

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK TURİZMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YL-2024-0090

MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA OBEZİTE CERRAHİSİ
UYGULANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ
DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

OĞUZ DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER

AYDIN-2024

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamda ilk günden itibaren yoğun ilgi, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'e çok teşekkür ederim. Ayrıca bana her konuda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Fırat Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof.Dr. Erhan AYGEN, Prof.Dr. Cüneyt KIRKIL ve Doç.Dr. Azmi LALE'ye teşekkürü bir borç bilirim. Tez çalışmam süresince gösterdikleri sabır, özveri ve destekleri için çok kıymetli ebeveynlerim Yasemin ve Ahmet DOĞAN başta olmak üzere aileme de ayrıca teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Turizminin Tanımı	4
2.1.1. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi	5
2.2. Sağlık Turizminin Çeşitleri	7
2.2.1. Medikal Turizm	7
2.2.2. Termal Turizm.....	8
2.2.3. Üçüncü Yaş Turizmi.....	9
2.2.4. Engelli Turizmi.....	9
2.3. Medikal Turizm	11
2.3.1. Medikal Turizm Kavramı	11
2.3.2. Medikal Turizm Kapsamında Uygulanan Cerrahi Tedaviler	14
2.4. Obezite.....	15
2.4.1. Obezitenin Etiyolojisi	16

2.4.2. Obeziteyle İlişkili Sorunlar.....	19
2.4.3. Obeziteyle Mücadele	19
2.5. Obezitenin Cerrahi Tedavisi.....	19
2.6. Obezite Cerrahisinde Uygulanan Yöntemler.....	21
2.6.1. Tüp Mide Ameliyatı (Sleeve Gastrektomi)	21
2.6.2. Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB)	22
2.6.3. Mini (Tek Anastomozlu) Gastric Bypass	23
2.6.4. Biliopankreatik Diversiyon / Duodenal Switch.....	23
2.6.5. Mide Kelepçesi	24
2.6.6. Mide Balonu	25
2.7. Medikal Turizm Kapsamında Obezite Cerrahisi	26
2.7.1. Medikal Turizm Kapsamında Obezite Cerrahisi Uygulanan Ülkeler	27
2.8. Medikal Turizm Kapsamında Uygulanan Obezite Cerrahisinde Dijital Teknolojilerin Yeri.....	29
2.9. Yaşam Kalitesi.....	30
2.9.1. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri.....	31
2.9.2. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi	33
2.9.3. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesinin Artırılması.....	34
2.9.4. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Sağlık Personelinin Rolü	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Türü	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırma Süreci.....	37
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	38
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	39
3.7. Veri Toplama Araçları.....	39
3.7.1. Birey Tanıtım Formu	39

3.7.2. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği – Kısa Sürüm (The Impact of Weight on)	39
3.8. Veri Toplama Süreci.....	40
3.9. Ön Uygulama.....	41
3.10. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	41
3.11. İstatistiksel Analiz	42
3.12. Etik Kurul Onayı	42
4. BULGULAR	43
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	43
4.2. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	45
4.3. Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	46
4.4. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	47
4.5. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	48
4.6. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	49
4.7. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	50
4.8. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	51
4.9. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	52
4.10. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	53
4.11. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	54

4.12. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	55
4.13. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları	57
4.14. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi	58
4.15. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi.....	59
4.16. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi	60
4.17. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi	61
4.18. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi.....	62
4.19. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi	63
4.20. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi	64
4.21. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi.....	65
4.22. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi	66
4.23. Katılımcıların IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimi Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi	68
5. TARTIŞMA.....	69
5.1. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları.....	69
5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları	71

5.3. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL- Lite Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Değişimleri	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR.....	84
EKLER	104
Ek 1. Etik Kurul Kararı.....	104
Ek 2. İzin Belgeleri	113
Ek 3. Veri toplama Araçları	107
BİLİMSEL ETİK BEYAN	112
ÖZ GEÇMİŞ.....	113

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AR	: Artırılmış Gerçeklik
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BPD	: Biliopankreatik Diversiyon
DS	: Duodenal Switch
IFSO	: İnternational Federetion for the Surgery of Obesity & Metabolic Disorders
IGB	: İntragastric Baloon
IWQOL	: The Impact of Weight on Quality of Life
LAGB	: Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
MGB	: Mini Gastric Bypass
MHNW	: Metabolically Healthy Normal Weight
MTI	: Medical Tourism Index
MUHO	: Metabolically Unhealthy Obese
RYGB	: Roux-en-Y Gastric Bypass
SG	: Sleeve Gastrektomi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
WTO	: World Tourism Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Turizmi Çeşitleri	7
Şekil 2. Sağlık Turizmi amacıyla Türkiye’yi ziyaret eden turistlerin yıllara göre dağılımı .	13
Şekil 3. Obezite Cerrahisi Prevelansı- İFSO	20
Şekil 4. Obezite Cerrahisi Çeşitleri	21



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. 2020-2021 yılı ülkelere göre medikal turizm potansiyeli sıralaması	12
Tablo 2. Beden kitle indeksine göre obezite sınıflandırılması.....	16
Tablo 3. Obezite Cerrahisinin Faydaları ve Riskleri	26
Tablo 4. Çalışma Planı.....	37
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 6. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 7. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo 8. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 9. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 10. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 11. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	510
Tablo 12. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 13. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 14. Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 15. Katılımcıların Alkol kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	54

Tablo 16. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 17. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
Tablo 18. Katılımcıların IWQOL-Lite – Yaş Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	58
Tablo 19. Cinsiyete Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	59
Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	60
Tablo 21. Katılımcıların IWQOL-Lite – Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	61
Tablo 22. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	62
Tablo . 23. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	63
Tablo 24. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	64
Tablo 25. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılım	65
Tablo 26. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı	66
Tablo 27. Katılımcıların IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimi Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi	68

ÖZET

MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA OBEZİTE CERRAHİSİ UYGULANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doğan O. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Turizmi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2024.

Amaç: Obezite cerrahisi, aşırı kilo ve obezite ile mücadelede etkili bir yöntem olarak kabul edilmekte ve yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler sağlayabilmektedir. Bu araştırma, medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Analitik-kesitsel tipte olan çalışma, Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne bariatrik cerrahi için başvuran 175 birey ile 01.09.2023 – 01.06.2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Birey Tanıtım Formu ve IWQOL-Lite Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testi, Student t testi, ANOVA testi ve Lineer Regresyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite Ölçeği toplam puan ($p < 0.001$), bedensel işlev alt boyutu ($p < 0.001$), özgüven alt boyutu ($p < 0.001$), cinsel yaşam alt boyutu ($p < 0.001$), toplumsal baskı alt boyutu ($p < 0.001$) ve iş hayatı alt boyut ($p < 0.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmada yer alan bireylerin eğitim ve gelir düzeyine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p < 0.05$), yaş grupları, medeni durum, meslek, sosyal güvence durumu, sigara kullanımı ve egzersiz yapma durumuna göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak, bu çalışma, medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası erken dönemde (3.ay) yaşam kalitelerinde iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın sonuçları, medikal turizm kapsamında obezite cerrahisine başvuran bireylerin sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmesine farkındalık kazandırması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Medikal turizm, Obezite cerrahisi, Sağlık profesyonelleri, Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE LEVELS AND AFFECTING FACTORS OF INDIVIDUALS UNDERGOING OBESITY SURGERY WITHIN THE SCOPE OF MEDICAL TOURISM

Doğan O. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Health Tourism Program, Master's Thesis, Aydın, 2024.

Objective: This research was conducted to determine the quality of life levels of individuals undergoing obesity surgery within the scope of medical tourism.

Materials and Methods: This analytical-cross-sectional study was conducted with 175 individuals who applied for bariatric surgery at Elazığ Fırat University Hospital General Surgery Clinic between 01.09.2023 and 01.06.2024. The Individual Introduction Form and IWQOL-Lite Scale were used for data collection. Chi-square test, Student's t-test, ANOVA test, and Linear Regression test were used for data analysis.

Results: Statistically significant differences were found between the pre-operative and post-operative IWQOL-Lite Scale total scores ($p < 0.001$), physical function subscale ($p < 0.001$), self-esteem subscale ($p < 0.001$), sexual life subscale ($p < 0.001$), social pressure subscale ($p < 0.001$), and work life subscale ($p < 0.001$) mean scores of the participants. Statistically significant differences were found between the pre-operative and post-operative IWQOL-Lite scale total and subscale scores according to the education and income levels of the individuals in the study ($p < 0.05$), while no statistically significant differences were found according to age groups, marital status, occupation, social security status, smoking status, and exercise status ($p < 0.05$).

Conclusion: In conclusion, this study has demonstrated that individuals undergoing obesity surgery within the scope of medical tourism experience an improvement in their quality of life in the early post-operative period (3 months) compared to the pre-operative period. The results of this study are important in terms of raising awareness about the guidance of individuals applying to obesity surgery within the scope of medical tourism by health professionals.

Key words: Healthcare professionals, Medical tourism, Obesity surgery, Quality of life.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık turizmi, bireylerin tedavi, iyileşme, veya sağlık hizmeti almak amacıyla kendi yaşadıkları ülke dışına seyahat etmelerini içeren geniş bir alanı kapsamaktadır (Aksoy ve Yılmaz, 2019). Sağlık turizmi, yüzyıllardır var olan, özellikle son yıllarda globalleşen dünya ekonomisi, teknolojik ilerlemeler ve uluslararası sağlık hizmetlerine erişimdeki kolaylıklar sayesinde önemli bir dönüşüm geçirmiş bir alandır. Bu dönüşümle birlikte, sağlık hizmetlerine erişim, maliyet etkinlik ve daha yüksek kalitede tedavi arayışı gibi faktörler, bireyleri medikal turizm olarak adlandırılan, sınır ötesi sağlık hizmetleri almak için seyahat etmeye teşvik etmektedir. Sağlık turizmi, son zamanlarda ülkemizde giderek artan bir öneme sahip olurken hem kapsam hem de içerik açısından çeşitlenerek akademik çalışmalarda da sıklıkla ele alınmaktadır. Bu alanda yapılan literatür taramalarında sağlık turizmi; termal turizm, üçüncü yaş turizmi, engelli turizmi ve medikal turizm olarak sınıflandırılmaktadır (Özkan, 2019). Sağlık turizminin tarihçesi, insanların tedavi, dinlenme ve iyileşme amacıyla yüzyıllar boyunca farklı coğrafyalara seyahat ettiğini göstermektedir. Ancak, modern medikal turizmin yükselişi, özellikle son yirmi yılda, küreselleşme, ulaşım teknolojilerindeki ilerlemeler ve sağlık hizmetlerindeki uluslararası fiyat farklılıklarının bir sonucu olarak hız kazanmaktadır (Connell, 2006).

Medikal turizm, küresel sağlık hizmetleri pazarında önemli bir niş olarak ortaya çıkmaktadır, bu alan, hastaların tedavi kalitesini artırmak, maliyetleri düşürmek ve yerel sağlık hizmetlerindeki eksiklikleri gidermek amacıyla hem ulusal hem de uluslararası sınırlar içinde hareketliliği ifade etmektedir (Lunt ve diğerleri, 2011). Günümüzde, sağlık turizmi, genel olarak tedavi, iyileşme veya spesifik sağlık hizmetleri için uluslararası seyahat etmeyi ifade ederken, medikal turizm daha çok elektif cerrahi işlemler, özel tedavi yöntemleri ve yüksek düzeyde uzmanlık gerektiren medikal hizmetleri içermektedir. Bu kapsamda, obezite cerrahisi medikal turizmin en çok tercih edilen alanlarından biri haline gelmiştir. Küresel obezite oranlarındaki artış, bu tür cerrahi müdahalelere olan ihtiyacı da artırmaktadır (WHO, 2020). Medikal turizm, son yıllarda hızla büyüyen ve dünya genelinde pek çok bireyin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran bir alan haline gelmiştir. Sağlık turizmi ve medikal

turizmin bu genel çerçevesinden yola çıkarak, obezite cerrahisi gibi belirli tıbbi müdahaleler için yapılan uluslararası seyahatlerin artışına dikkat çekilmektedir. Medikal turizmin tercih edilme nedenleri arasında maliyet avantajları, daha kısa bekleme süreleri ve bazı ülkelerdeki yüksek kalite standartları yer alırken, obezite cerrahisi gibi müdahalelerde hasta güvenliği, sonrasında sağlanan destek hizmetleri ve uzun vadeli takip tedbirleri de önemli birer faktördür (Bookman & Bookman, 2007). Bu bağlamda, hasta deneyimleri ve sonuçları üzerine yapılan araştırmalar, medikal turizmin bu yönlerini detaylı bir şekilde incelerken, sağlık hizmeti alınan ülkenin seçimi, hizmeti sunanların kalitesi ve tedavi sonrası iyileşme süreçleri gibi faktörlerin hasta memnuniyeti ve tedavi başarısı üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır (Johnson ve diğerleri, 2016).

Obeziteyle mücadelede multidisipliner yaklaşımlar önem kazanmakta, beslenme, fiziksel aktivite, davranışsal terapi ve gerektiğinde farmakolojik müdahalelerin entegre edilmesi önerilmektedir (Wing ve diğerleri, 2011). Bu yaklaşımların yanı sıra, özellikle morbid obezite vakalarında bariatrik cerrahi, önemli ve uzun vadeli kilo kaybı sağlayarak, obeziteye bağlı sağlık risklerini azaltmada önemli rol oynamaktadır (Kushner ve Ryan, 2014).

Obezite cerrahisi, aşırı kilo ve obezite ile mücadelede etkili bir yöntem olarak kabul edilmekte ve yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler sağlayabilmektedir. Ancak, bu cerrahi müdahaleler, hazırlık ve iyileşme süreçleri, potansiyel riskler ve maliyet gibi faktörler nedeniyle karmaşık kararlar gerektirebilir (Nguyen ve diğerleri, 2013). Medikal turizm kapsamında yapılan obezite cerrahisi, bu kompleks karar verme sürecinin bir parçası olarak ele alınmalı ve hasta güvenliği, tedavi sonuçları ve etik konular gibi çeşitli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar, cerrahinin olumlu etkilerini göstermektedir. Bu etkiler arasında kilo kaybı, kronik hastalıkların kontrol altına alınması ve psikolojik iyilik halinde iyileşme bulunmaktadır (Sarwer ve diğerleri, 2005). Ancak, yaşam kalitesi üzerindeki bu olumlu etkilerin yanı sıra, cerrahinin potansiyel riskleri ve uzun vadeli sonuçları da bulunmaktadır, bu nedenle bireysel farklılıkların ve etkileyen faktörlerin detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir (Adams ve diğerleri, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL Group), yaşam kalitesini; "Bireyin, kendi kültürel çevresi ve değer yargıları ile birlikte, kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarına dayalı olarak hayatındaki konumu hakkındaki bireysel algısı" şeklinde tanımlamaktadır (WHOQOL Group, 1995). Çağımızın sağlık hizmetleri sisteminde

kritik bir konumda bulunan yaşam kalitesi, bireyin kendi hayatını nasıl algıladığı, hissettiği ve düşündüğüyle ilgili bütünsel bir kavramdır. Sağlık alanında yaşam kalitesi, iki temel unsurdan meydana gelen bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır; bunlardan ilki, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi oluşu kapsayan günlük işleri yapabilme kapasitesi, diğeri ise çalışma kapasitesi ve hastalıkların yönetilme seviyesine bağlı olarak gelişen hasta memnuniyetidir (Eser ve diğeri, 1999; Duval ve diğeri, 2006; Çömlekçi, 2011).

Obezite cerrahisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin yanı sıra, bu etkileri şekillendiren faktörlerin anlaşılması, cerrahinin potansiyel faydalarını maksimize etme ve risklerini minimize etme açısından kritik öneme sahiptir. Özellikle obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitesinde gözlemlenen iyileşmeler, bu tür medikal müdahalelerin popülerliğini artırmaktadır. Ancak, cerrahi sonrası yaşam kalitesini etkileyen çok sayıda faktör bulunmakta olup, bu faktörler arasında hasta demografisi, sosyoekonomik durum, psikolojik sağlık ve cerrahi sonrası destek hizmetlerinin kalitesi gibi unsurlar yer almaktadır (Smith ve Forgione, 2017). Literatür incelendiğinde, obezite cerrahisi kapsamında yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar yer alırken, ameliyat sonrası erken dönemde yaşam kalitesini inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Dolayısıyla bu çalışma, medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemeyi hedeflemektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- Medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır?
- Medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Turizminin Tanımı

Bireylerin, yaşadıkları bölge dışına çıkıp konaklama yaparak tedavi görme amacıyla seyahat etmeleri, sağlık turizmi adı verilen özel bir turizm türünü meydana getirmektedir. Sağlık turizmiyle ilgili pek çok tanım bulunmakla birlikte, bu tanımlar genellikle seyahat etme nedeni ve seyahatin uzunluğu gibi ortak temel öğeleri kapsadığı görülmektedir. Bir kişinin sağlık hizmeti almak amacıyla yaşadığı yerden farklı bir bölgeye bilinçli bir şekilde yaptığı seyahate "sağlık turizmi" adı verilir ve bu seyahati yapan kişiye "sağlık turisti" denilmektedir (Cohen, 2008).

Sağlık turizmi, kaliteli tıbbi hizmetleri arayanlar için dinamik ve büyüyen bir sektör olarak ortaya çıkmaktadır. Bu alanın evrimi, zorlukların aşılması ve yeni akımların kabul edilmesiyle sürdürülebilir bir büyümeyi sağlamak için kritik öneme sahiptir. Devletler, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve diğer ilgili tarafların işbirliği ile sağlık turizmi, dünya çapında uygun maliyetli ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin bir simgesi haline gelmiştir (Hopkins ve diğerleri, 2010). Tıbbi müdahaleler, etik uygulamalar ve yenilikçi teknolojilerin birleşimi, sağlık turizminin geleceğini ve gelecek nesillerin manzarasını belirlemektedir. Endüstri genişledikçe, uzun vadeli başarıya ulaşmanın ve etik konuları göz önünde bulundurmanın önemi, bilgi edinme ve sürdürülebilirlik adımlarını ön plana çıkarmaktadır. Sağlık turizminin sunduğu çeşitlilik, alternatif tıptan uzmanlık hizmetlerine kadar, sektörün farklı sağlık taleplerine cevap verebilme kapasitesini sergilemektedir (Godovykh ve Ridderstaat, 2020). Sağlık turizmi, kaliteli bakım sunmanın yanı sıra, etik değerleri benimseme, kültürel anlayışı artırma ve sağlıklı yaşam biçimlerine katkıda bulunma yoluyla bireyler ve toplumlar için değer yaratmaktadır. Küresel sağlık manzarasının bir parçası olarak giderek daha fazla önem kazanan sağlık turizmi, geleceğe dair heyecan verici perspektifler sunmaktadır (Kabukcuoğlu, 2013).

Dünya çapında yapılan araştırmalara göre, sağlık turizminin büyümesine katkıda bulunan başlıca faktörler arasında fiyat avantajları, sağlık hizmetlerinin kalitesindeki farklılıklar, sigorta kapsamının yetersizliği, uzun bekleme süreleri, mahremiyet ve gizlilik ihtiyaçları, yasal ve etik meseleler, sağlık hizmetinden yararlanma ve seyahat etmeyi eş

zamanlı planlama isteği , sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlara kavuşması, teknolojinin ulaşım ve bilgi erişimini kolaylaştırması gibi unsurlar bulunmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007; Horowitz ve Rosensweig, 2007; Cohen, 2011; Çam ve Çılgınoğlu, 2021). Sağlık turizmi amacıyla seyahat planlanan destinasyonlar bakımından bazı ülkelerin ön planda olduğu gözlemlenmektedir. En çok tercih edilen ülkeler arasında; Amerika Birleşik Devletleri, Türkiye, Hindistan, Malezya, Küba, Singapur, Tayland, Güney Kore, Macaristan, Brezilya, Arjantin, Güney Afrika, Meksika, Yunanistan, Almanya, Fransa, İtalya, Polonya, İspanya ve Birleşik Arap Emirlikleri gibi ülkeler yer almaktadır (Bulut ve Şengül 2019).

Literatürde sıklıkla uluslararası düzeydeki sağlık seyahatleri sağlık turizmi olarak ele alınsa da (Connell, 2006; Demirdöğmez ve Arslan 2017; Álvarez, Chanda ve Smith, 2011), aynı ülke sınırları içinde gerçekleşen sağlık seyahatleri de sağlık turizminin bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Tedaviye erişimde yaşadıkları şehir veya bölge içinde sınırlılıklarla karşılaşan hastalar, ihtiyaç duydukları tedaviler için başka şehirlere seyahat etmek zorunda kalabilmektedirler. Bu tür bir seyahat sırasında, hastaların ulaşım, konaklama, tedavi ve transfer gibi zorunlu giderlerle karşılaşmaları gerekmektedir; bu durum, tedavi amacıyla seyahat ettikleri yerel ekonomiye doğrudan bir katkı sağlar. Bu bağlamda, sağlık turizmi kavramı, uluslararası sağlık turizmi ve ulusal sağlık turizmi olmak üzere iki alt kategoriye ayrılabilir, uluslararası sağlık turizmi ülkeler arası döviz akışına katkıda bulunurken, ulusal sağlık turizmi de ziyaret edilen şehir veya bölgenin ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır (Eriş, 2019).

2.1.1. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık turizminin altyapısını oluşturan ve bu alanda kapsamlı bir şekilde öncülük eden ilk medeniyet, Antik Yunan uygarlığıdır. Dünya üzerindeki ilk sağlık kurumlarından sayılan Asklepios Tapınakları, bu dönemin öne çıkan merkezlerindendir. Aynı zamanda, Olimpos'ta bulunan Zeus Tapınağı ve Delfi'deki tapınak gibi yerler de eski zamanlardaki sağlık turizmi için önemli noktalardan biri olmuştur (Demir, 2013:9; Aktaran: Bulut ve Şengül, 2019). Hindistan ise yoga ve ayurvedik tıp pratiğinin geniş çapta benimsenmesi ile sağlık turizminde önemli bir gelişme kaydetmiştir. Ayurveda, M.Ö. 10. yüzyıla dayanan ve Hindistan'da en sık

başvurulan tedavi metodlarından biri olarak kabul edilen tıbbın en eski sistemlerinden biridir (Öztürk, 1990; Aktaran: Ceyhan ve Yiğit, 2016:180).

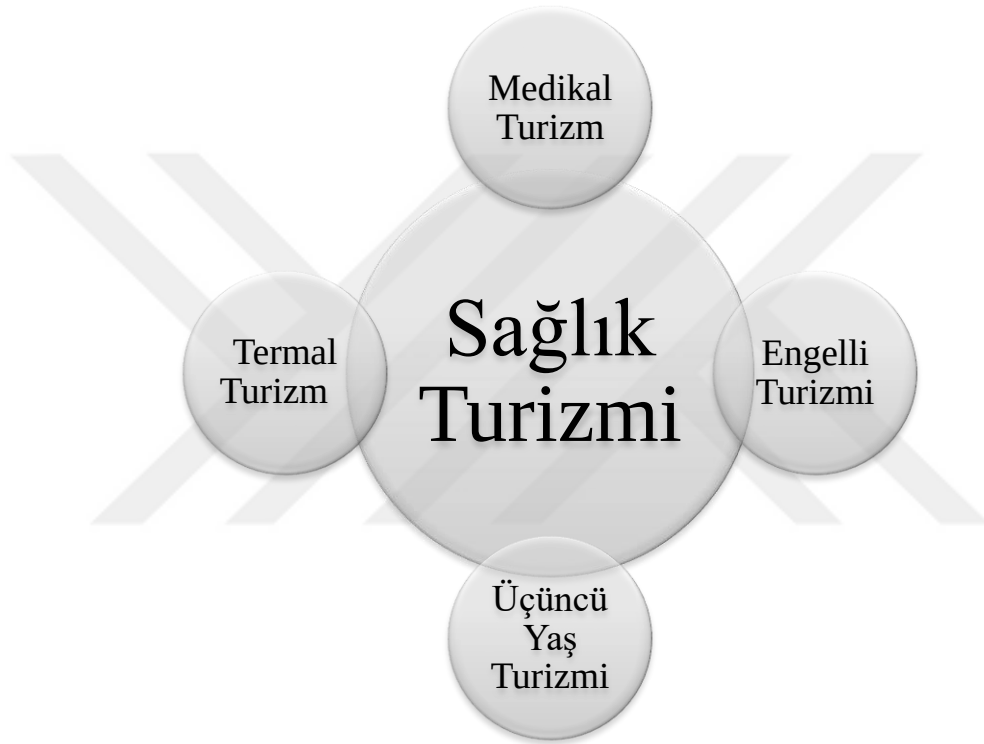
Rönesans çağı (14. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar), Avrupa'da sadece kültür ve sanatın canlandığı bir dönem olmakla kalmamış, aynı zamanda sağlık turizminin de filizlenmeye başladığı bir zaman olarak kaydedilmiştir. 1326'da, bugün Ville d'Eaux veya su şehri olarak tanınan bölgenin zengin su kaynaklarına sahip olduğu anlaşılmış ve bu keşif, bölgeyi Avrupa çapında meşhur kılmıştır. “Salus per aquam” (sudan sağlık) ifadesi, kökleri Romalıları dayanan ve SPA kelimesinin ilk defa bu bölgede kullanıldığı söylenen bir terimdir. 16. yüzyılda, zengin Avrupalılar Roma banyolarını yeniden keşfederek, sağlık için suyun önemini yeniden hatırlamışlardır (Demir, 2023). Amerika'nın keşfiyle birlikte, Avrupa'dan sağlık amaçlı yolculuk yapanlar için yeni destinasyonlar belirmiş, Amerika'daki yerli halkın şifa ve iyileştirme tekniklerindeki ustalığı keşfedildikçe bu tür seyahatlerin sayısında artış gözlemlenmiştir (Kozak ve diğerleri, 2013).

Sağlık turizmi terimi ilk kez 1973 yılında kullanılmış ve başlangıçta, ziyaret edilen bir ülkede sunulan doğal su, iklim ve çevre gibi sağlık olanaklarını kullanan bir geziyi ifade etmektedir (World Tourism Organization, 2006). İlgili alanda literatüre ilk katkı sunan çalışmalar, sağlık turizmini, bir destinasyonda sağlık hizmetleri ve olanaklarını geliştirerek turist çekme çabası olarak tanımlamaktadır (Goodrich ve Goodrich, 1987). Yirminci yüzyılın sonlarına dek, çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerin varlıklı sınıfları, kendi ülkelerinde bulunmayan tedavi yöntemlerini veya daha üstün sağlık hizmetlerini arayış içinde gelişmiş ülkelerdeki daha iyi imkanlara sahip sağlık kurumlarına yönelmişlerdir. Fakat 21. yüzyıl ile birlikte uluslararası hasta akışında bir yönelim değişikliği gözlemlenmiştir, bu da medikal turizmin giderek daha fazla popülerlik kazandığını işaret etmektedir. Bu eğilim, piyasa dinamikleri tarafından şekillendirilmekte ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin kontrolü dışında bir gelişme göstermektedir. Sağlık turizmi, içinde barındırdığı endişe ve potansiyel fırsatlarla karmaşık bir alanı temsil etmektedir. Bu durumdan hareketle, sağlık turizminin ülkelerin sağlık altyapılarına hem olumlu hem de olumsuz önemli etkilerde bulunacağı öngörülmektedir. Tedavi için kendi ülkelerinden daha gelişmiş, ileri teknoloji ve bilgi birikimine sahip ülkelere seyahat eden insanlar, artık maliyetlerin yükselmesi ve hizmete erişimde yaşanan zorluklar gibi nedenlerden dolayı, bu eğilim büyük ölçüde tersine dönmüştür. Gelişmiş ülke vatandaşları, kendi sağlık sistemlerini dolaşarak, az gelişmiş

ülkelerdeki imkanlardan anlaşmalı sigorta şirketleri aracılığıyla veya bireysel olarak hizmet satın alarak yararlanmaya başlamışlardır (Bulut ve Şengül, 2019).

2.2. Sağlık Turizminin Çeşitleri

Bu alanda yapılan literatür taramalarında sağlık turizmi; termal turizm, üçüncü yaş turizmi, engelli turizmi ve medikal turizm olarak sınıflandırılmaktadır (Özkan, 2019).



Kaynak: Özkan, M. E. (2019). Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi, 1(1), 50-64.

Şekil 1. Sağlık Turizmi Çeşitleri

2.2.1. Medikal Turizm

Medikal turizm, sağlık turizminin bir alt branşı olarak, özellikle cerrahi işlemler ve diğer özel uzmanlık gerektiren tıbbi müdahalelere ihtiyacı olan bireylere, turizm sektörü ile işbirliği içinde, mali açıdan daha uygun koşullarda yüksek kaliteli tıbbi hizmetler sunmayı

amaçlar. Bu tür turizmin temelinde, hasta bireylerin, tedavi edilmek amacıyla başka bir ülkeye seyahat etmeleri yatmakta olup; bu süreçte, tedavi dışında, kişilerin turistik aktivitelere katılımı, dinlenme ve boş vakitlerini değerlendirme fırsatları da sunulmaktadır. Medikal turizmdeki "turist" tanımı, hastaların öncelikli amacının sağlık hizmeti almak olduğunu belirtirken, aynı zamanda gittikleri yerlerde turistik deneyimler yaşama ve kültürel keşiflerde bulunma imkanı da bulduklarını ifade eder. Bu kavram, hastalara sadece tedavi imkanı değil, aynı zamanda bir iyileşme ve dinlenme süreci olarak da hizmet eden kapsamlı bir deneyim sunmaktadır (Mugomba ve C.Danell, 2007).

2.2.2. Termal Turizm

Termal turizm, aynı zamanda kaplıca turizmi olarak da tanınır ve termomineral suların banyo yapma, içme, inhalasyon ve çamur banyosu gibi yöntemlerle kullanımını kapsar. Bu turizm türü, iklim kürü, fiziksel terapi, rehabilitasyon, mekanoterapi, egzersiz, psikoterapi ve diyet gibi destekleyici tedavileri de içerir. Termal suların sağlık, eğlence ve rekreasyon amaçlarıyla kullanımı, bu turizm şeklinin temelini oluşturur (Aklanoğlu, 2008). Bu yaklaşım, doğal kaynakların terapötik faydalarını arayanlar için çekici bir seçenek haline getirmekte ve aynı zamanda rahatlama ve yenilenme imkanı sunmaktadır. Termal turizm uygulamaları, termalizm (kaplıca), klimatizm (temiz hava tedavisi) ve üvalizm (meyve-sebze kürleri) gibi çeşitli alt dalların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Çelik, 2009).

Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi'nde (2019) belirtildiği üzere, termal turizm, dinlenme ve sağlık iyileştirme olmak üzere iki ana kategoride incelenmektedir. Dinlenme odaklı termal turizm, bireylerin eğlenmek ve dinlenmek için jeotermal kaynakların sunduğu olanaklardan faydalanmalarını içermektedir. Bu turizm türü, ziyaretçilerin hem rahatlama hem de eğlenme ihtiyaçlarını karşılayacak termal aktiviteler sunar. Diğer yandan, tedavi amaçlı termal turizm, bireylerin kendi ülkelerinde tanı konulmuş sağlık sorunları için termal suların sağladığı doğal tedavi yöntemlerinden yararlanmayı hedefledikleri bir seyahat türüdür. Bu kapsamda, termal kaynakların terapötik özelliklerinden yararlanarak sağlık sorunlarına çözüm arayan turistler, sağlık ve iyileşme amaçlı bir seyahat gerçekleştirmektedirler (Özsarı ve Karatana, 2013).

2.2.3. Üçüncü Yaş Turizmi

Bakım gerektiren yaşlı bireylerin, sağlıklarını korumak, iyileştirmek, rehabilitasyon sağlamak ve geliştirmek amacıyla, genelde turizm şirketlerinin aracılığı ile yaşadıkları yerden farklı bir bölgeye yapacakları geçici ya da kalıcı konaklamalar, yaşlı bakımı ve turizmi tek bir çatı altında toplayan bir hizmet bütünüdür (Çetinkaya ve Zengin, 2009). Küresel turizm sektörü, yaşlanan nüfusun sektör üzerindeki artan etkisine yönelik farkındalığını giderek artırmaktadır. Altmış yaş üzeri turist sayısı 1999 yılında 593 milyon olarak belirlenmişken, bu rakamın 2050 yılına kadar 2 milyar kişiye ulaşacağı öngörülmektedir. Bu önemli artış, yaşlı turistlerin toplam turizm harcamalarında büyük bir paya sahip olacağını, hatta harcamaların üçte birini bu yaş grubunun gerçekleştireceğini göstermektedir. Bu veriler, turizm endüstrisinin yaşlı nüfusun ihtiyaç ve beklentilerine daha duyarlı hizmetler geliştirmesi gerektiğinin altını çizmekte ve bu demografik değişimin, turizm sektöründe uzun vadeli planlama ve stratejiler üzerinde önemli bir etkiye sahip olacağını işaret etmektedir (WTO, 2001).

Geleceğe yönelik nüfus tahminleri, yaşlı bireylerin daha sağlıklı, varlıklı, iyi eğitilmiş ve bağımsız bir yaşam süreceğini öngörmektedir. Emeklilikle birlikte artan boş zamanlar ve azalan sorumluluklar, yaşlıların yaşam tarzlarında önemli değişikliklere yol açacaktır. Bu gelişmeler, yaşlı turistlerin seyahat ve boş zaman tercihlerinde genç nüfusla benzer eğilimler göstermelerine olanak tanımaktadır (Cengiz, 2012). Özellikle, yaşlanan nüfusun aktif ve katılımcı bir yaşam tarzı benimsemesi, turizm sektöründe yaş ve ilgi alanlarına göre çeşitlilik arz eden hizmet ve deneyimlerin sunulmasını gerektirecek ve bu demografik grubun tercihlerinin, gençlerin tercihlerine paralel şekilde evrimleşebileceğini göstermektedir. Bu durum, turizm endüstrisinin yaşlı nüfusun beklenti ve ihtiyaçlarını anlaması ve onlara yönelik özel hizmetler geliştirmesi açısından önem taşımaktadır (Bayram, 2019).

2.2.4. Engelli Turizmi

Engelli bireylerin engel durumlarını hafifletmek veya onları topluma daha iyi entegre etmek amacıyla koruma, iyileştirme ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerinin sağlandığı turizm çeşididir (Bozça ve diğerleri, 2017). Engellilik, kişilerin günlük yaşam aktivitelerinde karşılaştıkları zihinsel ya da fiziksel kısıtlamaları ifade etmektedir. Sıkça, engelli bireylerin

ihtiyaçları, engelsiz bireylerin ihtiyaçları ile aynı olabileceği gerçeği gözden kaçırılmakta veya önemsenmemektedir. Toplumsal yaşama tam anlamıyla entegre olamama sorunuyla karşı karşıya kalan engelli insanlar için, seyahat etme ve turizm aktivitelerine katılma fırsatları, temel insan hakları arasında yer almaktadır. Bu durum, engelli bireylerin de diğer herkes gibi sosyal, kültürel ve eğitim faaliyetlerine erişim hakkına sahip olduğunu ve bu faaliyetlerden faydalanma imkanlarının artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu, hem engelli bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması hem de toplumsal farkındalık ve kapsayıcılığın geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Oduncuoğlu ve Efendi, 2020).

Engelli bireyler, turizm sektöründe hala dezavantajlı gruplar arasında yer almaktadır ve turizm aktivitelerine katılımları oldukça kısıtlıdır. Avrupa rneğinde, engelli bireylerin turizme katılım oranlarına bakıldığında, yaklaşık 22 milyon engelli kişinin günübirlik turistik aktivitelere katıldığı, 15 milyonunun ülke içinde seyahat ettiği ve 8 milyonunun ise yılda en az bir kere yurt dışına çıktığı görülmektedir. Bu veriler, engelli bireylerin turizm faaliyetlerine olan katılımının sınırlı kaldığını ve bu durumun, sektörün engelli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik daha fazla düzenleme ve iyileştirme yapması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu istatistikler, turizm sektörünün engelli bireylerin erişilebilirlik ve konforunu artırıcı adımlar atması gerektiğinin altını çizmektedir (Yıldız ve diğerleri, 2017).

Engelli bireylerin seyahatlerine genellikle en az bir kişinin eşlik etmesi ve bu seyahatleri sıklıkla sonbahar ve ilkbahar aylarında gerçekleştirmeleri, turizm sektörü için beklenmedik fırsatlar sunmaktadır. Bu durum, turizm sezonlarının uzamasına ve dolayısıyla turizm gelirlerinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (Bulgan, 2017). Engelli turistler ve onlara eşlik eden kişilerin oluşturduğu bu grup, turizm sezonlarını geleneksel pik sezonlarının ötesine taşıyarak, turizm gelirlerinin yıl boyunca daha dengeli bir şekilde dağılmasını sağlamaktadır. Bu zellikler, engelli bireyleri turizm sektörü için değerli bir niş pazar haline getirmiş ve turizm gelirlerini artırmak isteyen ülkelerin bu pazar segmentine yönelik özel stratejiler geliştirmesinin önemini ortaya koymuştur. Bu bakış açısıyla, engellilere yönelik turizm faaliyetlerinin geliştirilmesi ve kolaylaştırılması, sadece sosyal bir sorumluluk değil, aynı zamanda ekonomik bir fırsat olarak değerlendirilmektedir (Oduncuoğlu, 2020).

2.3. Medikal Turizm

2.3.1. Medikal Turizm Kavramı

Medikal turizm kavramı, artan sağlık harcamaları, bazı tedavi yöntemlerinde yaşanan uzun bekleme dönemleri ve sağlık sektörünün genel olarak büyümesi gibi çeşitli sebeplerle özellikle gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Sağlık turizmi yapan bireyler, kendi ülkelerinde alabilecekleri tedaviler yerine, daha ileri tedavi seçenekleri, özgün teknikler ve holistik sağlık deneyimleri sunan diğer ülkelere gitmeyi tercih etmektedirler (Aydın, 2012).

Medikal turizm, yüzyıllardır var olan ancak son yıllarda küresel ölçekte önemli bir endüstri haline gelen bir alandır (Connell, 2013). Bu endüstri, hastaların çeşitli tedavi ve sağlık hizmetlerini almak için ulusal sınırların ötesine geçmesini içermektedir (Hall, 2011). Medikal turizmin popülerliğindeki artış, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerindeki farklılıklar, maliyet etkinliği, bekleme sürelerinin azaltılması ve daha yüksek kaliteli bakım arayışı gibi çeşitli faktörlere bağlanmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007). Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde sağlanan medikal hizmetlerin düşük maliyeti, bu ülkeleri hem gelişmiş ülkelere hem de diğer gelişmekte olan ülkelere gelen hastalar için cazip hale getirmektedir (Glinos ve diğerleri, 2010).

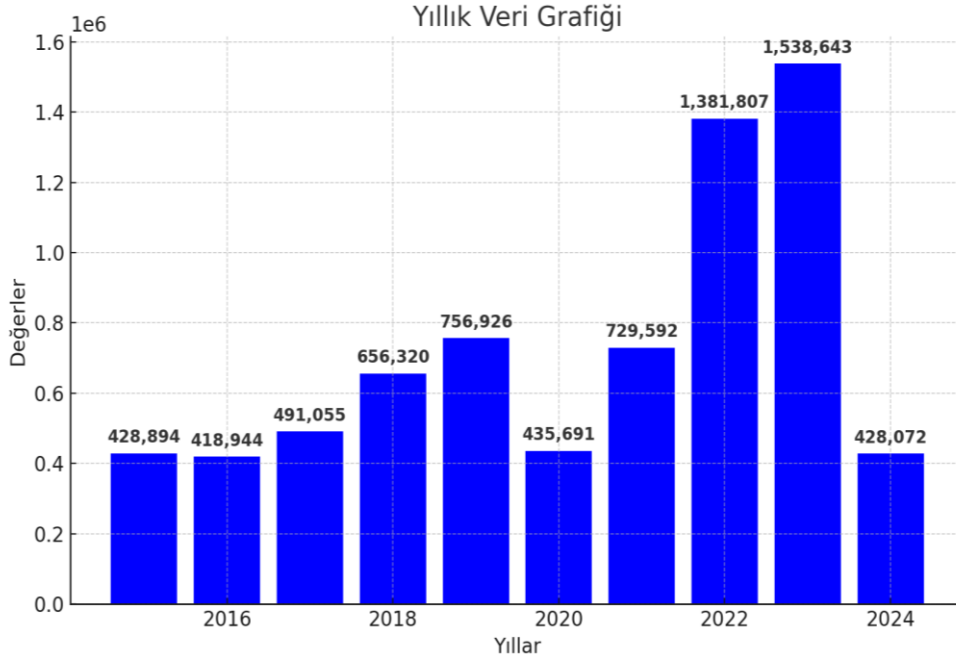
Son yıllarda, küreselleşmenin etkisiyle birlikte, sağlık hizmetlerinde uluslararası hareketlilik artmış ve medikal turizm, bu trendin önemli bir parçası haline gelmiştir. Medikal turizm, bireylerin çeşitli sağlık hizmetlerini, özellikle de yüksek maliyetli tedavileri, kendi ülkeleri dışında daha uygun maliyetlerle almayı amaçlayan bir hareketliliktir. Medikal turizmin gelişimi, bir zamanlar hastaların en kaliteli sağlık hizmetlerini almak amacıyla çoğunlukla gelişmiş batı ülkelerine yönelik seyahatleriyle başlamışken, günümüzde bu eğilimde dikkate değer bir değişiklik yaşanmıştır. Artık medikal turistler, sadece gelişmiş ülkeleri değil, aynı zamanda ekonomik ve hızlı sağlık hizmeti sunma kapasitesine sahip gelişmekte olan ülkeleri de aktif olarak tercih etmektedirler. Bu değişim, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşayan ve sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri ile uzun bekleme süreleri gibi sorunlardan muzdarip olan bireyler arasında daha belirgin hale gelmiştir. Gelişmekte olan ülkeler (Hindistan, Türkiye, Tayland, Singapur vb.), gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında hem maliyet avantajı hem de tedavi için uzun bekleme listelerinin olmaması gibi özellikleriyle öne çıkarak, bu bireyler için cazip bir alternatif sunmaktadır. Bu ülkeler, geniş yelpazedeki

tedavilere hızlı erişim imkanı ve maliyet etkinliği ile medikal turizmin giderek artan bir popüleriteye ulaşmasına imkan sağlamaktadır (Doğan ve Gerçek Öter, 2022).

Tablo 1. 2020-2021 yılı ülkelere göre medikal turizm potansiyeli sıralaması

Sıra	Ülke	Oran	Sıra	Ülke	Oran
1	Canada	76.47	25	Colombia	64.95
2	Singapore	76.43	26	Egypt	64.81
3	Japan	74.23	27	Malta	64.75
4	Spain	72.93	28	Brazil	64.35
5	United Kingdom	71.92	29	Poland	64.1
6	Dubai	71.85	30	Turkey	63.91
7	Costa Rica	71.73	31	Morocco	63.8
8	Israel	70.78	32	Bahrain	63.65
9	Abu Dhabi	70.26	33	China	63.47
10	India	69.8	34	Greece	63.45
11	France	69.71	35	Saudi Arabia	63.32
12	Germany	69.29	36	Jordan	63.26
13	Oman	69.03	37	Panama	62.77
14	South Korea	68.81	38	Tunisia	61.78
15	Czech Republic	68.32	39	Qatar	61.13
16	Taiwan	67.93	40	Jamaica	60.74
17	Thailand	67.38	41	Russia	60.17
18	Italy	66.75	42	Mexico	59.47
19	Dominican Republic	66.32	43	Lebanon	57.14
20	Argentina	66.26	44	Guatemala	55.04
21	Portugal	65.96	45	Kuwait	54.84
22	South Africa	65.22	46	Iran	44.38
23	Hungary	65.69			
24	Philippines	64.99			

Kaynak: Medical Tourism Index (MTI), 2021. <https://www.medicaltourism.com/mti/home>



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Turizm İstatistikleri, 2024.

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-Istatistikleri-IV-2023-53661>

Şekil 2. Sağlık Turizmi Amacıyla Türkiye’yi Ziyaret Eden Turistlerin Yıllara Göre Dağılımı

Medikal turizmin ana itici güçlerinden biri, maliyet tasarrufu olanağıdır. Özellikle, bazı tedavi ve ameliyatlar, yüksek maliyetli bölgelere kıyasla daha uygun fiyatlarla yapılabilmektedir. Bu ekonomik avantajlar, kaliteli ilaçların ve uzman doktorların bulunabilirliği ile birleştiğinde, uygun maliyetli ve yüksek kalitede sağlık hizmeti arayanlar için medikal turizmi çekici kılmaktadır (Turner, 2007). Medikal turizmin popülerliği artarken, bu durum sağlık sektörü, hükümetler ve turizm endüstrisi için hem zorluklar hem de fırsatlar yaratmaktadır. Tedavilerin standardizasyonu, yasal düzenlemeler ve etik meseleler gibi konular dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır. Ayrıca, bu sektör uluslararası iş birliğini teşvik etme, küresel sağlık standartlarını yükseltme ve medikal turizmle ilgilenen ülkelerin ekonomilerine katkı sağlama potansiyeline sahiptir (Turski ve diğerleri, 2021).

Medikal turizm üzerine yapılan akademik çalışmalar, özellikle hastaların neden yurtdışında tedavi olmayı tercih ettikleri, bu tür seyahatlerin hacmi ve turistlerin ana ülkelerindeki sağlık sistemleri üzerindeki etkileri gibi konuları anlamaya yöneliktir. Hanefeld ve diğerleri (2014) tarafından Birleşik Krallık’ta yapılan araştırma, medikal turizmle ilgili

mevcut bilgi seviyesini, hastaların motivasyonunu, medikal turizm endüstrisini, medikal seyahatlerin hacmini ve kaynak sağlık sistemleri üzerindeki etkileri incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, kozmetik cerrahi, diş turizmi ve infertilite tedavileri de dahil olmak üzere medikal turizmin çeşitli türlerini kapsamaktadır ve bu seyahatlerin arkasındaki motivasyonların maliyet, kalite, bekleme süreleri ve hastanın ana ülkesinde bulunmayan tedavilere erişim gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Hanefeld ve diğerleri, 2014).

2.3.2. Medikal Turizm Kapsamında Uygulanan Cerrahi Tedaviler

Medikal turizm, sağlık turistlerinin sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla gerçekleştirilen tıbbi işlemleri kapsamaktadır (Aydın ve diğerleri, 2012). Medikal turizm, dünya genelinde hızla büyüyen bir sektör haline gelmiş olup, özellikle cerrahi tedavilerin uluslararası sınırlar ötesi alımında önemli bir rol oynamaktadır (Connell, 2013; Turner, 2007). Bu sektördeki artış, gelişmiş teknolojilere erişim, maliyet avantajları ve tedaviye erişimdeki kolaylıklar gibi faktörlerle desteklenmektedir (Bookman ve Bookman, 2007; Heung, Kucukusta, & Song, 2010). Özellikle estetik cerrahi, obezite cerrahisi, ortopedi, kardiyovasküler işlemler ve diş tedavileri gibi alanlarda cerrahi tedaviler, medikal turizm kapsamında en çok talep gören hizmetler arasında yer almaktadır (Horowitz ve diğerleri, 2007).

Medikal turizmin popülerleşmesi, hastaların kendi ülkelerinde karşılaştıkları uzun bekleme süreleri, yüksek tedavi maliyetleri ve bazı durumlarda tedaviye erişimdeki kısıtlılıklar nedeniyle alternatif çözümler aramasıyla ilişkilendirilmektedir (Lunt ve Carrera 2010). Bu bağlamda, medikal turizm, hastalara daha hızlı, maliyet etkin ve kaliteli sağlık hizmeti alma fırsatı sunmaktadır (Johnston ve diğerleri, 2010). Ancak, medikal turizmle ilişkili cerrahi tedavilerin artan popüleritesi, bazı etik ve güvenlik endişelerini de beraberinde getirmektedir. Hastaların yurtdışında aldıkları cerrahi müdahalelerin kalitesi, güvenliği ve sonrasında gerekebilecek bakım hizmetlerinin standartları konusunda endişeler bulunmaktadır (Snyder ve diğerleri, 2011). Bu nedenle, medikal turizm sektöründe hizmet veren sağlık kuruluşlarının uluslararası akreditasyon standartlarını karşılaması ve hasta güvenliğini önceliklendirmesi büyük önem taşımaktadır (Lunt ve diğerleri, 2010). Medikal turizm kapsamında uygulanan cerrahi tedaviler, küresel sağlık hizmetleri piyasasında önemli

bir yere sahiptir ve bu alandaki gelişmeler, hem hastalar hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları için yeni fırsatlar ve zorluklar sunmaktadır (Hall, 2011; Ormond, 2013)

Medikal turizm kapsamında sağlık turistlerinin yararlandığı tıbbi uygulamalar şu şekildedir (Woodman, 2007);

- İleri düzey tedaviler (örneğin, kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi gibi)
- Organ transplantasyonu (kalp, karaciğer, böbrek nakli gibi)
- Yardımcı üreme teknolojileri (tüp bebek uygulamaları gibi)
- Saç ekimi
- Estetik cerrahi müdahaleler (burun estetiği, meme büyütme ve küçültme gibi)
- Diş sağlığına yönelik tedaviler (Estetik gülüş, implant vb.)
- Bariatrik cerrahi uygulamaları (Mide küçültme, gastrik by-pass vb.)
- Göz ve diyaliz tedavileri gibi

2.4. Obezite

Günümüzde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı veya anormal birikmesi” şeklinde tanımlanan obezite, dünya genelinde artış gösteren bir halk sağlığı problemidir (WHO, 2018). Terminolojide "obezite" kelimesi, Latince 'obesus' teriminden türemiştir, bu da 'şişmanlık' ya da 'aşırı beslenmiş' olarak ifade edilir. Latince "obesus" terimi, yalnızca fiziksel bir durumu ifade etmekle kalmayıp, aynı zamanda o dönemlerde beslenme ve sağlık hakkındaki düşünceleri de yansıtmaktadır (Bevegni ve Adami, 2003). Bu kelimenin kökeni, günümüzde obeziteyle ilişkilendirilen sağlık riskleri ve toplumsal algılar üzerine düşünürken, tarihsel bağlamın da göz önünde bulundurulması gerektiğini hatırlatır. Obezite üzerine yapılan modern araştırmalar ve tartışmalar, bu kelimenin kökeninin ve tarihsel kullanımının, toplumun sağlık ve vücut algısı üzerine uzun süreli etkileri olduğunu göstermektedir. Obezite, genellikle "aşırı kilo" olarak bilinir ve sağlıksız yeme alışkanlıkları ile fiziksel aktivite eksikliğinin sonucu olarak gelişen enerji alımı ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik durumunu temsil etmektedir (Yıldırım ve diğerleri, 2008).

Epidemiyolojik araştırmalarda, hastalık ile kilo arasındaki bağlantıyı inceleyebilmek için sıklıkla boy ve ağırlığın bir araya getirilmesiyle elde edilen beden kitle indeksi (BKİ) ölçüt olarak tercih edilmektedir. Halk sağlığı önerileri yapılırken, vücut ağırlığının değerlendirilmesinde BKİ, yani kilonun boyun metre karesine bölünmesiyle elde edilen değer kullanılmaktadır (Değirmenci, 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) BKİ için belirlediği sınıflandırma şu şekildedir: BKİ 18.5 kg/m²'nin altında ise zayıf, BKİ 18.5-25 kg/m² arasında ise normal kilolu, BKİ 25-30 kg/m² arasında ise kilolu, BKİ 30-40 kg/m² arasında ise obez ve BKİ 40 kg/m²'nin üzerinde ise aşırı obez olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2015).

Tablo 2. Beden kitle indeksine göre obezite sınıflandırılması

BKİ (kg/m ²)	DSÖ Sınıflandırması	Genel Tanım
<18.5	Düşük Kilo	Zayıf
18.5 - 24.9	Normal, Sağlıklı	Normal
25.0 - 29.9	Pre-obez	Fazla kilolu
30.0 - 39.9	Obez	Şişman
>40	Morbid Obez	Aşırı Şişman

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

2.4.1. Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin etiyolojisi, genetik faktörler, çevresel etkiler ve yaşam tarzı seçimleri gibi çeşitli unsurların karmaşık bir etkileşimini içermektedir. Genetik yatkınlık, bireylerin obezite geliştirme riskini önemli ölçüde artırabilir, ancak çevresel faktörler ve kişisel davranışlar da bu durumun ortaya çıkışında kritik roller oynamaktadır (Hill ve diğerleri, 2003). Ayrıca, modern yaşam tarzı, özellikle yüksek kalorili gıdalara kolay erişim ve fiziksel aktivite eksikliği, obezitenin yaygınlaşmasında önemli bir faktördür. Gıda sanayisinin pazarlama stratejileri ve şehirleşmenin getirdiği yaşam biçimi değişiklikleri, sağlıksız beslenme alışkanlıklarını ve hareketsiz yaşamı teşvik etmektedir (Swinburn ve diğerleri, 2011). Obezite ile mücadelede, bireysel davranış değişikliklerinin yanı sıra toplumun genelinde sağlıklı yaşam biçimlerini destekleyecek politika ve çevresel düzenlemeler de gereklidir. Bu, hem bireylerin hem de toplulukların sağlıklı seçimler yapmasını kolaylaştırarak obezitenin önlenmesi ve tedavisinde etkili olabilir (Kumanyika ve diğerleri, 2008).

Obezitenin kökenleri ve yaygınlaşması üzerine yapılan araştırmalar, bu kompleks sağlık sorununun çok boyutlu etiyolojisini ortaya koymaktadır. Gelişmiş ülkelerin sosyo-

kültürel yapısının etkisi, kentleşmenin artması ve gıda sektörünün globalleşmesi gibi faktörler, bireylerin fiziksel görünümüne yönelik baskıların ve yeme bozukluklarının artmasına katkıda bulunarak obezite riskini artırmaktadır (Yılmaz, 2002). Aynı zamanda, obezite, alanyazında "multifaktöriyel bir sorun" olarak tanımlanmaktadır, yani birçok farklı faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (Kulie ve diğerleri, 2011). Ayrıca, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, hazır gıdalara yönelim ve bunların tüketiminin artması, gıda sanayisindeki büyüme ile birlikte ürün fiyatlarının düşmesi, çalışma şartlarının ve eğlence anlayışının değişmesi, elektronik cihazlarla geçirilen zamanın artması gibi yaşam tarzı değişiklikleri de obezitenin artışında önemli etkenler arasında yer almaktadır (Ayyıldız ve Demirli, 2015). Bu faktörlerin her biri, modern toplumlarda obezitenin nedenleri ve artışındaki karmaşıklığı gözler önüne sermektedir.

2.4.2. Obeziteyle İlişkili Sorunlar

Obezite, sadece fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda bireyin psikolojik durumu ve sosyal yaşamı üzerinde de önemli etkileri olan karmaşık bir sağlık sorunudur. Hem yetişkinlerde hem de çocuklarda görülen obezite, birçok kronik hastalığın riskini artırmaktadır; bunlar arasında kalp hastalıkları, diyabet, yüksek tansiyon ve bazı kanser türleri bulunmaktadır. Obezitenin kalp hastalığı ve damar sağlığı üzerindeki etkileri sıklıkla kardiyovasküler hastalıkların ilerlemesine sebep olmaktadır (Journal of Molecular Cell Biology, 2021). Obezite ayrıca eklem problemleri, uyku apnesi ve solunum problemleri gibi fiziksel komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Ek olarak obez bireylerde daha sık görülen osteoartrit, ağırlığın eklem üzerindeki baskısından kaynaklanmakta ve hareket kabiliyetinde azalmaya yol açabilmektedir (World Obesity Atlas, 2023). Psikososyal açıdan bakıldığında, obezite, depresyon, anksiyete, düşük özsaygı ve sosyal izolasyon gibi sorunlara neden olabilir. Toplumda var olan kilo damgası ve ayrımcılığı, bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde derin etkilere sahip olabilir ve kilo kaybı çabalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Saatçioğlu, 2018).

Obezitenin yüksek mali getirisi, sağlık sistemleri üzerindeki ekonomik yükü ifade etmektedir. Direkt tıbbi maliyetler (obeziteyle ilişkili hastalıkların tedavisi için yapılan harcamalar) ve dolaylı maliyetler (iş gücü kaybı, erken ölüm gibi) düşünüldüğünde obezitenin ekonomik etkisi büyüktür. Bu sebeple, obeziteyle mücadele, hem bireysel hem de toplumsal

düzeyde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Öcal ve Aygen, 2018). Obezitenin önlenmesi ve tedavisi için çok disiplinli bir yaklaşım gerekmekte olup; diyet, fiziksel aktivite, davranış değişiklikleri ve bazı durumlarda tıbbi müdahale veya cerrahi gibi birden fazla strateji içermektedir. Obeziteyle mücadele, aynı zamanda kamu sağlığı politikaları, eğitim programları ve toplumun her kesiminin katılımını içeren geniş çaplı çabaları da gerektirmektedir (Akar, 2015).

2.4.3. Obeziteyle Mücadele

Obezite, modern toplumların karşı karşıya olduğu en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir ve küresel bir salgın olarak tanımlanmaktadır (Swinburn ve diğerleri, 2011). Obezite ile mücadele, çok yönlü bir yaklaşım gerektiren karmaşık bir süreçtir ve diyet, fiziksel aktivite artışı, davranışsal değişiklikler ve ilaç tedavisi gibi geleneksel yöntemlerin yanı sıra, belirli durumlarda cerrahi müdahaleleri de içermektedir (Jensen ve diğerleri, 2014). Obezitenin tedavisi, bireyin sağlık durumuna, obezitenin şiddetine ve daha önce denenmiş tedavi yöntemlerinin başarısına göre belirlenmelidir. Diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri, obezite tedavisinin temel taşları arasında yer alsa da, bazı hastalar için yeterli olmayabilir (Jebb ve Wells, 2020). Bu durumda, ilaç tedavisi veya cerrahi müdahale gibi daha invaziv tedavi yöntemleri devreye girebilmektedir (Apovian ve diğerleri, 2015). Son yıllarda, obezite tedavisinde bireyselleştirilmiş tedavi planlarının önemi giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Bireyin genetik yapısı, metabolik durumu, yaşam tarzı ve tercihleri gibi faktörlerin tedavi planlamasında dikkate alınması, tedavi başarısını önemli ölçüde artırmaktadır (Bray, 2016). Bu yaklaşım, obezite tedavisinde kişiselleştirilmiş tıbbın bir örneği olarak görülebilir ve bu alandaki ilerlemeler, obezite tedavisinde önemli yeniliklerin kapısını aralamaktadır.

Obeziteyle mücadelede kamu sağlığı stratejileri de önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden politikalar, okullarda sağlıklı yaşam tarzı eğitimleri ve şehir planlamasında fiziksel aktiviteyi kolaylaştıracak düzenlemeler, obeziteyle mücadelede etkili olabilir (Kumanyika ve diğerleri, 2008). Bu tür stratejiler, toplumun genel sağlığını iyileştirmeye yönelik geniş çaplı çabaların bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

Teknolojik ilerlemeler ve dijital sağlık çözümleri, obeziteyle mücadelede yeni yollar sunmaktadır. Mobil sağlık uygulamaları (tele-sağlık), giyilebilir teknoloji ve online sağlık

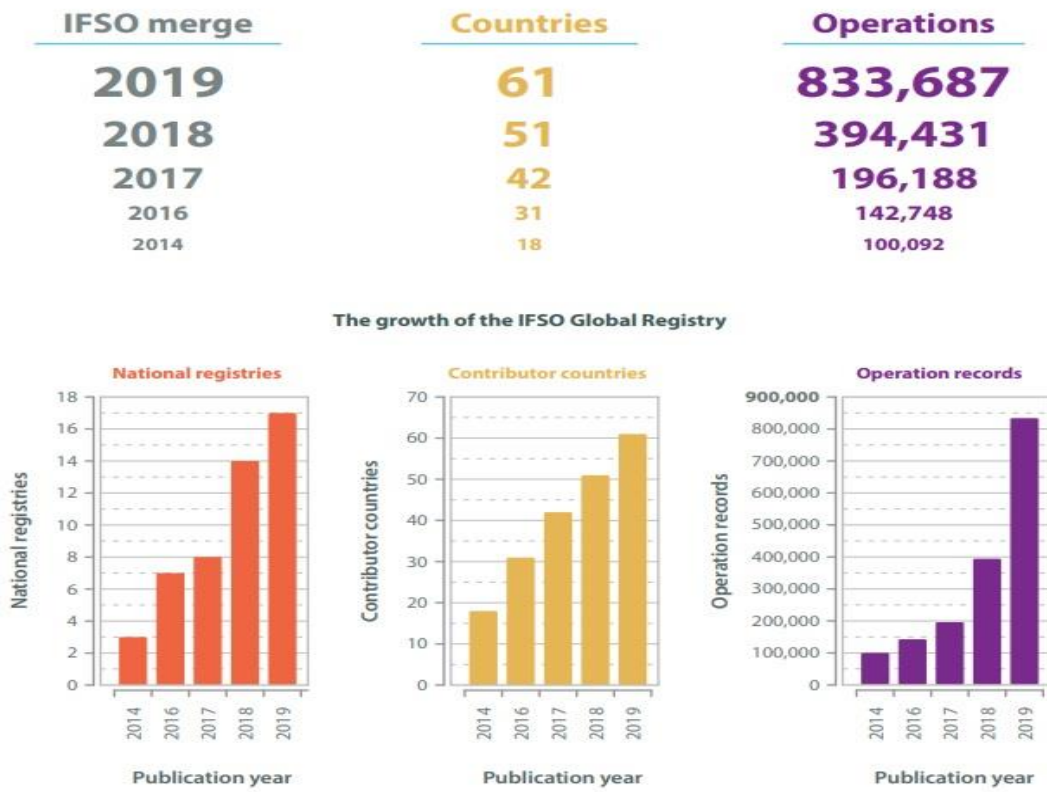
koçluk hizmetleri gibi araçlar, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmalarını kolaylaştırabilir ve obezite tedavisinde destekleyici bir rol oynayabilmektedir (Tate ve diğerleri, 2015). Bu tür teknolojik çözümler, bireylerin günlük aktivitelerini ve beslenme alışkanlıklarını izlemelerine olanak tanıyarak, davranışsal değişikliklerin sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.

Obezitenin psikososyal yönleri de tedavi sürecinde önemli bir yer tutar. Obeziteyle mücadele eden bireyler, stigmatizasyon, özsaygı sorunları ve depresyon gibi psikolojik zorluklarla karşılaşabilirler (Puhl ve Heuer, 2010). Bu nedenle, obezite tedavisinde psikolojik destek hizmetlerinin entegrasyonu, tedavinin etkililiğini artırmak ve bireylerin genel iyilik halini iyileştirmek için kritik öneme sahiptir. Uluslararası sağlık örgütleri ve hükümetler, obezitenin önlenmesi ve kontrol altına alınması için kapsamlı politikalar geliştirmişlerdir. Bu politikalar, sağlıklı gıdalara erişimin artırılması, sağlıksız yiyecek ve içeceklerin reklamının sınırlandırılması, okullarda fiziksel aktivite programlarının güçlendirilmesi ve toplum bazında sağlıklı yaşam tarzı teşvik edici kampanyaları içermektedir. Bu tür politikaların uygulanması, obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde toplumsal bir çaba gerektirdiğinin altını çizmektedir Obeziteyle mücadele ve tedavisi, sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal ve küresel düzeyde koordineli çabaları gerektirmektedir. Sağlık profesyonelleri, araştırmacılar, politika yapıcılar ve toplum liderleri arasında işbirliği, obeziteyle mücadelede kritik bir faktördür. Bu işbirliği, en iyi uygulamaların paylaşılmasını, kaynakların etkili kullanımını ve obeziteyle mücadele stratejilerinin sürekli iyileştirilmesini sağlayacaktır (Swinburn ve diğerleri, 2011).

2.5. Obezitenin Cerrahi Tedavisi

Obezite, dünya çapında halk sağlığı için büyüyen bir tehdit oluşturmakta ve tedavi yöntemleri arasında, özellikle ciddi ve morbid obezite vakalarında etkili olduğu kanıtlanmış obezite cerrahisi, giderek daha fazla tercih edilmektedir (Nguyen ve diğerleri, 2013). Günümüzde bariatrik cerrahi oranındaki artışın ana nedenlerine bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün küresel obezite salgınının artması hakkındaki verileri ve obezite ve metabolik hastalıklar konusunda geliştirilen cerrahi tekniklerin kilo verme konusundaki göz ardı edilemeyecek başarısıdır. Her ne kadar diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri obezitenin önlenmesinde tartışmasız bir rol oynasa da özellikle ciddi ve kompleks obez hastalarda

etkinlik düzeyleri sınırlı kalmaktadır (Dietz ve diğerleri, 2015). Bu nedenle bariatrik cerrahi yalnızca vücut ağırlığı kaybını sağlamakla kalmayıp aynı zamanda obezite ilişkili komorbid hastalıkların önlenmesinde ya da tedavisinde tek başına en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (Colquitt ve diğerleri, 2014). Uluslararası Obezite ve Metabolik Bozukluklar Cerrahisi Federasyonu [İnternational Federation for the Surgery of Obesity & Metabolic Disorders (IFSO)] verilerine göre de obezitenin tedavisinde en çok tercih edilen yöntem cerrahidir ve prevelansı hızla artmaktadır. (The Fourth IFSO Global Registry Report, 2018).



Kaynak: 5th İFSO Global Registry Report, 2019. <https://www.ifso.com/pdf/5th-ifso-global-registry-report-september-2019.pdf>

Şekil 3. Obezite Cerrahisi Prevelansı- İFSO

Obez hastalar diyabet, hipertansiyon, fiziksel aktivitenin bozulmasına bağlı azalmış yaşam kalitesi ve depresyon gibi riskler altındadır. Obezite, bireylerin yaşamlarında psikolojik ve sosyal zorlukların meydana gelmesine yol açar. Bu durum, tedavi süreçlerinin uzamasına ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olarak ciddi bir sorun oluşturmaktadır (Yıldırım, 2016). Özellikle morbid obezite gibi ciddi durumlar söz konusu olduğunda, bariatrik cerrahi, kilo kaybı ve obeziteye bağlı sağlık sorunlarının yönetiminde etkili bir

yöntem olarak öne çıkmaktadır (Sjöström ve diğerleri, 2007). Bariatrik cerrahi, mide boyutunu küçültme veya sindirim sisteminin bir kısmını atlayarak besinlerin emilimini azaltma prensibine dayanır. Bu yöntemler, hastaların daha az yemek yemelerine ve alınan besinlerin bir kısmının emilmeden atılmasına yardımcı olarak önemli kilo kaybı sağlamaktadır (Adams ve diğerleri, 2007). Ancak, cerrahi tedaviler ciddi yan etkilere sahip olabilir ve her hasta için uygun olmayabilir. Bu nedenle, cerrahiye aday hastaların dikkatli bir şekilde seçilmesi ve tedavi öncesi ve sonrası kapsamlı bir destek ve takip programının uygulanması gerekmektedir (Mechanick ve diğerleri, 2013).

2.6. Obezite Cerrahisinde Uygulanan Yöntemler



Şekil 4. Obezite Cerrahisi Çeşitleri

2.6.1. Tüp Mide Ameliyatı (Sleeve Gastrektomi)

Sleeve gastrektomi (SG), son yıllarda obezite tedavisinde önemli bir yer edinmiş cerrahi bir prosedürdür ve dünya genelinde en sık uygulanan bariatrik ameliyatlardan başında gelmektedir (Gagner ve Hutchinson, 2016). Sleeve Gastrektomi'nin popüleritesi, işlemin etkililiği, nispeten basit cerrahi süreci ve obezite ile ilişkili komorbiditeler üzerindeki olumlu etkileri ile açıklanabilmektedir (Rosenthal, 2012). Bariatrik cerrahi içerisinde önemli bir yere sahip olan SG, aşırı kilo kaybı sağlamanın yanı sıra tip 2 diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi obeziteye bağlı hastalıkların iyileşmesinde veya remisyona girmesinde de etkili olduğu gösterilmiştir (Schauer ve diğerleri, 2017). Sleeve Gastrektomi işlemi, mide hacminin yaklaşık %80'inin çıkarılmasıyla gerçekleştirilir, bu da hastanın daha az yemek yemesini ve dolayısıyla kilo vermesini sağlamaktadır (Albanopoulos ve diğerleri, 2013). Bu cerrahi yöntem, açlık hissinin düzenleyen ghrelin hormonunun seviyelerini azaltarak da kilo kaybına katkıda bulunmaktadır (Karamanakos ve diğerleri, 2008). Sleeve Gastrektomi'nin uzun vadeli

başarısını desteklemek için hastaların yaşam tarzı değişikliklerini benimsemeleri ve düzenli olarak takip edilmeleri gerekmektedir (Mechanick ve diğerleri, 2013).

Sleeve gastrektomi'nin güvenliği ve etkinliği üzerine yapılan çalışmalar, bu yöntemin aşırı kilolu ve obez bireyler için güvenli ve etkili bir seçenek olduğunu göstermektedir (Boza ve diğerleri, 2012). Ancak, her cerrahi prosedürde olduğu gibi SG'nin de potansiyel riskleri ve komplikasyonları vardır. En sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında mide sızıntısı, kanama ve beslenme yetersizlikleri bulunmaktadır (Aurora ve diğerleri, 2012). Tüp mide ameliyatı sonrası hastaların yaşam kalitesinde önemli bir iyileşmeler gözlemlenmektedir. Kilo kaybı ile birlikte fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal etkileşim alanlarında iyileşmeler gözlemlenmektedir. Bu iyileşmeler, SG'nin sadece kilo kaybını teşvik etmekle kalmayıp, aynı zamanda hastaların genel yaşam kalitesini de artırdığını göstermektedir (Weiner ve diğerleri, 2011).

2.6.2. Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB)

Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) ameliyatı, morbid obezite ve obeziteye bağlı metabolik hastalıkların tedavisinde altın standart olarak kabul edilen bir bariatrik cerrahi yöntemidir (Sjöström ve diğerleri, 2007). Bu prosedür, hem mide boyutunu küçülterek hem de besinlerin bir kısmının ince bağırsakta emilimini azaltarak çalışır, böylece etkili bir şekilde uzun vadeli kilo kaybı sağlamaktadır (Buchwald ve diğerleri, 2004). Roux-en-Y Gastric Bypass, aynı zamanda tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve uyku apnesi gibi obeziteyle ilişkili komorbiditelerin iyileşmesine veya remisyonuna neden olabilmektedir (Schauer ve diğerleri, 2012). Roux-en-Y Gastric Bypass ameliyatının başarısı, hastanın yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesi ve cerrahi sonrası takiplerini düzenli olarak yapmasıyla doğrudan ilişkilidir. Bu takipler, potansiyel beslenme eksikliklerinin önlenmesi ve tedavisi için kritik önem taşımaktadır (Stein ve diğerleri, 2014). Beslenme eksiklikleri, RYGB'nin en yaygın uzun vadeli komplikasyonlarından biridir ve demir, kalsiyum, B12 vitamini ve folat eksiklikleri içerebilmektedir (Aasheim ve diğerleri, 2008). Roux-en-Y Gastric Bypass'ın etkililiği üzerine yapılan uzun vadeli çalışmalar, ameliyatın sadece kilo kaybı sağlamakla kalmayıp aynı zamanda obeziteye bağlı komorbiditelerin iyileşmesinde ve mortalite oranlarının azalmasında da etkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, RYGB'nin obezite tedavisinde güçlü bir seçenek olarak kalmasını sağlamaktadır (Adams ve diğerleri, 2007).

2.6.3. Mini (Tek Anastomozlu) Gastric Bypass

Mini Gastric Bypass (MGB), orijinal Roux-en-Y Gastric Bypass'a (RYGB) kıyasla daha basit, hızlı ve potansiyel olarak daha az komplikasyon riski taşıyan bir bariatrik cerrahi yöntemidir (Rutledge, 2001). Bu prosedür, obezite ve ilişkili metabolik hastalıkların tedavisinde giderek daha fazla tercih edilen bir seçenek haline gelmiştir (Lee ve diğerleri, 2012). Mini Gastric Bypass, tek bir anastomoz kullanarak mideyi bypass eder, bu da cerrahi süresini kısaltır ve teknik olarak daha az zorlu hale getirmektedir (Musella ve diğerleri, 2014).

Mini Gastric Bypass 'ın popüleritesi, prosedürün etkililiği ve güvenliği ile ilgili giderek artan kanıtlarla desteklenmektedir. Çalışmalar, MGB'nin uzun vadeli kilo kaybı sağladığını ve tip 2 diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi obeziteye bağlı komorbiditelerde önemli iyileşmeler elde edildiğini göstermiştir (Carbajo ve diğerleri, 2005). Mini Gastric Bypass, özellikle diyabetik hastalarda metabolik sonuçlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir, bu da prosedürün metabolik cerrahi olarak da etkili olduğunu göstermektedir (Lee ve diğerleri, 2005). Mini Gastric Bypass'ın avantajlarına rağmen, bu prosedürün potansiyel komplikasyonları ve uzun vadeli etkileri üzerine dikkatli bir değerlendirme gereklidir. Mini Gastric Bypass sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında mide asidi reflü, malnutrisyon ve anemi bulunmaktadır. Bu komplikasyonların yönetimi, hasta takibinin ve beslenme desteğinin önemini vurgulamaktadır (Noun ve diğerleri, 2007).

2.6.4. Biliopankreatik Diversiyon / Duodenal Switch

Biliopankreatik Diversiyon (BPD) ve Duodenal Switch (DS), özellikle morbid obezite ve bu durumla ilişkili metabolik hastalıkların tedavisinde kullanılan kompleks bariatrik cerrahi işlemlerdir. Biliopankreatik Diversiyon ve DS, hem restriktif hem de malabsorptif bir etki yaratarak, etkili bir şekilde aşırı kilo kaybı sağlamak ve özellikle tip 2 diyabet gibi metabolik hastalıkların remisyonunda yüksek başarı oranları göstermektedir (Sjöström ve diğerleri, 2007). Bu cerrahi yöntemler, mide hacmini azaltma (restriktif etki) ve gıdaların çoğunun ince bağırsağın emilim bölgesinden bypass edilerek doğrudan bağırsakların son kısımlarına yönlendirilmesi (malabsorptif etki) prensiplerine dayanmaktadır (Hess ve Hess, 1998). Bu iki etki kombinasyonu, hastalarda sadece önemli oranda kilo kaybı sağlamakla

kalmaz, aynı zamanda tip 2 diyabetin kontrol altına alınmasında ve hatta remisyonunda da etkili olabilmektedir (Rubino ve diğerleri, 2010).

Biliopankreatik Diversiyon ve DS işleminin uygulanması, obeziteyle ilişkili komorbiditeler üzerinde önemli etkilere sahip olabilir. Özellikle, tip 2 diyabet üzerindeki etkileri, diğer bariatrik cerrahi yöntemlerine göre daha üstün olabilir, bu da BPD/DS'yi metabolik cerrahinin önemli bir aracı haline getirmektedir (Mingrone ve diğerleri, 2015). Bununla birlikte, bu işlemin potansiyel beslenme yetersizlikleri gibi uzun vadeli komplikasyonları da göz önünde bulundurulmalıdır (Aasheim ve diğerleri, 2008). Bu komplikasyonlar, genellikle malabsorptif komponent nedeniyle ortaya çıkar ve demir, kalsiyum, vitamin B12 ve D vitamini gibi mikrobelerin eksikliklerini içerebilmektedir. Bu nedenle, BPD/DS ameliyatı geçiren hastaların düzenli olarak takip edilmesi ve eksikliklerin önlenmesi veya tedavi edilmesi için gerekli beslenme desteklerinin sağlanması önem taşımaktadır. Bu cerrahi yöntemin obezite ve metabolik hastalıkların tedavisindeki etkinliği, sadece kilo kaybı ve komorbiditelerin iyileşmesi açısından değil, aynı zamanda hastaların genel yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri açısından da değerlendirilmelidir. Ancak, BPD/DS'nin potansiyel uzun vadeli komplikasyonları ve yaşam boyu beslenme takibinin gerekliliği, bu işlemin sadece seçilmiş hastalar için uygun olduğunu göstermektedir (Topart ve diğerleri, 2013).

2.6.5. Mide Kelepçesi

Mide kelepçesi (Laparoskopik Ayarlanabilir Gastric Banding - LAGB), obezite tedavisinde minimal invaziv bir yöntem olarak kabul edilir ve hastanın mide kapasitesini fiziksel bir bantla sınırlandırarak kilo kaybını teşvik etmektedir (O'Brien ve diğerleri, 2013). Bu işlem, geçmiş yıllarda cerrahiye uygun morbid obez hastalar arasında popüler bir seçenek olarak kabul edilmekteydi ve kilo kaybının yanı sıra tip 2 diyabet, hipertansiyon ve uyku apnesi gibi obeziteye bağlı komorbiditelerin iyileşmesine de katkılar sunmaktaydı (Dixon ve diğerleri, 2008). Ancak, LAGB'nin uzun vadeli etkinliği ve komplikasyonları, işlemin başarısını sürdürmek için hasta uyumunun ve düzenli takibin önemini vurgulamaktadır (Weiner ve diğerleri, 2010). Ayrıca tüp mide ameliyatlarının uygulanmaya başlamasıyla birlikte tercih edilme oranlarında ciddi azalmalar gözlemlenmektedir. Mide kelepçesi ameliyatı, obezite cerrahisi seçenekleri arasında, yeniden cerrahi gereksinim oranları ve

bandla ilgili komplikasyonlar açısından dikkatlice değerlendirilmelidir (Angrisani ve diğerleri, 2017).

2.6.6. Mide Balonu

Mide balonu (intra gastric balloon - IGB), minimal invaziv bir obezite tedavi yöntemi olarak son yıllarda önem kazanmıştır, bu yöntem geçici olarak mide hacmini azaltarak doyumluk hissini artırır ve kilo kaybını desteklemektedir (Genco ve diğerleri, 2020). Mide balonunun uygulanması, cerrahi bir müdahale gerektirmeyen ve kısa sürede geri alınabilen bir yöntem olması nedeniyle, özellikle cerrahiye uygun olmayan veya daha az invazif seçenekleri tercih eden hastalar için cazip bir alternatif olarak görülmektedir (Mion ve diğerleri, 2017). Mide balonunun etkinliği, önemli oranda kısa vadeli kilo kaybı sağlamakla birlikte, uzun vadeli sonuçlar hastanın yaşam tarzı değişikliklerine bağlıdır ve bu tedavinin başarısı için diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı müdahalelerinin entegrasyonu önemlidir (Fultang ve diğerleri, 2019). Mide balonu tedavisinin, obeziteyle ilişkili komorbiditeler üzerinde de olumlu etkileri gözlemlenmiş olup, bu yöntem bireyin genel sağlık durumu üzerinde iyileştirmeler sağlayabilmektedir (Alqahtani ve diğerleri, 2020). Ancak, mide balonunun diğer cerrahi işlemlere göre sınırlı kilo kaybı sağlama, potansiyel yan etkileri ve komplikasyonları, işlemin uygulanmasında dikkate alınmalıdır (Kim ve diğerleri, 2018).

Tablo 3. Obezite Cerrahisinin Faydaları ve Riskleri

Obezite Cerrahisinin Faydaları	Hususlar ve Riskler
Kilo Kaybı: Obezite cerrahisi, geleneksel yöntemlere kıyasla daha fazla kilo kaybı sağlayarak bu konuda etkili bir çözüm sunmaktadır.	Cerrahi Riskler: Her cerrahi işlemde olduğu gibi, obezite cerrahisinde de enfeksiyon, kanama ve anesteziye karşı olumsuz reaksiyon gibi riskler mevcuttur.
Sağlık Koşullarında İyileşme: Ameliyat sonrası, Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve uyku apnesi gibi obezite ile ilişkili sağlık sorunlarında önemli iyileşmeler gözlemlenmektedir.	Beslenme Eksiklikleri: Malabsorbtif prosedürler, besin eksikliklerine neden olabilir. Bu nedenle hastalar ömür boyu vitamin ve mineral takviyesi yapmak zorundadırlar.
Artan Yaşam Kalitesi: Kilo kaybının ardından hastalar, hareket kabiliyeti, zihinsel sağlık ve genel yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeler yaşadıklarını belirtmektedirler.	Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Başarılı sonuçlar, ameliyat sonrası diyet değişikliklerine, düzenli egzersize ve uzun vadeli yaşam tarzı değişikliklerine bağlıdır.
	Psikolojik Etki: Hastalar ameliyat sonrası vücut imajı sorunları ve yeni beslenme düzenine uyum sağlama gibi psikolojik zorluklarla karşılaşabilmektedirler.

Kaynak: (Arterburn ve diğerleri, 2020. Benefits and risks of bariatric surgery in adults: a review. Jama, 324(9), 879-887).

2.7. Medikal Turizm Kapsamında Obezite Cerrahisi

Son zamanlarda, sağlık sektörü ile küresel turizmin kesişme noktasında, büyüyen bir trend olarak sağlık turizmi ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu alanın en dikkat çekici segmentlerinden bir tanesi, bireylerin kilo verme süreçlerini turistik destinasyonlarla harmanlayarak uluslararası sınırları geçtiği obezite ameliyatlarıdır. Sağlık ve turizmin bu entegrasyonu, obezite ile mücadele edenler için acil çözümler sunmanın ötesinde, uygun maliyetli ve kapsamlı tedavi seçenekleri arayan kişilere de olanaklar tanımaktadır (Whiteman, 2011). Obezite ameliyatlarına yönelik medikal turizm talebi, yalnızca kilo kaybı olasılığından değil, aynı zamanda özelleştirilmiş tedavilere, en son teknolojiye sahip ekipmanlara ve deneyimli sağlık profesyonellerinin bulunmasından da kaynaklanmaktadır. Hastalar, tıbbi tedavilerin ötesinde, iyileşme ve gençleşme imkanları aramakta, bu da hizmetin kapsamını genişletmektedir (Birch ve diğerleri, 2010). Bu nedenle, ülkeler medikal turizmin sunduğu ekonomik avantajları tanıyarak, uluslararası hastaları cezbetmek amacıyla dünya standartlarında tıbbi altyapıların kurulması için önemli yatırımlar yapmaktadır.

Tıp ve turizmin entegrasyonu, etik endişeleri ve çeşitli zorlukları da beraberinde getirmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması, yüksek kalite standartlarının korunması ve ameliyat sonrası bakımın ülke sınırlarını aşarak yürütülmesi, üzerinde durulması gereken kritik meselelerdir (Adaş ve Mert, 2014). Sağlık hizmetlerini uygun maliyetlerle sunarken, aynı zamanda iyi sağlık sonuçlarını garantilemenin dengelemesi, bu sektördeki sağlık çalışanları için devam eden bir meydan okumadır. Medikal turizmin benzersiz avantajlarından biri de, kültürel etkileşim fırsatlarını içermesidir. Yurt dışında bariatrik cerrahi ameliyatı geçiren hastalar, yeni mutfaklar, adetler ve tarihi yerleri keşfetme şansına daha fazla sahiptir. Bu tür kültürel faktörler, tıbbi seyahatleri anlamlı ve dönüştürücü hale getiren güçlü etmenlerdir (Small ve Harris, 2012). Medikal turizme ev sahipliği yapan ülkeler için, ekonomik etkiler önemlidir; obezite cerrahisi olmayı planlayan kişilerin sağlık ve turizm sektörlerine olan katkıları, yerel ekonomilerin büyümesine yardımcı olmaktadır (Rosenthal, 2011). Medikal turizm sektörü büyüdükçe, hedef ülkeler sağlık altyapılarını geliştirerek ve genişleterek, küresel sağlık pazarında rekabetçi ve sürdürülebilir konumlarını güçlendirmek için yatırımlar yapmaktadırlar.

2.7.1. Medikal Turizm Kapsamında Obezite Cerrahisi Uygulanan Ülkeler

Türkiye: Medikal turizmde öne çıkan ülkeler arasında yer almaktadır ve özellikle obezite cerrahisi alanında uluslararası hastalar tarafından tercih edilen bir destinasyondur (Cormany ve Baloglu, 2011). Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki yüksek standartlar ve uygun fiyatlar, ülkeyi bu alanda cazip bir seçenek haline getirmektedir (Şeyho ve Şengel, 2023).

Hindistan: Kaliteli ve maliyet-etkin sağlık hizmetleri sunmasıyla bilinen başka bir önemli medikal turizm destinasyonudur. Hindistan'da obezite cerrahisi, uzman doktorlar ve ileri teknoloji kullanımı ile uluslararası hastalara sunulmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007).

Meksika: Özellikle Kuzey Amerika'daki hastalar için obezite cerrahisi konusunda popüler bir seçenektir. Meksika, uygun maliyetli tedavileri ve coğrafi yakınlığı nedeniyle özellikle Amerikalı hastalar arasında tercih edilmektedir (Turner, 2007).

Tayland: Yüksek kalitede sağlık hizmetleri ve misafirperverliği ile tanınan ve obezite cerrahisi için dünya çapında hastaları çeken bir başka ülkedir (Heung ve diğerleri, 2010). Tayland, modern tesisleri ve rekabetçi fiyatlarıyla öne çıkmaktadır.

Güney Kore: Teknolojik ilerlemesi ve mükemmel hasta bakımı ile obezite cerrahisi alanında dikkat çekmektedir. Güney Kore, özellikle estetik cerrahi ve obezite cerrahisi konusunda yüksek standartları ile bilinmektedir (Connell, 2013).

Brezilya: Estetik cerrahi ve obezite cerrahisi konusunda yüksek uzmanlık seviyesi ile tanınan bir diğer ülkedir. Brezilya, bu alandaki deneyimi ve uygun fiyatlarıyla uluslararası hastalar için cazip bir destinasyondur (Sullivan, 2011).

Singapur: Asya'da sağlık hizmetlerinin kalitesiyle öne çıkan bir diğer ülkedir ve özellikle obezite cerrahisi gibi karmaşık tıbbi işlemler için uluslararası bir itibara sahiptir. Singapur, yüksek sağlık hizmeti standartları ve çeşitli tedavi seçenekleri ile dikkat çekmektedir (Chee, 2010).

İspanya: Avrupa'da medikal turizm için popüler bir destinasyondur ve özellikle yaşlı hastalar arasında obezite cerrahisi için tercih edilen bir ülkedir. İspanya'nın sağlık hizmetleri, uygun fiyatlarla yüksek kalitede tedaviler sunmaktadır (Lunt ve Carrera, 2010).

Malezya: Medikal turizm alanında hızla yükselen bir ülkedir ve özellikle Asya-Pasifik bölgesinden gelen hastalar için popüler bir seçenektir. Malezya, modern tıbbi tesisleri ve rekabetçi fiyatlarıyla öne çıkmaktadır (Ormond, 2013).

Birleşik Arap Emirlikleri (BAE): Lüks sağlık turizmi ve yüksek teknoloji tıbbi hizmetler ile kendini konumlandırmıştır. BAE, özellikle Dubai ve Abu Dhabi gibi şehirleri ile obezite cerrahisi de dahil olmak üzere geniş bir yelpazede sağlık hizmeti sunmaktadır (Lunt ve diğerleri, 2015).

Bu ülkeler, medikal turizmde obezite cerrahisi uygulamalarıyla öne çıkan sadece birkaç örnektir ve her biri, hasta güvenliği, tedavi kalitesi ve maliyet etkinliği gibi çeşitli faktörler üzerinden değerlendirilmelidir. Uluslararası hastalar, tedavi öncesi ve sonrası hizmetler, doktorların uzmanlıkları ve tesislerin akreditasyonu gibi konuları dikkate alarak karar vermekte ve bu süreçte detaylı araştırmalar yapmaktadır.

2.8. Medikal Turizm Kapsamında Uygulanan Obezite Cerrahisinde Dijital Teknolojilerin Yeri

Teknolojinin sürekli gelişimi, sağlık turizmi deneyiminin oluşturulması ve iyileştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Sanal konsültasyonlardan ileri tıbbi tekniklere kadar teknolojik yenilikler, bu alandaki büyümenin öncülüğünü yapmaktadır. Tele-sağlık gibi teknolojik gelişmeler medikal turizmin temel unsurlarından biri haline gelmiş, hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimleri dönüştürmüştür. Sanal konsültasyonlar sayesinde, seyahat öncesinde değerlendirmeler yapmak, tedavi sonrası takipleri düzenlemek ve tedavi sonuçlarını netleştirmek mümkün hale gelmiştir (Çetin ve Özsevgeç, 2019). Bu teknolojik ilerleme, coğrafi sınırlara bakılmaksızın, hasta bakımının sürekliliğini sağlamanın yanı sıra, erişilebilirliği de artırmaktadır. Medikal turizmde, tıbbi bilginin aktarımı hayati önem taşımaktadır. Dijital sağlık kayıtlarının kullanımı, hasta bilgilerinin sorunsuz bir şekilde paylaşılmasını sağlayarak, tedavi süreçlerini kolaylaştırmakta ve tedavi etkinliğini artırmaktadır (Connell, 2013). Cerrahi teknolojilerdeki yenilikler, özellikle artırılmış gerçeklik (Augmented reality-AR) uygulamalarının kullanımı, medikal turizm destinasyonlarında tıbbi işlemleri nasıl gerçekleştirildiğini dönüştürmektedir. Cerrahlar, AR teknolojisi sayesinde hastanın vücudunun gerçek zamanlı görüntüsünü elde edebilir, bu da ameliyat sırasındaki doğruluğu artırır ve riskleri minimize etmektedir (Esen ve diğerleri, 2023).

Tele-sağlık teknolojileri, obezite cerrahisi öncesi hastaların kapsamlı bir şekilde hazırlanmalarında önemli bir role sahiptir. Bu süreçler, hastaların fiziksel ve psikososyal durumlarının değerlendirilmesini, sağlık durumlarının (endokrin kontrolü, kan tahlilleri gibi) ameliyata hazır olup olmadığının belirlenmesini ve olası olumsuz durumların önceden tespit edilip tedavi edilmesini içermektedir. Preoperatif dönem, hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi, fiziksel ve psikososyal hazırlıkların yapılması ve hasta eğitiminin sağlanması gibi önemli adımları kapsamaktadır (Güçlü, 2018). Tele-sağlık, bu hazırlık süreçlerinin yönetilmesini kolaylaştırarak, dolaşım, solunum, nörolojik ve immün sistemlerin değerlendirilmesi gibi fiziksel kontrollerin yapılmasını ve kaydedilmesini sağlamaktadır. Uzak mesafelerde yaşayan turistler, yerel sağlık profesyonellerine yönlendirilebilir ve muayene sonuçları tele-sağlık üzerinden değerlendirilebilmektedir. Psikososyal hazırlık açısından da hastalar tele-sağlık yoluyla cerrahi tedavi ve diğer yöntemler hakkında bilgilendirilmektedir (Ökten, 2017). Postoperatif dönemde, hastaların diyet ve egzersiz

programlarına uyumları tele-sağlık aracılığıyla izlenebilir, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite için gerekli motivasyonlar sağlanabilmektedir. Ayrıca, hastaların beslenme durumları ve potansiyel beslenme bozuklukları değerlendirilebilir ve belirli aralıklarla yapılacak kontroller ile erken veya geç dönem cerrahi komplikasyonların tespiti için rutin takipler yapılabilmektedir (Fencel ve diğerleri, 2015).

Medikal turizmde, çeşitli ülkelerden tedavi almak üzere seyahat eden hastaların karşılaştığı en önemli zorluklardan biri, ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerin yönetilmesidir. Tedavi gördükleri ülke ile kendi yaşadıkları yer arasındaki uzaklık, bu süreçlerin takibini zorlaştırmaktadır. Tele sağlık uygulamaları bu soruna çözüm sunmakta; uzak mesafelerde yaşayan hastaların izlenmesi, hastane yatış sürelerinin kısaltılması, hastaların kendi sağlık bakımlarında daha yetkin hale gelmeleri ve hızlı bir şekilde kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla kullanılmaktadır (Özkan ve Asar, 2022; Doğan ve Öter, 2022). Bu sayede, hastalar, coğrafi sınırlamalardan bağımsız olarak yüksek standartlarda sağlık hizmetlerine erişim sağlayabilmekte ve tedavi süreçlerini daha etkin bir şekilde yönetebilmektedir. Teknolojik ilerlemeler sayesinde, dünya genelinde hastalar, tedavilerin güvenliği ve başarısı konusunda daha fazla güvenceye sahip olmaktadır. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte, medikal turizmin etkisi genişlemekte, yeni fırsatlar sunulmakta ve mevcut pratikler geliştirilmektedir, bu da sağlık turizmi deneyimini daha etkili ve erişilebilir hale getirmektedir (Khafizova, 2011).

2.9. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bir bireyin genel olarak fiziksel ve zihinsel sağlığının iyi olması olarak tanımlanmaktadır (Karsli, 2014). Yaşam kalitesi, bireylerin yaşam standartları, sağlık durumu, eğitim, gelir ve sosyal ilişkiler gibi çeşitli faktörlerin birleşiminden oluşan geniş bir kavramdır ve bireysel mutluluk ve toplumsal refahın önemli bir göstergesidir. Son yıllarda, yaşam kalitesinin ölçümü ve iyileştirilmesi, hem bireyler hem de politika yapıcılar için öncelikli konular arasında yer almaktadır, çünkü bu, sağlık, eğitim ve ekonomi gibi alanlarda karar verme süreçlerini doğrudan etkileyebilmektedir (Costanza ve diğerleri, 2007).

Yaşam kalitesi kavramının multidisipliner doğası, hem sağlık bilimleri hem de sosyal bilimler alanında çalışan araştırmacıları ilgilendirmekte ve bu alandaki çalışmalar, farklı

disiplinlerden teorileri ve metodolojileri bir araya getirmektedir. Yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının, yaşam koşullarının ve sosyal ilişkilerinin bu kavram üzerindeki etkisini detaylı bir şekilde incelemektedir. Bu bağlamda, yaşam kalitesinin sadece ekonomik refahla değil, aynı zamanda bireylerin sosyal bağları, eğitim seviyeleri ve çevresel koşullar gibi faktörlerle de yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Stiglitz ve diğerleri, 2009).

Yaşam kalitesi, bireylerin ve toplulukların genel refahını belirleyen çok boyutlu bir kavram olarak, son yıllarda araştırmacılar, politika yapıcılar ve pratik uygulayıcılar arasında giderek artan bir ilgi görmektedir. Bu artan ilgi, yaşam kalitesinin sadece ekonomik refahla değil, aynı zamanda sağlık, eğitim, çevre kalitesi ve sosyal ilişkiler gibi alanlarla da yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (OECD, 2020). Pandemi sonrası dönemde, özellikle COVID-19'un insanların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, araştırmacıların dikkatini çeken önemli bir konu haline gelmiştir (Lades ve diğerleri, 2020). Ayrıca, teknolojinin bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, dijitalleşme, sosyal medya kullanımı ve sanal gerçeklik gibi alanlarda yeni araştırma fırsatları sunmaktadır (Park, 2021). Bu teknolojilerin, özellikle genç nesiller üzerindeki psikolojik ve sosyal etkileri, güncel literatürde önemli bir yer tutmaktadır.

Son yıllarda, sürdürülebilirlik ve çevresel adalet konuları, yaşam kalitesi araştırmalarında yeni bir boyut kazanmıştır. Çevresel faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkileri, iklim değişikliği, hava kirliliği ve yeşil alanların erişim gibi konularla daha da önem kazanmıştır (Hughes ve diğerleri, 2021). Bu bağlamda, yaşam kalitesi ile çevresel sürdürülebilirlik arasındaki ilişki, gelecekteki araştırmalar için zengin bir alan sunmaktadır. Yaşam kalitesi çalışmalarında bireysel ve toplumsal refah arasındaki ilişkiyi incelemek, politika yapım süreçlerinde bireylerin refahını merkeze alan yaklaşımların önemini vurgulamaktadır (Şen ve Kılıç, 2021). Bu, sağlık hizmetlerinden eğitime, ulaşımdan konut politikalarına kadar geniş bir yelpazede politika alanlarında yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünde somut adımlar atılmasını gerektirir.

2.9.1. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri

Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, hem fiziksel hem de psikolojik boyutlarda incelenmiştir ve araştırmalar, ideal kilonun korunmasının genel sağlık ve yaşam memnuniyeti açısından önemli olduğunu göstermektedir. İdeal kilonun üzerinde veya altında olmak,

bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Örneğin, fazla kilolu veya obez bireylerde, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları ve bazı kanser türleri gibi kronik sağlık durumlarının riski artar, bu da yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (World Health Organization, 2020). Ayrıca, kilo ile ilişkili sağlık sorunları, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara, fiziksel rahatsızlıklara ve ağrıya yol açabilir, bu da bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri üzerinde doğrudan etkilere sahiptir. Obezite hastalığının insan vücudunda oluşturduğu somatik sonuçların yanı sıra, insan refahı üzerinde de olumsuz bir etki yarattığı bilinmektedir. Hastaların sıklıkla bozuk bir vücut imajı algısıyla depresyon, anksiyete, sosyal damgalanma ve yeme bozuklukları gibi hayatlarını olumsuz etkileyen paradigmalara baş etmeye çalıştıkları gösterilmektedir. Psikolojik açıdan, fazla kilo ve obezite durumları, özgüven eksikliği, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir, bu da sosyal ilişkiler ve iş hayatı üzerinde negatif etkiler yaratabilmektedir (Kolotkin ve Andersen, 2017).

Kilo yönetimi ve ideal bir vücut ağırlığının korunması, bireylerin fiziksel sağlığını iyileştirmenin yanı sıra psikolojik refahlarını ve sosyal yaşam kalitelerini de artırabilir. Bu nedenle, kilo kontrolü, bireysel sağlık yönetiminin önemli bir parçası olarak kabul edilmelidir (Goldstein, 2019). Kilo yönetimi, yalnızca bireysel sağlık için değil, aynı zamanda genel yaşam kalitesi ve sosyal refah için de kritik öneme sahiptir. Bireylerin, sağlık profesyonelleriyle birlikte, sağlıklı kilo yönetimi stratejileri geliştirmeleri, bu konuda eğitim, destek alabilmeleri ya da tedavi olabilmeleri önemlidir. Bu yaklaşımlar, bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik refahlarını iyileştirmeye yönelik bütüncül bir perspektif sunmaktadır (Alexander ve diğerleri, 2022).

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bireyin genel mutluluğu, günlük aktiviteleri bağımsız bir şekilde yerine getirebilme kapasitesi ve hayatından aldığı tatminin artırılması gibi çeşitli faktörlerle ilişkilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, fiziksel ve psikolojik refahın yanı sıra, sosyal ilişkiler ve çevresel faktörlerle de doğrudan bağlantılıdır. Özellikle kilo durumu, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkiye sahip olup, aşırı kilo ve obezitenin, bireylerin genel sağlığını ve dolayısıyla yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği geniş çapta kabul edilmektedir.

2.9.2. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesi

Aşırı kilolu ve obezite durumları, yaşam kalitesini fiziksel hareketlilik ve fonksiyonellik açısından da etkileyebilmektedir. Araştırmalar, aşırı kilonun, hareket kabiliyetini azaltarak günlük aktivitelerin ve işlevselliğin üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir (Suwarsi ve Elizabeth, 2023). Bu, bireyin kendine yeterliliğini ve bağımsızlığını azaltabilir, yaşamdan alınan memnuniyeti düşürebilmektedir. Ek olarak, kilo yönetimi konusundaki zorluklar, bireylerin sosyal yaşamlarını da etkileyebilir. Kilo ile ilgili stigmatizasyon ve ayrımcılık, obez veya aşırı kilolu bireylerin sosyal etkileşimlerini ve sosyal ağlarını olumsuz yönde etkileyebilir, bu da yalnızlık ve sosyal izolasyon hissine yol açabilmektedir (Luo ve diğerleri, 2020). Bu durumlar, bireylerin ruhsal sağlığını daha da zorlayabilir ve depresyon riskini artırabilmektedir.

Araştırmalar, kilo vermenin, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini (SİYK) önemli ölçüde iyileştirebileceğini göstermektedir. Örneğin, çeşitli çalışmalar kilo kaybının fiziksel sağlık, psikolojik esenlik ve sosyal işlevsellik alanlarında yaşam kalitesini artırdığını belgelemektedir. Bu çalışmaların bazılarında, Cummings ve diğerleri, (2004) yaptığı araştırmada, kilo vermenin psikolojik refah üzerinde olumlu etkileri olduğunu; Jensen ve diğerleri, (2004) çalışmalarında, kilo kaybının bedensel sağlık üzerindeki iyileştirici etkisini; Kaukua ve diğerleri, (2003) kilo vermenin sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki pozitif yansımalarını; Kolotkin ve diğerleri, (2001) kilo kaybının bireylerin yaşam kalitesine olumlu etkisini; Malone ve diğerleri, (2005) kilo vermenin genel sağlık üzerindeki faydalarını; Mathus-Vliegen ve diğerleri, (2004) kilo kaybının uzun vadeli sağlık sonuçları üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamışlardır.

Bu çalışmaların ortaya koyduğu bulgular, kilo yönetiminin ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının, bireylerin genel yaşam kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu vurgulamaktadır. Kilo kaybı sürecinde bireysel çabaların yanı sıra, multidisipliner bir yaklaşımın ve toplumsal destek mekanizmalarının önemi de bu araştırmalarla bir kez daha ön plana çıkmaktadır. Böylece, kilo kaybı ve sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, bireylerin daha sağlıklı, mutlu ve tatmin edici bir yaşam sürdürmelerine olanak tanıyan temel araçlar olarak kabul edilmektedir (Cummings ve diğerleri, 2004; Kaukua ve diğerleri, 2003; Kolotkin ve diğerleri, 2001; Malone ve diğerleri, 2005; Mathus-Vliegen ve diğerleri, 2004; Whelton ve diğerleri, 2002).

2.9.3. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesinin Artırılması

Obezite, dünya genelinde hızla artan bir sağlık sorunu olarak kabul edilir ve bireylerin yaşam kalitesi üzerinde derin ve çoğu zaman olumsuz etkilere sahiptir. Obezitenin fiziksel sağlık üzerindeki etkileri geniş çapta incelenmiş olup, kalp hastalıkları, diyabet ve bazı kanser türleri gibi kronik hastalıklarla güçlü bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Stephenson ve diğerleri, 2021). Yaşam kalitesi üzerindeki bu etkiler, obezitenin farklı fenotipleri arasında da değişkenlik gösterebilir. Metabolik Olarak Sağlıksız Obez [Metabolically Unhealthy Obese (MUHO)] bireylerde, Metabolik Olarak Sağlıklı Normal Kilolu [Metabolically Healthy Normal Weight (MHNW)] bireylere göre daha yüksek anksiyete ve stres seviyeleri gözlemlenmektedir. Bununla birlikte, obezitenin ruh sağlığı ve psikososyal durum üzerindeki etkileri de büyük önem taşımaktadır. Çalışmalar, obez bireylerde anksiyete, depresyon ve düşük özsaygı gibi psikolojik sorunların daha yüksek oranlarda görüldüğünü göstermektedir (Abiri ve diğerleri, 2022). Son yıllarda, obez bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik yaklaşımlar daha da kişiselleştirilmiş ve bütüncül hale gelmiştir. Bu yaklaşımlar, bireylerin fiziksel sağlığını iyileştirmenin yanı sıra, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak daha kapsayıcı ve etkili sonuçlar elde etmeyi hedeflemektedir (Farrell ve diğerleri, 2021).

Yaşam kalitesi, bireyin genel sağlık durumunun subjektif bir değerlendirmesini yansıtır ve fiziksel, ruhsal, ve sosyal boyutları içerir. Obezite ile mücadelede yaşam kalitesinin artırılması, sadece sağlık durumunun iyileştirilmesini değil, aynı zamanda sosyal işlevsellik ve psikolojik refahın desteklenmesini de gerektirmektedir (Förster ve diğerleri, 2023). Bu bağlamda, obez bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla geliştirilen müdahaleler multidisipliner yaklaşımlar içermelidir. Bunlar genellikle diyet, fiziksel aktivite, psikolojik destek ve medikal müdahaleleri içermektedir. Her bir yaklaşımın amacı, hem fiziksel hem de psikolojik sağlık yönünden bireylerin genel iyilik halini iyileştirmektir. (Yang ve diğerleri, 2023).

Diyet ve Beslenme Düzenlemeleri: Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi, obez bireylerin yaşam kalitesini artırmanın temel taşlarından biridir. Düşük kalorili diyetler ve besin değeri yüksek gıdalar tüketmek, kilo verme sürecini destekler ve obeziteyle bağlantılı sağlık sorunlarının azalmasına yardımcı olmaktadır (Stephenson ve diğerleri, 2021).

Fiziksel Aktivite: Düzenli fiziksel aktivite, obez bireylerin yaşam kalitesini artırmanın önemli bir yönüdür. Fiziksel aktivite, kilo kontrolünü sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ruh sağlığını ve sosyal işlevselliği iyileştirir. Araştırmalar, düzenli egzersizin anksiyete ve depresyon semptomlarını azalttığını göstermektedir (Yang ve diğerleri, 2023).

Psikolojik Destek: Obezite ile mücadele eden bireyler için psikolojik destek sağlamak, yaşam kalitesini artırmada etkili bir yöntemdir. Bireysel veya grup terapileri, özgüven gelişimini destekleyebilir ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine uyumu kolaylaştırabilmektedir (Abiri ve diğerleri, 2022).

Medikal Müdahaleler: Bazı durumlarda, diyet ve egzersiz yeterli olmayabilir ve medikal müdahaleler gerekebilmektedir. Bu müdahaleler arasında ilaç tedavileri veya cerrahi seçenekler bulunmaktadır. Bariatrik cerrahi gibi cerrahi müdahaleler, ciddi obezite durumlarında uygulanabilir ve uzun dönemde obez bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği belirtilmektedir (Förster ve diğerleri, 2023).

2.9.4. Obez Bireylerde Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Sağlık Personelinin Rolü

Sağlık personelinin obez bireylerde yaşam kalitesini artırma sürecindeki rolü çok yönlü ve kritik öneme sahiptir. Bu süreçte hem medikal hem de davranışsal stratejilerin uygulanması gerekmektedir.

Eğitim ve Bilgilendirme: Sağlık profesyonelleri, obez bireylere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgi vererek yaşam kalitesini artırma sürecinde önemli bir rol oynarlar. Örneğin, obez meme kanseri hastalarında yapılan egzersiz müdahalelerinin, vücut kompozisyonunu ve dolayısıyla yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmektedir (Yang ve diğerleri, 2023). Diyetisyenler, beslenme planları hazırlarken, doktorlar ve hemşireler ise hastaların medikal durumlarını yönetirken bu bilgileri sağlarlar (Daigle ve diğerleri, 2021).

Psikolojik Destek: Sağlık profesyonelleri, obez bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını destekleyerek onların yaşam kalitesini artırmada önemli bir role sahiptir. Psikologlar ve psikiyatristler, bireylerin duygusal zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve motivasyonlarını sürdürmelerine destek olabilmektedirler (Smith ve diğerleri, 2020).

Davranışsal Müdahaleler: Sağlık personeli, obezite yönetiminde davranışsal değişiklikleri teşvik eden programlar tasarlayarak ve uygulayarak etkili olabilir. Bu tür

programlar genellikle, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını benimsemelerine yardımcı olacak davranışsal teknikler içermektedir (Yu ve diğerleri, 2020).

Takip ve İzleme: Sağlık personeli, obez bireylerin sağlık durumlarını düzenli olarak izleyerek ve tedavi planlarını buna göre ayarlayarak yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynar. Bu sürekli izleme, tedaviye uyumu artırabilir ve olası sağlık sorunlarını erken tespit etmeye yardımcı olabilmektedir (Wang ve diğerleri, 2019). Literatürde, obezitenin cerrahi tedavilerinde hasta takibi için tele sağlık teknolojileri dikkat çekmektedir. Özellikle, obezite cerrahisi geçirecek hastaların ameliyat öncesi hazırlık ve eğitim süreçlerinde tele sağlık teknolojileri önerilmekte ve bu teknolojiler ameliyat sonrası dönemde de hasta takibi için etkili bir araç olarak kullanılabilir. Klinik hemşirelerinin obez bireyleri ameliyat öncesi ve sonrası dönemde tele sağlık ile takip etmeleri, tedaviye uyumu artırmakta ve olası komplikasyonları azaltmaktadır. Bu yaklaşımın, ameliyat sonrası obez bireylerin yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkiler yarattığı gözlemlenmektedir (Yang ve diğerleri, 2023). Bu alanda yapılan bir çalışmada, tele sağlık hizmetlerinin obezite cerrahisi sonrası hasta takibinde kullanılmasının, hastaların uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirdiği ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Wright ve diğerleri, 2021). Bu teknolojilerin kullanımı, hemşirelerin hastaları daha etkin bir şekilde yönetmelerine ve hasta memnuniyetini artırarak sağlık hizmetlerinin genel kalitesini yükseltmelerine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, obezite cerrahisi uygulamalarında tele sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, modern sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası haline gelmektedir (Tezcan, 2016). Bu rollerin her biri, obez bireylerde yaşam kalitesini artırma sürecinde kritik öneme sahiptir ve sağlık profesyonellerinin bu süreçteki etkileşimi, başarılı sonuçlar alınmasında belirleyici bir faktördür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, analitik-kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 20.09.2023 – 20.06.2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Süreci

Araştırmanın planı Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Çalışma Planı

Literatür Tarama ve Araştırma Konusunun Belirlenmesi	1 Temmuz -1 Ağustos 2023
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'ndan Onay Alınması	11 Ağustos 2023
Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi'nden Resmi İzin Alınması	5 Ekim 2023
Araştırma Verilerinin Toplanması	6 Ekim 2023-10 Mayıs 2024
Veri Girişinin Yapılması ve Verilerin Analiz Edilmesi	10 Mayıs -1 Haziran 2024
Araştırma Bulgularının Hazırlanması	1 Haziran -10 Haziran 2024
Tezin Yazılması	10 Ocak – 20 Temmuz 2024

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi'ne medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi amacıyla gelen bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için priori (Öncül) güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0,05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için (bağımlı gruplarda t testinin yapılacağı karşılaştırma için) orta etki büyüklüğünde ($d = 0,5$) en az 27 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Veri kayıpları da göz önüne alınarak %30 yedek örneklem ile 35 kişinin çalışmaya alınmasının yeterli olacağı hesaplanmıştır. Bu çalışmada 183 kişiye ulaşılmıştır. Ameliyat öncesi verileri olan fakat ameliyat sonrası verileri

elde edilemeyen sekiz birey çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırma toplam 175 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Örnekleme dahil edilen 175 bireyin 92'si Türkiye'de, 21'i Almanya'da, 18'i Hollanda'da, 14'ü İngiltere'de, 10'u Fransa'da, 8'i Azerbaycan'da ve 12'si ise diğer ülkelerde ikamet etmekteydi.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olanlar,
- Beden Kitle İndeksi 40 kg/m^2 ve üzerinde olan ya da BKİ 35 kg/m^2 ve üzeri olan ve obezite ilişkili komorbid bir hastalığı olan (Hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı vb.) bireyler,
- Medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi planlanan bireyler,
- Görme ve işitme engeli olmayanlar,
- Ameliyat sonrası döneme uyum gösterebilen bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir,
- İnternet erişimi olan bireyler,
- Dijital platformları (Google Meet, Zoom, Whatsapp görüşmesi) aktif olarak kullanabilen bireyler.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Veri toplama formlarını eksik dolduranlar,
- Revizyon cerrahisi olmak için gelen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

- Ameliyat öncesi değerlendirildikten sonra cerrahi tedavi geçirip ameliyat sonrası yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek olası komplikasyonlar (kaçak, emboli, darlık) ile hastanede yatış süreleri uzayan bireyler,
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında çıkmak isteyenler çalışmadan çıkarılmıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

3.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır: Birey Tanıtım Formu ve Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi – Kısa Sürüm (IWQOL-Lite).

3.7.1. Birey Tanıtım Formu

Yedi adet sosyo-demografik özelliklere ilişkin soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, sağlık güvencesi) ile beş adet sağlıklı yaşam biçimi ve kilo ile ilgili özellikler (sigara içme, alkol kullanma, ameliyat öncesi boy, kilo, BKİ, ameliyat sonrası 3. ayda boy, kilo, BKİ, egzersiz yapma durumu) olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Birey tanıtım formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır.

3.7.2. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği – Kısa Sürüm (The Impact of Weight on)

Ölçek, kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek ve kilolu kişilerde yaşam kalitesini değerlendirmek için Kolotkin tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir ve şişmanlığa özgü ilk yaşam kalitesi ölçeği olma özelliği taşımaktadır. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği'nin ilk versiyonu sağlık, sosyal / kişilerarası ilişki, iş, mobilite, benlik saygısı, cinsel yaşam, günlük yaşam aktiviteleri ve konfor-gıda olmak üzere 8 bölüm ve toplam 74 maddeden oluşmaktadır (Kolotkin, 1995). Yapılan çalışmalarda IWQOL'ın geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu doğrulanmıştır fakat çok maddeli bir ölçek olduğu için 2001 yılında kısa sürümü olan IWQOL-Lite oluşturulmuştur. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği (The

Impact of Weight on Quality of Life - IWQOL-Lite) bedensel işlevler (11 madde), özgüven (7 madde), cinsel yaşam (4 madde), toplum baskısı (5 madde) ve iş (2 madde) olmak üzere 5 alt grup ve toplam 29 maddeden oluşmaktadır (Kolotkin ve ark. 2001; Mariano ve ark. 2010). Her madde 1’den 5’e (1=hiçbir zaman doğru değil, 2=nadiren doğru, 3= bazen doğru, 4= genellikle doğru, 5= her zaman doğru) kadar sıralanan 5’li likert tipi puanlamaya sahiptir. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeğinin (IWQOL-Lite) Türkçe versiyonunun psikometrik değerlendirmesi Çömlekçi (2011) tarafından yapılmıştır (Çömlekçi, 2011). Toplam ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,966’dır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alpha değerleri sırasıyla Bedensel İşlevler alt boyutu 0,949, Özgüven alt boyutu 0,928, Cinsel Yaşam 0,955, Toplum Baskısı 0,900, İş 0,884 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin skorlamasında; ölçeğin puanının hesaplanması için her alt grup için doldurulması gereken madde sayısı şöyledir: Bedensel İşlevler için 11 maddeden en az 6, özgüven için 7 maddeden en az 4, cinsel yaşam için 4 maddeden en az 2 toplum baskısı için 5 maddeden en az 3, iş için 2 maddeden en az 1. Ölçeğin skorlamasında IWQOL-lite ölçeğinin alt grup ve toplam puanları ölçeğe özgü geliştirilmiş olan bir formül ile hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 100’dür. Ölçek puanlamasına göre; puan azaldıkça yaşam kalitesi azalmakta, puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Bu ölçeğin tez çalışmamızda kullanılmasına ilişkin gerekli izin alınmıştır.

3.8. Veri Toplama Süreci

Medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi olmak için Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği’ne 20.09.2023 – 20.06.2024 tarihleri arasında başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylere polikliniğe geldiği sırada ya da servise yatışı yapıldıktan sonra (ameliyattan 1 gün önce) servis içinde belirlenmiş uygun bir odada veri toplama formu uygulanmıştır. Veri toplama işlemi sırasında bireylerle iletişim engeli yaşanmaması için hastanenin medikal turizm direktörlüğünde çalışan yetkili personelden destek alınmıştır. Veri toplama formu uygulanmadan önce bireylere gönüllü katılımları konusunda bilgilendirme yapıp, soruları yanıtlanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde ameliyatına karar verilen hastalara araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK 1) imzalatılmıştır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere ameliyat sonrası 3.

ayda hastaneye kontrole geldiklerinde yüz yüze olarak ya da telefon görüşmesi, tele-konferans (Google meet ya da zoom), whatsapp aracılığı ile ulaşıp veri toplanmıştır.

3.9. Ön Uygulama

Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne başvuran ve çalışma kriterlerine uyan beş kişiye veri toplama formunda yer alan soruların anlaşılmasında güçlük yaşanma durumu ve anlaşılabilirliği tespit etmek amacıyla veri toplama formu uygulanarak ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonunda veri toplama formunda yer alan sorularda bir değişiklik yapılmamıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın Güçlükleri

Medikal turizm kapsamında uygulanan obezite cerrahisi için hastalar farklı şehir ve ülkelerden Elazığ'a gelmekte olup ameliyat sonrası kontrollerini genellikle tele-sağlık, Google Meet, Whatsapp gibi online görüşme yöntemleriyle gerçekleştirmektedirler. Ameliyat sonrası çoğu hasta ile yüz yüze görüşme imkanı olmadığı için ameliyat sonrası veriler elektronik ortamda doldurulmaktadır. Ameliyat sonrası verilerin toplanması sürecinde; elektronik ortamda IWQOL-Lite ölçeğinin doğru bir şekilde doldurulamaması ya da ameliyat sonrası verilerin toplanması gereken zaman diliminde (3. ay) hastaya ulaşılamaması gibi sorunlarla karşılaşmıştır. Bu sorunlar araştırmanın güçlükleri olarak kabul edilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerde yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirleyip, ameliyat sonrası yaşam kalitesi değişimleri üzerine çalışılmıştır. Ameliyat sonrası erken dönemde (3. ay) hastaların kilo verme süreci hızlı olduğu için yaşam kalitelerinde ciddi artışlar gözlemlenmektedir. Fakat literatür incelendiğinde uzun dönemde (5. yıldan sonra) yaşam kalitelerinde tekrardan azalmalar olabileceği belirtilmektedir. Böylelikle hastaların obezite cerrahisi sonrası yaşam kalitelerini net bir şekilde belirlemek için uzun dönem sonuçlara ihtiyaç vardır. Araştırmamızın ameliyat sonrası verilerinin erken dönem olması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmektedir.

3.11. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 22.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak, sayısal veriler ise ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasında karşılaştırma yapmak için student t-testi ikiden fazla grup arasında genel karşılaştırma için varyans analizi (ANOVA testi) kullanılmıştır. Ölçek toplam puan değişkenini tek değişkenli analizle anlamlı bulunan eğitim ve gelir düzeyi değişkenleri ile modellemek için Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Değişken seçim yöntemi olarak “adım adım (stepwise)” yöntemi kullanılmış ve nihai modelde eğitim ve gelir düzeyi değişkenleri anlamlı bulunarak modele dahil edilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.12. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (31906847/050.04.04-08-425 sayılı ve 11.08.2023 tarihli). Ayrıca, Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği’nden çalışma verilerinin toplanabilmesi için izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonuna uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 5'te çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmektedir. Buna göre çalışmada yer alan katılımcıların ortalama yaşı 34.5 ± 10.7 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %49.1'inin 18 – 32 yaş grubunda, %36.6'sının 33 - 47 yaş grubunda ve %14.3'ünün 48 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmüştür. Katılımcıların %36.0'sı erkek, %64'ü kadın idi. Katılımcıların %27.4'ünün orta derecede obez, %57.7'sinin morbid obez ve %14.9'unun süper obez olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar eğitim durumuna göre gruplandırıldıklarında, %17.1'inin ilkokul mezunu, %14.9'unun ortaokul mezunu, %31.4'ünün lise mezunu, %33.1'inin üniversite mezunu ve %3.4'ünün ise lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %56.0'sının evli, %44'ünün bekar ya da boşanmış olduğu bulunmuştur. Katılımcılar mesleklerine göre gruplandırıldıklarında, %12.6'sının memur, %23.4'ünün işçi, %23.4'ünün serbest meslek, %24.6'sının ev hanımı, %3.4'ünün emekli, %12.6'sının ise öğrenci olduğu görülmektedir. Katılımcıların %11.4'ünün gelir düzeyi düşük, %81.1'inin orta, %7.4'ünün ise yüksektir. Katılımcıların %72.6'sının alkol kullanmadığı, %5.7'sinin düzenli kullandığı, %21.7'inin sosyal içici olduğu görülmektedir. Sigara kullanma durumunda ise katılımcıların %46.9'unun kullanmadığı, %38.3'ünün düzenli kullandığı, %8.6'sının sosyal içici olduğu, %6.3'ünün sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Katılımcıların egzersiz yapma durumlarına bakıldığında %64.0'ünün hiç egzersiz yapmadığı, %25.7'sinin haftada 2 gün egzersiz yaptığı, %8.1'inin haftada 3-4 gün egzersiz yaptığı ve %2.2'sinin haftanın her günü egzersiz yaptığı görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 175)

Değişkenler	Ortalama ± SS	
Yaş	34.5 ± 10.7	
BKİ (kg/m ²)	43.79 ± 6.37	
	n	%
Yaş grubu		
18-32 yaş	86	49.1
33-47 yaş	64	36.6
48 yaş ve üzeri	25	14.3
Cinsiyet		
Erkek	63	36.0
Kadın	112	64.0
BKİ (kg/m²)		
Orta derece obez (35.00 – 39.99)	48	27.4
Morbid obez (40.00 – 49.99)	101	57.7
Süper obez (50.00 ve üzeri)	26	14.9
Eğitim durumu		
İlkokul mezunu	30	17.1
Ortaokul mezunu	26	14.9
Lise mezunu	55	31.4
Üniversite mezunu	58	33.1
Lisansüstü mezunu	6	3.5
Medeni durum		
Evli	98	56.0
Bekar/Boşanmış	77	44.0
Meslek		
Memur	22	12.6
İşçi	41	23.4
Serbest meslek	41	23.4
Ev hanımı	43	24.6
Emekli	6	3.4
Öğrenci	22	12.6
Gelir düzeyi		
Düşük	20	11.4
Orta	142	81.1
Yüksek	13	7.4
Sağlık güvencesi		
SGK	152	86.9
Özel sigorta	20	11.4
Yok	3	1.7
Alkol kullanma durumu		
Kullanmıyor	127	72.6
Düzenli kullanıyor	10	5.7
Sosyal içici	38	21.7
Sigara kullanma durumu		
Kullanmıyor	82	46.9
Düzenli kullanıyor	67	38.3
Sosyal içici	15	8.6
Bırakmış	11	6.3
Egzersiz yapma durumu		
Hiç yapmam	112	64.0
Haftada 2 gün	45	25.7
Haftada 3-4 gün	14	8.1
Haftanın her günü	4	2.2
Toplam	175	100.0

4.2. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 6. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Önce Ort±SS	Sonra Ort±SS	Test değeri	p değeri
Ölçek ve alt boyutları				
Bedensel işlev alt boyutu	32.20 ± 21.17	88.62 ± 10.71	t=34.921	<0.001
Özgüven alt boyutu	37.91 ± 25.38	89.87 ± 11.65	t=24.252	<0.001
Cinsel yaşam alt boyutu	44.46 ± 26.01	88.03 ± 12.99	t=21.015	<0.001
Toplumsal baskı alt boyutu	48.62 ± 24.00	93.20 ± 10.62	t=24.372	<0.001
İş hayatı alt boyutu	52.42 ± 24.88	92.71 ± 13.14	t=20.614	<0.001
Ölçek Toplam Puan	39.50 ± 18.97	89.91 ± 9.08	t=34.414	<0.001

t=Student t testi

Tablo 6’da IWQOL-Lite Ölçeğinin ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların IWQOL-Lite ölçeği bedensel işlev alt boyutu değerlendirmesi ameliyat öncesi ortalama 32.20 ± 21.17 , iken, ameliyat sonrası ortalamanın 88.62 ± 10.71 olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya dahil edilen katılımcıların IWQOL-Lite ölçeği özgüven alt boyutu değerlendirmesi ameliyat öncesi ortalama 37.91 ± 25.38 iken, ameliyat sonrası ortalamanın 89.87 ± 11.65 olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya dahil edilen katılımcıların IWQOL-Lite ölçeği cinsel yaşam alt boyutu değerlendirmesi ameliyat öncesi ortalama 44.46 ± 26.01 iken, ameliyat sonrası ortalamanın 88.03 ± 12.99 olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya dahil edilen katılımcıların IWQOL-Lite ölçeği toplumsal baskı alt boyutu değerlendirmesi ameliyat öncesi ortalama 48.62 ± 24.00 iken, ameliyat sonrası ortalama 93.20 ± 10.62 olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya dahil edilen katılımcıların IWQOL-Lite ölçeği iş hayatı alt boyutu değerlendirmesi ameliyat öncesi ortalama 52.42 ± 24.88 iken, ameliyat sonrası ortalama 92.71 ± 13.14 olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya dahil edilen katılımcıların IWQOL-Lite ölçeği ölçek toplam puanı değerlendirmesi ameliyat öncesi ortalama 39.50 ± 18.97 iken, ameliyat sonrası ortalama 89.91 ± 9.08 olduğu görülmüştür. Ameliyat öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

4.3. Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 7. Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaş Grubu					
Ölçek ve alt boyutları	18-32 yaş	33-47 yaş	48 yaş ve üzeri	Test değeri	p
Bedensel işlev	38.13±19.78	29.72±21.30	18.18±18.10	F=10.282	<0.001
Özgüven	40.70±23.08	32.65±25.55	41.86±30.89	F=2.228	0.111
Cinsel yaşam	47.67±25.07	42.97±27.36	37.25±24.84	F=1.737	0.179
Toplumsal baskı	53.78±20.92	43.20±27.68	44.80±20.69	F=4.071	0.019
İş hayatı	55.81±23.69	49.61±25.49	48.00±26.68	F=1.614	0.202
Ölçek Toplam Puan	43.99±16.94	35.95±20.20	33.17±19.38	F=5.146	0.007

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 7’de IWQOL-Lite Ölçeğinin yaş gruplarına göre ameliyat öncesi puanlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre IWQOL-Lite ölçeğinin bedensel işlev alt boyutu puanı 18-32 yaş grubunda 38.13 ± 19.78 , 33-47 yaş grubunda 29.72 ± 21.30 , 48 yaş ve üzeri hastalarda ise 18.18 ± 18.10 olarak bulunmuştur. Yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). IWQOL-Lite ölçeğinin özgüven alt boyutu puanı 18-32 yaş grubunda 40.70 ± 23.08 , 33-47 yaş grubunda 32.65 ± 25.55 , 48 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 41.86 ± 30.89 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.111$). IWQOL-Lite ölçeğinin cinsel yaşam alt boyut puanı 18-32 yaş grubunda 47.67 ± 25.07 , 33-47 yaş grubunda 42.97 ± 27.36 , 48 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 37.25 ± 24.84 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p = 0.179$). IWQOL-Lite ölçeğinin toplum baskısı alt boyut puanı 18-32 yaş grubunda 53.78 ± 20.92 , 33-47 yaş grubunda 43.20 ± 27.68 , 48 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 44.80 ± 20.69 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.019$). IWQOL-Lite ölçeğinin iş hayatı alt boyut puanı 18-32 yaş grubunda 55.81 ± 23.69 , 33-47 yaş grubunda 49.61 ± 25.49 , 48 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 48.00 ± 26.68 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p = 0.202$). Ölçek toplam puanı 18-32 yaş grubunda 43.99 ± 16.94 , 33-47 yaş grubunda 35.95 ± 20.20 , 48 yaş ve üzeri hasta grubunda ise $33.17 \pm$

19.38 olarak bulundu. Yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.007$).

4.4. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 8. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Cinsiyet				
Ölçek ve Alt Boyutları	Erkek	Kadın	Test değeri	p
Bedensel işlev	31.35±22.41	32.70±20.53	t= -0.401	0.689
Özgüven	47.50±28.6	35.91±23.26	t= 1.324	0.188
Cinsel yaşam	46.03±28.11	43.58±24.84	t= 0.597	0.551
Toplum baskısı	51.90±26.65	46.79±22.30	t= 1.357	0.176
İş hayatı	58.33±27.77	49.11±22.56	t= 2.252	0.018
Ölçek Toplam Puan	41.22±21.22	38.53±17.62	t= 0.902	0.368

t=Student t testi

Tablo 8’de IWQOL-Lite Ölçeğinin cinsiyet değişkenine göre ameliyat öncesi puan ortalamaları yer almaktadır. Buna göre IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı erkek hasta grubunda 31.35 ± 22.41 , kadın hasta grubunda 32.70 ± 20.53 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.689$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyut puanı erkek hasta grubunda 47.50 ± 28.6 , kadın hasta grubunda 35.91 ± 23.26 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p = 0.188$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanının erkek hasta grubunda 46.03 ± 28.11 , kadın hasta grubunda 43.58 ± 24.84 olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p = 0.551$). IWQOL-Lite Ölçeği toplum baskısı alt boyutu puanı erkek hasta grubunda 51.90 ± 26.65 , kadın hasta grubunda 46.79 ± 22.30 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.176$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı puanı erkek hasta grubunda 58.33 ± 27.77 , kadın hasta grubunda 49.11 ± 22.56 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.018$). Ölçek toplam puanı erkek hasta grubunda 41.22 ± 21.22 , kadın hasta grubunda 38.53 ± 17.62 olarak tespit edilip, gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı belirlenmiştir ($p = 0.368$).

4.5. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 9. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Eğitim düzeyi					Test değeri	P
	İlkokul mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu	Lisansüstü mezunu		
Bedensel işlev	23.48±21.38	23.25±17.57	37.44±22.68	35.54±19.47	34.47±15.17	F= 3.892	0.005
Özgüven	31.67±26.22	25.54±24.17	40.84±24.60	43.35±24.89	43.45±20.38	F=3.053	0.018
Cinsel yaşam	39.17±26.61	41.35±27.05	47.27±28.07	45.47±23.35	48.96±26.64	F=0.626	0.645
Toplum baskısı	41.00±24.37	38.27±25.34	56.00±24.91	49.05±20.87	60.00±8.37	F=3.841	0.005
İş hayatı	45.83±20.85	36.53±24.22	59.55±23.69	55.17±24.34	62.50±30.62	F=5.179	0.001
Ölçek Toplam Puan	32.18±19.91	29.81±17.12	44.34±19.75	42.48±17.44	44.97±10.13	F=4.527	0.002

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 9’da eğitim düzeyine göre IWQOL-Lite Ölçeğinin ameliyat öncesi puan dağılımları gösterilmektedir. IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyutu puanının ilkokul mezunu olanlarda 23.48 ± 21.38 , ortaokul mezunu olanlarda 23.25 ± 17.57 , lise mezunu olanlarda 37.44 ± 22.68 , üniversite mezunu olanlarda 35.54 ± 19.47 , lisansüstü mezunu olanlarda 34.47 ± 15.17 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p = 0.005$). Ölçeğin özgüven alt boyutu puanının ilkokul mezunlarında 31.67 ± 26.22 , ortaokul mezunlarında 25.54 ± 24.17 , lise mezunlarında 40.84 ± 24.60 , üniversite mezunlarında 43.35 ± 24.89 , lisansüstü mezunlarında 43.45 ± 20.38 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.018$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanının ilkokul mezunu olanlarda 39.17 ± 26.61 , ortaokul mezunu olanlarda 41.35 ± 27.05 , lise mezunu olanlarda 47.27 ± 28.07 , üniversite mezunu olanlarda 45.47 ± 23.35 , lisansüstü mezunu olanlarda 48.96 ± 26.64 olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p = 0.645$). IWQOL-Lite Ölçeği toplum baskısı alt boyutu puanı eğitim düzeyi ilkokul olanlarda 41.00 ± 24.37 , ortaokul olanlarda 38.27 ± 25.34 , lise olanlarda 56.00 ± 24.91 , üniversite olanlarda 49.05 ± 20.87 ve lisansüstü olanlarda 60.00 ± 8.37 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.005$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı puanı ilkokul mezunlarında 45.83 ± 20.85 , ortaokul mezunlarında 36.53 ± 24.22 , lise mezunlarında 59.55 ± 23.69 , üniversite mezunlarında 55.17 ± 24.34 ve lisansüstü mezunu olanlarda 62.50 ± 30.62 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ($p = 0.001$). IWQOL-Lite Ölçeği ölçek toplam puanı ilkokul mezunlarında 32.18 ± 19.91 , ortaokul mezunlarında 29.81 ± 17.12 , lise mezunlarında 44.34 ± 19.75 , üniversite mezunlarında 42.48 ± 17.44 ve lisansüstü mezunu olanlarda 44.97 ± 10.13 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ($p = 0.002$).

4.6. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 10. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Medeni durum		Test değeri	p
	Evli	Bekar/Boşanmış		
Bedensel işlev	32.9±19.74	31.61±22.33	t=0.421	0.675
Özgüven	37.29±26.22	38.41±24.84	t=-0.289	0.773
Cinsel yaşam	42.5 ±26.52	45.98±25.64	t=-0.870	0.385
Toplum baskısı	47.21±21.70	49.74±25.73	t=-0.707	0.480
İş hayatı	50.81±24.45	53.70±25.27	t=-0.761	0.448
Ölçek Toplam Puan	39.02±18.14	39.88±19.69	t=-0.299	0.765

t=Student t testi

Katılımcıların medeni duruma göre IWQOL-Lite Ölçeği puanları Tablo 10'da gösterilmiştir. Buna göre IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyutu puanının evli olan hastalarda 32.97 ± 19.74 , bekar ya da boşanmış olanlarda 31.61 ± 22.33 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p = 0.675$). IWQOL-Lite Ölçeğinin özgüven puanı evlilerde 37.29 ± 26.22 , bekar ya da boşanmış olanlarda 38.41 ± 24.84 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamli fark yoktur ($p = 0.773$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyutu puanının evli olan katılımcılarda 42.53 ± 26.52 , bekar ya da boşanmış olanlarda 45.98 ± 25.64 olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ($p = 0.385$). IWQOL-Lite Ölçeği toplum baskısı alt boyutu puanı evlilerde 47.21 ± 21.70 , bekar ya da boşanmış olanlarda 49.74 ± 25.73 olarak tespit edilmiş, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p = 0.480$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı alt boyut puanı evli olanlarda 50.81 ± 24.45 , bekar ya da boşanmış olanlarda 53.70 ± 25.27 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p = 0.448$). Ölçek toplam puanı evli olan katılımcılarda 39.02 ± 18.14 , bekar ya da boşanmış olanlarda 39.88 ± 19.69 olarak bulundu. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p = 0.765$).

4.7. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 11. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Meslek						Test değeri	p
	Memur	İşçi	Ev hanımı	Serbest meslek	Emekli	Öğrenci		
Bedensel işlev	27.92 ± 14.18	32.98 ± 23.23	24.11 ± 16.71	31.03 ± 22.98	39.15 ± 20.38	29.55 ± 23.71	F=1.815	0.112
Özgüven	37.59 ± 19.48	34.84 ± 23.33	40.22 ± 30.31	33.47 ± 24.16	42.77 ± 26.71	45.24 ± 35.98	F=0.811	0.543
Cinsel yaşam	41.96 ± 18.24	42.99 ± 29.78	44.02 ± 22.81	43.31 ± 24.60	48.28 ± 26.89	40.63 ± 39.28	F=0.276	0.926
Toplum baskısı	52.14 ± 17.65	47.44 ± 26.22	50.65 ± 25.10	46.05 ± 25.69	51.13 ± 21.76	36.67 ± 30.11	F=0.617	0.687
İş hayatı	53.57 ± 20.21	53.96 ± 25.38	56.52 ± 24.39	46.51 ± 24.29	55.31 ± 25.62	45.83 ± 39.26	F=0.834	0.527
Ölçek Toplam	38.14 ± 10.61	38.75 ± 20.88	37.56 ± 16.23	36.97 ± 20.15	44.46 ± 18.91	37.21 ± 28.03	F=0.799	0.552

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Katılımcıların mesleğe göre IWQOL-Lite Ölçeği puanları Tablo 11’de gösterilmiştir. Buna göre IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyutu puanının memur olan hastalarda 27.92 ± 14.18 , işçi olanlarda 32.98 ± 23.23 , ev hanımı olanlarda 24.11 ± 16.71 , serbest meslek sahibi olanlarda 31.03 ± 22.98 , emekli olanlarda 39.15 ± 20.38 , öğrenci olan hastalarda ise 29.55 ± 23.71 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.112$). IWQOL-Lite Ölçeğinin özgüven alt boyutu puanı memur olan hastalarda 37.59 ± 19.48 , işçi olanlarda 34.84 ± 23.33 , ev hanımı olanlarda 40.22 ± 30.31 , serbest meslek sahibi olanlarda 33.47 ± 24.16 , emekli olanlarda 42.77 ± 26.71 , öğrenci olan hastalarda ise 45.24 ± 35.98 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.543$). IWQOL-Lite Ölçeğinin cinsel yaşam alt boyutu puanı memur olan hastalarda 41.96 ± 18.24 , işçi olanlarda 42.99 ± 29.78 , ev hanımı olanlarda 44.02 ± 22.81 , serbest meslek sahibi olanlarda 43.31 ± 24.60 , emekli olanlarda 48.28 ± 26.89 , öğrenci olan hastalarda ise 40.63 ± 39.28 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.926$). IWQOL-Lite Ölçeğinin toplum baskısı alt boyutu puanı memur olan hastalarda 52.14 ± 17.65 , işçi olanlarda 47.44 ± 26.22 , ev hanımı olanlarda 50.65 ± 25.10 , serbest meslek sahibi olanlarda 46.05 ± 25.69 , emekli olanlarda 51.13 ± 21.76 , öğrenci olan hastalarda ise 36.67 ± 30.11 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.687$). IWQOL-

Lite Ölçeğinin iş hayatı alt boyutu puanı memur olan hastalarda 53.57 ± 20.21 , işçi olanlarda 53.96 ± 25.38 , ev hanımı olanlarda 56.52 ± 24.39 , serbest meslek sahibi olanlarda 46.51 ± 24.29 , emekli olanlarda 55.31 ± 25.62 , öğrenci olan hastalarda ise 45.83 ± 39.26 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.527$). IWQOL-Lite Ölçeğinin meslek farklılıklarına göre ölçek toplam puanı memur olan hastalarda 38.14 ± 10.61 , işçi olanlarda 38.75 ± 20.88 , ev hanımı olanlarda 37.56 ± 16.23 , serbest meslek sahibi olanlarda 36.97 ± 20.15 , emekli olanlarda 44.96 ± 18.91 , öğrenci olan hastalarda ise 37.21 ± 28.03 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.552$).

4.8. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 12. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Boyutları	Gelir düzeyi			Test değeri	p
	Düşük	Orta	Yüksek		
Bedensel işlev	23.41±19.00	32.20±20.82	45.80±22.51	F=4.587	0.011
Özgüven	25.71±20.84	37.75±25.15	58.52±22.75	F=7.052	0.001
Cinsel yaşam	29.69±27.27	45.03±24.78	61.06±27.38	F=6.263	0.002
Toplum baskısı	38.25±23.41	48.77±23.27	63.08±26.81	F=4.391	0.014
İş hayatı	38.13±28.81	53.17±23.51	66.35±24.68	F=5.693	0.004
Ölçek Toplam Puan	28.41±18.57	39.61±18.03	55.37±19.41	F=8.671	<0.001

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların gelir düzeylerine göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite ölçeği puanlarının dağılımı tablo 12’de verilmiştir. Bulgulara göre; IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı düşük gelir düzeyine sahip hastalarda 23.41 ± 19.00 , orta gelir düzeyine sahip olanlarda 32.20 ± 20.82 ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda ise 45.80 ± 22.51 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = 0.011$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyut puanının düşük düzey geliri olanlarda 25.71 ± 20.84 , orta düzey geliri olanlarda 37.75 ± 25.15 , yüksek düzey geliri olanlarda ise 58.52 ± 22.75 olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p = 0.001$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanı gelir düzeyi düşük olan hastalarda 29.69 ± 27.27 , gelir düzeyi orta olanlarda 45.03 ± 24.78 , gelir düzeyi

yüksek olanlarda ise 61.06 ± 27.38 olarak saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0.002$). Ölçeğin toplum baskısı alt boyut puanı düşük düzey geliri olanlarda 38.25 ± 23.41 , orta düzey geliri olanlarda 48.77 ± 23.27 , yüksek düzey geliri olanlarda ise 63.08 ± 26.81 olarak bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.014$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı puanı gelir düzeyi düşük olan hastalarda 38.13 ± 28.81 , gelir düzeyi orta olan hastalarda 53.17 ± 23.51 , gelir düzeyi yüksek olanlarda 66.35 ± 24.68 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p = 0.004$). Ölçek toplam puanı gelir düzeyi düşük olanlarda 28.41 ± 18.57 , gelir düzeyi orta olanlarda 39.61 ± 18.03 , gelir düzeyi yüksek olanlarda ise 55.37 ± 19.41 olarak bulunmuş olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

4.9. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 13. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Sosyal Güvence			Test değeri	p
	SGK	Özel Sigorta	Yok		
Bedensel işlev	32.18 ± 25.45	46.21 ± 29.31	29.95 ± 20.79	F=0.751	0.474
Özgüven	37.47 ± 25.45	69.05 ± 16.50	36.55 ± 23.54	F=2.340	0.099
Cinsel yaşam	44.60 ± 26.07	27.08 ± 21.95	46.32 ± 26.34	F=0.713	0.492
Toplum baskısı	48.48 ± 24.85	60.00 ± 17.32	47.94 ± 16.11	F=0.344	0.710
İş hayatı	53.23 ± 24.71	58.33 ± 14.43	44.12 ± 27.29	F=1.114	0.331
Ölçek Toplam	39.43 ± 19.30	52.30 ± 13.17	37.88 ± 16.59	F=0.743	0.477

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların sosyal güvencelerine göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 13'te verilmiştir. Bulgulara göre; IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı SGK'lı hastalarda 32.18 ± 25.45 , özel sigortalı hastalarda 46.21 ± 29.31 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 29.95 ± 20.79 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.474$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyut puanı SGK'lı hastalarda 37.47 ± 25.45 , özel sigortalı hastalarda 69.05 ± 16.50 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 36.55 ± 23.54 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.099$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanı SGK'lı hastalarda $44.60 \pm$

26.07, özel sigortalı hastalarda 27.08 ± 21.95 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 46.32 ± 26.34 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.492$). IWQOL-Lite Ölçeği toplum baskısı alt boyut puanı SGK'lı hastalarda 48.48 ± 24.85 , özel sigortalı hastalarda 60.00 ± 17.32 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 47.94 ± 16.11 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.710$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı alt boyut puanı SGK'lı hastalarda 53.23 ± 24.71 , özel sigortalı hastalarda 58.33 ± 14.43 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 44.12 ± 27.29 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.331$). IWQOL-Lite Ölçeğinin sosyal güvenceye göre ölçek toplam puanı SGK'lı hastalarda 39.43 ± 19.30 , özel sigortalı hastalarda 52.30 ± 13.17 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda 37.88 ± 16.59 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.477$).

4.10. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 14. Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Kullanmıyor	Ara sıra	Sigara Kullanımı		Test değeri	p
			Düzenli kullanıyor	Bırakmış		
Bedensel işlev	34.53 ± 22.50	31.36 ± 22.32	29.10 ± 18.83	34.92 ± 23.43	$F=0.875$	0.614
Özgüven	38.15 ± 26.02	34.52 ± 21.41	36.89 ± 24.23	47.08 ± 33.11	$F=0.602$	0.777
Cinsel yaşam	46.72 ± 27.59	47.08 ± 24.30	40.95 ± 25.34	45.45 ± 25.63	$F=0.666$	0.625
Toplum baskısı	47.32 ± 24.66	43.33 ± 25.26	51.34 ± 22.76	49.09 ± 26.16	$F=0.608$	0.520
İş hayatı değişimi	51.83 ± 25.84	57.50 ± 27.47	51.49 ± 21.16	55.68 ± 35.95	$F=0.314$	0.908
Ölçek Toplam Puan	40.49 ± 20.17	38.16 ± 18.08	38.00 ± 17.48	43.18 ± 21.33	$F=0.373$	0.829

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların sigara kullanımlarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 14'te verilmiştir. Bulgulara göre; IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı sigara kullanmayanlarda 34.53 ± 22.50 , ara sıra kullananlarda 31.36 ± 22.32 , düzenli kullananlarda 29.10 ± 18.83 , sigarayı bırakmış olanlarda ise 34.92 ± 23.43 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.614$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyut puanı sigara kullanmayanlarda 38.15 ± 26.02 , ara sıra kullananlarda 34.52 ± 21.41 , düzenli kullananlarda

36.89 ± 24.23, sigarayı bırakmış olanlarda ise 47.08 ± 33.11 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.777). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanı sigara kullanmayanlarda 46.72 ± 27.59, ara sıra kullananlarda 47.08 ± 24.30, düzenli kullananlarda 40.95 ± 25.34, sigarayı bırakmış olanlarda ise 45.45 ± 25.63 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.625). IWQOL-Lite Ölçeği toplum baskısı alt boyut puanı sigara kullanmayanlarda 47.32 ± 24.66, ara sıra kullananlarda 43.33 ± 25.26, düzenli kullananlarda 51.34 ± 22.76, sigarayı bırakmış olanlarda ise 49.09 ± 26.16 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.520). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı alt boyut puanı sigara kullanmayanlarda 51.83 ± 25.84, ara sıra kullananlarda 57.50 ± 27.47, düzenli kullananlarda 51.49 ± 21.16, sigarayı bırakmış olanlarda ise 55.68 ± 35.95 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.908). IWQOL-Lite Ölçeği ölçek toplam puanı sigara kullanmayanlarda 40.49 ± 20.17, ara sıra kullananlarda 38.16 ± 18.08, düzenli kullananlarda 38.00 ± 17.48, sigarayı bırakmış olanlarda ise 43.18 ± 21.33 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.829).

4.11. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 15. Katılımcıların Alkol Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Alkol Kullanımı			Test değeri	p
	Kullanmıyor	Sosyal içici	Düzenli kullanıcı		
Bedensel işlev	33.27 ± 21.77	31.64 ± 19.33	20.91 ± 18.49	F=1.607	0.203
Özgüven	37.09 ± 24.87	40.98 ± 28.42	36.79 ± 20.76	F=0.350	0.705
Cinsel yaşam	44.54 ± 26.74	46.22 ± 24.60	36.79 ± 20.76	F=0.510	0.602
Toplum baskısı	49.65 ± 23.24	45.13 ± 27.20	49.00 ± 21.71	F=0.515	0.598
İş hayatı	52.36 ± 24.38	51.32 ± 29.03	57.50 ± 12.08	F=0.244	0.784
Ölçek Toplam Puan	39.89 ± 18.77	39.59 ± 21.14	34.31 ± 12.66	F=0.389	0.672

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların alkol kullanımlarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 15'te verilmiştir. Bulgulara göre;

IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı, alkol kullanmayanlarda 33.27 ± 21.77 , sosyal içici olanlarda 31.64 ± 19.33 , düzenli kullananlarda ise 20.91 ± 18.49 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.203$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyut puanı, alkol kullanmayanlarda 37.09 ± 24.87 , sosyal içici olanlarda 40.98 ± 28.42 , düzenli kullananlarda ise 36.79 ± 20.76 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.705$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanı alkol kullanmayanlarda 44.54 ± 26.74 , sosyal içici olanlarda 46.22 ± 24.60 , düzenli kullananlarda ise 36.79 ± 20.76 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.602$). IWQOL-Lite Ölçeği toplum baskısı alt boyut puanı alkol kullanmayanlarda 49.65 ± 23.24 , sosyal içici olanlarda 45.13 ± 27.20 , düzenli kullananlarda ise 49.00 ± 21.71 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.598$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı alt boyut puanı alkol kullanmayanlarda 52.36 ± 24.38 , sosyal içici olanlarda 51.32 ± 29.03 , düzenli kullananlarda ise 57.50 ± 12.08 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.784$). IWQOL-Lite Ölçeği ölçek toplam puanı alkol kullanmayanlarda 39.89 ± 18.77 , sosyal içici olanlarda 39.59 ± 21.14 , düzenli kullananlarda ise 34.31 ± 12.66 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.672$).

4.12. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 16. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Egzersiz				Test değeri	p
	Hiç	Haftada 2 gün	Haftada 3 -4 gün	Haftanın her günü		
Bedensel işlev	32.59 ± 20.26	35.10 ± 23.99	21.27 ± 15.12	27.27 ± 25.78	$F= 1.628$	0.269
Özgüven	39.13 ± 20.09	38.33 ± 26.00	29.34 ± 26.77	29.46 ± 23.76	$F= 0.767$	0.445
Cinsel yaşam	44.64 ± 25.64	44.58 ± 26.40	45.54 ± 29.87	34.38 ± 26.27	$F= 0.208$	0.930
Toplumsal baskı	49.91 ± 24.13	49.67 ± 24.11	40.00 ± 20.10	31.25 ± 27.80	$F= 1.447$	0.257
İş hayatı	53.57 ± 23.40	51.39 ± 29.58	48.21 ± 21.29	46.88 ± 25.77	$F= 0.302$	0.853
Ölçek Toplam Puan	40.26 ± 19.00	40.82 ± 19.47	31.65 ± 14.49	30.82 ± 25.09	$F= 1.216$	0.295

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 16' da verilmiştir. Bulgulara göre; IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı egzersiz yapmayan hastalarda 32.59 ± 20.26 , haftada 2 gün egzersiz yapan hastalarda 35.10 ± 23.99 haftada 3-4 gün egzersiz yapan hastalarda 21.27 ± 15.12 , haftanın her günü egzersiz yapan hastalarda ise 27.27 ± 25.78 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.269$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyut puanı egzersiz yapmayan hastalarda 39.13 ± 20.09 , haftada 2 gün egzersiz yapan hastalarda 38.33 ± 26.00 haftada 3-4 gün egzersiz yapan hastalarda 29.34 ± 26.77 , haftanın her günü egzersiz yapan hastalarda ise 29.46 ± 23.76 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.445$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyut puanı egzersiz yapmayan hastalarda 44.64 ± 25.64 , haftada 2 gün egzersiz yapan hastalarda 44.58 ± 26.40 , haftada 3-4 gün egzersiz yapan hastalarda 45.54 ± 29.87 , haftanın her günü egzersiz yapan hastalarda ise 34.38 ± 26.27 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.930$). IWQOL-Lite Ölçeği toplumsal baskı alt boyut puanı egzersiz yapmayan hastalarda 49.91 ± 24.13 , haftada 2 gün egzersiz yapan hastalarda 49.67 ± 24.11 , haftada 3-4 gün egzersiz yapan hastalarda 40.00 ± 20.10 , haftanın her günü egzersiz yapan hastalarda ise 31.25 ± 27.80 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.257$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı alt boyut puanı egzersiz yapmayan hastalarda 53.57 ± 23.40 , haftada 2 gün egzersiz yapan hastalarda 51.39 ± 29.58 , haftada 3-4 gün egzersiz yapan hastalarda 48.21 ± 21.29 , haftanın her günü egzersiz yapan hastalarda ise 46.88 ± 25.77 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.853$). IWQOL-Lite Ölçeği toplam boyut puanı egzersiz yapmayan hastalarda 40.26 ± 19.00 , haftada 2 gün egzersiz yapan hastalarda 40.82 ± 19.47 , haftada 3-4 gün egzersiz yapan hastalarda 31.65 ± 14.49 , haftanın her günü egzersiz yapan hastalarda ise 30.82 ± 25.09 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.853$).

4.13. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 17. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Beden Kitle İndeksi			Test değeri	
	Orta derece (35.00 – 39.99)	obez Morbid obez (40.00 – 49.99)	Süper obez (50.00 ve üzeri)	F	p
Bedensel işlev	41.86±22.29	31.08±20.59	18.79±13.72	F=11.601	<0.001
Özgüven	41.67±20.84	39.92±25.09	23.21±27.65	F=5.466	0.005
Cinsel yaşam	51.30±23.91	44.55±25.99	31.49±25.83	F=5.125	0.007
Toplum baskısı	60.63±18.47	47.87±23.35	29.42±26.81	F=17.008	<0.001
İş hayatı	38.13±28.81	53.17±23.51	66.35±22.95	F=10.561	<0.001
Ölçek Toplam Puan	47.49±16.00	39.59±18.40	24.44±17.68	F=14.354	<0.001

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 17’da beden kitle indeksi gruplarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite Ölçeğine ait puanların dağılımına yer verilmiştir. Tablo 16’ya göre IWQOL-Lite Ölçeği bedensel işlev alt boyut puanı orta derece obez olan hastalarda 41.86 ± 22.29 , morbid obez olanlarda 31.08 ± 20.59 , süper obez olanlarda ise 18.79 ± 13.72 şeklinde belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). IWQOL-Lite Ölçeği özgüven alt boyutu puanı orta derece obez olan hastalarda 41.67 ± 20.84 , morbid obez olan hastalarda 39.92 ± 25.09 , süper obez olan hastalarda ise 23.21 ± 27.65 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p = 0.005$). IWQOL-Lite Ölçeği cinsel yaşam alt boyutunun puanı orta derecede obez olan hastalarda 51.30 ± 23.91 , morbid obez olanlarda 44.55 ± 25.99 , süper obez olanlarda 31.49 ± 25.83 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0.007$). Ölçeğin toplum baskısı puanının orta derecede obez olan hastalarda 60.63 ± 18.47 , morbid obez olan hastalarda 47.87 ± 23.35 , süper obez olan hastalarda ise 29.42 ± 26.81 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). IWQOL-Lite Ölçeği iş hayatı alt boyutunun puanı orta derecede obez olanlarda 38.13 ± 28.81 , morbid obez olanlarda 53.17 ± 23.51 , süper obez olanlarda ise 66.35 ± 22.95 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Ölçek toplam puanı orta derecede obez olanlarda 47.49 ± 16.00 , morbid obez olanlarda 39.59 ± 18.40 , süper obez olanlarda ise 24.44 ± 17.68 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

4.14. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 18. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

	Yaş			Test değeri	p
Ölçek ve alt boyutları	18-32	33-47	48+		
Bedensel işlev değişimi	52.431 ± 19.637	56.960 ± 21.889	68.727 ± 21.733	F=5.989	0.003
Özgüven değişimi	49.336 ± 24.856	56.920 ± 26.974	48.286 ± 34.196	F=1.704	0.185
Cinsel yaşam değişimi	41.570 ± 26.942	43.262 ± 27.533	51.250 ± 28.584	F=1.216	0.299
Toplum baskısı değişimi	40.523 ± 20.205	49.453 ± 29.642	46.000 ± 19.149	F=2.597	0.077
İş hayatı değişimi	39.826 ± 24.064	41.406 ± 25.769	39.000 ± 32.339	F=0.104	0.902
Ölçek Toplam Puan Değişimi	47.263 ± 16.836	52.694 ± 21.201	55.414 ± 21.528	F=2.452	0.089

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 18 IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin yaş gruplarındaki dağılıma göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi 18–32 yaş grubunda 52.4 ± 19.6 , 33 – 47 yaş grubunda 56.9 ± 21.8 , 48 üzeri yaş grubunda 68.7 ± 21.7 iyileşme olup yaş grupları arasındaki değişim farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.003$). Özgüven değişimi 18-32 yaş grubunda 49.3 ± 24.8 , 33 – 47 yaş grubunda 56.9 ± 26.9 , 48 üzeri yaş grubunda 48.2 ± 34.1 iyileşme olup yaş grupları arasındaki değişim farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.185$). Cinsel yaşam değişimi 18-32 yaş grubunda 41.5 ± 26.9 , 33 – 47 yaş grubunda 43.2 ± 27.5 , 48 üzeri yaş grubunda 51.2 ± 28.5 iyileşme olup yaş grupları arasındaki değişim farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.299$). Toplum baskısı değişimi 18-32 yaş grubunda 40.5 ± 20.2 , 33 – 47 yaş grubunda 49.4 ± 29.6 , 48 üzeri yaş grubunda 46.0 ± 19.1 iyileşme olup yaş grupları arasındaki değişim farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.077$). İş değişimi 18-32 yaş grubunda 39.8 ± 24.0 , 33 – 47 yaş grubunda 41.4 ± 25.7 , 48 üzeri yaş grubunda 39.0 ± 32.3 iyileşme olup yaş grupları arasındaki değişim farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.902$). Ölçek toplam puan değişimi 18-32 yaş grubunda 47.2 ± 16.8 , 33 – 47 yaş grubunda 52.6 ± 21.2 , 48 üzeri yaş grubunda 55.4 ± 21.5 iyileşme olup yaş grupları arasındaki değişim farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.089$).

4.15. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 19. Cinsiyete Göre Ameliyat Öncesi Ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Cinsiyet		Test değeri	p
	Erkek	Kadın		
Bedensel işlev değişimi	56.602 ± 22.468	56.311 ± 20.831	t=0.086	0.931
Özgüven değişimi	47.846 ± 30.780	54.273 ± 24.845	t= -1.418	0.159
Cinsel yaşam değişimi	42.063 ± 30.083	44.420 ± 25.917	t= -0.544	0.587
Toplum baskısı değişimi	40.397 ± 26.765	46.920 ± 22.403	t= -1.722	0.087
İş hayatı değişimi	34.524 ± 29.929	43.527 ± 22.759	t= -2.074	0.041
Ölçek Toplam Puan Değişimi	48.166 ± 21.806	51.678 ± 17.850	t= -1.089	0.278

t=Student t testi

Tablo 19. IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyet gruplarındaki farklılıklara göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi erkek hasta grubunda 56.6 ± 22.4 , kadın hasta grubunda 56.3 ± 20.8 iyileşme olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.931$). Özgüven değişimi erkek hasta grubunda 47.8 ± 30.7 , kadın hasta grubunda 54.2 ± 24.8 iyileşme olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.159$). Cinsel yaşam değişimi erkek hasta grubunda 42.0 ± 30.0 , kadın hasta grubunda 44.4 ± 25.9 iyileşme olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.587$). Toplum baskısı değişimi erkek hasta grubunda 40.3 ± 26.7 , kadın hasta grubunda 46.9 ± 22.4 iyileşme olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.087$). İş hayatı değişimi erkek hasta grubunda 34.5 ± 29.9 , kadın hasta grubunda 43.5 ± 22.7 iyileşme olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.041$). Ölçek toplam puan değişimi erkek hasta grubunda 48.1 ± 21.8 , kadın hasta grubunda 51.6 ± 17.8 iyileşme olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.278$).

4.16. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 20. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Eğitim Düzeyi					Test değeri	P
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü		
Bedensel işlev değişimi	63.939 ± 23.488	62.850 ± 19.155	52.810 ± 22.693	53.252 ± 18.920	54.545 ± 19.969	F=2.307	0.060
Özgüven değişimi	59.286 ± 28.068	62.775 ± 26.209	50.649 ± 27.416	45.567 ± 25.869	42.262 ± 22.294	F=2.692	0.033
Cinsel yaşam değişimi	51.458 ± 26.854	42.548 ± 29.263	43.636 ± 29.744	40.733 ± 24.028	35.417 ± 32.032	F=0.915	0.456
Toplum baskısı değişimi	53.500 ± 24.780	52.500 ± 27.102	38.455 ± 25.219	43.276 ± 20.360	34.167 ± 13.197	F=3.055	0.018
İş hayatı değişimi	43.333 ± 28.567	54.808 ± 30.430	36.136 ± 22.780	37.069 ± 22.697	31.250 ± 29.315	F=3.055	0.018
Ölçek Toplam Puan Değişimi	57.874 ± 20.880	57.692 ± 19.543	47.398 ± 20.295	46.834 ± 16.283	43.822 ± 15.796	F=3.182	0.015

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 20 IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin eğitim düzeyi gruplarındaki farklılıklara göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi ilkokul hasta grubunda 63.9 ± 23.4 , ortaokul hasta grubunda 62.8 ± 19.1 , lise hasta grubunda 52.8 ± 22.6 , üniversite hasta grubunda 53.2 ± 18.9 ve lisansüstü hasta grubunda 54.5 ± 19.9 iyileşme olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.060$). Özgüven değişimi ilkokul hasta grubunda 59.2 ± 28.0 , ortaokul hasta grubunda 62.7 ± 26.2 , lise hasta grubunda 50.6 ± 27.4 , üniversite hasta grubunda 45.5 ± 25.8 ve lisansüstü hasta grubunda 42.2 ± 22.2 iyileşme olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.033$). Cinsel yaşam değişimi ilkokul hasta grubunda 51.4 ± 26.8 , ortaokul hasta grubunda 42.5 ± 29.2 , lise hasta grubunda 43.6 ± 29.7 , üniversite hasta grubunda 40.7 ± 24.0 ve lisansüstü hasta grubunda 35.4 ± 32.0 iyileşme olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.456$). Toplum baskısı değişimi ilkokul hasta grubunda 53.5 ± 24.7 , ortaokul hasta grubunda 52.5 ± 27.1 , lise hasta grubunda 38.4 ± 25.2 , üniversite hasta grubunda 43.2 ± 20.3 ve lisansüstü hasta grubunda 34.1 ± 13.1 iyileşme olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.018$). İş hayatı değişimi ilkokul hasta grubunda 43.3 ± 28.5 , ortaokul hasta

grubunda 54.8 ± 30.4 , lise hasta grubunda 36.1 ± 22.7 , üniversite hasta grubunda 37.0 ± 22.6 ve lisansüstü hasta grubunda 31.2 ± 29.3 iyileşme olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.018$). Ölçek toplam puan değişimi ilkokul hasta grubunda 57.8 ± 20.8 , ortaokul hasta grubunda 57.6 ± 19.5 , lise hasta grubunda 47.3 ± 20.2 , üniversite hasta grubunda 46.8 ± 16.2 ve lisansüstü hasta grubunda 43.8 ± 15.7 iyileşme olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.015$).

4.17. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 21. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Medeni Durum		Test değeri	p
	Evli	Bekar/Boşanmış		
Bedensel işlev değişimi	56.671 ± 21.097	56.215 ± 21.690	$t=0.140$	0.889
Özgüven değişimi	51.948 ± 28.516	51.968 ± 26.305	$t=-0.005$	0.996
Cinsel yaşam değişimi	45.617 ± 28.227	41.964 ± 26.819	$t=0.874$	0.383
Toplum baskısı değişimi	45.909 ± 22.415	43.520 ± 25.568	$t=0.647$	0.518
İş hayatı değişimi	42.370 ± 24.092	38.648 ± 27.167	$t=0.945$	0.346
Ölçek Toplam Puan Değişimi	51.164 ± 19.253	49.824 ± 19.556	$t=0.453$	0.651

t=Student t testi

Tablo 21. IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin medeni durum farklılığına göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi evli hasta grubunda 56.6 ± 21.0 , bekar ya da boşanmış hasta grubunda 56.2 ± 21.6 iyileşme göstermiş olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.889$). Özgüven değişimi evli hasta grubunda 51.9 ± 28.5 , bekar ya da boşanmış hasta grubunda 51.9 ± 26.3 iyileşme göstermiş olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.996$). Cinsel yaşam değişimi evli hasta grubunda 45.6 ± 28.2 , bekar ya da boşanmış hasta grubunda 41.9 ± 26.8 iyileşme göstermiş olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.383$). Toplum baskısı değişimi evli hasta grubunda 45.9 ± 22.4 , bekar ya da boşanmış hasta grubunda 43.5 ± 25.5 iyileşme göstermiş olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.518$). İş hayatı değişimi evli hasta grubunda 42.3 ± 24.0 , bekar ya da boşanmış hasta grubunda 38.6 ± 27.1 iyileşme göstermiş olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır (p = 0.346). Ölçek toplam puan değişimi evli hasta grubunda 51.6 ± 19.2 , bekar ya da boşanmış hasta grubunda 49.8 ± 19.5 iyileşme göstermiş olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.651).

4.18. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 22. Katılımcıların Mesleğe Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Meslek						Test değeri	p
	Memur	İşçi	Serbest meslek	Ev hanımı	Emekli	Öğrenci		
Bedensel işlev değişimi	61.260 ± 20.004	57.040 ± 21.185	55.543 ± 20.207	55.973 ± 24.403	63.258 ± 21.629	51.033 ± 19.446	F=0.646	0.665
Özgüven değişimi	52.110 ± 24.239	58.711 ± 22.060	44.251 ± 31.031	55.482 ± 27.348	51.190 ± 31.353	46.916 ± 28.343	F=1.478	0.199
Cinsel yaşam değişimi	42.330 ± 24.162	47.409 ± 29.080	39.787 ± 28.667	42.442 ± 26.676	57.292 ± 40.003	43.182 ± 23.537	F=0.635	0.674
Toplum baskısı değişimi	43.636 ± 18.269	49.024 ± 24.270	39.512 ± 27.014	45.349 ± 25.152	55.000 ± 24.900	42.273 ± 21.532	F=0.912	0.474
İş hayatı değişimi	43.750 ± 22.076	42.073 ± 23.345	34.146 ± 28.644	42.151 ± 27.686	47.917 ± 32.993	39.205 ± 23.240	F=0.732	0.600
Ölçek Toplam Puan Değişimi	52.194 ± 15.603	53.701 ± 18.820	46.405 ± 19.641	51.203 ± 21.685	57.040 ± 23.837	46.630 ± 17.272	F=0.945	0.454

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 22. IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin mesleklere göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi memur hasta grubunda 61.2 ± 20.0 , işçi hasta grubunda 57.0 ± 21.1 , serbest meslek hasta grubunda 55.5 ± 20.2 , ev hanımı grubunda 55.9 ± 24.4 , emekli hasta grubunda 63.2 ± 21.6 ve öğrenci hasta grubunda 51.0 ± 19.4 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.665). Özgüven değişimi memur hasta grubunda 52.1 ± 24.2 , işçi hasta grubunda 58.7 ± 22.0 , serbest meslek hasta grubunda 44.2 ± 31.0 , ev hanımı grubunda 54.4 ± 27.3 , emekli hasta grubunda 51.1 ± 31.3 ve öğrenci hasta grubunda 46.9 ± 28.3 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.199). Cinsel yaşam değişimi memur hasta grubunda 42.3 ± 24.1 , işçi hasta grubunda 47.4 ± 29.0 , serbest meslek hasta grubunda 39.7 ± 28.6 , ev hanımı grubunda 42.4 ± 26.6 , emekli hasta grubunda 57.2 ± 40.0 ve öğrenci hasta grubunda 48.1 ± 23.5 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.674). Toplum baskısı değişimi memur hasta grubunda 43.6 ± 3.7 , işçi

hasta grubunda 49.0 ± 24.2 , serbest meslek hasta grubunda 39.5 ± 27.0 , ev hanımı grubunda 45.3 ± 25.1 , emekli hasta grubunda 55.0 ± 24.9 ve öğrenci hasta grubunda 42.2 ± 21.5 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.474$). İş hayatı değişimi memur hasta grubunda 43.7 ± 22.0 , işçi hasta grubunda 42.0 ± 23.3 , serbest meslek hasta grubunda 34.1 ± 28.6 , ev hanımı grubunda 42.1 ± 27.6 , emekli hasta grubunda 47.9 ± 32.9 ve öğrenci hasta grubunda 39.2 ± 23.2 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.600$). Ölçek toplam puan değişimi memur hasta grubunda 52.1 ± 15.6 , işçi hasta grubunda 53.7 ± 18.8 , serbest meslek hasta grubunda 46.4 ± 19.6 , ev hanımı grubunda 51.2 ± 21.6 , emekli hasta grubunda 67.0 ± 23.8 ve öğrenci hasta grubunda 46.6 ± 17.2 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.454$).

4.19. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 23. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Gelir Düzeyi			Test değeri	p
	Düşük	Orta	Yüksek		
Bedensel işlev değişimi	63.750 ± 16.758	56.546 ± 21.538	43.706 ± 21.504	F=3.583	0.030
Özgüven değişimi	62.143 ± 25.078	52.666 ± 26.500	28.571 ± 26.924	F=6.652	0.002
Cinsel yaşam değişimi	60.313 ± 28.982	42.914 ± 26.055	25.000 ± 27.481	F=7.230	0.001
Toplum baskısı değişimi	53.250 ± 22.957	44.894 ± 23.591	27.692 ± 26.030	F=4.651	0.011
İş hayatı değişimi	50.625 ± 29.097	39.877 ± 24.908	28.846 ± 27.188	F=2.955	0.055
Ölçek Toplam Puan Değişimi	60.172 ± 18.979	50.571 ± 18.468	33.687 ± 20.130	F=7.975	<0.001

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 23 IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin gelir düzeyine göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi düşük gelir düzeyi grubunda 63.7 ± 16.7 , orta gelir düzeyinde 56.5 ± 21.5 , yüksek gelir düzeyinde 43.7 ± 21.5 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.030$). Özgüven değişimi düşük gelir düzeyi grubunda 62.1 ± 25.0 , orta gelir düzeyinde 52.6 ± 26.5 , yüksek gelir düzeyinde 28.5 ± 26.9 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.002$). Cinsel yaşam değişimi düşük gelir düzeyi grubunda 60.3 ± 28.9 , orta gelir düzeyinde 42.9 ± 26.0 , yüksek gelir düzeyinde 25.0 ± 27.4 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$). Toplum baskısı değişimi düşük

gelir düzeyi grubunda 53.2 ± 22.9 , orta gelir düzeyinde 44.8 ± 23.5 , yüksek gelir düzeyinde 27.6 ± 26.0 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.011$). İş hayatı değişimi düşük gelir düzeyi grubunda 50.6 ± 29.0 , orta gelir düzeyinde 39.8 ± 24.9 , yüksek gelir düzeyinde 28.8 ± 27.1 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.055$). Ölçek toplam puan değişimi düşük gelir düzeyi grubunda 60.1 ± 18.9 , orta gelir düzeyinde 50.5 ± 18.4 , yüksek gelir düzeyinde 33.6 ± 20.1 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.001$).

4.20. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 24. Katılımcıların Sosyal Güvenceye Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Sosyal Güvence			Test değeri	p
	SGK	Özel Sigorta	Yok		
Bedensel işlev değişimi	56.624 ± 21.143	55.227 ± 23.906	53.788 ± 22.991	$F=0.060$	0.942
Özgüven değişimi	52.867 ± 27.710	43.929 ± 23.806	59.524 ± 17.617	$F=1.072$	0.345
Cinsel yaşam değişimi	42.804 ± 27.548	43.750 ± 24.835	81.250 ± 10.825	$F=2.956$	0.055
Toplum baskısı değişimi	45.592 ± 24.823	38.250 ± 19.145	35.000 ± 17.321	$F=1.053$	0.351
İş hayatı değişimi	39.885 ± 26.477	42.500 ± 17.396	45.833 ± 47.324	$F=0.159$	0.853
Ölçek Toplam Puan Değişimi	50.754 ± 19.889	47.112 ± 16.060	55.172 ± 14.348	$F=0.401$	0.670

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 24 IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal güvence farklılıklarına göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) sosyal güvencesi olan hasta grubunda 56.6 ± 21.1 , özel sigortası olan hasta grubunda 55.2 ± 23.9 ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda 53.7 ± 22.9 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.942$). Özgüven değişimi SGK sosyal güvencesi olan hasta grubunda 52.8 ± 27.7 , özel sigortası olan hasta grubunda 43.9 ± 23.8 ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda 59.5 ± 17.6 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.345$). Cinsel yaşam değişimi SGK sosyal güvencesi olan hasta grubunda 42.8 ± 27.5 , özel sigortası olan hasta grubunda 43.7 ± 24.8 ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda 81.2 ± 10.8 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.055$). Toplum baskısı değişimi SGK sosyal güvencesi olan hasta

grubunda 45.5 ± 24.8 , özel sigortası olan hasta grubunda 38.2 ± 19.1 ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda 35.0 ± 17.3 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.351$). İş hayatı değişimi SGK sosyal güvencesi olan hasta grubunda 39.8 ± 26.4 , özel sigortası olan hasta grubunda 42.5 ± 17.3 ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda 45.8 ± 47.3 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.853$). Ölçek toplam puan değişimi SGK sosyal güvencesi olan hasta grubunda 50.7 ± 19.8 , özel sigortası olan hasta grubunda 47.1 ± 16.0 ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda 55.1 ± 14.3 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.670$).

4.21. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 25. Katılımcıların Sigara Kullanımına Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Sigara Kullanımı				Test değeri	p
	Kullanmıyor	Düzenli kullanıyor	Ara sıra	Bırakmış		
Bedensel işlev değişimi	55.222 $\pm$ 23.616	61.735 $\pm$ 18.852	53.584 $\pm$ 17.851	50.994 $\pm$ 19.951	F=1.611	0.189
Özgüven değişimi	50.935 $\pm$ 27.273	56.560 $\pm$ 25.571	49.588 $\pm$ 22.775	47.098 $\pm$ 37.576	F=0.739	0.530
Cinsel yaşam değişimi	41.964 $\pm$ 30.427	47.577 $\pm$ 24.133	44.712 $\pm$ 25.415	37.891 $\pm$ 23.659	F=0.684	0.563
Toplum baskısı değişimi	44.226 $\pm$ 24.843	42.959 $\pm$ 21.721	47.115 $\pm$ 24.379	47.188 $\pm$ 29.096	F=0.233	0.873
İş hayatı değişimi	39.732 $\pm$ 28.528	43.367 $\pm$ 18.940	38.942 $\pm$ 21.601	35.938 $\pm$ 35.612	F=0.415	0.742
Ölçek Toplam Puan Değişimi	49.394 $\pm$ 21.007	54.029 $\pm$ 16.770	49.271 $\pm$ 16.396	46.552 $\pm$ 22.356	F=0.886	0.450

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 25 IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin sigara kullanım durumuna göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi sigara kullanmayan hasta grubunda 55.2 ± 23.6 , düzenli sigara kullanan hasta grubunda 61.7 ± 18.8 , ara sıra sigara kullanan hasta grubunda 53.5 ± 17.8 ve sigarayı bırakan hasta grubunda 50.9 ± 19.9 olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p: 0.189$). Özgüven değişimi sigara kullanmayan hasta grubunda 50.9 ± 27.2 , düzenli sigara kullanan hasta grubunda 56.5 ± 25.5 , ara sıra sigara kullanan hasta grubunda 49.5 ± 22.7 ve sigarayı bırakan hasta grubunda 47.0 ± 37.5 olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel

olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.530$). Cinsel yaşam değişimi sigara kullanmayan hasta grubunda 41.9 ± 30.4 , düzenli sigara kullanan hasta grubunda 47.5 ± 24.1 , ara sıra sigara kullanan hasta grubunda 44.7 ± 25.4 ve sigarayı bırakan hasta grubunda 37.8 ± 23.6 olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.563$). Toplum baskısı değişimi sigara kullanmayan hasta grubunda 44.2 ± 24.8 , düzenli sigara kullanan hasta grubunda 42.9 ± 21.7 , ara sıra sigara kullanan hasta grubunda 47.1 ± 24.3 ve sigarayı bırakan hasta grubunda 47.1 ± 29.0 olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.873$). İş hayatı değişimi sigara kullanmayan hasta grubunda 39.7 ± 28.5 , düzenli sigara kullanan hasta grubunda 43.3 ± 18.9 , ara sıra sigara kullanan hasta grubunda 38.9 ± 21.6 ve sigarayı bırakan hasta grubunda 35.9 ± 35.6 olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.742$). Ölçek toplam puan değişimi sigara kullanmayan hasta grubunda 49.3 ± 21.0 , düzenli sigara kullanan hasta grubunda 54.0 ± 16.7 , ara sıra sigara kullanan hasta grubunda 49.2 ± 16.3 ve sigarayı bırakan hasta grubunda 46.5 ± 22.3 olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.450$).

4.22. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarının Değişimi

Tablo 26. Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimin Dağılımı

Ölçek ve alt boyutları	Egzersiz				Test değeri	p
	Hiç	Haftada 2 gün	Haftada 3 -4 gün	Haftanın her günü		
Bedensel işlev değişimi	58.144 ± 13.618	43.182 ± 20.918	57.255 ± 22.484	58.019 ± 20.670	$F=2.157$	0.095
Özgüven değişimi	43.155 ± 33.101	40.952 ± 23.180	54.212 ± 25.002	53.316 ± 28.978	$F=1.148$	0.221
Cinsel yaşam değişimi	47.917 ± 25.884	38.333 ± 36.586	43.510 ± 25.867	44.018 ± 27.613	$F=0.286$	0.836
Toplum baskısı değişimi	42.917 ± 23.302	34.333 ± 28.962	45.256 ± 22.819	46.286 ± 24.726	$F=1.053$	0.371
İş hayatı değişimi	44.792 ± 28.929	24.167 ± 26.502	40.224 ± 22.128	43.036 ± 28.204	$F=2.385$	0.071
Ölçek Toplam Puan Değişimi	49.569 ± 15.919	39.138 ± 19.511	51.382 ± 18.397	51.897 ± 20.510	$F=1.932$	0.126

F=Varyans analizi (ANOVA testi)

Tablo 26 IWQOL-Lite yaşam kalitesi ölçeğinin egzersiz yapma durumuna göre ameliyat öncesi ve sonrası değişimini göstermektedir. Buna göre bedensel işlev değişimi hiç egzersiz yapmayan hasta grubunda 58.1 ± 13.6 , haftada 2 gün egzersiz yapan hasta grubunda

43.1 $\pm$ 20.9, haftada 3-4 gün egzersiz yapan hasta grubunda 57.2 $\pm$ 22.4, haftanın her günü egzersiz yapan hasta grubunda 58.0 $\pm$ 20.6 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.095). Özgüven değişimi hiç egzersiz yapmayan hasta grubunda 43.1 $\pm$ 33.1, haftada 2 gün egzersiz yapan hasta grubunda 40.9 $\pm$ 23.1, haftada 3-4 gün egzersiz yapan hasta grubunda 54.2 $\pm$ 25.0, haftanın her günü egzersiz yapan hasta grubunda 53.3 $\pm$ 28.9 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.221). Cinsel yaşam değişimi hiç egzersiz yapmayan hasta grubunda 47.9 $\pm$ 25.8, haftada 2 gün egzersiz yapan hasta grubunda 38.3 $\pm$ 36.5, haftada 3-4 gün egzersiz yapan hasta grubunda 43.5 $\pm$ 25.8, haftanın her günü egzersiz yapan hasta grubunda 44.0 $\pm$ 27.6 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p: 0.836). Toplum baskısı değişimi hiç egzersiz yapmayan hasta grubunda 42.9 $\pm$ 23.3, haftada 2 gün egzersiz yapan hasta grubunda 34.3 $\pm$ 28.9, haftada 3-4 gün egzersiz yapan hasta grubunda 45.2 $\pm$ 22.8, haftanın her günü egzersiz yapan hasta grubunda 46.2 $\pm$ 24.7 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.371). İş hayatı değişimi hiç egzersiz yapmayan hasta grubunda 44.7 $\pm$ 28.9, haftada 2 gün egzersiz yapan hasta grubunda 24.1 $\pm$ 26.5, haftada 3-4 gün egzersiz yapan hasta grubunda 40.2 $\pm$ 22.1, haftanın her günü egzersiz yapan hasta grubunda 43.0 $\pm$ 28.2 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.071). Ölçek toplam puan değişimi hiç egzersiz yapmayan hasta grubunda 49.5 $\pm$ 15.9, haftada 2 gün egzersiz yapan hasta grubunda 39.1 $\pm$ 19.5, haftada 3-4 gün egzersiz yapan hasta grubunda 51.3 $\pm$ 18.3, haftanın her günü egzersiz yapan hasta grubunda 51.8 $\pm$ 20.5 olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0.126).

4.23. Katılımcıların IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimi Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi

Tablo 27. Katılımcıların IWQOL-Lite Ölçeği Puan Ortalamalarındaki Değişimi Etkileyen Faktörlerin Regresyon Analizi

Değişkenler	Katsayısı tahmini (%95 GA)	Standart hata	p değeri
Sabit	84.592(70.609-98.575)	7.084	<0.001
Eğitim durumunuz nedir ?	-3.743(-6.137 - -1.350)	1.213	0.002
Aylık gelir düzeyiniz nedir ?	-11.883(-18.181 - -5.585)	3.191	<0.001
R : 0.358			
R2 : 0.128			

Ölçek toplam puan değişimini etkileyen ortak faktörlerin belirlenmesi için yapılan regresyon analizi Tablo 27’ da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre eğitim düzeyinin bir birim artması toplam ölçek puanında 3.743 birim azalışa neden olmaktadır. Bununla beraber aylık gelir değişkeninde de bir birim artış toplam ölçek puanında 11.883 birim azalışa neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

Aktif bir şekilde genişleyen bir sektör olarak medikal turizm, zamanla hem dünya çapında hem de Türkiye’de bariatrik hasta grubunun sağlık sorunlarını ve tedavi sonuçlarını giderek daha fazla etkileyerek önemli bir ilgi odağı haline gelmiştir. Günümüzde bariatrik cerrahi oranındaki artışın ana nedenlerine bakıldığında DSÖ’nün küresel obezite salgınının artması hakkındaki verileri ve obezite ve metabolik hastalıklar konusunda geliştirilen cerrahi tekniklerin kilo verme konusundaki göz ardı edilemeyecek başarısıdır. Her ne kadar diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri obezitenin önlenmesinde tartışmasız bir rol oynasa da özellikle ciddi ve kompleks obez hastalarda etkinlik düzeyleri sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle bariatrik cerrahi yalnızca vücut ağırlığı kaybını sağlamakla kalmayıp aynı zamanda obezite ilişkili komorbid hastalıkların önlenmesinde ya da tedavisinde tek başına en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Obezite hastalığının insan vücudunda oluşturduğu somatik sonuçların yanı sıra, insan refahı üzerinde de olumsuz bir etki yarattığı bilinmektedir. Hastaların sıklıkla bozuk bir vücut imajı algısıyla depresyon, anksiyete, sosyal damgalanma ve yeme bozuklukları gibi hayatlarını olumsuz etkileyen paradigmlarla baş etmeye çalıştıkları gösterilmektedir. Obezite hastalığının kendisi ve tedavi süreci psikolojik ve sosyal yaşam üzerine olan doğrudan etkilerine ilişkin genel algıyı temsil eden çok alanlı bir kavram olarak anılan SİYK’nin bozulmasına neden olmaktadır. Fiziksel, sosyal ve psikososyal alanlardaki refahlık, işlevsellik ve sağlık ölçümleri SİYK kavramının bileşenleridir. Bu nedenle bariatrik cerrahi tedavi etkinliğinin değerlendirmesi yapılırken kilo verme başarısını araştırmanın yanı sıra SİYK üzerine olan etkilerinin de araştırılması günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada medikal turizm kapsamında obezite cerrahisi uygulanan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tartışma bölümü aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

5.1. Katılımcıların Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları

Çalışmamızda obezite cerrahisi için başvuran hastaların ameliyat öncesi IWQOL-Lite Ölçeği toplam puan ortalaması 39.5 ± 18.9 olarak bulundu. Literatürde araştırma bulgumuz

ile benzer şekilde IWQOL-Lite Ölçeği toplam puan ortalaması, Padwal ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada 49.9, Adams ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada 41.8, Belle ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada 46.8, Twells ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada 43.2 olarak bulunmuştur (Adams ve diğerleri, 2012; Belle ve diğerleri, 2013; Padwal ve diğerleri, 2010; Twells ve diğerleri, 2017). Kendi çalışmamız da dahil literatürde IWQOL-Lite ölçeğine göre hesaplanmış toplam puan sonuçları normal popülasyona göre (IWQOL-Lite 94.7) ve ciddi obezitesi olup ancak cerrahi için başvurmamayan obez hasta popülasyonuna göre (IWQOL-Lite 54.9) oldukça düşük görünmektedir. Ayrıca bu çalışmada elde edilen ölçek toplam puanı, literatürde yer alan benzer çalışma bulgularından daha düşüktür. Obezite, bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yaşamlarını doğrudan etkileyerek sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini bozabilmektedir (Patrick ve diğerleri, 2007). Dolayısıyla araştırmadan elde edilen bulgu beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda katılımcıların cerrahi öncesi IWQOL-Lite Ölçeği alt boyut puanları sırasıyla bedensel işlev alt boyutu için 32.2 ± 21.1 , özgüven alt boyutu için 37.9 ± 25.3 , cinsel yaşam alt boyutu için 44.4 ± 26.0 , toplumsal baskı alt boyutu için 48.6 ± 24.0 ve iş hayatı alt boyutu için 52.4 ± 24.8 olup, tüm alt boyutlarda düşük olarak bulunmuştur. Caixas ve diğerleri (2013) ve van Nunen ve diğerlerinin (2007) yürüttükleri araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde çalışmamızda katılımcıların en düşük puan aldıkları ölçek alt boyutunun bedensel işlev olduğu saptanmıştır (Caixas ve diğerleri, 2013; van Nunen ve diğerleri, 2007). Bunu sırasıyla özgüven, cinsel yaşam, toplumsal baskı ve iş hayatı alt boyut puanları izlemiştir. Belle ve arkadaşlarının (2013) Kanada’da yürüttüğü bir çalışmada ise en düşük puana sahip alt boyutun özgüven alt boyutu olduğu gösterilmiştir (Belle ve diğerleri, 2013). Bu sonucun araştırmamıza katılan bireylerin çoğunun morbid obez ve süper obez olması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yaşadıkları zorluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cerrahi sonrası 3. ay IWQOL-Lite ölçek toplam puanı ameliyat öncesine göre tam olarak 50.4 ± 9.9 puan artış göstererek 89.9 ± 9.0 bulunmuştur. IWQOL-Lite ölçeği alt grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise en fazla iyileşmenin (56.4 puan) ameliyat öncesi en düşük alt boyut puanına sahip bedensel işlev alt boyutunda olduğu gözlenmiştir. Kolotkin ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan, obezite cerrahisinin SİYK üzerine uzun dönem etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, postoperatif 2. yılda IWQOL-Lite ölçek toplam puan artışı 54.9 puan, 6. yılda 45.3, 12. yılda ise 39.1 olduğu ve cerrahi

uygulanmayan hasta gruplarıyla karşılaştırıldığında iyileşme düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gösterilmiştir (Kolotkin ve diğerleri, 2018). Buradan hareketle, cerrahinin obezite nedeni SİYK'deki bozulmaların tedavisinde postoperatif erken dönemlerinden itibaren oldukça etkili olduğu görülmektedir. Literatürdeki diğer veriler bu görüşü desteklemektedir. Bariatrik cerrahi sonrası IWQOL-Lite ölçeğine göre SİYK'de iyileşmenin pik yaptığı dönemin hızlı kilo verimi olan erken postoperatif süreçte yaşandığı, postoperatif 1 – 6 yılda tekrar kilo alımı ile birlikte SİYK iyileşme düzeyinde kademeli düşüş yaşandığı ve 10. yıla kadar vücut ağırlığının stabil seyrettiği dönemde hala cerrahi öncesine göre SİYK'nin daha yüksek kaldığı belirtilmiştir (Karlsson ve diğerleri, 2007). Bu noktada altı çizilmesi gereken diğer bir konu ise, Hans Jørgen Nielsen ve arkadaşlarının (2022) sleeve gastrektomi ve Roux-en-Y gastrik bypass yapılan hastaların SİYK'lerini 7 yıl takip ettiği bir çalışmada da vurgulandığı üzere, her ne kadar cerrahi teknikler ile SİYK'de belirgin iyileşmeler sağlansa da postoperatif sürecin hiçbir döneminde normal popülasyon seviyelerine ulaşamamaktadır. Buradan anlaşılabileceği üzere toplumların obezite hastalığı ile mücadelesinde tedavi yöntemlerinin yanı sıra obezite gelişimini önleme stratejilerinin de geliştirilmesine odaklanılmalıdır (Nielsen ve diğerleri, 2022). Araştırmamızdan elde edilen bulgu literatür doğrultusunda olup beklenen bir sonuçtur.

5.2. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ameliyat Öncesi IWQOL-Lite Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları

Çalışmamızda katılımcıların yaş gruplarına göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.007$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p < 0.001$) ve toplum baskısı alt boyut puanları ($p = 0.019$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmamızda yer alan katılımcıların yaş gruplarına göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite özgüven alt boyut puanları ($p = 0.111$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.179$) ve iş hayatı alt boyut puanları ($p = 0.202$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkmamıştır. Dagsland ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları bir çalışmada yaş değişkeninin cerrahi öncesi SİYK ve mental sağlık üzerine anlamlı etkisinin olmadığı gösterilmiştir (Dagsland ve diğerleri, 2018). Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yaş arttıkça IWQOL-Lite ölçeği toplam puanı, bedensel işlev ve toplumsal baskı alt boyut puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyete göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.368$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.689$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.188$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.551$) ve toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.176$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla birlikte araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre IWQOL-Lite iş hayatı alt boyut puanları ($p = 0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup kadınlarda iş hayatı alt boyut puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Stout ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada cinsiyet değişkenine göre IWQOL-Lite toplam puan ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı rapor edilmiştir (Stout ve diğerleri, 2007). Kolotkin ve diğerleri (2017) ve Belle ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde kadınlarda iş hayatı alt boyut puanlarının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Belle ve diğerleri, 2013; Kolotkin ve diğerleri, 2017). Araştırma bulgumuzdan farklı olarak literatürde yer alan çalışmalarda kadın katılımcıların özgüven ve cinsel yaşam alt boyut puanlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Temple ve diğerleri, 2015; Thompson ve diğerleri, 2016). Temple ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bariatrik cerrahi isteyen kadın obez hastaların kilo ve vücut imajıyla ilgili endişelere erkeklerden daha fazla oranda sahip olduğu gösterilmiştir (Temple ve diğerleri, 2015). Mevcut bulgular obezite hastalığının tedavisinde kadınların neden erkeklerden daha fazla cerrahi seçeneğini tercih ettiğini açıklayabilir.

Araştırmada yer alan katılımcıların eğitim düzeylerine göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.002$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.005$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.018$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.005$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine göre IWQOL-Lite cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.645$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Dagsland ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada araştırma bulgumuz ile paralel olarak eğitim düzeyine göre IWQOL-Lite toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların medeni durumlarına göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.765$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.675$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.773$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.385$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.480$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.448$) arasındaki

farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Dagsland ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada medeni duruma göre IWQOL-Lite bedensel işlev ve toplumsal baskı alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu gösterilmiştir. Obezitenin olumsuz beden algısıyla arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Elçi Boğaz ve diğerleri, 2019; Park ve diğerleri, 2019). Dolayısıyla çalışmamızda medeni duruma bakılmaksızın çalışma kapsamındaki tüm bireylerin beden algılarının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmada yer alan katılımcıların mesleklerine göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.552$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.112$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.543$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.926$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.687$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.527$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Literatürde yer alan bir çalışmada araştırma bulgumuzdan farklı olarak mesleğe göre IWQOL-Lite bedensel işlev ve toplumsal baskı alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu rapor edilmiştir (Dagsland ve diğerleri, 2018).

Araştırmada yer alan katılımcıların gelir düzeylerine göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p < 0.001$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.011$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.001$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.002$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.014$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.004$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Kolotkin ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmalarda araştırma bulgumuz ile paralel olarak gelir düzeylerine göre IWQOL-Lite toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (Kolotkin ve diğerleri, 2018). Araştırmamızdan elde edilen bulgulara istinaden gelir düzeyinin, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini, beslenme alışkanlıklarını, stres düzeylerini ve genel yaşam koşullarını etkileyerek yaşam kalitesini doğrudan ve dolaylı olarak şekillendirebildiğini düşünmekteyiz.

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların sosyal güvence durumlarına göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.477$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.474$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.099$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.492$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.710$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.331$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hachem ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada araştırma bulgumuz ile paralel olarak sosyal güvencenin IWQOL-Lite toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (Hachem ve diğerleri, 2016).

Araştırmada yer alan katılımcıların sigara kullanımlarına göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p=0.829$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.614$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.777$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.625$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.520$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.908$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Chow ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada araştırma bulgumuz ile benzer şekilde sigara kullanımının IWQOL-Lite toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Chow ve diğerleri, 2021).

Araştırmada yer alan katılımcıların alkol kullanımlarına göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p = 0.672$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p = 0.203$), özgüven alt boyut puanları ($p=0.705$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.602$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p = 0.598$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p = 0.784$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hachem ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada araştırma bulgumuz ile benzer şekilde alkol kullanımının IWQOL-Lite toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Chow ve diğerleri, 2021).

Çalışmamızda katılımcıların BKİ'lerine göre cerrahi öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ($p < 0.001$), bedensel işlev alt boyut puanları ($p < 0.001$), özgüven alt boyut puanları ($p = 0.005$), cinsel yaşam alt boyut puanları ($p = 0.007$), toplumsal baskı alt boyut puanları ($p < 0.001$) ve iş hayatı alt boyutu puanları ($p<0.001$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Wilfley ve Manwaring (2010) yapmış oldukları çalışmada araştırma bulgumuz ile paralel olarak katılımcıların BKİ'lerine göre IWQOL-Lite toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğunu bildirilmişlerdir (Wilfley ve Manwaring, 2010). Yüksek BKİ, fiziksel işlevsellik, özgüven, sosyal etkileşimler ve genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Bu durum, yüksek BKİ'ye sahip bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olmasına yol açabilir. Fiziksel kısıtlılıklar, hareket zorlukları, obeziteye bağlı sağlık problemleri ve sosyal stigmatizasyon, yüksek BKİ'nin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin başlıca nedenleridir. Araştırma bulgularımız, obezite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dikkat çekmekte ve obezite yönetiminin önemini vurgulamaktadır.

5.3. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenlere Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası IWQOL-Lite Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Değişimleri

Çalışmamızda katılımcıların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.089$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.185$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.299$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.77$), iş hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.902$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmamızda yer alan katılımcıların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.003$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamız sonuçlarıyla benzer şekilde Dagsland ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları bir çalışmada yaş değişkenliğinin cerrahi öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimine anlamlı etkisinin olmadığını göstermişler (Dagsland ve diğerleri, 2018). Zwaan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yaş değişkenine göre bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası ölçek puanlarının arasında fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zwaan ve diğerleri, 2014). Araştırmamız bulgularına göre yaş düzeyi arttıkça bedensel işlev alt boyutu puanında anlamlı olarak daha fazla iyileşme sağlandığı gözlenmiştir. Buradan hareketle, her ne kadar komorbid hastalık sıklığının daha fazla görülmesi ileri yaş obez popülasyonunda cerrahi için bir rölatif risk oluştursa da, SİYK üzerine olan olumlu iyileşmeler düşünüldüğünde, ileri yaş grubu obez hasta profilinin tedavisinde cerrahi yaklaşımların masada tutulan bir seçenek olarak düşünülmesi gerekliliğinin önemi anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyete göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.278$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.931$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.159$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.587$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.087$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmamızda yer alan katılımcıların cinsiyete göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği iş hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.041$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Marek ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları bir çalışmada sonuçlarımız ile benzer şekilde cinsiyete göre obezite cerrahisi sonrası SİYK puanında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (Marek ve diğerleri, 2021).

Araştırmada yer alan katılımcıların eğitim düzeyine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimleri ($p = 0.015$), özgüven alt boyutu ($p = 0.033$), toplumsal baskı alt boyutu ($p = 0.018$), iş hayatı alt boyutu ($p = 0.018$) değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, katılımcıların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.060$) ve cinsel yaşam alt boyut puan değişimleri ($p = 0.456$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Mazer ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada sonuçlarımız ile benzer şekilde eğitim düzeyi farklılıklarına göre IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi, özgüven alt boyutu puan değişimi, toplumsal baskı alt boyutu puan değişimi ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir (Mazer ve diğerleri, 2017). Eğitim düzeyinin bariatrik cerrahi sonrası yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi, bireylerin sağlık bilincinin artması ve tedavi sürecine daha iyi uyum sağlamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.651$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.889$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.996$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.383$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.518$), iş hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.346$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak Dagsland ve arkadaşları (2018) ve Janik ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada evli olmak ya da bir partner ile birlikte yaşıyor olmanın, obezite cerrahisi sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puanında artış sağladığı belirtilmiştir (Dagsland ve diğerleri, 2018; Janik ve diğerleri, 2016).

Çalışmamızda katılımcıların mesleklerine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.454$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.665$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.199$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.674$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.474$), iş hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.600$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Batsis ve arkadaşları (2009) ve Wee ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmalarda araştırmamız sonuçları ile benzer şekilde mesleğin ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesindeki değişim üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Batsis ve diğerleri, 2009; Wee ve diğerleri, 2013).

Araştırmada yer alan katılımcıların gelir düzeyine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p < 0.001$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.030$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.002$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.001$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimleri ($p = 0.011$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmamızda yer alan katılımcıların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği iş hayatı alt boyut puan değişimleri ($p = 0.055$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde yer alan bir çalışmada da gelir düzeyinin IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile iş hayatı dışındaki diğer alt boyut puan değişimleri üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Sierżantowicz ve diğerleri, 2022). Bu sonucun elde edilmesinde araştırma kapsamına alınan katılımcıların sağlık hizmetlerine erişimleri, tedavi sürecine uyumları ve sosyal destek düzeylerinin etkisinin olabileceği ön görülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların sosyal güvencelerine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.670$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.942$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.345$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.055$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.351$), iş hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.853$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Steffen ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada araştırmamız sonuçları ile benzer şekilde gelir düzeyinin ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değişimi üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Steffen ve diğerleri, 2012).

Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanımlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.450$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.189$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.530$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.563$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.873$), iş hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.742$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma bulgularımız ile benzer şekilde Mohan ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada sigara kullanımının bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değişimi üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Mohan ve diğerleri, 2021).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ($p = 0.126$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi ($p = 0.095$), özgüven alt boyut puan değişimi ($p = 0.221$), cinsel yaşam alt boyut puan değişimi ($p = 0.836$), toplumsal baskı alt boyut puan değişimi ($p = 0.371$), iş

hayatı alt boyut puan değişimi ($p = 0.071$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Berge ve arkadaşları (2022) yapmış oldukları çalışmada katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi, bedensel işlev alt boyut puan değişimi, özgüven alt boyut puan değişimi ve toplumsal baskı alt boyut puan değişimleri arasında fark olduğu bildirilmiştir (Berge ve diğerleri, 2021). Katılımcılarımızın egzersiz programlarına uymaması araştırma sonucumuzun olmasına sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan regresyon analizinde ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarındaki değişimin eğitim ve gelir düzeyiyle ters orantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucun elde edilmesinde çalışma kapsamına alınan katılımcıların bireysel farklılıkları, yaşam tarzı değişiklikleri, stres ile baş etme becerileri ve sosyal destek düzeyleri gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda medikal turizm kapsamında obezite nedeniyle kliniğe başvuran hastalarda başvuru esnasında ve uygulanan bariatrik cerrahi sonrası SİYK üzerine etkileri IWQOL-Lite ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- Çalışmaya dahil edilen katılımcıların ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite Ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Araştırmada yer alan katılımcıların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev ve toplum baskısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var iken ($p < 0.05$), özgüven, cinsel yaşam ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Katılımcıların cinsiyete göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam ve toplum baskısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ($p > 0.05$), iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).
- Katılımcıların eğitim düzeylerine göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, toplum baskısı, özgüven ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var iken ($p < 0.05$), cinsel yaşam alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Çalışmadaki katılımcıların medeni durumlarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Katılımcıların mesleklerine göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Katılımcıların gelir düzeylerine göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).

- Hastaların sosyal güvence durumlarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Katılımcıların sigara kullanımına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Hastaların alkol kullanımlarına göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Çalışmamızda katılımcıların BKİ'lerine göre ameliyat öncesi IWQOL-Lite toplam puanları ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).
- Çalışmamızda katılımcıların yaş gruplarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ($p > 0.05$), bedensel işlev alt boyut puan değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).
- Katılımcıların cinsiyete göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam ve toplum baskısı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken ($p > 0.05$), iş hayatı alt boyut puan değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$).
- Katılımcıların eğitim düzeyine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile özgüven, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var iken ($p < 0.05$), bedensel işlev ve cinsel yaşam alt boyut puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Katılımcıların medeni durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

- Katılımcıların mesleklerine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Hastaların gelir düzeyine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam ve toplum baskısı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var iken ($p < 0.05$), iş hayatı alt boyut puan değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Katılımcıların sosyal güvencelerine göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Hastaların sigara kullanımlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam puan değişimi ile bedensel işlev, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı ve iş hayatı alt boyutu puan değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).
- Regresyon analizi ameliyat öncesi ve sonrası IWQOL-Lite ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarındaki değişimin eğitim ve gelir düzeyiyle ters orantılı olduğunu göstermiştir.

Sağlık Çalışanlarına Öneriler

- Psikolojik Destek Sağlanması: Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde, özellikle özgüven ve toplum baskısı gibi konularda sorun yaşayan hastalar başta olmak üzere tüm hastalar için düzenli psikolojik danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır. Bu danışmanlık, hastaların ameliyat sürecine adaptasyonunu ve ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemelidir.
- Kişiyi Özel Beslenme Planları: Eğitim düzeyi düşük olan hastalar için daha basit ve anlaşılır beslenme planları geliştirilmelidir. Eğitim düzeyinin IWQOL-Lite puan değişimlerinde önemli bir faktör olduğu göz önüne alındığında, hastaların bu planları doğru bir şekilde uygulayabilmeleri için rehberlik sağlanmalıdır.

- Egzersiz Rehberliği: Bedensel işlevlerdeki iyileşmeyi desteklemek için yaş gruplarına uygun egzersiz programları hazırlanmalıdır. Bu programlar, özellikle bedensel işlev alt boyutunda anlamlı değişiklikler göstermeyen hastalar için optimize edilmelidir.
- Hasta Eğitimi: Hasta eğitim programları, özellikle eğitim düzeyi düşük olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerde bilinçli kararlar alabilmelerini sağlamak için geliştirilmelidir. Eğitim, ameliyat süreci, beklentiler ve olası komplikasyonlar hakkında detaylı bilgi içermelidir.

Sağlık Kurumlarına Öneriler

- Teknolojik Yatırımlar: Bariatrik cerrahi için gerekli olan en son teknolojik cihazlar ve altyapı sağlanmalıdır. Bu, cerrahi müdahalelerin kalitesini artıracak ve hasta güvenliğini sağlayacaktır.
- Uzmanlık Merkezleri: Obezite cerrahisi için özel uzmanlık merkezleri oluşturulmalı ve bu merkezlerde multidisipliner bir yaklaşımla hizmet verilmelidir.
- Multidisipliner Ekip: Beslenme uzmanları, psikologlar, hemşireler, fizyoterapistler ve cerrahlar gibi farklı uzmanlık alanlarından profesyonellerin bir arada çalıştığı uluslararası hizmet sağlayacak yabancı dil bilgisine sahip multidisipliner ekipler oluşturulmalıdır.
- Takip ve İzleme: Ameliyat sonrası dönemde hastaların takibi düzenli ve sistematik bir şekilde yapılmalıdır. Medikal turizm kapsamında hizmet alan hastaların uzun mesafelerden geldikleri göz önünde bulundurularak ameliyat sonrası takip için tele-sağlık gibi dijital teknolojilerin alt yapısı oluşturulmalıdır. Uzun vadeli takip programları ile hastaların sağlık durumu izlenmeli ve gerektiğinde müdahale edilmelidir.
- Konforlu Tedavi Süreci: Hastaların ameliyat süreci boyunca konforlu ve güvenli bir ortamda bulunmalarını sağlamak amacıyla gerekli tüm önlemler alınmalıdır.
- Geri Bildirim Sistemleri: Hastaların geri bildirimlerini alarak hizmet kalitesini sürekli olarak iyileştirme çabasında olunmalıdır. Bu geri bildirimler, hizmetlerin hasta odaklı olmasını sağlayacaktır.

Sağlık Turizmi Disiplinine Öneriler

- Standartların Belirlenmesi: Sağlık turizmi kapsamında sunulan hizmetlerin uluslararası standartlara uygun olmasını sağlamak amacıyla akreditasyon süreçleri geliştirilmelidir.

- Kalite Kontrol: Sağlık turizmi hizmeti sunan kurumların düzenli olarak denetlenmesi ve kalite kontrollerinin yapılması gerekmektedir.
- Bilgilendirme Kampanyaları: Sağlık turizmi konusunda hastaların doğru bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi için bilgilendirme kampanyaları düzenlenmelidir. Bu kampanyalar, güvenilir bilgi kaynakları üzerinden yapılmalıdır.
- Yasal Destek: Hastaların haklarını korumak amacıyla sağlık turizmi kapsamında sunulan hizmetler için yasal düzenlemeler yapılmalı ve hastalar bu düzenlemeler hakkında bilgilendirilmelidir.
- Ekonomik Destek Programları: Obezite cerrahisi gibi yüksek maliyetli sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için ekonomik destek programları oluşturulmalıdır. Bu programlar, özellikle düşük gelirli hastalar için finansal kolaylıklar sağlamalıdır.
- Toplumsal Farkındalık: Obezite ve sağlık turizmi konularında toplumsal farkındalığı artırmak amacıyla eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri düzenlenmelidir. Bu faaliyetler, toplumun genel sağlığını iyileştirmeyi hedeflemelidir.

KAYNAKLAR

- Aasheim, E. T., Björkman, S., Søvik, T. T., Engström, M., Hanvold, S. E., Mala, T., ... & Bøhmer, T. (2008). Vitamin status after bariatric surgery: A randomized study of gastric bypass and duodenal switch. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 88(1), 149-154.
- Abiri, B., Hosseinpanah, F., Banihashem, S. et al. (2022). Mental health and quality of life in different obesity phenotypes: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 20, 63.
- Adams, T.D, Davidson, L.E, Litwin, S.E, Kolotkin R.L., (2012). Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. *JAMA*. 308(11):1122–31.
- Adams, T.D., Gress, R.E., Smith, S.C., Halverson, R.C., Simper, S.C., Rosamond, W.D., LaMonte, M.J., Stroup, A.M., & Hunt, S.C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 753-761.
- Adaş, M., & Mert, M. (2014). Obezitede medikal tedavi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 50-55.
- Akar, S. (2015). Obezite İle Mücadelede Vergilendirme: Türkiye’de Mümkün Mü?. *Journal of Life Economics*, 2(4), 29-46.
- Aklanoğlu, F. (2008). Termal Turizm ve Afyon-Gazlıgöl Örneği. *Social Sciences*, 3(1), 83-92.
- Aksoy, C., & Yılmaz, S. (2019). Sağlık turistlerinin hastane tercih kriterleri yönetici görüşleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 27-39.
- Albanopoulos, K., Alevizos, L., Linardoutsos, D., Stamou, K. M., Vasilikostas, G., & Leandros, E. (2013). Sleeve gastrectomy and gastroesophageal reflux. *World Journal of Gastroenterology*, 19(3), 411-417.
- Berge, J., Hjelmæsæth, J., Kolotkin, R. L., Støren, Ø., Bratland-Sanda, S., Hertel, J. K., ... & Bernklev, T. (2022). Effect of aerobic exercise intensity on health-related quality of life in severe obesity: a randomized controlled trial. *Health and quality of life outcomes*, 20(1), 34.

- Alexander, L., Christensen, S. M., Richardson, L., Ingersoll, A. B., Burrridge, K., Golden, A., ... & Bays, H. E. (2022). Nutrition and physical activity: an obesity medicine association (OMA) clinical practice statement 2022. *Obesity Pillars*, 1, 100005.
- Alqahtani, A. R., Al-Darwish, A., Mahmoud, A. E., Arafah, M., & Elahmedi, M. (2020). Short-term outcomes of intragastric balloon in obese patients - A single Saudi center experience. *Saudi Medical Journal*, 41(4), 391-396.
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Clinical Issues Committee (2011). American Society for Metabolic and Bariatric Surgery position statement on global bariatric healthcare. *Surg Obes Relat Dis*. 7(6):669-71.
- Angrisani, L., Santonicola, A., Iovino, P., Formisano, G., Buchwald, H., & Scopinaro, N. (2017). Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obesity Surgery*, 27(8), 2279-2289.
- Apovian, C.M., Aronne, L.J., Bessesen, D.H., McDonnell, M.E., Murad, M.H., Pagotto, U., Ryan, D.H., & Still, C.D. (2015). Pharmacological management of obesity: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), 342-362.
- Arterburn, D. E., Telem, D. A., Kushner, R. F., & Courcoulas, A. P. (2020). Benefits and risks of bariatric surgery in adults: a review. *Jama*, 324(9), 879-887.
- Aurora, A. R., Khaitan, L., Saber, A. A., Adams, D. B., Teixeira, J. A., & Brethauer, S. A. (2012). Sleeve gastrectomy and the risk of leak: A systematic analysis of 4,888 patients. *Surgical Endoscopy*, 26(6), 1509-1515.
- Aydın, D., Constantinides, C., Mike, C., Yılmaz, C., Genç, A. ve Lanyı, A. (2012). *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ayyıldız, Y., & Demirli, Y. (2015). Obezite Vergisine İlişkin Halkın Düşünceleri: Türkiye’de Bir Alan Araştırması. *Business and Economics Research Journal*. 6(2), 59-78.
- Bayram, M. (2019). *Sağlık turizminde yiyecek-içecek hizmetlerinin önemi ve performansının belirlenmesine yönelik bir analiz: İzmir ilinde bir uygulama* Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

- Batsis, J. A., Lopez-Jimenez, F., Collazo-Clavell, M. L., Clark, M. M., Somers, V. K., & Sarr, M. G. (2009). Quality of life after bariatric surgery: a population-based cohort study. *The American journal of medicine*, 122(11), 1055-e1.
- Belle, S.H., Berk, P.D., Chapman, W.H., Christian N.J., (2013). Baseline characteristics of participants in the longitudinal assessment of bariatric Surgery-2 (LABS-2) study. *Surg Obes Relat Dis*. 9(6):926–35.
- Birch, D. W., Vu, L., Karmali, S., Stoklossa, C. J., & Sharma, A. M. (2010). Medical tourism in bariatric surgery. *The American Journal of Surgery*, 199(5), 604-608.
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Boza, C., Gamboa, C., Salinas, J., Achurra, P., Vega, A., Pérez, G., ... & Ibáñez, L. (2012). Laparoscopic sleeve gastrectomy: As a stand-alone bariatric procedure produces significant weight loss at 1-year without an increased risk of nutritional deficiencies. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(4), 408-413.
- Bozça, R., Kırac, F. Ç., & Kırac, R. (2017). Sağlık turizmi SWOT analizi: Erzincan. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 157-163.
- Bray, G. A. (2016). Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(6), 2580-2592.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 292(14), 1724-1737.
- Bulut, A., & Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi. *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*. 3(1):45-62.
- Burki, T. (2024). Bariatric tourism. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 12(4):231-232.
- Caixàs, A., Lecube, A., Morales, M. J., Calañas, A., Moreira, J., Cordido, F., ... & Kolotkin, R. L. (2013). Weight-related quality of life in Spanish obese subjects suitable for bariatric surgery is lower than in their North American counterparts: a case-control study. *Obesity surgery*, 23, 509-514.

- Carbajo , M. A., García-Caballero, M., Toledano, M., Osorio, D., García-Lanza, C., Carmona, J. A., & Colao, L. (2005). One thousand one hundred seventy-one consecutive bariatric operations after introduction of systematic preoperative endoscopic evaluation. *Obesity Surgery*, 15(1), 9-17.
- Cengiz, F. (2012). Üçüncü yaş turistlere yönelik turistik ürün analizi: Alanya uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Chee, H. L. (2010). Medical tourism in Malaysia: International movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare. *Asia Research Institute Working Paper Series* No. 140.
- Chow A, Neville A, Kolozsvari N. Smoking in bariatric surgery: a systematic review. *Surg Endosc.* 2021 Jun;35(6):3047-3066. doi: 10.1007/s00464-020-07669-3. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32524412.
- Colquitt, J.L., Pickett, K., Loveman, E., Frampton, G.K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 8, CD003641
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.
- Cormany, D., & Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32(4), 709-716.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological economics*, 61(2-3), 267-276.
- Coulman, K.D., Blazeby, J.M. (2020). Health-Related Quality of Life in Bariatric and Metabolic Surgery. *Curr. Obes. Rep.* 9, 307–314.
- Cummings, D. E., Overduin, J., & Foster-Schubert, K. E. (2004). Gastric bypass for obesity: mechanisms of weight loss and diabetes resolution. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2608-2615.

- Çam, O., & Çılgınoğlu, H. (2021). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizmde Öne Çıkan Sağlık Uygulamaları. *Oğuzhan Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 197-216.
- Çelik, A. (2009). *Sağlık turizmi kapsamında termal işletmelerde sağlık hizmetleri pazarlaması ve algılanan hizmet kalitesi: Balçova termal işletmesinde bir uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
- Çetin, F., & Özsevgeç, L. C. (2021, October). Opinions Of Primary School Students On Coronavirus (COVID-19) and coronavirus pandemic. in V. International Covid-19 and current issues congress proceedings book.
- Çetinkaya T, Zengin B. (2009) *Yaşlı bakımı ve turizm*. Panel Bildiri Kitapçığı; Sakarya. s. 172-81.
- Dagsland, V., Andenæs, R., Karlsen, T.I. (2018). Generic Health-Related Quality of Life May Not Be Associated with Weight Loss 4 Years After Bariatric Surgery: a Cross-Sectional Study. *Obes Surg*. 28(10):3142-3150.
- Daigle, K., Subach, R., & Valliant, M. (2021). Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2021 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in sports and human performance nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(9), 1813-1830.
- Değirmenci, T. (2006). Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete. Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Denizli.
- Demir, D. (2013). *Türkiye'de Medikal Turizmi Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi. Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ekonomisi Anabilim Dalı, Mersin.
- Demir, Y. (2023). Medikal turizm kapsamında obezite ameliyatı olan bireylerin beden imajı algısı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.

- Dietz, W.H., Baur, L.A., Hall, K., Puhl, R.M., Taveras, E.M., Uauy, R., Kopelman, P. (2015) Management of obesity: Improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*, 385, 2521–2533.
- Dixon, J. B., O'Brien, P. E., Playfair, J., Chapman, L., Schachter, L. M., Skinner, S., ... & Anderson, M. (2008). Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 299(3), 316-323.
- Doğan, O., & Öter, E. G. Medikal Turizm Alanı Olan Obezite Cerrahisinde Dijital Teknolojilerin Kullanımı. *III. Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı*, 90.
- Elçi Boğaz M. Kutlu R, Cihan FG. (2019). Obezite ile yeme davranışı, beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Cukurova Med J*;44(3):1064-1073. DOI: 10.17826/cumj.467339
- Eriş, H. (2019). Şanlıurfa Sağlık Turizmi Swot Analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(71), 1278-1298.
- ESEN, M. Fevzi, and Tutku TUNCALI YAMAN. "Sağlık Turizminde Teknoloji Uygulamaları." *Sağlık Turizmi Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar 75.1* (2023): 220.
- Farrell, E., Bustillo, M., le Roux, C.W. (2021) The lived experience of people with obesity: study protocol for a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Syst Rev* 10, 181.
- Fencl, J. S., Mather, M. E., Costigan, K. H., & Daniels, M. D. (2015). How big of an effect do small dams have? Using geomorphological footprints to quantify spatial impact of low-head dams and identify patterns of across-dam variation. *PLoS one*, 10(11), e0141210.
- Finkelstein E.A., DiBonaventura M.D., Burgess S.M, Hale B.C. The costs of obesity in the workplace. *J Occup Environ Med*. 2010;52(10):971–6.
- Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., & Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 309(1), 71-82.
- Förster, LJ., Vogel, M., Stein, R. (2023). Mental health in children and adolescents with overweight or obesity. *BMC Public Health* 23, 135.

- Fultang, J., Chinaka, U., Hadi, Y. B., & Singh, S. (2019). Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and safety of the intragastric balloon for obesity. *Annals of Surgery and Medicine*, 1(1), 1000103.
- Gagner, M., Hutchinson, C., & Rosenthal, R. (2016). Fifth International Consensus Conference: current status of sleeve gastrectomy. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(4), 750-756.
- Genco, A., Lopez-Nava, G., Wahlen, C., Maselli, R., Cipriano, M., Sanchez, M. M., ... & Busetto, L. (2020). Multicenter study: intragastric balloon in the treatment of morbid obesity. *International Journal of Obesity*, 44, 459-466.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16(6), 1145-1155.
- Gloy V.L., Briel M., Bhatt D.L. (2013). Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 347, 5934.
- Godovykh, M., & Ridderstaat, J. (2020). Health outcomes of tourism development: A longitudinal study of the impact of tourism arrivals on residents' health. *Journal of Destination Marketing & Management*, 17, 100462.
- Goldstein, S. P., Goldstein, C. M., Bond, D. S., Raynor, H. A., Wing, R. R., & Thomas, J. G. (2019). Associations between self-monitoring and weight change in behavioral weight loss interventions. *Health Psychology*, 38(12), 1128.
- Goodrich, J. and Goodrich, G. (1987), "Health-care tourism – an exploratory study", *Tourism Management*, 8(3), 217- 22.
- Guyatt, G., Feeny D.H., Patrick D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 118(8):622–9.
- Hall, C. M. (2011). Health and medical tourism: A kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66(1/2), 4-15.
- Hachem A, Brennan L. (2016). Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Obes Surg*. Feb;26(2):395-409. doi: 10.1007/s11695-015-1940-z. PMID: 26494369.

- Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., & Lunt, N. (2014). What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. *Journal of Travel Medicine*, 21(6), 410-417.
- Hess, D. S., & Hess, D. W. (1998). Biliopancreatic diversion with a duodenal switch. *Obesity surgery*, 8(3), 267-282.
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- Higa, K. D., Boone, K. B., Ho, T., & Davies, O. G. (2011). Complications of the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 1,040 patients—what have we learned? *Obesity Surgery*, 11(6), 733-741.
- Hill, J.O., Wyatt, H.R., Reed, G.W., & Peters, J.C. (2003). Obesity and the Environment: Where Do We Go from Here? *Science*, 299(5608), 853-855.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge?. *Journal of Public Health Policy*, 31, 185-198.
- Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., & Jones, C. A. (2007). Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed*, 9(4), 33.
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673-689.
- Hughes, S., Yau, N., Max, L., Petrovic, N., Dobрева, D., Hajat, A., ... & Bell, N. (2021). The impact of environmental factors on the quality of life of urban residents. *Urban Studies*, 58(5), 1045-1062.
- Janik MR, Rogula T, Bielecka I, Kwiatkowski A, Paśnik K. (2016). Quality of Life and Bariatric Surgery: Cross-Sectional Study and Analysis of Factors Influencing Outcome. *Obes Surg*. 26(12):2849-2855.
- Jebb, S.A., & Wells, J.C.K. (2020). Measuring body composition in adults and children. In: C.G. Fairburn & K.D. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (3rd ed.). Guilford Press.

- Jensen, G. L., Roy, M. A., Buchanan, A. E., & Berg, M. B. (2004). Weight loss intervention for obese older women: improvements in performance and function. *Obesity Research*, 12(11), 1814-1820.
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... & Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25):1-12.
- Johnson, T. J., Garman, A. N., Tyler, I., & Silver, J. D. (2016). Health tourism and the globalization of healthcare. *Health Services Research*, 51(3), 1075-1094.
- Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J., & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9, 24.
- Kabukcuoğlu, S. (2013). *Nevşehir ili Kozaklı ilçesindeki sağlık turizmi potansiyeli ve bu potansiyeli artırabilmek için yapılabilecekler*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul.
- Karamanakos, S. N., Vagenas, K., Kalfarentzos, F., & Alexandrides, T. K. (2008). Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: A prospective, double blind study. *Annals of Surgery*, 247(3), 401-407.
- Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes (Lond)* 31(8):1248-61.
- Karsli, H. G. (2014). *Obez bireylerde beden algısı, benlik saygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kaukua, J. (2004). *Health-related quality of life in clinical weight loss studies* (Doctoral dissertation, Helsingin yliopisto).

- Khafizova, L. (2011). *Medikal turizmin gelişmesinde seyahat işletmelerinin önemi ve Türkiye'deki durum*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kim, S. H., Chun, H. J., Choi, H. S., Kim, E. S., Keum, B., & Jeon, Y. T. (2018). Current status of intragastric balloon for obesity treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 24(26), 2901-2910.
- Kolotkin R.L., Crosby, R.D., Gress R.E., Hunt S.C., Engel S.G., Adams, T.D. (2008). Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 4(5):651–8.
- Kolotkin R.L., Kim J., Davidson L.E., Crosby, R.D., Hunt S.C., Adams T.D. (2018). 12-year trajectory of health-related quality of life in gastric bypass patients versus comparison groups. *Surg Obes Relat Dis*. 14(9),1359-1365.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Williams, G. R., Hartley, G. G., & Nicol, S. (2001). The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity Research*, 9(9), 564-571.
- Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M., & Tse, C. K. J. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. *Obesity Research*, 3(1), 49-56.
- Kolotkin, R.L., Andersen, J.R. (2017). A systematic review of reviews: Exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clin. Obes*. 7, 273–289.
- Kowalewski, P.K., Rogula T.G., Lagardere A.O., Khwaja H.A., Walędziak, M.S., Janik M.R. (2019). Current Practice of Global Bariatric Tourism-Survey-Based Study. *Obes Surg*. 29(11), 3553-3559.
- Kular, K. S., Manchanda, N., Cheema, G. K. (2014). Seven years of mini-gastric bypass in type II diabetes patients with a body mass index $<35 \text{ kg/m}^2$. *Obesity Surgery*, 24(5), 644-649.
- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H. E., Sarina, A., & Sarina, S. (2011). Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review. *Obesity and Women's Health*. 24, 75-85.

- Kumanyika, S. K., Espeland, M. A., Bahnson, J. L., Bottom, J. B., Charleston, J. B., Folmar, S., ... & TONE Cooperative Research Group. (2002). Ethnic comparison of weight loss in the Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly. *Obesity Research*, 10(2), 96-106.
- Kumanyika, S., Jeffery, R.W., Morabia, A., Ritenbaugh, C., & Antipatis, V.J. (2008). Obesity prevention: the case for action. *International Journal of Obesity*, 32(3), 429-436.
- Kumanyika, S., Obarzanek, E., Stettler, N., Bell, R., Field, A. E., Fortmann, S. P., ... & Hong, Y. (2008). Population-based prevention of obesity: the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: a scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention. *Circulation*, 118(4), 428-464.
- Kushner, R.F., & Ryan, D.H. (2014). Assessment and lifestyle management of patients with obesity: Clinical recommendations from systematic reviews. *Journal of the American Medical Association*, 312(9), 943-952.
- Lades, L. K., Laffan, K., Daly, M., & Delaney, L. (2020). Daily emotional well-being during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 902-911.
- Lee, W. J., Ser, K. H., Lee, Y. C., Tsou, J. J., Chen, S. C., & Chen, J. C. (2012). Laparoscopic Roux-en-Y vs. mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a 10-year experience. *Obesity Surgery*, 22(12), 1827-1834.
- Lee, W. J., Yu, P. J., Wang, W., Chen, T. C., Wei, P. L., & Huang, M. T. (2005). Laparoscopic Roux-en-Y versus mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a prospective randomized controlled clinical trial. *Annals of Surgery*, 242(1), 20-28.
- Lunt N., Smith R.D., Mannion R. et al.: Systematic review: what do we know about medical tourism? *NIHR Journals Library*, 2014.
- Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*. 66(1):27-32.
- Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J. (2015). Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 80(3), 257-262.

- Lunt, N., Mannion, R., & Exworthy, M. (2011). A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient flows. *Social Policy & Administration*, 45(1), 1-25
- Luo, Y. N., Huang, W. Z., Liu, X. X., Markevych, I., Bloom, M. S., Zhao, T., ... & Dong, G. H. (2020). Greenspace with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies up to 2020. *Obesity reviews*, 21(11), e13078.
- Malone, D. C., Raebel, M. A., Porter, J. A., Lanty, F. A., Conner, D. A., Gay, E. C., ... & Vogel, E. A. (2005). Cost-effectiveness of sibutramine in the LOSE Weight Study: evaluating the role of pharmacologic weight-loss therapy within a weight management program. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 11(6), 458-468.
- Wilfley, J. M. D. (2010). 12 The Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire.
- Marek, R.J., Martin-Fernandez, K., Ben-Porath, Y.S., Heinberg, L.J. (2021). Psychosocial Functioning of Bariatric Surgery Patients 6-Years Postoperative. *Obes Surg*. 31(2):712-724.
- Mathus-Vliegen, E. M., de Weerd, S., & de Wit, L. T. (2004). Health-related quality-of-life in patients with morbid obesity after gastric banding for surgically induced weight loss. *Surgery*, 135(5), 489-497.
- Mazer, L.M., Azagury, D.E. & Morton, J.M. (2017). Quality of Life After Bariatric Surgery. *Curr Obes Rep* 6, 204–210 <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0266-7>
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., ... & Kushner, R. F. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity*, 21(1), 1-27.
- Medical Tourism Market Size, Share & Growth Report, 2030 <https://www.grandviewresearch.com/press-release/global-medical-tourism-market>.
- Medical tourism. (2018) What is medical tourism. Gainesville, FL: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; *The SAGES Manual of Bariatric Surgery*, p. 595-604 <https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/9jjrzPn9/>

- Mingrone, G., Panunzi, S., De Gaetano, A., Guidone, C., Iaconelli, A., Nanni, G., ... & Rubino, F. (2015). Bariatric–metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9997), 964-973.
- Mion, F., Ibrahim, M., Marjoux, S., Ponchon, T., Dugardeyn, S., Roman, S., ... & Branche, J. (2017). Swallowable Obalon® gastric balloons as an aid for weight loss: a pilot feasibility study. *Obesity Surgery*, 27(5), 1276-1282.
- Mohan S, Samaan JS, Samakar K. (2021). Impact of smoking on weight loss outcomes after bariatric surgery: a literature review. *Surg Endosc*. Nov;35(11):5936-5952. doi: 10.1007/s00464-021-08654-0. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34319440.
- Musella, M., Susa, A., Greco, F., De Luca, M., Manno, E., Di Stefano, C., ... & Milone, M. (2014). The laparoscopic mini-gastric bypass: The Italian experience: outcomes from 974 consecutive cases in a multicenter review. *Surgical Endoscopy*, 28(1), 156-163.
- Necmiye, Ç. (2011) *Kilonun yaşam kalitesi üzerine etkisi ölçeği (ıwqol-lite) türkçe versiyonunun psikometrik değerlendirmesi*. Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Nguyen, N. T., Varela, J. E., Sabio, A., Tran, C. L., Stamos, M., & Wilson, S. E. (2013). Reduction in prescription medication costs after laparoscopic gastric bypass and laparoscopic gastric banding. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(5), 725-731.
- Nicke F., Schmidt L., Bruckner T., Billeter A.T., Kenngott H.G., Müller-Stich B.P., Fischer, L. (2017). Gastrointestinal quality of life improves significantly after sleeve Gastrectomy and roux-en-Y gastric bypass—a prospective cross-sectional study within a 2-year follow-up. *Obes Surg*. 27(5):1292–7.
- Nielsen, H.J., Nedrebø, B.G., Fosså, A., Andersen, J.R., Assmus, J., Dagsland, V.H., Dankel, S.N., Gudbrandsen, O.A., Fernø, J., Hjellestad, I., Hjerstad, M.J., Kolotkin, R.L., Thorsen, H.L., Mellgren, G., Flølo, T.N. (2022). Seven-year trajectories of body weight, quality of life and comorbidities following Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy. *Int J Obes (Lond)*. 46(4), 739-749..
- Noun, R., Skaff, J., Riachi, E., Daher, R., Antoun, N. A., & Nasr, M. (2007). One thousand consecutive mini-gastric bypass: short- and long-term outcome. *Obesity Surgery*, 17(5), 697-703.

- O'Brien, P. E., MacDonald, L., Anderson, M., Brennan, L., & Brown, W. A. (2013). Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. *Annals of Surgery*, 257(1), 87-94.
- Obesity: causes, consequences, treatments, and challenges, *Journal of Molecular Cell Biology*, Volume 13, Issue 7, July 2021, Pages 463-465, <https://doi.org/10.1093/jmcb/mjab056>
- Oduncuoğlu, F. (2020). Zihinsel engelli çocuklara sahip ailelerin yaşadıkları tatil güçlükleri üzerine tanımlayıcı bir araştırma. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 279-293.
- Oduncuoğlu, F., & Efendi, M. (2020). Engelli turizmde turist rehberliği uygulamaları üzerine niteliksel bir araştırma. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 15(60), 708-727.
- OECD. (2020). COVID-19 and well-being: Life in the pandemic. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19).
- Ormond, M. (2013). *Neoliberal governance and international medical travel in Malaysia*. Routledge.
- Öcal, H., & Aygen, E. (2018). Obezitenin cerrahi tedavisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 78-87.
- Ökten, Ç. (2017). Kemoterapi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda orem öz bakım eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik hallerine etkisi.
- Özkan, M. E. (2019). Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 50-64.
- Özkan, S., & Asar, A. S. (2022). Cerrahi hemşireliğinde tele sağlık uygulamaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(1), 43-48.
- Özsarı, S. H., & Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2).138.
- Öztürk, M., ve Bayat, M. (2011). Uluslararası turizm hareketlerinde sağlık turizminin rolü ve kalite çalışmalarının önemi bir literatür çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 135-156

- Padwal, R. S., Majumdar, S. R., Klarenbach, S., Birch, D. W., Karmali, S., McCargar, L., ... & Sharma, A. M. (2010). The Alberta population-based prospective evaluation of the quality of life outcomes and economic impact of bariatric surgery (APPLES) study: background, design and rationale. *BMC Health Services Research*, 10, 1-11.
- Park B, Cho HN, Choi E, Seo DH, Kim S, Park YR et al. (2019). Self-perceptions of body weight status according to age-groups among Korean women: A nationwide population-based survey. *PloS One*, 14:e0210486
- Park, N. (2021). The impact of digital technology use on adolescent well-being. *Digital Health*, 7, 1-11.
- Patrick, D.L., Burke, L.B., Powers, J.H., Scott, J.A., Rock, E.P., Dawisha, S., O'Neill, R., Kennedy, D.L. (2007). Patient-reported outcomes to support medical product labeling claims: FDA perspective. *Value Health J. Int. Soc. Pharmacoecon. Outcomes Res.* 10 (Suppl. 2), 125–137.
- Puhl, R., & Heuer, C. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028.
- Rosenthal, R.J. (2011). Comment on: Medical tourism and bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(5), 654-655.
- Rosenthal, R. J. (2012). International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(1), 8-19.
- Rubino, F., Kaplan, L. M., Schauer, P. R., & Cummings, D. E. (2010). The Diabetes Surgery Summit consensus conference: recommendations for the evaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. *Annals of surgery*, 251(3), 399-405.
- Rutledge, R. (2001). The mini-gastric bypass: experience with the first 1,274 cases. *Obesity Surgery*, 11(3), 276-280.
- Saatcioğlu Tinkir, N. Obezite ameliyatı (Bariatrik cerrahi) olmaya karar veren bireylerin benlik saygılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı

- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639-648
- Schauer, P. R., Bhatt, D. L., Kirwan, J. P., Wolski, K., Aminian, A., Brethauer, S. A., ... & Kashyap, S. R. (2017). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes - 5-year outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 376(7), 641-651.
- Schauer, P. R., Kashyap, S. R., Wolski, K., Brethauer, S. A., Kirwan, J. P., Pothier, C. E., ... & Nissen, S. E. (2012). Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 366(17), 1567-1576.
- Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J. (2022). Quality of Life after Bariatric Surgery-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. Jul 26;19(15):9078. doi: 10.3390/ijerph19159078. PMID: 35897447; PMCID: PMC9330722.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., ... & Carlsson, L. M. (2007). Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 741-752.
- Small, J., & Harris, C. (2012). Obesity and tourism: Rights and responsibilities. *Annals of Tourism Research*, 39(2), 686-707.
- Smith, J. A., & Forgione, D. A. (2017). Factors influencing patient satisfaction and quality of life in post-surgical care: A review. *Healthcare Management Review*, 42(2), 165-177.
- Smith, J. D., Fu, E., & Kobayashi, M. A. (2020). Prevention and management of childhood obesity and its psychological and health comorbidities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 351-378.
- Stein, J., Stier, C., Raab, H., & Weiner, R. (2014). Review of nutritional guidelines for bariatric surgery patients. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 418, 73-82.
- Stephenson, J., Smith, C.M., Kearns, B. (2021). The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health* 21, 1990.
- Steffen KJ, Sarwer DB, Thompson JK, Mueller A, Baker AW, Mitchell JE. (2012). Predictors of satisfaction with excess skin and desire for body contouring after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. Jan-Feb;8(1):92-7. doi: 10.1016/j.soard.2011.06.022. Epub 2011 Aug 6. PMID: 21978749.

- Stout, A.L., Applegate, K.L., Friedman, K.E., Grant, J.P., Musante, G.J. (2007). Psychological correlates of obese patients seeking surgical or residential behavioral weight loss treatment. *Surg Obes Relat Dis.* 3(3):369–75.
- Sullivan, P. (2011). Medical tourism: The ultimate outsourcing. *Human Resource Planning*, 30(2), 8-10.
- Suwarsi, S., & Elizabeth, M. (2023). Quality of Life and Physical Activities of Overweight Adolescents. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 10(2), 71-77.
- Stiglitz, D. J. (2009). Moving beyond market fundamentalism to a more balanced economy. *Annals of public and cooperative economics*, 80(3), 345-360.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804-814.
- Şen, D. B., & Kılıç, B. (2021). Effects of edible coatings containing acai powder and matcha extracts on shelf life and quality parameters of cooked meatballs. *Meat Science*, 179, 108547.
- Şeyho, U., & Şengel, Ü. (2023). Sağlık turistlerinin türkiye'yi seçme motivasyonları üzerine bir araştırma: arap turist perspektifi. *Sivas Interdisipliner Turizm Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 94-115.
- Tate, D. F., Lyons, E. J., & Valle, C. G. (2015). High-tech tools for exercise motivation: Use and role of technologies such as the internet, mobile applications, social media, and video games. *Diabetes Spectrum*, 28(1), 45-54.
- Temple Newhook, J, Gregory D.M., Twells, L.K (2015). Fat girls and ‘big guys’: gendered meanings of weight loss surgery. *Sociol Health & Illness.*; 37(5):653–67.
- Tezcan, C. (2016). Sağlığa yenilikçi bir bakış açısı: mobil sağlık.
- Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey- Bassler K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract.* 17(38)
- Topart, P., Becouarn, G., & Ritz, P. (2013). Weight loss is more sustained after biliopancreatic diversion with duodenal switch than Roux-en-Y gastric bypass in superobese patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(4), 526-530.

- Turner, L. (2007). 'First World health care at Third World prices': Globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325.
- Turski, I., Mashika, H., Tkachenko, T., Khmara, M., Komarnitskyi, I., & Oliynyk, M. (2021). Medical tourism: analysis of the state of international tourism and prospects for domestic development. *Universal Journal of Public Health*, 9(2), 27-34.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Turizm İstatistikleri, 2024. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-Istatistikleri-IV-2023-53661>
- Twells L.K, Driscoll S., Gregory D.M., Lester K., Fardy J.M., Pace, D. (2017). Morbidity and health-related quality of life of patients accessing laparoscopic sleeve gastrectomy: a single-centre cross-sectional study in one province of Canada. *BMC Obes.* 11;4:40.
- Ul-Haq Z., Mackay D.F., Fenwick E., (2013). Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity (Silver Spring)*, 21(3):322–327.
- Unti, J.A. (2009). Medical and surgical tourism: the new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon. *Bull Am Coll Surg.* 94(4):18-25.
- van Nunen, A.M, Wouters, E.J, Vingerhoets, A.J., Hox J.J., Geenen, R. (2007). The healthrelated quality of life of obese persons seeking or not seeking surgical or non-surgical treatment: a meta-analysis. *Obesity Surgery*;17(10):1357–1366.
- Wang CD, Rajaratnam T, Stall B, Hawa R, Sockalingam S. (2019). Exploring the effects of telemedicine on bariatric surgery follow-up: a matched case control study. *Obes Surg.* 29(8):2704-2706.
- Warkentin L.M, Majumdar S.R., Johnson, J.A., Agborsangaya C.B., (2014). Predictors of health-related quality of life in 500 severely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*. 22(5):1367–72.
- Wee, C. C., Davis, R. B., Huskey, K. W., Jones, D. B., & Hamel, M. B. (2013). Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: the importance of obesity-related social stigma and functional status. *Journal of general internal medicine*, 28, 231-238.
- Weiner, R. A., Theodoridou, S., & Weiner, S. (2011). Quality of life outcome after laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic sleeve gastrectomy—a comparative study. *Surgical Endoscopy*, 25(3), 735-743.

- Weiner, R. A., Weiner, S., Pomhoff, I., & Jacobi, C. (2010). Laparoscopic sleeve gastrectomy—influence of sleeve size and resected gastric volume. *Obesity Surgery*, 17(10), 1297-1305.
- Whiteman, R. G. (2011). Medical tourism and bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(5), 652-654.
- WHO, 2015. Erişim: 04 Temmuz 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222S-225S.
- Wing, R.R., Bolin, P., Brancati, F.L., Bray, G.A., Clark, J.M., Coday, M., Crow, R.S., Curtis, J.M., Egan, C.M., Espeland, M.A., Evans, M., Foreyt, J.P., Ghazarian, S., Gregg, E.W., Harrison, B., Hazuda, H.P., Hill, J.O., Horton, E.S., Hubbard, V.S., Jakicic, J.M., Jeffery, R.W., Johnson, K.C., Kahn, S.E., Kitabchi, A.E., Knowler, W.C., Lewis, C.E., Maschak-Carey, B.J., Montez, M.G., Murillo, A., Nathan, D.M., Patricio, J., Peters, A., Pi-Sunyer, X., Pownall, H., Reboussin, D., Regensteiner, J.G., Rickman, A.D., Ryan, D.H., Safford, M., Wadden, T.A., Wagenknecht, L.E., West, D.S., Williamson, D.F., Yanovski, S.Z. (2011). Look AHEAD (Action for Health in Diabetes): Design and methods for a clinical trial of weight loss for the prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Controlled Clinical Trials*, 24(5), 610-628.
- Woodman, J. (2007). *Patients Beyond Borders Everybody's Guide to Affordable, World-Class Medical Tourism*. Chapel Hill, NC: Healthy Travel Media; 2007.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Fact sheet on obesity and overweight 2018*. (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, 2021).
- World Health Organization. (2020). *Obesity and overweight*. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2023. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
- World Tourism Organization (2006), *Mega-Trends of Tourism in Asia-Pacific*, World Tourism Organization, Madrid.

- Wright, C., Mutsekwa, R. N., Hamilton, K., Campbell, K. L., & Kelly, J. (2021). Are eHealth interventions for adults who are scheduled for or have undergone bariatric surgery as effective as usual care? A systematic review. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(12), 2065-2080.
- Yang, C., Kessler, M., Taebi, N., Hetjens, M., Reissfelder, C., Otto, M., & Vassilev, G. (2023). Remote follow-up with a mobile application is equal to traditional outpatient follow-up after bariatric surgery: the BELLA pilot trial. *Obesity Surgery*, 33(6), 1702-1709.
- Yang, H., Liu, L. & Zhang, X. (2023) Exercise interventions on body composition and quality of life of overweight/obese breast cancer survivors: a meta-analysis. *BMC Women's Health* 23, 484.
- Yıldırım, M. S. (2016). *Ergenlerde internet bağımlılığının obezite ve benlik saygısı ile ilişkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi. Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, M., Akyol, A., & Ersoy, G. (2008). *Şişmanlık ve Fiziksel Aktivite*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Yılmaz, C. (2002). *Endokrinolojide Tanı Basamakları*. İstanbul: Güven Kitabevi.
- Yu, C. S., Lin, Y. J., Lin, C. H., Lin, S. Y., Wu, J. L., & Chang, S. S. (2020). Development of an online health care assessment for preventive medicine: a machine learning approach. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e18585.
- Zwaan, M., Georgiadou, E., Stroh, C. E., Teufel, M., Köhler, H., Tengler, M., & Müller, A. (2014). Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre-and post-surgery groups. *Frontiers in psychology*, 5, 1310.