenle ağrının klinik değerlendirmesi, taburculuk süreciyle eş zamanlı ele alınmalıdır (Tablo 4.17).

Elde edilen veriler, sosyodemografik ve yaşam tarzı değişkenlerinin taburculuğa hazır olma üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu, ancak ağrı düzeyinin güçlü bir yordayıcı olduğunu göstermektedir. Model karşılaştırmaları da bu durumu desteklemektedir. Demografik ve sağlık alışkanlıkları değişkenlerinin yer aldığı ilk iki regresyon modeli anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Ancak ağrı değişkeninin eklendiği üçüncü model yüksek açıklayıcılık düzeyine sahip olmuş ve modelin anlamlılığı istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Ağrı düzeyi, bu yönüyle bireyin hastaneden taburcu olmaya psikolojik ve fiziksel olarak ne ölçüde hazır olduğunu en belirgin biçimde ortaya koyan değişken konumundadır (Tablo 4.18).

Çalışmanın genel değerlendirmesi yapıldığında, taburculuk hazırlığının çok boyutlu bir yapı olduğu bir kez daha teyit edilmiştir. Fiziksel sağlık, bilgi birikimi, başa çıkma stratejileri ve sosyal destek sistemlerinin birbirini tamamlayan yapılar olarak çalıştığı anlaşılmaktadır. Literatürdeki çeşitli modellemeler ve çalışmalar (Uwera ve diğ., 2024; Galvin ve diğ., 2017) bu bütünsel yapının evrensel geçerliliğini desteklemektedir. Araştırmada elde edilen bulgular, bireyin hazır olma düzeyinin tekil faktörlerle değil, çoklu ve etkileşimli değişkenlerle belirlendiğini ortaya koymaktadır.

İlk iki modelde yer alan demografik ve sağlık alışkanlıklarına ilişkin değişkenler, hazır olma düzeyini açıklamada anlamlı düzeyde katkı sunmadı. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi gibi demografik özellikler, taburculuk sürecine etkileri bakımından ikincil düzeyde değişkenler olarak kaldı. Xia ve diğ. (2023) sezaryen sonrası yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşmış ve sosyodemografik faktörlerin taburculuk hazırlığını doğrudan etkilemediğini belirtmiştir. Özellikle yaş, cinsiyet ya da medeni durum gibi yapılar, bireyin subjektif hazır olma düzeyi değerlendirmesinde sınırlı belirleyicilik taşımaktadır (Tablo 4.18).

Modelin ikinci aşamasında eklenen sağlık alışkanlıkları da benzer biçimde modelin açıklayıcılığını arttırmadı. Sigara kullanımı, alkol tüketimi, düzenli ilaç kullanımı ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerin etkisiz kalması, bu tür alışkanlıkların yalnızca uzun vadeli sağlık çıktıları üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Tong ve diğ. (2021) çocuklarda tip 1 diyabet üzerine yaptıkları çalışmada, sadece bilginin değil, bütüncül planlamanın ve izleme süreçlerinin biyolojik çıktılarda etkili olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, sağlık

alışkanlıklarının taburculuk sürecindeki etkisinin anlık değerlendirmelere göre değil, kapsamlı sağlık geçmişi ve bakım planlaması ile birlikte ele alınması gerekmektedir. Kronik hastalık ya da ilaç kullanımı gibi faktörler ancak çok boyutlu bağlamlarda etkili hale gelmektedir(Tablo 4.18).

Ağrı düzeyinin modele dahil edilmesiyle birlikte yalnızca ağrı değil, bazı fizyolojik ve klinik değişkenler de anlamlı hale geldi. Kilo değişkeni pozitif yönde, BKİ ise negatif yönde anlamlı yordayıcılar olarak belirlendi. Bu bulgu, sadece toplam vücut ağırlığının değil, vücut yapısı ve metabolik yükün bireyin kendine ilişkin değerlendirmesini etkilediğini düşündürmektedir. Yoshimura ve diğ. (2023) kalp yetmezliği hastalarında fiziksel işlevselliğin taburculuk hazırlığı üzerinde belirleyici olduğunu saptamıştır. Vücut yapısı, yalnızca fiziksel kapasiteyle değil, aynı zamanda bireyin öz algısı ve psikolojik yeterlik duygusuyla da ilişkili olarak değerlendirilmelidir (Tablo 4.18).

Ağrı dışında anlamlı hale gelen bir diğer değişken kronik hastalık varlığıdır. Kronik hastalığı olmayan bireylerde taburculuğa hazır olma düzeylerinin daha yüksek olması, uzun süreli sağlık sorunlarının bireylerde evdeki iyileşme sürecine dair endişe oluşturabileceğine işaret etmektedir. Rahmahwati ve diğ. (2021) kalp hastaları ve sezaryen geçiren bireylerde benzer şekilde kronik durumların hazır olma düzeyi üzerinde olumsuz etkiler yarattığını belirtmiştir. Kronik hastalıkların sürekli izlem gerektirmesi, taburculuk sonrası bireysel özyönetim kapasitesini sınırlandırmaktadır. Bu nedenle fiziksel sınırlılıklar kadar duygusal yüklerin de hazır olma düzeyini etkilediği görülmektedir (Tablo 4.18).

Düzenli ilaç kullanımı değişkeni anlamlılık sınırına yakın bir düzeyde kalmıştır. Bu durum, hastalık yönetimi deneyiminin her bireyde aynı etkiyi doğurmadığını, bireyler arası büyük farklılıklar olabileceğini düşündürmektedir. Zuo ve diğ. (2019) öğretim kalitesi yüksek olan hastanelerde, bireylerin ilaç uyumu ve bilgi düzeyleriyle ilgili memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. İlaç kullanımı alışkanlığının etkisi, yalnızca medikal tedaviye değil, aynı zamanda bireyin eğitime erişimi, anlama kapasitesi ve sağlık inançlarına da bağlı olarak değişebilmektedir. Dolayısıyla ilaç kullanımına dair tekil göstergeler, taburculuk hazırlığını anlamada yetersiz kalabilmektedir (Tablo 4.18).

Bu alışkanlıklar, uzun vadeli sağlık sonuçları açısından önemli risk faktörleri olarak kabul edilse de, bireyin hastaneden ayrılmaya hazır hissetmesi üzerinde doğrudan belirleyici olmamaktadır. Megasari ve diğ. (2018) kas-iskelet cerrahisi geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, yaşam tarzı alışkanlıklarının taburculuk algısı üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu belirtmiştir. Bireylerin hazır olma düzeyi değerlendirmeleri, günlük

alışkanlıklar yerine anlık fiziksel durum, ağrı deneyimi ve bilgi algısı gibi daha somut bileşenlerle şekillenmektedir. Bu nedenle sigara ya da alkol kullanımı, taburculuk anındaki karar süreçlerinde arka planda kalabilmektedir (Tablo 4.18).

Demografik değişkenler, son modelde de anlamlılık göstermedi. Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyine ait tüm kategorilerin etkisiz kalması, bireyin kendini taburculuğa ne ölçüde hazır hissettiğini belirleyen temel faktörlerin kişisel özelliklerden çok klinik ve duygusal deneyimlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Zhang ve diğ. (2023) geniş örneklemle yürüttükleri bibliyometrik analizde de benzer biçimde demografik değişkenlerin etkisinin sınırlı olduğunu ortaya koymuştur. Bireysel özelliklerin değil, hastanede yaşanan deneyimin, bilgi edinme sürecinin ve ağrı kontrolünün, bireyin hazır olma düzeyi değerlendirmesinde daha etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu bulgu, klinik süreçlerin bireyselleştirilmiş biçimde yapılandırılması gereğini işaret etmektedir (Tablo 4.18).

Model 3'ün toplam açıklayıcılığı %45.6 düzeyine ulaşarak önceki modellerin oldukça üzerine çıkmıştır. Bu artış, taburculuk değerlendirmesinde bireysel değişkenler yerine klinik deneyimlerin, özellikle de ağrı düzeyinin belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Xia ve diğ. (2023) hemşirelik girişimlerinin ağrı yönetimiyle ilgili bilgi ve destek sunması durumunda taburculuk sürecine uyumun anlamlı biçimde yükseldiğini raporlamıştır. Literatürle uyumlu şekilde, elde edilen modelin iç geçerliliği yüksek bulundu ve klinik gözlemlerle paralellik arz eden sonuçlar üretti. Ağrının bu kadar güçlü bir yordayıcı olması, bireylerin fiziksel durumlarının ötesinde, duygusal ve davranışsal hazırlığının ağrı algısıyla yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir (Tablo 4.18).

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda, taburculuk sürecinde bireylerin en çok etkileyen değişkenin ameliyat sonrası ağrı düzeyi olduğu net şekilde ortaya kondu. Poh ve diğ. (2018) hemşirelik bakım planlarında taburculuk öncesi ağrı eğitimi ve psikososyal desteğin bütüncül biçimde sunulmasının süreci iyileştirdiğini vurgulamıştır. Klinik ortamda ağrının yalnızca tedavi edilmesi değil, yönetilebilir hale getirilmesi ve bireye bu konuda kontrol duygusu kazandırılması, hazır olma düzeyini yükseltmektedir (Tablo 4.18).

5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI

Çalışma sadece bir hastanenin genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastalarla sınırlı olup hastalar bu konuda kendi deneyimlerini paylaşmaktadır. Çalışmanın verileri katılımcıların sayıları ile sınırlıdır.

5.3. SONUÇ

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puanları düşük (4.66 ± 2.01) ve ağrı düzeyleri orta derecede bulundu.

Çalışmada sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi) taburculuğa hazır olma üzerinde anlamlı farklılıklar yaratmadığı saptandı.

Sigara ve alkol kullanımı, düzenli ilaç tedavisi alma ve kronik hastalık varlığı gibi faktörler, istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadı. Yalnızca kronik hastalık değişkeni, ileri düzey analizlerde anlamlılık kazandı.

Fiziksel durum, bilgi düzeyi, algılanan başa çıkma becerisi ve beklenen sosyal destek gibi alt boyutlar, taburculuğa hazır olma ile yüksek düzeyde ilişkili bulundu.

Ağrı düzeyi değişkeni, çalışmanın en güçlü belirleyicisi olarak öne çıktı.

Gelir durumunun ileri analizlerde taburculuğa hazır olma üzerinde anlamlı etkisi bulundu.

Bilgi düzeyi, hazır olma düzeyi üzerinde yüksek yordayıcı güce sahip bir başka değişken olarak dikkat çekti.

Taburculuk sürecinde bireylerin en çok etkileyen değişkenin ameliyat sonrası ağrı düzeyi olduğu bulundu.

5.4.ÖNERİLER

Tüm bu bulgulardan elde edilen sonuçlara göre;

- Ağrı yönetiminin bireyselleştirilmesi, ameliyat sonrası ağrı düzeyinin taburcu olmaya hazır olma düzeyini güçlü biçimde etkilediği dikkate alınarak, her bireyin ağrı deneyimine özel planlama yapılması ve özellikle şiddetli ağrı yaşayan hastalar için farmakolojik ve non-farmakolojik desteğin eş zamanlı sunulması,
- Bilgi düzeyinin taburculuğa hazır olma üzerinde anlamlı etkisi göz önünde bulundurularak taburculuk öncesi eğitim protokollerinin yapılandırılması, cerrahi

sonrası bakım sürecine ilişkin ağrı yönetimi ile ilgili eğitimlerin hem yazılı hem sözlü olarak verilmesi, bireysel öğrenme düzeyine dikkat edilmesi,

- Fiziksel durum, başa çıkma düzeyi ve sosyal destek algısında yaşanan düşüşün ağrı düzeyine paralel şekilde arttığı göz önünde bulundurularak yüksek ağrı yaşayan bireylerin taburculuk süreçleri yeniden değerlendirilmesi,
- Özellikle ağrı toleransı düşük, destek sistemi zayıf veya bilgi düzeyi düşük hastalar için ek destek planları oluşturulması,
- Dayanılmaz ağrı bildiren bireylerde destek, eğitim ve psikolojik yardım süreçleri yoğunlaştırılması; hastanın erken taburcu edilmemesi ve evde bakım planlamasının yapılması,
- Ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönetiminin iyi yapılması, beklenen destek düzeyinin düşüklüğü taburculuk sürecini olumsuz etkilediğinden, hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme ve bakım eğitimi planları içine dahil edilmesi önerilir.

6.KAYNAKLAR

- American Nurses Association., 2024, *The nursing process*.
<https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>, [Ziyaret tarihi: 14 Aralık 2024].
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Formisano, G., Buchwald, H., ve Scopinaro, N., 2015, Bariatric surgery worldwide 2013. *Obesity surgery*, 25, 1822-1832.
- Armutcu Kuruş, Saniye Ö., 2025, *Tıknircasına yeme bozukluğu olan obezite tanılı bireylerde adiponektin rs266729 gen polimorfizminin çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisinin incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Aslan, M., 2020, Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma ölçeği – hemşire değerlendirme kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(2), 202–214. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2020.32486>
- Ayan, M., Taş, U., Söğüt, E., Arıcı, S., Karaman, S., Esen, M., & Demirtürk, F. (2013). Primer dismenore ağrılı hastalarda diklofenak sodyum ve parasetamol tedavi etkinliklerinin Vizüel Analog Ölçek kullanılarak karşılaştırılması. *Ağrı*, 25(2), 78–82.
- Aygün Çevik, B., 2024), *Elazığ beslenme ve obezite danışmanlığı hizmetleri birimi'ne başvuran kişilerde obezite sıklığı ve obeziteyi etkileyen faktörler*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
- Bal, C., & Acaroğlu, R., 2022, Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 927–946. <https://doi.org/10.47115/jshs.1194456>
- Barboza, H. R., Moosabba, M., Silva, F. D., & Lobo, A. S., 2023, Effectiveness of preoperative education and music intervention on postoperative outcomes among patients undergoing abdominal surgery: a quasi-experimental study. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2023/60507.17841>

- Basri, L. A., Milyani, A., Bahader, W., Alghamdi, A. M., Haider, M. A., Moemen, A. H., & Althoweb, Y., 2023, A survey to determine the knowledge, preference and perception towards labor analgesia among women in the ministry of health hospitals, Jeddah, Saudi Arabia. *Medical Science*, 27(131), 1-10. <https://doi.org/10.54905/disssi/v27i131/e31ms2738>
- Benaiges, D., Goday, A., Pedro-Botet, J., Más, A., Chillarón, J. J., ve Flores-Le Roux, J.A., 2015, Bariatric surgery: to whom and when?. *Minerva endocrinologica*, 40(2): 119-128.
- Berberoğlu, Z. ve Hocaoglu, Ç., 2021, Küresel sağlık sorunu obezite güncel gözden geçirme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552.
- Berk Özcan, Ç., 2021, Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *EGEGFD*, 37(1), 69-78.
- Blüher, M., 2019, Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5), 288-298.
- Brent, L., & Coffey, A., 2013, Patient's perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17(4), 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.01.001>
- Buxton, J., 2023, *Pain management: Non-opioid analgesics*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/ency/article/007489.htm> [Ziyaret Tarihi: 11 Mayıs 2025].
- Chang, S. H., Freeman, N. L. B., Lee, J. A., Stoll, C. R. T., Calhoun, A. J., Eagon, J. C. ve Colditz, G. A., 2018, Early major complications after bariatric surgery in the USA, 2003–2014: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(4), 529-537.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., ... Wu, C. L., 2016, Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Chung, A. Y., Thompson, R., Overby, D. W., Duke, M. C. ve Farrell, T. M., 2018, Sleeve gastrectomy: Surgical tips. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(8): 930-937.
- Cline, M. E., Herman, J., Shaw, E. R., & Morton, R. D. (1992). Standardization of the visual analogue scale. *Nursing Research*, 41(6), 378–380.

- Coffey, A., & McCarthy, G. M., 2013, Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 104–115. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x>
- Cohen, J., 1988, *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. bs.). New York: Routledge. doi:10.4324/978020377158
- Courcoulas, A. P., Gallagher, J. W., Neiberg, R. H., Eagleton, E. B., DeLany, J. P., Lang, W., ... ve Jakicic, J. M., 2020, Bariatric surgery vs. lifestyle intervention for diabetes treatment: Five year outcomes from a randomized trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(6), e2113– e2124. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa006>
- Çakır, H., 2024, *Bariatrik cerrahi geçiren hastalara uygulanan bakım paketinin cerrahi alan enfeksiyonu ve konfor üzerine etkisi*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Sivas.
- Çakmak, S., 2019, The relation between somatic sense perception levels and comorbid psychiatric diseases in chronic pain patients. *Ağrı - The Journal of The Turkish Society of Algology*. <https://doi.org/10.14744/agri.2019.68725>
- Çavdar, İ. , Akyüz, N., 2017, Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Yönetimi. G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (ed.), *Cerrahi Hemşireliği I Genişletilmiş*. 2. Baskı. (ss. 367-388). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- De Raaff, C. A. L., Gorter-stam, M. A. W., De Vries, N., Sinha, A. C., Bonjer, H. J., Chung, F., & Van Wagenveld, B. A., 2017, Perioperative management of obstructive sleep apnea in bariatric surgery: a consensus guideline *Surg obes relat dis*,13(7), 1095-1109.
- Deniz, Hatice Ö., 2025, *Yeme davranışı ile beden kitle indeksi ve abdominal obezite arasındaki ilişkinin 20-49 yaş arası bireylerde değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Dizlek, D., & Çatal, E., 2018, Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(2), 501-512.
- Doğan, S. D., Yurtseven, Ş., Arslan, S., & Akçam, A. T., 2024, Elektif cerrahi geçiren genel cerrahi hastalarının taburculuğa hazır olma durumları ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 380–387. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.1484074>
- Doğrusöz, P., & Öztürk, Ş., 2023, Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastalarda müziğin anksiyete ve ağrı düzeyine etkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 78-91.

- Dönder, E. ve Önalın, E., 2018, Obezitenin tanımı, epidemiyolojisi ve klinik değeriendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med J*, 23(Özel Sayı/Supp), 1-4.
- Durmaz, K. ve Karaaziz, M., 2024, Obezitenin tıkanırçasına yeme bozukluğunun bilişsel davranışçı terapi yöntemi ile tedavisinin incelenmesi üzerine bir derleme. *Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Dergisi*, 7(5), 1133-1150.
- Ekeđiegwu, E. C., Onwukike, C. V., & Onyeso, O. K., 2024, Pain intensity, physical activity, quality of life, and disability in patients with mechanical low back pain: A cross-sectional study. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy*, 29, Article 1. <https://doi.org/10.1186/s43161-023-00167-2>
- Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değeriendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Felsenreich, D. M., Bichler, C., Langer, F. B., Gachabayov, M., ve Prager, G., 2020, Sleeve gastrectomy: surgical technique, outcomes, and complications. *Surgical Technology International*, 36, 63-69.
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L., 2009, Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10(5), 447-485. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.001>
- Freund, R. J. ve Wilson, W. J., 2003, *Statistical Methods*. Elsevier.
- Furlan, A., Murphy, L., Ng, K., Su, V. C., Woodworth-Giroux, S., Levy, T., & Sproule, B., 2015, Approach to the pharmacological management of chronic pain in patients with an alcohol use disorder. *Journal of Pain Research*, 851. <https://doi.org/10.2147/JPR.S88900>.
- Gagner, M., 2021, Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. In: Asunción Acosta, M., Cuesta, M.A., Bruna, M. (eds) *Atlas of Minimally Invasive Techniques in Upper Gastrointestinal Surgery*. Springer, Cham. 237-242.
- Galvin, E. C., Wills, T., & Coffey, A., 2017, Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2547-2557. <https://doi.org/10.1111/jan.13324>
- Gayır, C., 2024, Bariatrik cerrahi olan ve olmayan obez hastalarda 8-hidroksi-2 deoksiguanozin, nadph oksidaz 2 (nox2) ve nadph oksidaz 4 (nox4), total tiyol ve nativ tiyol düzeylerinin kıyaslanması. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Van.
- Güçlü, A., Tunç Tuna, P., & Kurşun, Ş., 2017, Bariatrik cerrahi ve perioperatif hemşirelik bakımı. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(3), 209-211.

- Gündüz, C. S., 2019, *Artroplasti ameliyatı öncesi hastaya verilen ağrı eğitiminin ameliyat sonrası ağrı düzeyi ve analjezik kullanımına etkisi*. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Han, Y., & Hou, X.-M., 2021, Glide path enlargement of curved molar canals using HyFlex EDM glide path file versus PathFile: A comparative study of preparation time and postoperative pain. *BMC Oral Health*, 21(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01512-4>
- İşlek, A., 2018, Çocuklarda obezite ve tedavi yaklaşımları. *Tıp Dünyasından Haberler (Editöre Mektup)*, *Smyrna Tıp Dergisi*, 62, 1-3.
- Jakobsson, J. G. (2014). Pain management in ambulatory surgery—a review. *Pharmaceuticals*, 7(8), 850–865. <https://doi.org/10.3390/ph7080850>
- Kang, E., Gillespie, B. M., Tobiano, G., & Chaboyer, W., 2018, Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 1-13.
- Kaya, S., Güven, G. S., Kar, A., Aydan, S., vd., 2018, Taburculuğa hazır olmanın boyutları: Belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2), 305-334.
- Keck, M. M., Vivier, H., Cassisi, J. E., Dvorak, R. D., Dunn, M. E., Neer, S. M., & Ross, E. J., 2020, Examining the role of anxiety and depression in dietary choices among college students. *Nutrients*, 12(7), 2061. <https://doi.org/10.3390/nu12072061>
- Khwaja, H. A., ve Bonanomi, G., 2010, Bariatric surgery: Techniques, outcomes and complications. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 21(1), 31-38.
- Kılıç Uçar, A., Coşkun, A. K., Yiğit, T., Güvenç, G., vd., 2024, Obezite cerrahisi geçiren bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 10(2), 237-247.
- Kıvrıkcık, S., 2019, *Bariatrik cerrahi sonrası hastaların solunum egzersizi yapma ve mobilizasyon durumlarının belirlenmesi*. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kiyat, İ., 2021, Günöbirlik cerrahi sonrası ağrı yönetiminde hemşirelik yaklaşımı. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Dergisi*, 5(2), 412-421.
- Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K., Lüdecke, D., Fisch, M., Graefen, M., & Von Dem Knesebeck, O., 2016, Socioeconomic status and health-related quality of life among patients with prostate cancer 6 months after radical prostatectomy: A longitudinal analysis. *BMJ Open*, 6(6), e010968. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010968>

- Kloock, S., Ziegler, C. G. ve Dischinger, U., 2023, Obesity and its comorbidities, current treatment options and future perspectives: Challenging bariatric surgery? *Pharmacol Ther.* (251), 108549. doi: 10.1016/j.pharmthera.2023.108549. Epub 2023 Oct 23. PMID: 37879540.
- Koç, E., 2023, *Hemşirelerin bariatrik cerrahi sonrası hasta bakımına ilişkin deneyimleri: Nitel bir araştırma*. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Marsall, M., Bäuerle, A., Hasenberg, T., Schräpler, L., Robitzsch, A., Niedergethmann, M., Teufel, M., & Weigl, M., 2023, Quality of Care Transition During Hospital Discharge, Patient Safety, and Weight Regain After Bariatric Surgery: A Cross-Sectional Study. *Obesity Surgery*, 33(4), 1143-1153. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06486-6>
- Megasari, A. L., Fatmasari, D., Ramlan, D., Mardiyono, & Yuswanto, T. J. A., 2018, Application of m-health discharge planning to optimize the hospital discharge readiness for patients with acute myocardial infarction. *International Journal of Multidisciplinary Education and Research*.
- Meng, N., Liu, R., Wong, M., Liao, J., Feng, C., & Li, X., 2020, The association between patient-reported readiness for hospital discharge and outcomes in patients diagnosed with anxiety disorders: A prospective and observational study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 380-392. <https://doi.org/10.1111/jpm.12592>
- Mermi, O., 2018, Obezite ve psikiyatri. *Fırat Tıp Dergisi*, 23 (Özel Sayı/Supp) 54-60.
- Michalski, P., Kasprzak, M., Siedlaczek, M., & Kubica, A., 2020, The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. *Medical Research Journal*, VM/OJS/J/69337. <https://doi.org/10.5603/MRJ.a2020.0023>
- Michels, N., Sioen, I., Boone, L., Braet, C., & Vanaelst, B., 2020, Stress and eating behaviours in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 14(2), 113–134. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1923406>
- Mogil, J. S., 2020, Qualitative sex differences in pain processing: Emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(7), 353–365. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-0310-6>
- Nurhayati, N., Songwathana, P., & Vachprasit, R., 2019, Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care

- hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1728-1736.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14764>
- Odabaşı, G., 2021, *Bariyatrik cerrahi uygulanacak hastalarda cerrahi korku düzeyinin ameliyat sonrası ağrı, bulantı-kusma ve uyku kalitesi ile ilişkisi*. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir.
- Öztürk, K., Durmaz, M., & Kurşun, Ş., 2023, Lomber disk hernisi ameliyatı geçiren hastaların sağlık okuryazarlık düzeyinin taburcu olmaya hazır olma durumuna etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 35–44.
<https://doi.org/10.38108/ouhcd.1017371>
- Pamuksuz, H., 2017, *Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.
https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/213727/yokAcikBilim_10320545.pdf
- Poh, P. F., Lee, J. H., Loh, Y. J., Tan, T. H., & Cheng, K. K. F., 2018, Abstract P-363: Parental Coping And Hospital Discharge Readiness Following Congenital Heart Surgery. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(6S), 158-158.
<https://doi.org/10.1097/01.pcc.0000537820.53549.01>
- Qiu, C., Feng, X., Zeng, J., & Lai, Z., 2019, Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: A cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*, 67(5), 612–617.
https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1116_18
- Rahmahwati, I. N., Maria, R., & Herawati, T., 2021, Hospital discharge readiness on patients post hip surgery. *Enfermería Clínica*, 31, S122-S125.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.005>
- Ratrout, H. F., Hamdan-Mansour, A. M., Seder, S. S., & Salim, W. M., 2014, Patient Satisfaction About Using Patient Controlled Analgesia in Managing Pain Post Surgical Intervention. *Clinical Nursing Research*, 23(4), 353-368.
<https://doi.org/10.1177/1054773813488418>
- Royal College of Anaesthetists., 2020, *Guidelines for the provision of anaesthesia services for day surgery 2020*. <https://www.rcoa.ac.uk/gpas/chapter-6>, [Ziyaret tarihi: 15 Aralık 2024].

- Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafiyan, H., ve Teare, J., 2019, Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*, 19(3), 205-212.
- Ruiz-Tovar, J., Muñoz, J. L., Gonzalez, J., et al., 2017, Postoperative pain after laparoscopic sleeve gastrectomy: Comparison of three analgesic schemes (isolated intravenous analgesia, epidural analgesia associated with intravenous analgesia and port-sites infiltration with bupivacaine associated with intraven. *Surgical Endoscopy*, 31(1), 231-236.
- Safari, S., Rokhtabnak, F., Djalali Motlagh, S., Ghanbari Garkani, M., & Pournajafian, A., 2020, Effect of intraperitoneal bupivacaine on postoperative pain in laparoscopic bariatric surgeries. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 16(2), 299-305.
- Saito, T., Hamakawa, A., Takahashi, H., Muto, Y., Mouri, M., Nakashima, M., Maru, N., Utsumi, T., Matsui, H., Taniguchi, Y., Hino, H., Hayashi, E., Murakawa, T., & on behalf of the SMILE-001 investigators., 2023, Symptom severity trajectories and distresses in patients undergoing video-assisted thoracoscopic lung resection from surgery to the first post-discharge clinic visit. *PLOS ONE*, 18(2), e0281998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281998>
- Saygılı, F., 2019, *Obezite, tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara: Miki Matbaacılık San.
- Schauer, P. R., Bhatt, D. L., Kirwan, J. P., Wolski, K., Aminian, A., Brethauer, S. A., & Nissen, S. E., 2017, Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes—5-year outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 376(7), 641–651. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600869>
- Schmocker, R. K., Holden, S. E., Vang, X., Levenson, G. E., Cherney Stafford, L. M., & Winslow, E. R., 2015, Association of patient-reported readiness for discharge and Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems patient satisfaction scores: A retrospective analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 221(6), 1073–1082.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.09.009>
- Sengupta, A., Bucholz, E. M., Gauvreau, K., Newburger, J. W., Schroeder, M., Kaza, A. K., Del Nido, P. J., & Nathan, M., 2023, Impact of Neighborhood Socioeconomic Status on Outcomes Following First-Stage Palliation of Single Ventricle Heart Disease. *Journal of the American Heart Association*, 12(6), e026764. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026764>
- Shabbir, A., & Teh, J. L., 2014, A new emerging procedure – Sleeve gastrectomy. In C.-K. Huang (Ed.), *Essentials and controversies in bariatric surgery* (pp. xx–xx). InTech.

- Steyer, N. H., Oliveira, M. C., Gouvêa, M. R. F., Echer, I. C., & Lucena, A. F., 2016, Clinical profile, nursing diagnoses and nursing care for postoperative bariatric surgery patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), e50170. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50170>
- Stratton, H., Lee, G., Dolatyari, M., Ghetti, A., Cotta, T., Mitchell, S., Yue, X., Ibrahim, M., Dumaire, N., Salih, L., Moutal, A., François-Moutal, L., Martin, L., Navratilova, E., & Porreca, F., 2024, Nociceptors are functionally male or female: From mouse to monkey to man. *Brain*, 147(12), 4280–4291. <https://doi.org/10.1093/brain/awae179>
- Şenyüz, K. Y. , Koçalış, S., 2017, Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 90-95.
- Ten Doesschate, S. F. H., Kuijper, T. M., Koopman, S. S. H. A., Mol, S., Colen-Kroon, L., & Brown, V. V., 2022, Pain severity at emergency department discharge as a predictor for chronification of pain. *PAIN Reports*, 7(6), e1048. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001048>
- Tong, H.-J., Qiu, F., & Fan, L., 2021, Effect of hospital discharge plan for children with type 1 diabetes on discharge readiness, discharge education quality, and blood glucose control. *World Journal of Clinical Cases*, 9(4), 774-783. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i4.774>
- Türk Nöroşirürji Derneği – Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu., 2013, *Vizüel Analog Skala (VAS) değerlendirmesi*, <https://www.spinetr.com/uploads/files/skor/vizuelanalogskala.pdf>, [Ziyaret tarihi: 14 Ekim 2024].
- Türk Obezite Cerrahi Vakfı., 2024, Obezitede tedavi yöntemleri: Cerrahi tedavi. Retrieved from https://www.tocv.org.tr/index.php?option=com_sppagebuilder&view=page&id=73, [Ziyaret tarihi: 25 Mayıs 2025].
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği., 2019, *Bariyatrik cerrahi kılavuzu*. Ankara: Miki Matbaacılık
- Uwera, A., Maonga, E. M., Esperance, D., & Niringiyimana, A., 2024, Readiness for hospital discharge and its influencing factors: A review. *EAS Journal of Nursing and Midwifery*, 6(3), 65–72. <https://www.easpublisher.com/get-articles/4162>, [Ziyaret Tarihi: 22 Mayıs 2025].
- Ünal, G. Ö., 2018, Obezitenin psikiyatrik yönü, tedavide davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 31-41.

- vd, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O. ve Schiffman, R., 2017, Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58-64.
- Wang, L, Liu, W, et al., 2016, Association of overweight and obesity with patient mortality after acute myocardial infarction: a meta-analysis of prospective Studies. *International Journal of Obesity*, 40(2), 220–228.
- Wang, Y.-C., Wang, C.-W., Wu, H.-L., Cata, J. P., Huang, S.-Y., Wu, Y.-M., Chen, J.-T., Cherng, Y.-G., & Tai, Y.-H., 2023, Cigarette smoking, opioid consumption, and pain intensity after major surgery: An observational study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 86(4), 440-448. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000895>
- Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). 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*, 49(1), 304–317. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12092>
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T., 2007, Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31–42. <https://doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008>PubMed+2
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O., & Schiffman, R., 2017, Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.005>
- World Health Organization. (2024, March 1). Obesity and overweight. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, [Ziyaret Tarihi: 4 Mayıs 2025].
- World Health Organization., 2023, *Total fat intake for the prevention of unhealthy weight gain in adults and children WHO guideline (World Health Organization)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073654>, [Ziyaret tarihi: 18 Aralık 2025].
- Wu, D.-L., Luo, C.-L., Du, X., Li, P.-P., Jiang, M., Liu, T., & Sun, Y., 2023, Current Status and Influencing Factors of Readiness for Discharge of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Patient Preference and Adherence*, Volume 17, 1323-1333. <https://doi.org/10.2147/PPA.S410725>

- Xia, J., Li, D., Yu, G., Xu, B., Gao, X., Wang, H., Ma, Y., Li, X., & Xiong, Y. (2022). Effects of hypovitaminosis D on preoperative pain threshold and perioperative opioid use in colorectal cancer surgery: A cohort study. *Pain Physician*, 25(7), E1009–E1019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36288586/>
- Xia, M.-L., Lin, W.-X., Gao, L.-L., Zhang, M.-L., Li, Z.-Y., & Zeng, L.-L., 2023, Readiness for Hospital Discharge After a Cesarean Section and Associated Factors Among Chinese Mothers: A Single Centre Cross-Sectional Study. *Patient Preference and Adherence*, Volume 17, 1005-1015. <https://doi.org/10.2147/PPA.S404137>
- Xu, W., Smith, N., Ting, R., Soh, Q., Saeed, U., Farrell, M., Wright, D., Li, J., Waraich, A., Gaborit, L., Jabur, A., Kalyanasundaram, K., Ohis, C., Foong, C., Ong, O., Siribaddana, V., Raubenheimer, K., Vu, J., Ferguson, L., ... Reinke, C., 2024, Impact of opioid-free analgesia on pain severity and patient satisfaction after discharge from surgery: Multispecialty, prospective cohort study in 25 countries. *British Journal of Surgery*, 111(1). <https://doi.org/10.1093/bjs/znad421>
- Yang, J., He, Y., Jiang, L., & Li, K., 2020, Colorectal patients' readiness for hospital discharge following management of enhanced recovery after surgery pathway. *Medicine*, 99(8), 1–6. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000019219>
- Yaralı, S. ve Hacıoğlu, N., 2020, Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 407-415.
- Yasak, K. ve Vural, F., 2023, Bariatrik cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileştirme protokolleri ve hemşirelik bakımı. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 16(4), 562-578.
- Yavuz, M., 2017, Günöbirlik cerrahi. A. Karadakovan & F. E. Aslan (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (Cilt 1, 4. baskı, ss. 309-323). Nobel Kitabevleri.
- Yazkan, F. Ö., 2018, Pre-emptif analjezi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 123-124.
- Yılmaz Güven D., Arık, B. ve Çelik, E. N., 2021, Bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda hemşirelik bakımını değerlendiren çalışmaların incelenmesi. *THDD*, 2(2):100-1.
- Yoshimura, M., Kawamura, M., Hasegawa, S., Ito, Y. M., Takahashi, K., & Sumi, N., 2023a, Development and validation of the Care Transitions Scale for Patients with Heart Failure: A tool for nurses to assess patients' readiness for hospital discharge. *Japan Journal of Nursing Science*, 20(2), e12522. <https://doi.org/10.1111/jjns.12522>

- Yurtseven, A., 2018, *Bariatrik cerrahi geçiren hastaların beslenme durumları, besin toleransları, yaşam kaliteleri ve depresyon derecelerinin belirlenmesi*. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Zafar, A. , And Khatri, I. A., 2018, An Overview Of Complications Affecting The Central Nervous System Following Bariatric Surgery. *Neurosciences*, 23(2), 4-12.
- Zhang, R., Wang, D., Zhu, L., He, Y., Cheng, L., Ma, J., Zhang, T., Zhang, J., & Li, L., 2023, Research trends in readiness for hospital discharge between 2002 and 2021: A bibliometric analysis. *Nursing Open*, 10(12), 7676-7693. <https://doi.org/10.1002/nop2.2009>
- Zuo, D., Zhao, H., Xu, F., Ding, B., Gu, M., Chu, J., Bai, J.-J., & Qian, G., 2019, Correlations between hospital discharge readiness and discharge instruction quality in chronic disease patients. *Chinese Journal of Modern Nursing*.

7.EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU

03.06.25 BETUL CAKIR TUNCA Bariatrik Cerrahi Sonrası Ağrı
Düzeyinin Taburculuğa Hazır Olma Üzerine Etkisi.docx

ORIGINALITY REPORT

13%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	dergipark.org.tr Internet	481 words — 3%
2	acikbilim.yok.gov.tr Internet	356 words — 2%
3	acikerisim.atlas.edu.tr Internet	270 words — 2%
4	acikerisim.bakircay.edu.tr Internet	100 words — 1%
5	hdl.handle.net Internet	70 words — < 1%
6	acikerisim.nevsehir.edu.tr Internet	64 words — < 1%
7	www.utsakcongress.com Internet	49 words — < 1%
8	openaccess.hacettepe.edu.tr Internet	48 words — < 1%
9	jag.journalagent.com Internet	45 words — < 1%
10	www.researchgate.net Internet	43 words — < 1%

EK 2: TEZ KONUSU EKLER

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.07.2024-45180



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :E-16670734-302.14.01-45180
Konu :Betül ÇAKIR'ın tez konusu kabulü

09.07.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Danışmanlığını yürüttüğünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Betül ÇAKIR'ın "Bariatrik Cerrahi Sonrası Ağrı Düzeyinin Taburculuğa Hazır Olma Üzerine Etkisi" başlıklı tez konusu Enstitü Yönetim Kurulunun 01.07.2024 tarih ve 2024/18 sayılı toplantısında görüşülerek İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 9(1) maddesine göre kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Enstitü Müdürü

Dağıtım:
Gereği:
Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR

Bilgi:
Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSLC7VZ1S Pin Kodu :48422

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=7570&eD=BSLC7VZ1S&eS=45180>

İTİLAS VADİ KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

4408 KAĞITHANE İSTANBUL

info@atlas.edu.tr

44 34 39 / 0212 761 87 61 (FAX)

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Leman KILINÇKAYA

Unvanı: Enstitü Sekreteri



atlas.edu.tr

EK 3: ETİK KURUL ONAYI

ETİK KURUL KARARI VE GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :E-22686390-050.99-49330
Konu : 21.08.2024 Tarih ve 07/10 Sayılı Etik
Kurul Kararı

26.08.2024

Sayın Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Betül Çakır Tunca ile birlikte planladığınız "**Bariatrik Cerrahi Sonrası Ağrı Düzeyinin Taburculuğa Hazır Olma Üzerine Etkisi**" isimli araştırmanız kurulumuzun 21.08.2024 tarihli ve 07 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür. Bilgilerinize sunarım.

Belge Doğrulama Kodu :BS90N7F70 Pin Kodu :35871

ATLAS YAKA KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

SARAY KADIKÖY İSTANBUL

İletişim: 0532 301 87 01 00

444 34 39 / 0532 301 87 01 00



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK=7570&eD=BS90N7F70&eS=49330>

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hu01.kep.tr

Bilgi için: Fatma İrem KAYA
Unvanı: Sekreter



atlas.edu.tr

EK 4: KURUM İZNİ

	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUM İZNİ
---	--

ATLAS ÜNİVERSİTESİ MEDİCİNE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Bariatrik cerrahi sonrası ağrı düzeyinin taburculuğa hazır olma üzerine etkisi” isimli çalışma İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın hastanenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

EK 5: ONAM FORMU

Sayın katılımcı, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisiyim (Betül ÇAKIR TUNCA). Danışmanım Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR ile birlikte yüksek lisans tez çalışması planladık. **“Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyattan sonraki dönemde ağrı düzeylerinin taburculuğa hazır olma üzerine etkisini** belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacak ve tedavi sürecinizi aksatmayacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Sayın Betül Çakır Tunca tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu onam kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı/zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Ad-Soyad:

İmza:

EK 6: KULLANILAN ÖLÇEKLER

Hasta Tanıtım Formu

Sayın katılımcı;

Bu anket formu yüksek lisans tezi kapsamında **bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ameliyattan sonraki dönemde ağrı düzeylerinin taburculuğa hazır olma üzerine etkisini** ölçmek üzere hazırlanmıştır. Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup formda isim belirtme gerekliliği bulunmamaktadır. Formda yer alan sorulara içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan cevaplamanız araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Zaman ayırıp çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sosyo-Demografik Özellikleriniz;

1.Yaş :

2. Kilo :

3. Boy:

4. Bkİ:

5. Cinsiyet : Kadın () Erkek ()

6. Medeni Durum: Evli () Bekar ()

7. Eğitim Durumu: Okur- yazar değil () İlkokul mezunu ()

Ortaokul mezunu () Lise Mezunu () Yüksekokul ()

8. Meslek:

9. Gelir Durumu: Gelir- Giderden düşük () Gelir- Gidere denk () Gelir- Giderken

fazla () 10. Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

11. Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

12. Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz? Evet ()
(belirtiniz)..... Hayır ()

13. Kronik hastalık bulunma durumu? Evet ()
(belirtiniz)..... Hayır ()

14. Daha önce ameliyat olma öyküsü ? Evet () (belirtiniz).....
Hayır ()

15. Bir önceki soruya yanıt evet ise ameliyat sonrası ağrı
yaşadınız mı? Evet () (Ağrı düzeyinize 1-10 arası kaç puan
verirdiniz belirtiniz)..... Hayır ()

16. Ağrıya dayanıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz? Evet ()
Hayır ()

17. Ameliyatınız öncesinde ağrıyı nasıl yöneteceğiniz ile
ilgili bilgi verildi mi ? Evet () Hayır ()

18. Sizce ameliyat sonrası ağrınızın olması sizin için ne
kadar önemli?

Önemli değil () Önemli () Çok önemli ()

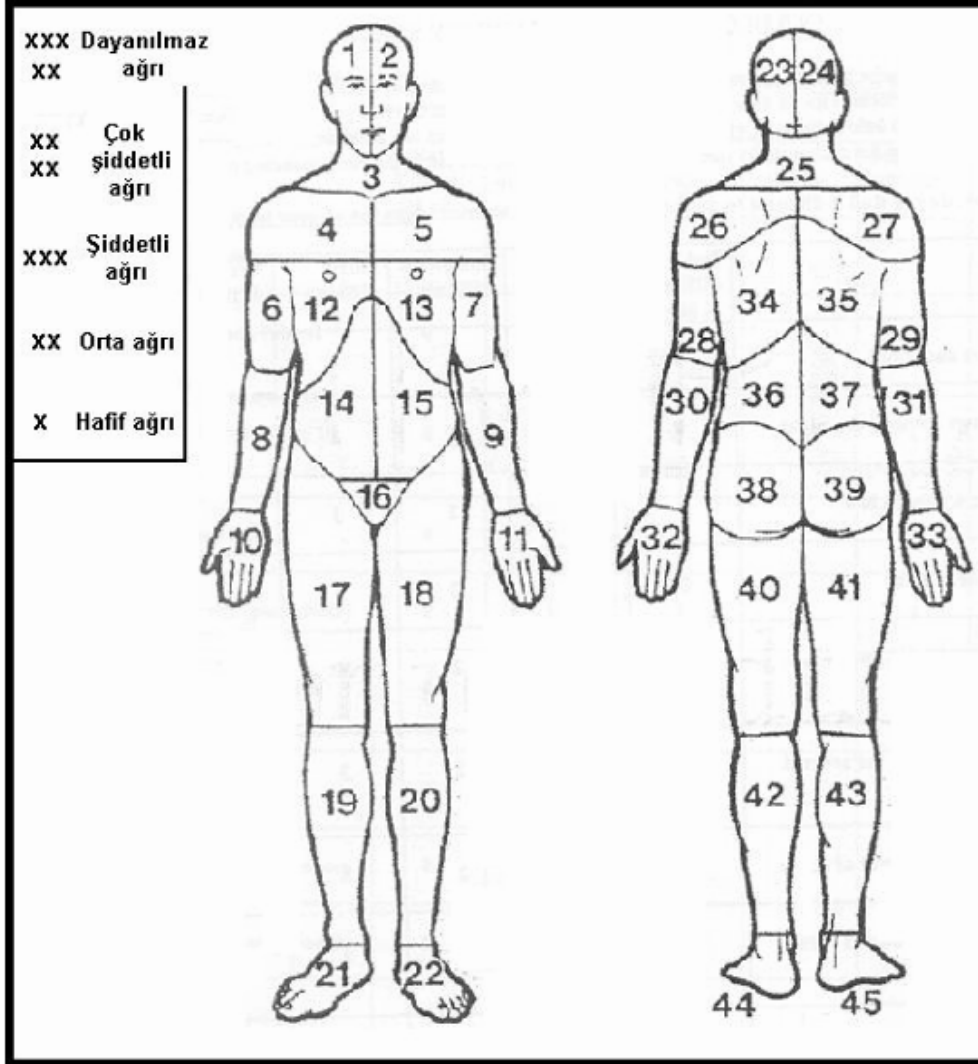
VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



AĞRI ALANI ÇİZİMLERİ



Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi

Hazırlayan: **Dr.Atilla Akbay**

Testin amacı ve uygulanması: Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir.

Çizgi üzerindeki değerleri saptamak için aşağıdaki şablonu kullanabilirsiniz.



Geçerlilik: Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Değerlendirme: Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır.

Sonuç ve Yorum: Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir.

Kaynaklar:

- 1-Fredy M. The graphic rating scale. Journal of educational psychology 14: 83-102,1923
- 2-Keele KD. Lancet, ii, 6, 1948.
- 3-Clarke MA. Reliability and sensibility in the self-assessment of well-being. Bul Br Psy Soc 17;18A, 1964
- 4-Keele KD. Br Med J, i, 670, 1968.
- 5-Downie WW, Leatham PA, et al. Studies with pain rating scales. Annals Rheumatic Diseases 37: 378-381, 1978
- 6-Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing & Health 13: 227-236, 1990.

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 uymanız 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

EK: 7: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Taburculuğa hazır olma ölçeği kullanım izni

Harici

Gelen kutusu



ben 20 Haz 2024

alıcı: sdkaya



Merhabalar Sıdika Hanım, Atlas Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında yüksek lisans öğrencisiyim.Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ağrı düzeyinin taburculuğa hazır olma üzerine etkisi konulu tezi yapmayı planlıyorum bunun için sizinde çevirisini yaptığınız Taburculuğa Hazır Olma Ölçeğini kullanmak istiyorum izniniz olursa.Sağlıklı günler dilerim.



Sıdika Kaya 23 Haz 2024

alıcı: ben



Sayın Betül Çakır,

Linkteki TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA
ÖLÇEĞİ'ni kullanabilirsiniz.

<https://www.marquette.edu/nursing/documents/adult-sf-rhds-turkish-kaya-trans.pdf>

Başarılar dilerim,

Prof. Dr. Sıdika Kaya

8.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Betül ÇAKIR TUNCA

Öğrenim Durumu:

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lise	Cevdet Cavit Şenkaya Anadolu Sağlık Meslek Lisesi/Hemşirelik	2014
Lisans	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu /Hemşirelik	2018
Lisans	Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi/ Sağlık Yönetimi	2022
Lisans	İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi/İş Sağlığı ve Güvenliği	Devam ediyor
Yüksek Lisans	İstanbul Atlas Üniversitesi/ Cerrahi Hemşireliği	Devam ediyor

İş Deneyimi :

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Esha Cerrahi Tıp Merkezi	2018
Hemşire	Memorial Şişli Hastanesi	2018-2019
Hemşire	M.S. Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019-Devam ediyor

Yayınları

Yılmaz Yavuz, A., Baytar, A., & Çakır, B. (2020). Türk basınında obezite yaklaşımı. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 59-66.