



**OBEZİTE CERRAHİSİ SONRASI BİLİNÇLİ
FARKINDALIK EĞİTİMİNİN HASTALARIN YEME
DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON DURUMUNA ETKİSİ**

Mustafa KAVAK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serdar SARITAŞ**

Doktora Tezi-2023

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**OBEZİTE CERRAHİSİ SONRASI BİLİNÇLİ FARKINDALIK EĞİTİMİNİN
HASTALARIN YEME DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON DURUMUNA
ETKİSİ**

Mustafa KAVAK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serdar SARITAŞ**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç.Dr. Serdar SARITAŞ” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Obezite Cerrahisi Sonrası Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Hastaların Yeme Davranışları ve Depresyon Durumuna Etkisi” başlıklı doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 10/08/2023

Öğrencinin; Mustafa KAVAK
İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obezitenin Tanımı	4
2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi	4
2.3. Obezite Ölçüm Teknikleri ve Sınıflandırılması	4
2.4. Obezitenin Etiyolojisi	4
2.5. Obezitenin Hastalıklar ile İlişkisi	5
2.6. Obezite Tedavisi	5
2.6.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri	5
2.6.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	7
2.7. Obezite Cerrahisi Sonrası Yeme Davranışları	11
2.7.1. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu ve Tıkanırçasına Yeme	11
2.7.2. Kontrol Kaybı ile Yeme (KKY)	11
2.7.3. Grazing.....	11
2.7.4. Kusma Davranışı.....	12
2.7.5. Yemeden Kaçınma Bozukluğu	12
2.7.6. Çiğneme ve Tükürme.....	12
2.7.7. Kahvaltıyı Atlama.....	12
2.7.8. Gece Yeme Sendromu (GYS).....	12
2.8. Obezite Cerrahisi ve Depresyon	12
2.9. Bilinçli Farkındalık	13
2.10. Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı	14
2.10.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	14
2.10.2. Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakım	15
2.10.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	15

2.11. Taburculuk Eğitimi	16
3. MATERYAL ve METOT.....	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	19
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	19
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	21
3.4.2. Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) (DEBQ).....	21
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	21
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Hemşirelik Girişimi	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	28
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	36
5.1. Yeme Davranışları ile İlgili Bulguların Tartışılması	36
5.2. Depresyon ile İlgili Bulguların Tartışılması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	51
EK-1. Özgeçmiş.....	51
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	52
EK 3. Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği (DEBQ).....	53
EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	56
EK-5. Bilinçli Farkındalık Eğitim İçeriği	59
EK-6. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Eğitim Sertifikası	71
EK-7. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan Onayı.....	72
EK-8. Fırat Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni.....	73

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Doç. Dr. Serdar SARITAŞ' a, doktora eğitimim esnasında örnek bilim insanı davranışlarıyla kendisini örnek aldığım Prof. Dr. Meral ÖZKAN' a, tezimin her aşamasına klinik deneyimleriyle katkı sunan Prof. Dr. Burak IŞIK' a, araştırmanın her aşamasında bana destek veren Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK' a, manevi desteğinden dolayı aileme, arkadaşım Mehmet Ali Akdemir'e, araştırmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde çalışan tüm sağlık çalışanlarına ve sorularıma içtenlikle cevap veren değerli hastalara, sonsuz teşekkür ederim.

Mustafa KAVAK

ÖZET

Obezite Cerrahisi Sonrası Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Hastaların Yeme Davranışları ve Depresyon Durumuna Etkisi

Amaç: Bu araştırma obezite cerrahisi sonrası bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışları ve depresyon durumuna etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Randomize kontrollü deneysel model niteliğinde olan bu araştırma Haziran 2022-Ağustos 2023 arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yapıldı. Araştırmanın evrenini 780 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise yapılan güç analiziyle belirlenen 140 hasta (70 kontrol, 70 deney) oluşturdu. Araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri belirlenirken “Tanıtıcı Özellikler Formu”, yeme davranışları belirlenirken “Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği” ve depresyon düzeyleri belirlenirken ise “Beck Depresyon Ölçeği” kullanıldı. Veriler, ameliyat için kliniğe yatırılan hastalara ön test ve deney grubuna verilen yüzyüze bilinçli farkındalık eğitiminden sonra yapılan son testle araştırmacı tarafından bizzat toplandı. “Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, *t* testi, Kolmogorov-Smirnov ve testi kullanıldı”.

Bulgular: Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların Yeme Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasına bakıldığında, deney grubundaki hastaların son test toplam puanının, kontrol grubundaki hastaların son test toplam puanından 15.14 puan daha düşük olduğu belirlendi. Deney ve kontrol gruplarındaki obezite cerrahisi geçiren hastalarda eğitim sonrası, BECK Depresyon Ölçeğinin toplam puan ortalamasına bakıldığında ise, deney grubundaki hastaların son test toplam puanının, kontrol grubundaki hastaların son test toplam puanından 21.33 puan daha düşük olduğu belirlendi. Obezite cerrahisi sonrası hastalara verilen bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışlarını ve depresyon düzeylerini pozitif yönlü, güçlü düzeyde etkilediği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Bu araştırmanın sonucunda, obezite cerrahisi geçiren hastalara verilen bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışlarını ve depresyon düzeylerini azalttığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli farkındalık, depresyon, hasta, hemşirelik, obezite cerrahisi, yeme davranışları,

ABSTRACT

The Effect of Mindfulness Education on Eating Behaviors and Depression Status of Patients After Bariatric Surgery

Aim: This study was conducted to examine the effect of mindfulness education on patients' eating behaviors and depression after bariatric surgery.

Material and Method: This study, which is a randomized controlled experimental model, was carried out between June 2022 and August 2023 in the General Surgery Clinic of Firat University Hospital. The population of the study consisted of 780 patients. The sample of the study consisted of 140 patients (70 controls, 70 experiments) determined by the power analysis. In the study, the "Descriptive Characteristics Form" was used to determine the descriptive characteristics of the patients, the "Dutch Eating Behavior Scale" to determine the eating behaviors, and the "Beck Depression Scale" to determine the depression levels. The data were collected by the researcher with the pre-test for the patients hospitalized for surgery and the post-test after the face-to-face mindfulness training given to the experimental group. In the evaluation of the data; percentage distribution, arithmetic mean, t test, Kolmogorov-Smirnov and test were used.

Results: When the total point average of the Eating Behaviors Scale of the patients in the experimental and control groups participating in the study was examined, it was determined that the posttest total score of the patients in the experimental group was 15.14 points lower than the posttest total score of the patients in the control group. When the total mean score of the BECK Depression Scale was examined after the training in patients in the experimental and control groups who had bariatric surgery, it was determined that the posttest total score of the patients in the experimental group was 21.33 points lower than the posttest total score of the patients in the control group. It was determined that mindfulness training given to patients after bariatric surgery had a positive and strong effect on patients' eating behaviors and depression levels, and this was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of this research, it was determined that mindfulness training given to patients who had bariatric surgery reduced their eating behaviors and depression levels.

Keywords: Conscious mindfulness, depression, patient, nursing, bariatric surgery, eating behaviors,

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BPD	: Biliopankreatik Diversiyon
DS	: Duedenal Switch
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYS	: Gece Yeme Sendromu
KKY	: Kontrol Kaybı ile Yeme
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
RYGBP	: Roux-En-Y Gastrik Bypass
SG	: Sleeve Gastrektomi
TY	: Tıkanırcasına Yeme
TYB	: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Diyagramı	20



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Bilinçli Farkındalık Eğitimi Programı uygulama planı	26
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması...	27
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	28
Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test depresyon ve yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test depresyon ve yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test depresyon ve yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	34

1. GİRİŞ

Dünya’da ve Türkiye’de obezite sıklığı gittikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı itibariyle dünyada 1.9 milyar insanın fazla kilolu ve bu bireylerin yaklaşık 650 milyon kadarının obez olduğunu bildirmiştir. “Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü -Organisation for Economic Co-operation and Development- (OECD) 2017 yılı verilerine göre, OECD ülkeleri içerisinde ortalama yetişkin obez birey sayısı toplam nüfusun %19.5’ünü oluşturmaktadır”. Ülkemizde ise obezite oranı %28.8 ile OECD ülkeleri ortalamasının üstündedir (1,2).

Obezite, diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, hiperlipidemi, bazı kanser türleri, stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik ve fizyolojik sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca obezite kronik bir hastalık olduğu için bireysel ve toplumsal sorunlara, sağlık harcamalarında artışa ve iş gücünde azalmaya yol açmaktadır (3). Günümüzde küresel bir sorun olan covid-19 salgını ile ilişkisine bakıldığında obezite, covid-19 hastalığının şiddetini artırmaktadır (4). Obezite, fizyolojik ve psikososyal sorunlara yol açtığı için tedavi edilmesi gereken küresel bir sağlık sorunudur (3,5).

Obezite tedavisinde, diyet, egzersiz ve obezite cerrahisi seçenekleri bulunmaktadır (6). Diyet ve egzersiz ve ilaç tedavisi seçeneğinden fayda göremeyen morbid obez hastalar için obezite cerrahisi seçeneği tercih edilmektedir (7). Obezite cerrahisi sonrasında gelişmesi olası erken dönem komplikasyonlara bakıldığında, kanama, anastomoz kaçağı, pnömoni, disfaji, reflü, torakal bölgede ağrı, yara yeri enfeksiyonu, bağırsak hareketlerinde yavaşlama, dehidratasyon ve bulantı-kusma olabileceği görülmektedir. Obezite cerrahisi sonrası gerçekleşmesi olası geç dönem komplikasyonlar ise, abdominal ya da insizyonel herniler, kolelitiazis, striktür, stenoz, gastroözefageal reflü hastalığı, yeniden kilo alımı ve besin değerlerinde yetersizlik/eksiklikler şeklinde sıralanabilmektedir (9,10). Obezite cerrahisi sonrası yeniden kilo alımına neden olan çeşitli etkenler vardır. Bunlar; endokrin/metabolik değişiklikler, anatomik cerrahi başarısızlık, yeme davranış bozuklukları, fiziksel hareketsizlik zihinsel sağlık sorunlarını içermektedir. Obezite cerrahisi sonrasında hasta normal yeme düzenine geçene kadar belirli aşamalardan geçmektedir. İlk dönemde sadece sıvı gıdalar 2 hafta boyunca tüketilir, ikinci dönemde 2 hafta daha yumuşak ve püre tarzı yiyecekler ve bundan sonraki dönemde 2 hafta da yumuşak kıvamlı katı besinleri tüketmesi gerekmektedir. Bundan sonraki dönemde hastalar normal beslenme düzenine başlayabilmekte ancak bu süreçte

bazı hastalar yeni beslenme düzenine uyum konusunda sıkıntılar yaşamaktadır (11). Çünkü ameliyat sonrasında gelişebilen bozulmuş yeme davranışları, cerrahide kaybedilen kiloların tekrar alınmasına neden olmaktadır (12). Bazı hastalarda istenilen sonuçlar elde edilebilirken, bazı hastalarda da uzun süreli takiplerde cerrahi öncesindeki ağırlığına ve hatta daha fazlasına bile ulaştıklarına rastlanılmıştır (11,12).

Son yıllarda yaygınlığı gittikçe artan bilinçli farkındalık (mindfulness) kavramı; bireyin bedensel duyularını, kendi duygu ve düşüncelerini ve çevresindeki olayları şu an fark etmesi ve yargılamadan, nazikçe kabul ederek, temas halinde olması durumudur. Temelinde bilinçli farkındalık kavramının olduğu farkındalıkla beslenme; açlık durumunda sinyalleri fark etme, yemeğin tabağa gelene kadarki sürecini düşünme, besinleri beş duyuyla algılama, sadece yemeğe odaklanarak yavaşça yeme, yemeğin tadını fark etme gibi alıştırmaları kapsamaktadır. Bilinçli farkındalık eğitiminin fazla yemeyi azalttığı yönünde yapılan bir araştırmada; bilinçli farkındalık eğitiminin duygusal yemeyi ve tıkanırcasına yemek yemeyi azalttığı belirlenmiştir (13).

Epidemiyolojik bilgilere göre strese bağlı yemek yeme sonucunda kilo alımı olduğu görülmüştür (14). Stres anında yemek yemenin incelendiği bir çalışmada; besin tipinin ve çeşitlerinin yemek yemeyi etkilediği belirlenmiştir. Wallis & Hetherington'ın yapmış olduğu bir çalışmada; stres, korku, endişe, acı, depresyon vb. gibi durumlarda aç olunmamasına rağmen sırf rahatlamak amacıyla duygusal yeme davranışlarının arttığına rastlanılmıştır (15). Ünal'ın yapmış olduğu çalışmada ise; duygusal yemeden kurtulmanın yolunun, duygusal farkındalığı arttırmak olduğu; açlık durumunda sinyalleri ve vücudun bu süreçte gösterdiği tepkilerini bilmek, besin ve duygu günlüğü tutmak ve bilinçli farkındalıkla beslenmeyi öğrenmenin bu soruna çözüm olabileceğini bulmuştur (16).

Obezite cerrahisi hastalarında 2019 yılında yapmış olduğumuz bir çalışmada hastaların depresyon durumu arttıkça yeme davranış bozukluklarının da arttığını belirledik. Dolayısıyla bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların cerrahi sonrası yeniden kilo alımını ve buna bağlı revizyonel cerrahinin önüne geçmesindeki etkilerini belirlemek amacıyla planlanmaktadır.

Araştırmanın amacı: Obezite cerrahisi sonrası bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışları ve depresyon durumuna etkisini belirlemektir.

Araştırmanın hipotezleri:

H₁: Obezite cerrahisi sonrası verilen bilinçli farkındalık eğitimi hastaların yeme davranışlarını azaltır.

H₂: Obezite cerrahisi sonrası verilen bilinçli farkındalık eğitimi hastaların depresyon düzeyini azaltır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, sağlığı olumsuz etkileyebilecek düzeyde yağ dokusunun, anormal ve aşırı derecede artışı olarak tanımlanmaktadır. Yağ dokusu oranının erkeklerde %25'i, kadınlarda ise %30'u aşması durumunda obezite görülmektedir (17). Obezite, vücutta çeşitli komplikasyonlara neden olan, yaşam süresini kısaltan ve mutlak tedavi edilmesi gereken kronik bir rahatsızlıktır (18).

2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, obezite prevalansı gittikçe artmaktadır. DSÖ 2016 yılı raporuna göre, dünyada 18 yaş ve üstü erkek nüfusun %39'u fazla kilolu, %11'i obez; 18 yaş ve üstü kadın nüfusun ise %39'unun fazla kilolu ve %15'inin obez olduğu tespit edilmiştir (19). Ayrıca ülkemiz, OECD ülkeleri içerisinde 16 milyon obez birey nüfusu ile %19.9'luk oranla 13. sıradadır. Bu orana göre Avrupa ülkeleri arasında ilk sıradadır (20). Obezite ile mücadeleye dikkat edilmediği takdirde, 2025 yılına kadar yaklaşık 2.7 milyar yetişkinin fazla kilolu, 1 milyardan fazla yetişkin bireyin ise obez olabileceği ve 177 milyon yetişkinin obeziteden olumsuz etkileneceği düşünülmektedir (21).

2.3. Obezite Ölçüm Teknikleri ve Sınıflandırılması

Obezite değerlendirilirken en sık tercih edilen ve DSÖ' nün de önerdiği yöntem, "Beden Kütle İndeksi (BKİ)" ve bel çevresinin ölçülmesi yöntemidir. "Beden Kütle İndeksi, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesiyle hesaplanmaktadır" (22, 25). Literatürde, "BKİ değerleri, "zayıf, normal kilolu, fazla kilolu, obez ve morbid obez " şeklinde sınıflandırılmıştır. "Örneğin; kilosu 110 kg, boyu 1.8 m olan bir kişinin BKİ'si: $110 / (1.8)^2 = 33.95 \text{ kg/m}^2$ 'dir (24, 25). BKİ ≥ 30 ve üzeri obez sınıfına girmektedir".

2.4. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite fazla miktarda kalori alımına veya alınan kaloringin yakılamamasına bağlı homeostazisin çevresel ve genetik faktörlerin aracılığıyla bozulması sonucu ortaya çıkan multifaktöriyel ve önlenabilir bir rahatsızlıktır. Obezite sağlıklı gıdalar için pahalılık ve

erişim zorluğu; ucuz, yüksek kalorili, lezzetli yiyeceklere kolay ulaşılabilme; fiziksel aktivitelerdeki azalma; genellikle sağlık, çevre, şehir planlama, tarım, gıda işleme, ulaştırma, dağıtım, eğitim ve pazarlama gibi alanlarda kalkınmaya yönelik destekleyici politikaların yetersizliğiyle ilişkili toplumsal ve çevresel değişikliklerin sonucunda ortaya çıkmaktadır (2, 22-25). Türkiye’de obezitenin artışına neden olan en önemli faktörlerin; yaşlanma, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik rahatsızlıkların olduğu ek olarak yerleşim yeri (kırsal alan, şehir vb.), tercihi, sosyal ve ekonomik durum, eğitim seviyesi, hareketsiz yaşam, öğün sayısı, ekmek tüketimi, tütün ve alkol ürünleri kullanımı ve boş zamanlarda sıklıkla tercih edilen teknolojik araçların (akıllı telefon, tablet, televizyon, bilgisayar vb.) kullanımının gün içinde tercih edilmesinin etkili olduğu belirlenmiştir (19, 23). Bu faktörler göz ardı edilmeden ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir (22, 24, 19,25).

2.5. Obezitenin Hastalıklar ile İlişkisi

Obezite sonucunda, bireylerde bazı kanser türleri, kardiyovasküler hastalıklar, hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon, depresyon, stres, “anksiyete gibi fizyolojik ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir”. “Ayrıca kronik bir hastalık olan obezite, bireysel ve toplumsal sorunlara, sağlık harcamalarında artışa ve iş gücünde azalmaya neden olmaktadır”. Obezite neden olduğu bu fizyolojik ve psikososyal sorunlar nedeniyle kesinlikle tedavisi gereken küresel bir rahatsızlıktır (32,33).

2.6. Obezite Tedavisi

Obezitenin; toplumda gittikçe yaygınlaşması, komplikasyonlara yol açması ve en tehlikeli on hastalıktan biri olması nedeniyle önemle tedavi edilmesi gerekmektedir. Obezite ile mücadelede geçmişten beri farklı tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Bunlar, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (27, 34-36).

2.6.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri

Obez hastalarda kilo kaybı kadar obeziteye bağlı gelişen hastalıkların da değerlendirilerek takip edilmesi gerekmektedir. Obezite tedavisinde amaç; sadece ideal kiloya ulaşmak değil, aynı zamanda bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırarak bunu hayat boyu sürdürmelerini sağlamaktır. Hastalara öncelikle farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri (egzersiz, tıbbi beslenme tedavisi, davranış

değişikliği terapisi) sunulmalı, yeterli ve etkili sonuca ulaşamadığı takdirde farmakolojik yöntemler (ilaç tedavisi, cerrahi tedavi) düşünülmelidir (27, 34-36).

Tıbbi Beslenme Tedavisi

Obeziteyi önlemek için, hastalar beslenme ihtiyaçlarına göre gıda almalı, düzenli egzersiz yapmalı ve vücut ağırlığını düzenli aralıklarla takip etmelidir. Obez hastalar, BKİ ve varsa ek hastalıklarına göre kişiselleştirilmiş beslenme programını tercih etmelidirler. Beslenme programının başarılı olabilmesi için hastaların yaşam tarzında değişiklikler yapmayı kabul etmesi ve bu değişikliklere kararlılıkla devam etmesi gerektiği vurgulanmalıdır (27, 34-37).

Beslenme konusunda; yüksek kalorili ve yağlı besinlerin ve alkolün azaltılması yönünde öneriler sunulmuştur. Diyet tedavisi için, tıbbi beslenme danışmanlığı programı kapsamında hastanın ihtiyaçları gözetilerek planlama yapılmalıdır. Kilo kaybını sağlamak için hastalara günlük enerji açığı sağlayacak ve sağlığı olumsuz yönde etkilemeyecek beslenme önerilerinin yer aldığı bir diyet programı sunulmalıdır. Günlük enerji ihtiyacından 500 kcal daha az bir kaloringin alınması enerji açığı sağlayarak vücut ağırlığının azalmasını sağlar. Bu amaçla diyetle karbonhidrat ve yağ tüketimini azaltmak enerji açığının sağlanmasına katkı sunar (27, 34-37).

Egzersiz

Obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde egzersizin önemli bir yeri vardır. Egzersizler yoğunluklarına göre sınıflandırılırken; maksimum kalp hızını %40-50 kadar artıran egzersizler düşük, %50-70 kadar artıran egzersizler orta, %70-90 kadar artıran egzersizler ise yüksek yoğunluklu egzersiz olarak adlandırılmıştır. Düşük yoğunluklu egzersizlere göre orta ve yüksek yoğunluklu aerobik egzersizler, daha fazla kilo kaybını sağlamaktadır. Nitekim literatürde haftada 150 dakika orta seviyede aerobik egzersiz yapılması veya 75 dakika ileri seviyede aerobik egzersiz yapılması kilo kaybını sağlamak için önerilmektedir. Düzenli egzersiz yapmak, kan oksijen düzeyini arttırarak yağların oksidasyonunu hızlandırır, insülin direncini düşürür, dislipidemik bulguları iyileştirir (27, 36, 37).

Davranış Terapisi

Bireysel ya da gruplar halinde yapılan davranış terapisi, obezite ile mücadelede diğer bir alternatif tedavi yöntemidir. Davranış terapisinin amacı; hastada obeziteye neden olabilecek yeme bozukluklarını önlemek ve sağlıklı yeme davranışını kazandırarak bunun devamlılığını sağlamak, fiziksel aktiviteyi düzenli uygulayarak değişimin sürekliliğini sağlamaktır (27, 34-36).

2.6.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi, farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerini deneyip bundan fayda göremeyen ve fazla kiloya bağlı risk faktörleri bulunan hastalar için uygun bir yöntemdir. Bu amaçla kullanılan ilaçlar; kilo kaybını sağlamak amacıyla emilimi azaltarak kalori alımını azaltır, santral sistemi aktive ederek enerji tüketimini artırır (27, 36).

Cerrahi Tedavi

Obezite ile mücadelede öncelikli olarak hayat boyu sürdürülebilir yaşam tarzı değişikliği tercih edilmelidir. Ancak obez hastaların fazla kilolu normal bireylere göre daha fazla kalıcı kilo kaybına ihtiyaçları vardır. Nitekim; obeziteye dair en etkili kalıcı kilo kaybı sağlayan yöntemin cerrahi tedavi olduğu belirlenmiştir. İlk cerrahi uygulamalara 1950'li yılların ortalarında başlanmıştır. Cerrahi yöntemler genel olarak üç ana başlıkta toplanacak olursa bunlar; gıda alımını kısıtlayan, emilimi azaltan ve her ikisinin birlikte kullanıldığı yöntemler olarak sıralanabilir. Bu yöntemlerin tercih edilmesinde farklı zaman aralıklarında hastalarda ortaya çıkardıkları etkiler ve yan etkiler etkili olmuştur (36-39). Angrisani ve arkadaşlarının (40) yapmış oldukları bir çalışmada; geçmişe kıyasla günümüzde, sleeve gastrektomi yönteminin kullanımında bir artma, ayarlanabilir gastrik band yönteminin kullanımında ise ciddi bir azalma olduğunu tespit etmişlerdir.

Cerrahi tedavi endikasyonları:

Günümüzde yaygın olarak uygulanan obezite cerrahisi endikasyonları:

- Beden kütle indeksinin, 40 kg/m^2 ve üzerinde olması ya da beden kütle indeksinin 35 kg/m^2 ve üzerinde olup buna ek olarak hastada obezite ilişkili hastalıkların varlığı (tip II diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, obstrüktif uyku apnesi, vb.),
- Beden kütle indeksi $35\text{-}39 \text{ kg/m}^2$ olan hastanın cerrahi dışı yöntemlerle (diyet, egzersiz, ilaç tedavisi vs.) kalıcı kilo veremeyip bunun sonucunda morbidite ve mortalite risklerinin artması,
- Cerrahi girişim nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonların hasta açısından kabul edilmiş olması,
- Hastanın cerrahi girişim sonrası uzun bir süre boyunca, tedavi ve kontrolünü sürdürebilecek olması (diyete uyum, gıda destek ürünlerinin kullanımı, egzersizin sürekliliği, periyodik kontroller ve testlerin takibi vb.),

- Cerrahi girişimin sonrasında tedavinin başarısı için gerekli olan yaşam tarzı değişikliklerinin hasta tarafından anlaşılmış ve kabul edilmiş olması şeklinde sıralanmaktadır (42,44,45).

Cerrahi tedavi kontrendikasyonları:

Obezite tedavisinde kalıcı kilo kaybının sağlanmasında en etkili yöntemin cerrahi uygulamalar olduğu kabul edilse de obezite cerrahisi uygulanmadan önce, bazı kontrendikasyonların gözden geçirilmesi gerekmektedir (45). Cerrahiye uygunluk yönünden değerlendirilen hastalarda, bulunması halinde obezite cerrahisinin tercih edilmemesi gereken durumlar:

- Hastanın 18 yaş altında ve 65 yaş üstünde olması,
- Hasta açısından cerrahi uygulamayı çok yüksek riskli hale getiren tıbbi sorunların olması,
- Tedavi sürecinde hastada sorunlara neden olabilecek, kontrol altına alınamayan ağır psikiyatrik hastalıkların ve değişken mental sorunların olması,
- Cerrahi uygulama sonrası hastada gerçekçi olmayan kilo kaybı beklentisinin olması,
- Cerrahi uygulamaya karar verinceye kadar hastanın, kilo kontrolünü diğer yöntemler (yaşam tarzı değişiklikleri ve/veya tıbbi tedaviler vs.) ile sağlamayı denememiş olması,
- Hastada yaşam tarzı değişiklikleri, tıbbi tedaviler ve/veya mental sağlığıyla ilişkili tedavilere uyum eksikliği öyküsünün olması,
- Hastada, gastrointestinal sisteme müdahaleyi engelleyecek anatomik/fizyolojik bir sorunun olması (44,46),
- Sigara, alkol gibi herhangi bir madde bağımlılığının olması,
- Cerrahi uygulamayla ilgili riskleri, yararları, beklentileri, alternatifleri ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerinin gerekliliğini kavramamış olması,
- Cerrahi sonrası yeniden kilo artışına neden olabilecek endokrin ya da diğer bozuklukların (yeme bozuklukları, depresyon vs.) olması şeklinde sıralanmaktadır (47).

Obezite cerrahisinde en sık uygulanan yöntemler

Sleeve gastrektomi

Midenin %80'inin çıkarıldığı bu yöntemle gıda alımı kısıtlanır ve mide fundusunda bulunan “açlık hormonu” olarak bilinen ghrelin hormon seviyesi de azaldığından dolayı kilo kaybı sağlanmış olur. Ayrıca Tip 2 diyabetli obez hastaların sleeve gastrektomi sonrası ghrelin hormon seviyesi azaldığı için kan şekeri metabolizmasında iyileşmelerin görüldüğü ve dolayısıyla oral antidiyabetiklere ihtiyaçlarının azaldığı görülmüştür (27, 48). Literatürde, bu yöntemle hastaların cerrahi işlem sonrası ilk bir yılda, fazla ağırlığının yaklaşık %60 kadarını kaybettiği bildirilmiştir. Ayrıca yaşam tarzı değişiklikleriyle daha iyi sonuçların elde edildiği de görülmüştür. Pilon korunduğu için dumping sendromunun gelişmemesi ve malnütrisyon riskinin düşük olması bu yöntemin avantajları; stapler hattında kaçak görülebilmesi ve geri dönüşümsüz bir yöntem olması ise dezavantajlarıdır (27, 48, 49).

Ayarlanabilir gastrik band

Günümüzde diğer yöntemlere göre nadiren tercih edilen ayarlanabilir gastrik band; midenin proksimalinden alt kardiyaya denk gelecek şekilde cilt altına bir rezervuar port yerleştirilir. Bu portla hedeflenen kiloya göre serum fizyolojik kullanılarak küçük bir mide poşu oluşturulur. Bu poş sayesinde midenin hacmi azalmış olur ve dolayısıyla da kilo kaybı sağlanmış olur. Ayarlanabilir band sayesinde mide hacminin azalmasıyla daha az kalori alınarak erken doyma gerçekleşir. Bu yöntemde sindirim ve emilim eksikliği görülmediğinden mineral ve vitamin eksikliği de çok az görülmektedir. İşlemin diğer cerrahi yöntemlere göre daha kolay uygulanabilmesi, intestinal anastomoz olmaması, hastanede yatış süresinin kısa olması, fiziksel aktiviteyi kısıtlamaması, düşük mortalite oranı, geri dönüştürülebilir olması, ek cerrahi müdahale gerektirmeksizin ayarlanabilmesi hastalar için cazip gelmektedir. Ancak bu yöntemin yaygınlaşmasıyla, poş dilatasyonu ve bant kayması gibi komplikasyonlar oldukça fazla görülmüştür. Bu nedenle, son zamanlarda diğer cerrahi tedavi seçenekleri daha sık tercih edilmektedir (27, 48).

Roux-en-Y gastrik bypass

Roux-en-Y gastrik bypass (RYGBP), gıda alımını kısıtlayarak ve emilimi azaltarak kilo kaybı sağlar. Mide proksimalinde küçük bir poş oluşturularak bu poşun distali stapler aracılığıyla kapatılır. Besinlerin emilimi, en sonda ağızlaştırılan kısmın devamındaki ince bağırsaktan gerçekleşmektedir. Bu yöntemin dezavantajları; stapler hattından kaçak olabilmesi, dumping sendromu ve malnütrisyon görülebilmesi, stoma

obstrüksiyonu, yaşam boyunca vitamin ve mineral takviyesinin alınması şeklinde sıralanmaktadır (27, 48, 50).

Biliopankreatik diversiyon ve/veya duodenal switch

Bu yöntem, gıda alımını kısıtlayarak ve emilimi azaltarak kilo kaybı sağlar. Bu uygulamayla safra ve pankreatik enzimler, ince bağırsağın son bölümünden sindirime dahil olurlar. İnce bağırsağın distalinde sindirim enzimleriyle karşılaşan besinler, sindirilir ve emilim gerçekleşmeden bu karışım direkt olarak kolon içerisine atılır. Besinlerin ve kalorinin çoğu emilemeden kolon içerisine gönderildiği için hastalarda kilo kaybı görülür. Duodenal Switch yöntemi de biliopankreatik diversiyonla benzerlik göstermektedir. Ancak bu yöntemle pilor korunur ve midenin daha küçük bir kısmı rezeke edilir. Bunun sayesinde dumping sendromu, stomal ülser, diyare görülme oranında azalma görülür (27,48,51).

Obezite cerrahisi sonrası görülen komplikasyonlar:

Obezite cerrahisi, endoskopik ve laparoskopik yöntemlerdeki gelişmelerle, giderek daha güvenilir bir yöntem olsa da erken ve geç dönemde çeşitli komplikasyonlara neden olabilir (45). Obezite cerrahisi sonrası gelişen komplikasyon oranı 1990'lı yıllarda %10.5 oranında iken, günümüzde bu oran %7'nin altına kadar düşmüştür (52). Literatürde, obezite cerrahisi sonrası gelişen komplikasyonlar erken dönem (ameliyat sonrası ilk 30 gün içinde gerçekleşen) ve geç dönem (ameliyat sonrası ilk 30 günden sonra gerçekleşen) komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Ayrıca minör ve majör komplikasyonlar olarak da kategorize etmek mümkündür (53). Obezite cerrahisi sonrası gelişebilecek minör komplikasyonlar, kanama, göğüste ağrılı yanma hissi, disfaji, reflü, pnömoni, dehidratasyon, yara yeri enfeksiyonu, torakal ağrı, bağırsak hareketlerinde yavaşlama ve bulantı-kusma olarak belirtilmektedir (55, 58). Majör komplikasyonlar ise, obezite cerrahisinin türüne göre farklılık göstermektedir. Bu komplikasyonlar kanama, enfeksiyon, anastomoz kaçağı, bağırsak perforasyonu, pnömoni, gastrointestinal sistem obstrüksiyonları, anastomozun torsiyonu ve fistül olarak sıralanmaktadır (54,55). Obezite cerrahisi sonrası stenoz geliştiğinde, hastalarda disfaji, regürjitasyon ve kusma görülmektedir (56). Gastrointestinal kanamadan kaynaklanan intraluminal pıhtı, bağırsak tıkanıklığına neden olarak bulantı, kusma, karın ağrısı ve taşikardi gibi belirtilere neden olmaktadır (56). Erken ameliyat sonrası dönemde ince bağırsak obstrüksiyonuna bağlı abdominal distansiyon/rahatsızlık ve bulantı-kusma görülebilir (57). Obezite cerrahisi sonrası bulantı-kusma görülmesi, anestezi uygulamaları, hasta özellikleri, ameliyat sonrası ağrı, opioid analjeziklerin kullanılması ve hasta hidrasyonu gibi nedenlere

bağlıdır (59, 60). Obezite cerrahisi yöntemleri arasında, diğer yöntemlere göre laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası bulantı-kusma görülme sıklığı daha yüksektir (61). Nitekim bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, RYGBP uygulanan hastaların yalnızca %19’unda bulantı-kusma gelişirken, laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan hastaların yaklaşık %60’ında ameliyat sonrası bulantı-kusma geliştiği görülmüştür (62). Obezite cerrahisi sonrası gelişebilecek geç dönem komplikasyonlar ise, insizyonel ya da abdominal herniler, gastroözefageal reflü hastalığı, kolelitiyazis, stenoz, striktürler, yeniden kilo alımı ve besin değerlerinde yetersizlik/eksiklikler olarak sıralanmaktadır (57).

2.7. Obezite Cerrahisi Sonrası Yeme Davranışları

2.7.1. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ve Tıkanırcasına Yeme

“Tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB), obezite cerrahisi sonrası yaşam tarzı değişikliğini son derece zorlaştıran bir davranıştır” (65). “Obezite cerrahisi sonrası tıkanırcasına yeme (TY) ve TYB görülmesi işlem öncesine göre oldukça düşük orandadır”. Fakat obezite cerrahisi sonrası tıkanırcasına yeme devam edebilir veya cerrahi işlem öncesi tıkanırcasına yeme problemi olmayanlarda cerrahi işlem sonrasında tıkanırcasına yeme görülebilir. Obezite cerrahisi sonrası mide hacmindeki küçülmeye bağlı hastaların çok fazla besin almaları fiziksel açıdan imkansızdır. Buna rağmen aşırı besin tüketimi ya kusmaya ya da dumping sendromu gibi sorunlara neden olmaktadır (66).

2.7.2. Kontrol Kaybı ile Yeme (KKY)

“Bu yeme bozukluğu obezite cerrahisi sonrası, hastaların çoğunda görülür ve üstesinden gelmesi zordur”. “Bu bozuklukta hasta aç olmasa bile bir şey yemek ister ve devamında bu davranışından ötürü suçluluk ve pişmanlık duymaktadır”. Dolayısıyla bu davranışın devam etmesi durumunda hastalarda depresyon görülmektedir (67).

2.7.3. Grazing

Grazing, genellikle fiziksel olarak küçük öğünler olmasına rağmen yüksek kalorili besinlerin tüketilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Obezite cerrahisi sonrası bu bozukluk görüldüğünde kilo kaybı sürecinde çeşitli olumsuzluklara neden olmaktadır. (68).

2.7.4. Kusma Davranışı

Obezite cerrahisi sonrasında bazı hastalar vücut görünümünü korumak ve kilo kaybını sağlamak amacıyla istemli kusmalara başvurmaktadır (69). De Zwaan ve ark., obezite cerrahisi sonrası kusmanın %60 oranında görüldüğünü tespit etmişlerdir (70).

2.7.5. Yemeden Kaçınma Bozukluğu

Obezite cerrahisi sonrasında hastalar, normal bir kilo seviyesine ulaştıktan sonra yeniden kilo almaktan endişelenirler. Yemeden kaçınma bozukluğu, hızlı kilo vermek ve beden imgesinden memnun olmak için anksiyetenin de eşlik ettiği öğün sayısının ve miktarının azalması, laksatif kullanma gibi davranışların görüldüğü bir durum olarak tanımlanmıştır (69,70).

2.7.6. Çiğneme ve Tükürme

Obezite cerrahisi sonrasında çiğneme ve tükürme davranışına sıklıkla rastlanmaktadır. Bu davranış ameliyat sonrasında görülen plugging (tikanma) neticesinde disfajiye bağlı ortaya çıkabilmektedir (70).

2.7.7. Kahvaltıyı Atlama

Obezite cerrahisi sonrasında hastalar, kahvaltı öğününü fazladan kalori alımı olarak görüp bu öğünü atlayarak yeniden kilo almaktan kaçınmayı amaçlayabilirler (71).

2.7.8. Gece Yeme Sendromu (GYS)

Bu sendroma obezite cerrahi sonrası önceki döneme göre daha az rastlanmaktadır. Hsu ve arkadaşları, obezite cerrahisi öncesi gece yeme davranışı görülen hastaların ameliyat sonrası dönemde de gece yemeye devam ettiklerini ve ameliyat sonrası hastaların yarısından fazlasında gece yeme sendromunun ilk defa görüldüğünü bulmuşlardır (71, 72).

2.8. Obezite Cerrahisi ve Depresyon

Obezite gibi depresyon da günümüzde küresel sağlık sorunu düzeyine gelmiştir ve günlük hayatta çeşitli olumsuzluklara neden olmaktadır (73, 74).

Depresyon hakkında ilk kaynaklara, Karl Abraham'ın iyi-kötü anne tanımlamasında rastlanmaktadır (75). Abraham'a göre çocuk annesine hissettiği olumsuz duyguları kendisine döndürdüğü için bu durum çocukta suçluluk hissine yol açmıştır.

Depresyon nefretin sonucudur ve nefret baskılanırsa suçluluk hissedilir (75, 76). Davranışçı yaklaşıma göre ise depresyon, çevresel uyaranların bireyin yeterince olumlu pekiştirece sahip olmaması nedeniyle birey tarafından genellenmesi halidir (76).

Literatürde, depresyonda olan bireylerin stresle baş etme yöntemi olarak yeme alışkanlıkları ve yaşam tarzı açısından kilo alımına yol açacak davranışları tercih ettikleri ve bu nedenle kilo almaya meyilli oldukları tespit edilmiştir (76). Örneğin duygusal yemede, üzüntü ve tüketilen besin miktarı arasında doğru bir orantı vardır (77). Bireyler stresi bastırmak için yemeye başvururlar. Bireylerin duygusal yemede ve özellikle depresyonda yüksek kalorili yiyecekleri tercih etmesi obeziteye neden olmaktadır (75, 77).

Obezite cerrahisi sonrasında ise hastaların, belirli bir diyet programına uymaları gerekmektedir. Bu programa uymak zorunluluğu olan hastalar, diyetlerini başarıyla tamamlayamayacağına dair endişelenirler ve bu sebepten ötürü stres yaşarlar (78, 79). “Obezite cerrahisi sonrası farklı duygu-durumlarının yeme davranışları üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmada, depresif duygudurumun yeme isteğini arttırdığı tespit edilmiştir” (79). “Van Strien ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise; duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışlarıyla obezite arasında önemli düzeyde ilişkiye rastlanılmıştır” (77). “Konttinen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da; yüksek kalorili besinlerin tüketiminin duygusal yeme ile ilişkili olduğunu ve bunun sonucunda da depresyon geliştiğini belirlemişlerdir” (80).

2.9. Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık, son zamanlarda batıdaki araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılsa da Budist geleneğinde yaklaşık 2500 yıllık bir geçmişe sahiptir (81). Bu kavram kökenini Buda öğretilerinin benimsediği Pali dilindeki “Sati” kelimesinden türemiştir ve buda “hafıza” anlamındadır. Rhys Davids tarafından 1881 yılında İngilizceye “mindfulness” olarak çevirilmiştir. Bu kavram Türkçeye ise bilinçli farkındalık olarak çevrilmiştir (82).

Kabat-Zinn bilinçli farkındalığı en bilinen ve en kapsamlı haliyle “şu anki zamanda an be an ortaya çıkan deneyimi yargılamadan, isteyerek ve bilerek dikkat verme yoluyla ortaya çıkan farkındalık durumu” şeklinde tanımlamıştır (83). “Bu tür bir farkındalık bir şeye normalden daha fazla dikkat göstermenin ötesinde dikkat veriş tarzını geliştirmek; bireyin bedenindeki bütün duyuları ve kaynakları kullanma yoluyla zihnine ve kalbine akıllıca ve bilinçli bir şekilde dikkatini yöneltmesi demektir” (84).

“Bilinçli farkındalığın asıl temeli, mevcut anda yaşanan deneyimlere kabul edici, nazik ve dostane bir tavırla yaklaşp bu deneyimleri ön yargılarla ya da kategorize ederek örneğin; iyi, kötü, hoş veya nahoş olarak sınırlandırmadan ve yargılamadan, açıklık ve merakla olduğu gibi gözlemlemek ve algılamaktır” (85). “Ayrıca bilinçli farkındalık kavramı, ne kadar acı verici olursa olsun bireyin kendi deneyimlerini değerlendirici-eleştirel olmayan bir tutumla, davet edici ve merhametli bir şekilde karşılaşması durumunu da ifade eder” (84).

Bilinçli farkındalığı temel alan müdahaleler kronik ağrı, anksiyete, depresyon, yeme bozukluğu, bağımlılıklar, dikkat eksikliği, kişilik bozukluğu ve hiperaktivite bozukluğu gibi pek çok psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara faydalıdır (84).

2.10. Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

2.10.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Obezite cerrahisi uygulanacak olan hasta kliniğe geldiğinde beslenme, obezite cerrahisi yöntemleri, egzersiz ve kontroller konusunda bilgilendirilmelidir. Hasta eğitimi sırasında uygulanacak cerrahi yöntemin cerrahi riskleri ve yararlarından bahsedilerek hastanın kaygısı azaltılmalıdır. Obeziteye özgü riskler perioperatif süreç boyunca hastaların bakımını etkileyebileceği için obezite cerrahisi uygulanacak hastaların bakımında özel hemşirelik uygulamalarına yer verilmelidir (86). Cerrahi işlem öncesi hastalar solunum, dolaşım, alerji varlığı, DM, HT, nörolojik, immun sistem ve uyku apnesi gibi durumlar yönünden değerlendirilmelidir. Aile üyelerinde obezite varlığı, psikolojik durum bozukluğu, alkol ve sigara kullanımı gibi durumlar sorgulanmalıdır (87). Cerrahi işlem öncesinde yapılan fizyolojik değerlendirmenin cerrahi sonrasında gelişebilecek komplikasyonları azalttığı ve iyileşmeyi hızlandırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaya cerrahi öncesinde verilen eğitimin ameliyat sonrasında oluşabilecek stresi azalttığı ve yara iyileşmesini de hızlandırdığı belirlenmiştir (88). Cerrahi işlem öncesinde hasta eğitiminde; ameliyat sonrasında gelişebilecek atelettaziyi önlemek ve akciğer kapasitesini arttırmak amacıyla derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğretmeye yer verilmelidir (86). Derin ven trombozu gelişme riskine karşı hastanın hareket kapasitesi belirlenmelidir. Buna göre fiziksel hareketliliğe engel bir durum yoksa hastanın mobilizasyonu planlanmalıdır. Hastaların cilt bütünlüğü enfeksiyon gelişimi açısından değerlendirilmelidir. Hastanın cildi basınç ülseri, tahriş, ödem ve enfeksiyon yönünden gözlemlenmelidir. Labaratuvar testleri değerlendirilerek referans aralığının dışında olan

değerler not edilmelidir (89). Bu hazırlıklar yapıldıktan sonra obez hastalar anestezi verilmeden altı saat önce katı gıda alımını, iki saat öncesinde de sıvı gıda alımını kesmelidir (88).

2.10.2. Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakım

Ameliyat sırasındaki bakım, hastanın ameliyathaneye girdiği andan başlar ve anestezi sonrası hasta bakım ünitesi veya yoğun bakım ünitesine kabulüne kadar geçen süreci içerir. Cerrahi işlem boyunca hasta güvenliğine dikkat edilmesi, hava yolu açıklığının sağlanarak oksijenasyonun sürdürülmesi, sıvı dengesinin sürdürülmesi, hastaya uygun pozisyon verilmesi ve ilaç uygulamaları gibi hususlara dikkat edilmelidir (90). Cerrahi işlem boyunca hastaların fazla kilolu olması göz önünde bulundurularak düşme riskini en aza indirmek amacıyla yatak kenarlıkları desteklenerek gerekli tedbirleri almaya, hastayı sedyeden ameliyat masasına dikkatle almaya, hastaya uygun masa ve sedyenin seçimine özen gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca cilt bütünlüğünün korunması amacıyla basınç noktalarının değerlendirilmesi, dolaşımı engellemeyecek şekilde pozisyon sağlanması ve transferinin yapılmasına da özen gösterilmelidir (89). Obez hastalarda normal kilolu bireylere göre hava yolu açıklığının sağlanmasında ve entübasyon uygulanmasında çeşitli zorlukların yaşanma ihtimali vardır. Ameliyat sırasında acil durumlar gelişme ihtimaline karşı müdahale edebilmek amacıyla acil arabasının hazırda bulundurulması hayati öneme sahiptir (87). Ameliyat süresinin uzamasıyla birlikte, daha fazla opioid analjezik kullanımı sonucu ameliyat sonrasında hastada daha fazla bulantı-kusma görülür. Bunu azaltmak amacıyla profilaktik ajanlar kullanılmaktadır (90).

2.10.3. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Cerrahi işlem sonrasında hemşirelik bakımında yaşam bulgularının takibi, ağrı yönetimi, kanama takibi, komplikasyonlar yönünden gözlenmesi, kilo takibi, hastanın anksiyetesini giderme ve destek olma gibi uygulamalara yer verilmelidir (91). Ameliyat sonrası süreçte ağrı yönetimiyle mobilizasyonun kolaylaşır ve böylece hareketsizliğe bağlı komplikasyonların gelişmesi en aza indirgenmiş olur. Ağrı yönetiminde doğru bir ağrı değerlendirmesi ve yerinde müdahalelerle ağrının giderilmesi mümkündür (88). Ayrıca derin solunum ve öksürük egzersizlerinin yapılması da ağrı yönetimini kolaylaştırmaktadır. Ameliyat sonrasında enfeksiyon kontrolünü sağlamak amacıyla hasta enfeksiyon bulguları yönünden değerlendirilmelidir. Bu amaçla yara yeri lokal enfeksiyon bulguları yönünden gözlenmeli, hastanın ateşi takip edilmeli ve hastalar

mobilize olduğunda üriner kateteri varsa çıkarılmalıdır (92). Obezite cerrahisi sonrası hastalarda tromboemboli gelişme riski bulunmaktadır. Bu komplikasyonun önlenmesi için düşük molekül ağırlıklı heparinlerle tromboflaksi sağlanmalıdır. Ayrıca hastaya antiembolik çorap giydirilmesi ve mobilizasyonunun sağlanması da tromboemboli gelişme riskini azaltmaktadır. Hastaların ameliyat sonrasında beslenme durumu değerlendirilmeli ve sonraki süreçte folik asit, demir, B12 vitamini, kalsiyum eksikliği açısından değerlendirilmeli ve bunların eksikliği tespit edilirse uygun takviyeleri alması sağlanmalıdır. Uyku apnesi olan hastaların durumları değerlendirilerek ihtiyaç halinde oksijen desteği almaları sağlanmalıdır (91). Obezite cerrahisi uygulanan hastalara psikolojik destek sağlamak amacıyla durumları değerlendirilmelidir. İhtiyacı olan hastalarda, psikolojik desteğe ameliyat öncesinde başlanıp ameliyat sonrasında da devam edilmelidir (93).

2.11. Taburculuk Eğitimi

Hastaların yaşam kalitesi ve ameliyatın başarısı açısından taburculuk eğitiminin önemi büyüktür (94). Taburculuk eğitime hastanın yakınları da muhakkak dahil edilmelidir. Ameliyat sonrası taburculuk eğitiminde yara bakımı, diyet, ilaç kullanımı, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıkların yönetilmesi ve egzersiz gibi konulara yer verilmelidir. Taburcu olduktan sonra hastaların en az iki yıl yakın takip edileceği ve düzenli kontrollere gelmesinin önemi vurgulanmalıdır. Takip için geldiğinde kan değerleri, metabolik ve biyokimyasal parametrelerin izlemelerinin ve kilo takibinin yapılacağı konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (95). Ayrıca mide hacmi küçüldüğü için sıvıları öğünlerle birlikte almaması, porsiyonlarını küçültmesi, diyetle proteinden yüksek, karbonhidrat ve yağdan düşük bir programı sürdürmesi gibi yaşam tarzında değişiklikler yapması gibi konulara da eğitimde yer verilmelidir. Nitekim, karbonhidratlı besinlerin dumping sendromu gibi komplikasyonlara yol açabileceği de unutulmamalıdır. Erken dönemde insizyonel ve umbilikal herni gelişmemesi için zorlayıcı hareketlerden kaçınması, ağırlık kaldırmaması, öksürürken ameliyat bölgesini desteklemesi gerektiği vurgulanmalıdır. Kilo kaybını kolaylaştırmak ve hareket kapasitesini artırmak amacıyla egzersizlerini giderek artırması gerektiği ve sık sık yürüyüş yapması tavsiye edilmelidir. Derin solunum ve öksürük egzersizlerine erken dönemde evinde de aynı şekilde devam etmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Hızlı ve yüksek kilo kaybı neticesinde deride sarkma ve gevşemelerin olabileceği ve bunu engellemek için düzenli kontrollerine gelmesi söylenmelidir (96). Hastaların uzun dönemde kilo takibi, besin alımının izlenmesi,

komorbid hastalıkların izlemi, vitamin-mineral düzeylerinin takip edilmesi, normalden sapma gösteren değerlerin incelenmesi ve tedavi edilmesi ile ilgili gerekli bilgilendirme ve takiplerin yapılması planlanmalıdır (95).



3. MATERİYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma randomize kontrollü deneysel model olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Haziran 2022-Ağustos 2023 arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yapıldı. Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği ve Kliniği 1985 yılından itibaren 3. derece sağlık merkezi olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Klinik 80 yataklı bir kapasiteye sahip olup 5 ayrı kısımdan oluşmaktadır. Gün içinde ortalama 100 hasta polikliniğe muayene için başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 yıllık süreçte Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde obezite cerrahisi uygulanmış 780 birey oluşturdu. Araştırmanın örneklemini belirlenirken yapılan güç analizi ile örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, 0.05 yanlışlığı düzeyinde, %20 etki büyüklüğünde ve 0.9 cevaplama oranı ile 140 birey (70 kontrol, 70 deney) olarak bulundu. Bu araştırmada katılımcıların kontrol ve deney gruplarına atanırken randomizasyon yöntemi kullanıldı. “Randomizasyon için “random.org” web sitesinin Numbers alt sekmesinde “Random Integer Generator” bölümünden 1-150 arasında sütunlar oluşturuldu”. Sütunda 1 ve 2 rakamları gözetilerek kliniğe gelen bireyler 1 ve 2 numaralarına randomize olarak atandı. Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu araştırmanın başında kura çekilerek belirlendi. Kura sonucu 1 numara deney grubunu, 2 numara kontrol grubunu oluşturdu.

“Herhangi bir nedenle meydana gelebilecek kayıplar göz önünde bulundurularak obezite cerrahisi uygulanmış 150 birey (75 deney, 75 kontrol) araştırmaya dahil edildi”. “Deney grubunda; 3 birey araştırmaya katılmayı kabul etmesine rağmen daha sonra araştırmadan çekilmek istediği için, 2 birey 2 oturuma katılmadığı için araştırmadan çıkarıldı”. “Kontrol grubunda ise; 3 birey son teste katılmak istemediği için ve 2 bireyin son teste verdiği cevaplarda eksiklik olduğu için verileri değerlendirmeye alınmadı”. “Araştırma 140 bireyin (70 deney, 70 kontrol) katılımıyla tamamlandı”. “CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials-CONSORT) kriterleri esas alınarak yürütülen örneklem seçim süreci Şekil 3.1’de verildi”.

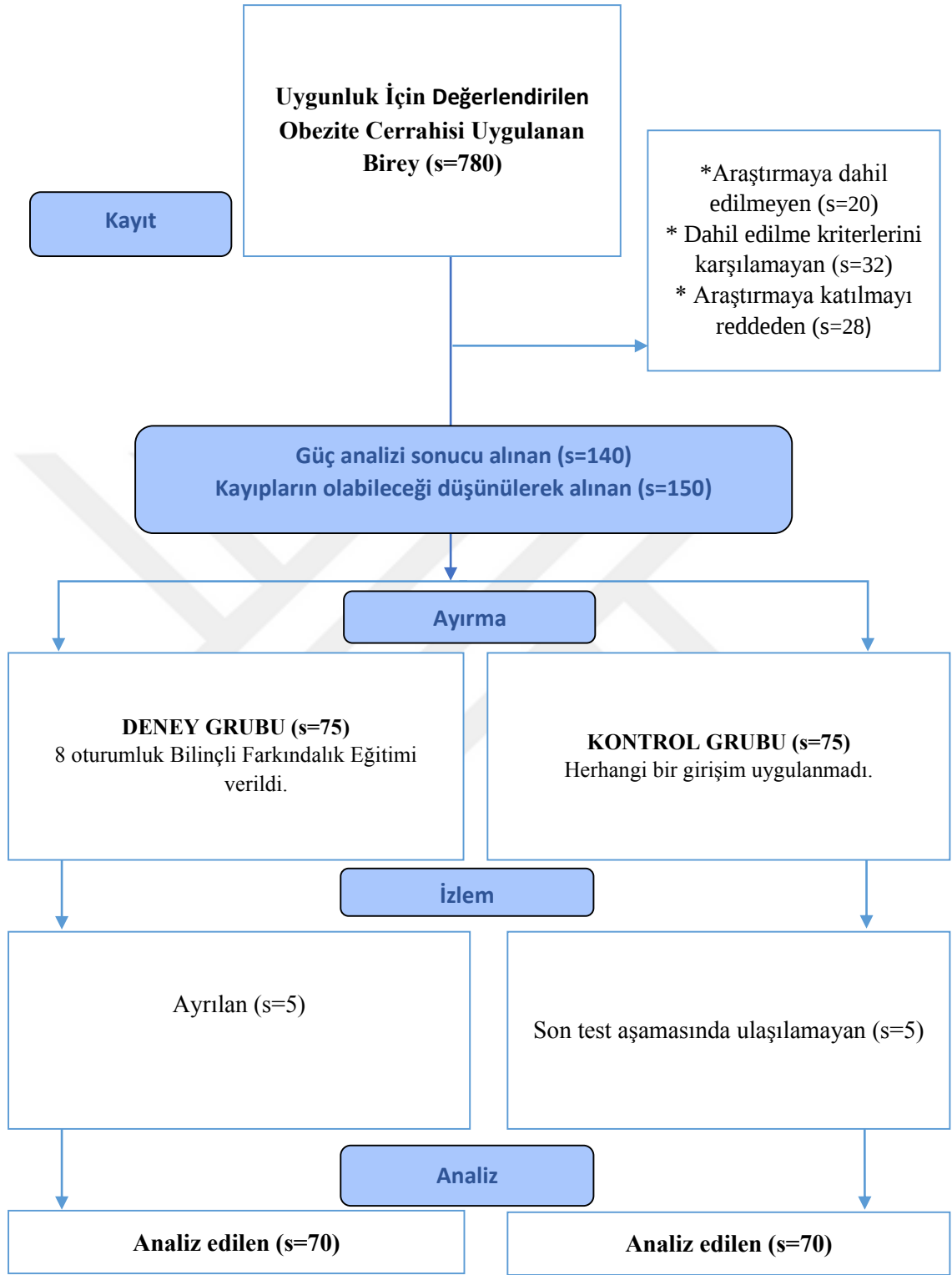
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Ameliyattan sonra hastanın oral yoldan sıvı ve gıda alımının başlamış olması
- İletişime engel herhangi bir durumun olmaması
- Cerrahi işlem üzerinden en az 1 hafta geçmiş olması
- Okuma ve yazma bilmesi

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Son 6 ay içinde bilinçli farkındalık eğitimine katılmış olma





Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-1)

Form hastaların “sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, herhangi bir kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma durumu, obezite cerrahi türü)” 9 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) (DEBQ) (EK-2)

“Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ); Van Strien ve ark. tarafından geliştirilmiştir” (97). “Ölçek 33 sorudan oluşmaktadır ve 3 alt faktörü bulunmaktadır”. “Ölçek sonucunda bireylerdeki “Emosyonel Yeme Davranışı”, “Kısıtlayıcı Yeme Davranışı” ve “Dışsal Yeme Davranışlarının” değerlendirilmesi amaçlanmıştır”. “Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bozan (2009) tarafından yapılmıştır” (98). “Ölçek 5’li likert skalası ile değerlendirilmektedir (1- hiçbir zaman, 2- nadiren, 3-bazen, 4- sık, 5- çok sık)”. Ölçeğin;

- “1-10 arası soruları “kısıtlayıcı yeme davranışlarını”
- “11-23 arası soruları “duygusal yeme davranışlarını”
- “24-33 arası soruları “dışsal yeme davranışlarını” değerlendirmektedir” (98).

“Ölçek alt boyutlarından alınabilecek puan, duygusal yeme için “13 ile 65”, kısıtlayıcı yeme için “10 ile 50”, dışsal yeme için “10 ile 50” arasında değişmektedir”. “Ölçekten alınabilecek toplam puan “33 ile 165” arasında değişmektedir”. “Ölçekten alınan puanın yüksek olması yeme davranışının fazla olduğunu göstermektedir”. “Tüm ölçeğin Cronbach’s alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir” (98). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach’s alpha iç tutarlılık katsayısı 0.96 olarak belirlendi.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-3)

“Ölçek Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir”. “Türkiye’deki geçerlilik-güvenirliği Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır” (99). “Ölçek toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir”. “Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır”. “Ölçeğin puan aralığı “0–63” arasında değişmektedir”. “Ölçekten alınan puan arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır” (99). “Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur” (99). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach’s alpha iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Haziran 2022-Ocak 2023 arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde bulunan toplantı salonunda cuma, cumartesi-pazar günleri olacak şekilde araştırmacı tarafından yüz yüze toplandı. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına “ön test formları (Tanıtıcı Özellikler Formu, Yeme Davranışları (DEBQ) ve Depresyon Ölçeği (BDI)) ve son test formları (DEBQ ve BDI)” uygulandı. Araştırmacı tarafından formlar hastalara dağıtıldı ve bu formları hastalar kendileri doldurdu. Doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplandı. Veri toplama aracının uygulanması yaklaşık olarak 10-15 dk sürdü.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişiminde girişim olarak, araştırmacı tarafından literatür incelenerek bu doğrultuda hazırlanmış olan “Bilinçli farkındalık eğitim programı” kullanıldı. Ayrıca hastalar için bilinçli farkındalık eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (EK-5). Bilinçli farkındalık eğitim programı uygulayacak olan araştırmacı, Başkent Üniversitesi Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi tarafından verilen “Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)” adlı eğitime katılarak “Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Eğitimi Sertifikası” almaya hak kazandı.

Deney grubundaki hastalara ilk oturumda, araştırmacı tarafından hastanede eğitimin yapılacağı odada bilinçli farkındalık eğitim programı hakkında bilgi verildi. Bilgilendirme sonrası deney grubundaki hastalara ön testler “(Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, DEBQ ve BDI)” uygulanıp, bilinçli farkındalık programı eğitim günleri belirlendi. Deney grubundaki hastalar 8-10 kişilik gruplara ayrılarak haftada 2 gün olacak şekilde 4 hafta boyunca araştırmacı tarafından grup eğitimi olarak verildi. Her oturum yaklaşık 40-50 dk. sürdü. Ayrıca çeşitli sebeplerle eğitim oturumlarına katılamayan hastalar için telafi oturumları düzenlendi.

Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişimde bulunulmadı.

Bilinçli Farkındalık Eğitimi Oturum İçerikleri

Bilinçli Farkındalık Eğitimi içeriği literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlandı (EK 4). Bilinçli Farkındalık Eğitimi programı oturumlarının içerikleri şu şekilde belirlendi:

1. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç, bireylerle tanışmak ve eğitim hakkında hazırlık yapmaktır. Oturuma, eğitimci ve bireylerin tanışması, eğitim hakkında gerekli bilgilerin

verilmesi ve eğitim oturumlarının açıklanmasıyla başladı. Daha sonra, eğitim içeriğinin tanıtılması, verilen eğitimin ve bu eğitime sürekli katılımın öneminin vurgulanması ve bireylerden tecrübelerinin ve beklentilerinin eğitimci ile paylaşılmasının istenmesi ile devam edildi. Oturum, eğitime katılmak isteyen bireylerle birlikte eğitimin verileceği günler, oluşturulacak gruplar ve gruplarda uygulanan kuralların belirlenmesi ve bireylere “Ön Test” uygulanmasıyla sonlandı.

2. Oturum: Bu oturumun amacı, obeziteyi tanımak ve obezite hakkında dikkat edilmesi gerekenleri öğrenmektir. Oturuma, obezite hastalığının tanıtılması, obeziteye yönelik farkındalığı artırmak amacıyla; obezite, obezitenin nedenleri, tedavisi, ruhsal, toplumsal ve sosyal yönlerinin anlatılması ve obezitede cerrahi tedavinin önemi, cerrahi sonrası dikkat edilmesi gereken hususların anlatılmasıyla başladı. Daha sonra, obeziteye sebep olan günlük alışkanlıklardan bahsedilmesi, bireylerden günlük faaliyetlerin obeziteyle ilişkilendirilmesine yönelik geri bildirimler istenmesi ve günlük hayatta farkındalığın ve merak unsurunun artırılmasına yardımcı olunması ile devam edildi. Oturum, günün kaç öğününün farkında bir şekilde yediklerinin öğrenilmesi, “Nefes Molası” terimi hakkında bilgiler verilmesi, “Harekete Geçme Adımı”nın açıklanması ve oturumun başında ve sonunda kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonunun’ yaptırılmasıyla sonlandı.

3. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç, özgüveni artırmak, cesareti toplamak ve alışkanlık kırıcı aktiviteler uygulamaktır. Oturuma, önceki oturumda verilen ev egzersizlerinin kontrol edilmesi, gönüllü bireylerden kendi hayat hikayelerinin anlatılmasının istenmesi ve hikayeler üzerinden bireylerin güçlü yönlerinin keşfetmelerinin sağlanmasıyla başladı. Daha sonra, bireylerin negatif duygu ve düşüncelerinin fark edilmesine yardımcı olunması, bireylerden pozitif bakış açılarının geliştirilmesinin istenmesi, kendilerini tanımaya yönelik bilgiler verilmesi ve bireylerin özgüvenlerinin artırılmasına ve cesaretlerinin toplanmasına yardımcı olunması ile devam edildi. Oturum, “Zorluklarla Yüzleşme Meditasyonu”nun yaptırılması, alışkanlık kırıcı olarak, anlatmak isteyen kişilerden, başlarından geçen ilginç veya komik bir olayın anlatılmasının istenmesi, “Kendimizi Tanıma” konusu hakkında bazı bilgilerin verilmesi ve oturumun başında ve sonunda kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonunun’ yaptırılmasıyla sonlandı.

4. Oturum: Bu oturumun amacı, “Farkındalık” kavramını tanıtmak ve günlük farkındalığı artırmaktır. Oturuma, önceki oturumda verilen ev egzersizlerinin kontrol edilmesi, “Farkındalık” terimine yönelik bilgilendirmelerin yapılması ve günlük

aktivitelerin farkında bir şekilde yapılabilmesinden bahsedilmesiyle başladı. Daha sonra, bireylerden farkında olarak yaptıkları işlerin detaylı bir şekilde anlatmalarının istenmesi, günlük farkındalığın pekiştirilmesi için “Elma Suyu Meditasyonu”nun yaptırılması ve alışkanlık kırıcı olarak bireylerin zihinlerini en çok kurcalayan konuların resimlerinin çizdirilip, o resimler hakkında konuşulması ile devam edildi. Oturum, “Hoşa Gitmeyen Olaylar Takvimi”nin oluşturulması ve oturumun başında ve sonunda kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonu’ yaptırılmasıyla sonlandı.

5. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç, bedeni keşfetmek, önyargılardan kurtulmak ve stresin azaltılmasını sağlamaktır. Oturuma, önceki oturumda verilen ev egzersizlerinin kontrol edilmesi, bireylerden geçen oturumdan ve ev egzersizlerinden doğan farkındalık deneyimlerinin paylaşılmasının istenmesi ve bireylerden önyargılarını fark etmelerinin istenmesiyle başladı. Daha sonra, bireylerin kendi bedenlerini keşfetmelerinin sağlanması ve streslerinin azaltılmaya çalışılması için gerekli bazı bilgilerin verilmesi ve “Beden Tarama Meditasyonu” ile dikkatin beden üzerine odaklanması ile devam edildi. Oturum, hayatta basit gibi görünen aktivitelerin değerinin bilinmesinin anlatılması, alışkanlık kırıcı olarak, “Kurtların Savaşı” hikayesinin anlatılıp genelde hangi kurdu beslediklerinin farkına varmalarının sağlanması, günlük hayattaki farkındalığın artırılmaya çalışılması ve oturumun başında ve sonunda kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonunun’ yaptırılmasıyla sonlandı.

6. Oturum: Bu oturumun amacı, sağlıklı beslenmeye teşvik etmek ve düşünme becerileri kazandırmaktır. Oturuma, önceki oturumda verilen ev egzersizlerinin kontrol edilmesi ve “Beden Kütle İndeksi” kavramının tanıtılmasıyla başladı. Daha sonra, yeme davranışlarının çeşitlerinden bahsedilmesi, yeme davranışlarının düzene koyulması için yapılması gerekenlerin anlatılması ve sağlıklı beslenme hakkında bilgi verilmesi ile devam edildi. Oturum, bireylerin düşünme becerileri kazanmalarına yardımcı olunması, “Sesler ve Düşünceler Meditasyonu”nun yaptırılması, alışkanlık kırıcı olarak, ‘9 Nokta & 4 Çizgi’ oyununun oynanıp bu oyuna benzer aktivitelerin yapılması ve oturumun başında ve sonunda kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonu’ yaptırılmasıyla sonlandı.

7. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç, depresyonu azaltmak ve iletişim becerilerini artırmaktır. Oturuma, önceki oturumda verilen ev egzersizlerinin kontrol edilmesi, depresyonun tanımı, belirtileri, depresyon ile baş etme yöntemleri ve bu yöntemlere yönelik uygulamalardan bahsedilmesi, “İletişim” terimi hakkında bilgilendirilmeler yapılması ve iletişimin öneminden bahsedilmesiyle başladı. Daha sonra, bireylerin

hayata bakış açılarını pozitif yöne kaydırma, sosyal deneyimlerini, yaşam sevinçlerini ve iletişim becerilerini artırma yöntemleriyle streslerinin azaltmaya çalışılması ve “10 Parmak Minnettarlık Aktivitesi”nin uygulanması ile devam edildi. Oturum, “Dostluk Kurma Meditasyonu”nun yaptırılması, alışkanlık kırıcı olarak, “Gelecekteki Kendine Mektup” aktivitesiyle, günlük hayatta kendilik farkındalığının artırılmaya ve stresin azaltılmaya çalışılması, “Zor İletişimlerin Farkındalığı Takvimi”nden bahsedilmesi ve oturumun başında ve sonunda kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonu’ yaptırılmasıyla sonlandı.

8. Oturum: Bu oturumun amacı, eğitimi değerlendirmek ve öğrenilenleri pekiştirmektir. Oturuma, önceki oturumda verilen ev egzersizlerinin kontrol edilmesi, eğitim boyunca öğrenilenlerin tümünün değerlendirilip pekiştirilmesi ve eğitim etkinliğinin gözden geçirilip değerlendirilmesiyle başladı. Daha sonra, grup üyelerinden kendilerini değerlendirmelerinin istenmesi ve eğitimin işleyişiyle ilgili eleştiri, öneri ve geri bildirimlerin alınması ile devam edildi. Oturum, bireylerin performanslarının değerlendirilmesi, oturumun başında ve sonlarına doğru kısa süreli ‘Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonu’ yaptırılması ve bireylere ‘Son Test’ uygulanarak sonlandı.

Bilinçli Farkındalık Eğitimi Programı uygulama planı Tablo 3.1 ’de verildi.

Tablo 3.1. Bilinçli Farkındalık Eğitimi Programı uygulama planı

Bilinçli Farkındalık Eğitimi		
1. Oturum	Tanışma ve Hazırlık	- Bireylerle Tanışma, Eğitimin Günlerini Belirleme - Eğitilere Düzenli Katılımın Öneminden Bahsetme - Bilinçli Farkındalık Eğitimi Anlatma - Deney Grubundaki Bireylere Ön Test Uygulama
2. Oturum	Obeziteyi Tanıma	- Obezitenin Tanımını Yapma ve Nedenlerini Anlatma - Obeziteyi Cerrahiyle Tedavi Etme Hakkında Bilgi Verme - Günlük Hayat Farkındalığını Artırma 'Farkındalık Temelli Nefes Meditasyonu'nu Uygulama
3. Oturum	Bireyleri Cesaretlendirme	- Bireylerden Güçlü Yönlerini Keşfetmelerini Sağlama 'Zorluklarla Yüzleşme Meditasyonu'nu Uygulama - Alışkanlık Kırıcı Aktiviteleri Uygulama
4. Oturum	Farkındalık Kavramı	- Farkındalık Terimine Yönelik Bilgilendirmeler Yapma - Küçümseyen Aktiviteleri Önemsemeyi Vurgulama 'Farkındalık Temelli Beden ve Nefes Meditasyonu'nu Uygulama
5. Oturum	Farkındalık Deneyimleri	- Farkındalık Temelli Deneyimlerin Paylaşılmasını İsteme - Bireylerin Önyargılarını Fark Etmelerine Yardımcı Olma 'Beden Meditasyonu'nu Uygulama
6. Oturum	Yeme Davranışları	- Beden Kütle Endeksi Kavramını Tanıtma - Sağlıklı Beslenme Hakkında Bilgilendirmeler Yapma 'Sesler ve Düşünceler Meditasyonu'nu Uygulama
7. Oturum	Depresyon Kavramı	- Depresyon, Stres ve İletişim Terimleri Hakkında Bilgi Verme - Bireylerin Bakış Açılarını Pozitif Yöne Kaydırmaya Yardım Etme 'Dostluk Kurma Meditasyonu'nu Uygulama
8. Oturum	Değerlendirme ve Pekiştirme	- Tüm Öğrenilenleri ve Bireylerin Performanslarını Değerlendirme - Eğitim İşleyişiyle İlgili Eleştiri ve Öneriler Alma - Deney Grubundaki Bireylere Son Test Uygulama

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Obezite cerrahisi uygulanmış bireylerde depresyon ve yeme davranışlarıdır.

Bağımsız Değişken: Bilinçli farkındalık eğitimidir.

Kontrol Değişkenleri: “Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık öyküsü ve daha önce ameliyat olma durumu”.

Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.2’de sunuldu.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş					
18-28	17	24.2	17	24.2	$X^2=3.543$ $p=0.576$
29-39	18	25.7	23	32.9	
40-50	11	15.8	8	11.4	
51 yaş ve üzeri	24	34.2	22	31.4	
Cinsiyet					
Kadın	31	55.7	36	51.4	$X^2=0.716$ $p=0.398$
Erkek	39	44.3	34	48.6	
Medeni durum					
Evli	39	55.7	43	61.4	$X^2=0.471$ $p=0.607$
Bekar	31	44.4	27	38.6	
Eğitim durumu					
Okur-yazar	4	5.7	10	14.3	$X^2=2.931$ $p=0.294$
İlköğretim	12	17.1	14	20.0	
Ortaöğretim	33	47.1	24	34.3	
Yükseköğretim	21	30.0	22	31.4	
Çalışma durumu					
Evet	36	51.4	42	60.0	$X^2=3.301$ $p=0.071$
Hayır	34	48.6	28	40.0	
Gelir düzeyi					
Gelir giderden az	24	34.3	22	31.4	$X^2=1.042$ $p=0.198$
Gelir gidere eşit	29	41.4	19	27.1	
Gelir giderden fazla	17	24.3	29	41.4	

Kronik hastalık					
Var	39	55.7	38	54.3	$X^2=1.866$
Yok	31	44.3	32	45.7	$p=0.142$
Daha önce ameliyat olma					
Evet	55	78.6	51	72.9	$X^2=1.622$
Hayır	15	21.4	19	27.1	$p=0.277$

Araştırmada, kontrol değişkenleri yönünden deney ve kontrol gruplarının homojen yapıda olduğu bulundu ($p>0.05$, Tablo 3.2).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

“Verilerin değerlendirilmesi için “SPSS 25.0 istatistik programı” kullanıldı ve anlamlılık düzeyi için “ $p<0.05$ ” değeri kabul edildi”. Bireylerin “demografik” ve “tanıtıcı özellikleri” ile ilgili bilgiler “ortalama” ve “yüzdelik değerler” ile gösterildi”.

“Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği “Kolmogorov-Smirnov” testi ile değerlendirildi”. “Normal dağılıma uyan veriler parametrik yöntemlerden “Bağımsız Gruplarda t ” ve “Bağımlı Gruplarda t ” testleri ile değerlendirildi”.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması	• Yüzdelik dağılım • Aritmetik ortalama • Ki-kare testi • Standart sapma • Min-max (minimum maximum değerleri)
Depresyon ve yeme davranışları ölçek puan ortalamalarının kontrol ve deney grubunda karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
Kontrol ve deney gruplarının depresyon ve yeme davranışları ölçek toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda t testi

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

“Araştırmanın yapılabilmesi için “İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu”ndan onay (EK-7) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan “yasal izin” alındı” (EK-8). “Araştırmaya dahil edilen hastalara çalışmanın amacı açıklanarak ve soruları yanıtlandı”. “Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklandı”. “Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklanıp, sözel ve yazılı izinleri alındı”. “Deney grubuna verilen eğitim sonrası son testler verileri toplandıktan sonra kontrol grubundan isteyen hastalara da eğitim verildi”.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın tek merkezde yürütölmesi ve izlem testlerinin uygulanmaması araştırmanın sınırlılığını oluşturdu.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (S=140)

		Kontrol Grubu (s=70)		Deney Grubu (s=70)	
Tanıtıcı Özellikler		S	%	S	%
Obezite cerrahi türü		70	100	70	100
Yaş					
18-28		17	24.2	17	24.2
29-39		18	25.7	23	32.9
40-50		11	15.8	8	11.4
51 yaş ve üzeri		24	34.2	22	31.4
Cinsiyet					
Kadın		31	55.7	36	51.4
Erkek		39	44.3	34	48.6
Medeni durum					
Evli		39	55.7	43	61.4
Bekar		31	44.4	27	38.6
Eğitim durumu					
Okur-yazar		4	5.7	10	14.3
İlköğretim		12	17.1	14	20.0
Ortaöğretim		33	47.1	24	34.3
Yükseköğretim		21	30.0	22	31.4
Çalışma durumu					
Evet		36	51.4	42	60.0
Hayır		34	48.6	28	40.0
Gelir düzeyi					
Gelir giderden az		24	34.3	22	31.4
Gelir gidere eşit		29	41.4	19	27.1
Gelir giderden fazla		17	24.3	29	41.4
Kronik hastalık					
Var		39	55.7	38	54.3
Yok		31	44.3	32	45.7
Daha önce ameliyat olma					
Evet		15	21.4	19	27.1
Hayır		55	78.6	51	72.9

Tablo 4.1’de kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımında; deney grubundaki ve kontrol grubundaki bireylerin %100’ünün sleeve gastrektomi uygulandığı, deney grubundaki bireylerin %32.9’unun 29-39 yaş aralığında, %51.4’ünün kadın, %61.4’ünün evli, %34.3’ünün ortaöğretim mezunu, %60’ının herhangi bir işte çalıştığı, %41.4’ünün gelirinin giderden fazla, %54.3’ünün kronik hastalığının olduğu, %72.9’unun daha önce ameliyat olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1’de kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımında; kontrol grubundaki bireylerin %34.2’sinin 51 yaş ve üzerinde, %55.7’sinin kadın, %55.7’sinin evli, %47.1’inin ortaöğretim mezunu, %51.4’ünün her hangi bir işte çalıştığı, %41.4’ünün gelirinin gidere eşit, %55.7’sinin kronik hastalığının olduğu, %78.6’sının daha önce ameliyat olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test depresyon ve yee davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=140)

ÖN TEST			
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	*Test ve Önemlilik
	(s=70)	(s=70)	
Yeme davranışları Alt Boyutları	(X±S.S)	(X±S.S)	
Kısıtlayıcı yeme	24.81±3.60	25.08±3.86	$t=-1.430$ p=0.668
Duygusal yeme	45.14±3.52	45.42±3.72	$t=-1.466$ p=0.642
Dışsal yeme	35.20±3.00	34.94±3.08	$t=0.555$ p=0.580
Yeme davranışları Ölçeği Toplam Puan	105.18±5.61	105.45±7.12	$t=-1.249$ p=0.804
Depresyon Ölçeği Toplam Puan	42.88±3.98	41.71±3.42	$t=1.867$ p=0.064

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.2’de deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun ön test kısıtlayıcı yeme alt boyutu toplam puan ortalaması 24.81±3.60, kontrol grubunun

25.08±3.86, deney grubunun ön test duygusal yeme alt boyutu toplam puan ortalaması 45.14±3.52, kontrol grubunun 45.42±3.72, deney grubunun ön test dışsal yeme alt boyutu toplam puan ortalaması 35.20±3.00, kontrol grubunun puan ortalaması 34.94±3.08 ve deney grubunun yeme davranışları toplam puan ortalaması, 105.18±5.61, kontrol grubunun 105.45±7.12 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu ön test yeme davranışları ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamasının, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test yeme davranışları ölçek toplam puan ortalaması açısından benzer olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test depresyon toplam puan ortalaması 34.78±12.16, kontrol grubunun puan ortalamaları 41.71±3.42 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu ön test depresyon ölçek toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu hastaların ön test depresyon ölçek toplam puan ortalaması açısından benzer olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test depresyon ve yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

SON TEST			
	Deney Grubu (s=70)	Kontrol Grubu (s=70)	*Test ve Önemlilik
Yeme davranışları Alt Boyutları	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	
Kısıtlayıcı yeme	35.20±3.62	29.61±3.84	$t=2.837$ $p=0.001$
Duygusal yeme	32.42±3.53	45.41±3.84	$t=-2.791$ $p=0.001$
Dışsal yeme	20.44±2.80	28.22±2.90	$t=-1.142$ $p=0.001$
Yeme davranışları Ölçeği Toplam Puan	88.07±5.81	103.21±5.95	$t=-1.316$ $p=0.001$
Depresyon Ölçeği Toplam Puan	21.34±3.47	42.67±4.13	$t=-3.069$ $p=0.001$

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.3’de deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun son test kısıtlayıcı yeme alt boyutu toplam puan ortalaması 35.20 ± 3.62 , kontrol grubunun 29.61 ± 3.84 , deney grubunun son test duygusal yeme alt boyutu toplam puan ortalaması 32.42 ± 3.53 , kontrol grubunun 45.41 ± 3.84 , deney grubunun son test dışsal yeme alt boyutu toplam puan ortalaması 20.44 ± 2.80 , kontrol grubunun toplam puan ortalaması 28.22 ± 2.90 ve deney grubunun son test yeme davranışları toplam puan ortalaması 88.07 ± 5.81 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu son test yeme davranışları ölçek alt boyutlarından kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme, dışsal yeme ve ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p > 0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunun son test yeme davranışları ölçek toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre azaldığı saptandı.

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test depresyon toplam puan ortalaması 21.34 ± 3.47 , kontrol grubunun puan ortalamaları 42.67 ± 4.13 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu son test depresyon ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunun son test depresyon ölçek toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre azaldığı saptandı.

Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test depresyon ve yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=140)

Gruplar	Yeme davranışları Alt Boyutları	Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		(X±S.S)	(X±S.S)	
Deney Grubu (s=70)	Kısıtlayıcı yeme	24.81±3.60	35.20±3.62	$t=1.746$ $p=0.001$
	Duygusal yeme	45.14±3.52	32.42±3.53	$t=2.047$ $p=0.001$
	Dışsal yeme	35.20±3.00	20.44±2.80	$t=2.617$ $p=0.001$
	Yeme davranışları ölçek toplam puan	105.18±5.61	88.07±5.81	$t=1.389$ $p=0.001$
	Depresyon Ölçeği	42.88±3.98	21.34±3.47	$t=3.085$ $p=0.001$
	Toplam Puan			
Kontrol Grubu (s=70)	Kısıtlayıcı yeme	25.08±3.86	29.61±3.84	$t=1.538$ $p=0.001$
	Duygusal yeme	45.42±3.72	45.41±3.84	$t=1.022$ $p=0.982$
	Dışsal yeme	34.94±3.08	28.22±2.90	$t=2.652$ $p=0.001$
	Yeme davranışları ölçek toplam puan	105.45±7.12	103.21±5.95	$t=1.899$ $p=0.062$
	Depresyon Ölçeği	41.71±3.42	42.67±4.13	$t=1.579$ $p=0.119$
	Toplam Puan			

*Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.4'te deney grubu ön test son test yeme davranışları ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ön test son test dışsal yeme ölçek alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Deney grubu ön test son test depresyon ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4). Deney

grubundaki bireylerin yeme davranışları ölçek toplam puan ortalaması, duygusal yeme ve dışsal yeme ölçek alt boyut toplam puan ortalaması ve depresyon ölçek toplam puan ortalamasında azalma, yeme davranışları ölçek alt boyutlarından kısıtlayıcı yemede artma olduğu saptandı.

Kontrol grubu ön test son test yeme davranışları ölçek alt boyutlarından duygusal yeme ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), ölçek alt boyutlarından kısıtlayıcı ve dışsal yeme puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Kontrol grubu ön test son test depresyon ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.4).



5. TARTIŞMA

Bilinçli farkındalığın tarihi incelendiğinde 2500 yıllık Budist geleneğinden geldiği görülmektedir (100). Budist içgörü meditasyonu türlerinden birisi olan bilinçli farkındalık, batı kültüründe de gittikçe yaygınlaştığı görülmektedir. Bilinçli farkındalık batıda ilk kez 1979 yılında Dr. John Kabat-Zinn tarafından geliştirilerek uygulanmaya başlanmıştır (101). Bilinçli farkındalık kavramı Batı’da yaklaşık 40 yıldan beri kullanılmasına rağmen ülkemizde araştırmacılar arasında henüz yaygınlaşmamıştır. Literatür incelendiğinde bilinçli farkındalık eğitimi; depresyon, stres, yeme bozuklukları, sosyal anksiyete, dikkat eksikliği ve madde bağımlılığı gibi birçok soruna yönelik kullanılmaktadır (102,103). Ayrıca farklı yaş gruplarında aynı etkileri gösterdiğine dair bilgilere de çalışmalarda rastlanılmıştır (104). Bilinçli farkındalık eğitimi, günümüzde sağlık bakımında güvenilir ve etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Obezite cerrahisi sonrası bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışları ve depresyon durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Literatür taramasında obezite cerrahisi sonrası bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışları ve depresyon durumuna etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu araştırma literatürdeki ilk araştırmalardan olması nedeniyle araştırmaya ait bulguların hemşirelik literatürüne ve bilime katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bölümde sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmaya çalışılmıştır.

5.1. Yeme Davranışları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol gruplarındaki obezite cerrahisi geçirecek hastaların, 3 alt boyuta ayrılan Hollanda Yeme Davranışları Ölçeğinin Yeme Davranışları Alt Boyutları eğitim öncesi toplam puan ortalamalarına bakıldığında, her iki gruptaki hastaların ölçekten aldıkları puanların yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Araştırma sonucunda ortaya çıkan verilere göre yeme davranışı toplam puanının her iki grupta da yüksek çıkmasında, obezite cerrahisi geçirecek hastaların sıklıkla enerji içeriği yüksek besinleri kontrolsüz bir şekilde tüketmeleri, harcadıkları enerjiden daha fazlasını almaları, kendi kilolarını hesaba katmadan kalori almaları, kendilerine sunulan yiyecekleri hiçbir şekilde reddetmemeleri, düşük kalorili besinlerden hoşlanmamaları ve depresyon, kaygı, korku

gibi duygu durum sonrası kendilerini yemeye vermeleri gibi etkenler olduğu düşünülmektedir.

Ölçekten alınan toplam puana göre, grupların homojen olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Araştırmada katılımcıların deney ve kontrol gruplarına, randomizasyon yöntemiyle atanması dağılımın homojen bir şekilde olmasını sağlamıştır.

Deney ve kontrol gruplarındaki obezite cerrahisi geçirmiş hastaların eğitim sonrası, Yeme davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasına bakıldığında, deney grubundaki hastaların son test toplam puanının, kontrol grubundaki hastaların son test toplam puanından 15.14 puan daha düşük olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu son test yeme davranışları ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p>0.05$, Tablo 4.3). İstatistiksel olarak önemli çıkan bu fark, uygulanan Bilinçli Farkındalık Eğitiminin etkili bir program olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki obezite cerrahisi geçirmiş hastaların, Bilinçli Farkındalık Eğitimi sonrası yeme davranışlarında meydana gelen bu toplam puan düşüşü, araştırma hipotezlerinden **“H1: Obezite cerrahisi sonrası verilen bilinçli farkındalık eğitimi hastaların yeme davranışlarını azaltır”** hipotezini de doğrulamaktadır. Bu düşüşün bilinçli farkındalık eğitiminin oturumları içinde yer alan, bilinçli farkındalığı günlük yaşamın her alanına uydurma, kilo alımına neden olabilecek alışkanlıklardan bahsetme, günlük nefes molası ve bilinçli farkındalıkla yürüyüş yapılması gibi uygulamalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, oturumlarda, hayata karşı pozitif bakışı geliştirme, yemek yerken anda kalabilme, elma suyu meditasyonu, cesaretini toplama, kendi bedenini keşfetme ve beden tarama meditasyonları gibi uygulamalı eğitimlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, bilinçli farkındalık eğitiminin obezite cerrahisi geçiren hastaların yeme davranışlarının düzenlenmesinde etkili bir program olduğu söylenebilir. Böylece, bilinçli farkındalık eğitiminin yeme davranışları tedavisinde ve kilo kontrolünde rutin uygulamalar arasında olmasının, önemli olduğu sonucuna varılabilir.

Literatür incelendiğinde, Laitinen ve arkadaşlarının yapmış oldukları “Strese Bağlı Yeme-İçme Davranışı ve Beden Kütle İndeksi ve Bu Davranışın Yordayıcıları” isimli derleme bir çalışmada; bilinçli farkındalık eğitiminin tıkanırcasına yemek yemeyi ve duygusal yemeyi etkili olarak azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (13). Sala ve arkadaşlarının yapmış olduğu “Farkındalık ve Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi” isimli meta analiz çalışmasında ise bilinçli farkındalık programının, hastalarda yeme

bozuklukları gibi sorunları azalttığı saptanmıştır (103). Nitekim, yapılan bu çalışmalar araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir.

5.2. Depresyon ile İlgili Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların, BECK Depresyon Ölçeğinin bilinçli farkındalık eğitimi öncesi toplam puan ortalamalarına bakıldığında, her iki gruptaki hastaların ölçekten aldıkları toplam puanın yüksek olduğu söylenebilir. Araştırma sonucunda ortaya çıkan verilere göre ölçek toplam puanının her iki grupta da yüksek olmasında, bu hastaların genellikle fazla kiloya bağlı dış görünüşlerini beğenmedikleri için sosyal alanlardan kendilerini izole etmeleri neticesinde psikolojik sorunlar yaşamaları, anksiyete düzeylerinin yüksek olması, kaygılı, endişeli, huzursuz, sinirli, umutsuz hissetme gibi duygu durumları ve uyku sorunu yaşamaları gibi etkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Ölçekten alınan toplam puana göre, grupların homojen olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Araştırmada katılımcıların deney ve kontrol gruplarına, randomizasyon yöntemiyle atanması dağılımın homojen bir şekilde olmasını sağlamıştır.

Deney ve kontrol gruplarındaki obezite cerrahisi geçiren hastalarda eğitim sonrası, BECK Depresyon Ölçeğinin toplam puan ortalamasına bakıldığında, deney grubundaki hastaların son test toplam puanının, kontrol grubundaki hastaların son test toplam puanından 21.33 puan daha düşük olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu son test depresyon ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). İstatistiksel olarak önemli çıkan bu fark, uygulanan Bilinçli Farkındalık Eğitiminin etkili bir program olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki obezite cerrahisi geçirmiş hastaların, Bilinçli Farkındalık Eğitimi sonrası depresyon düzeylerinde meydana gelen bu toplam puan düşüşü, araştırma hipotezlerinden **“H2: Obezite cerrahisi sonrası verilen bilinçli farkındalık eğitimi hastaların depresyon düzeyini azaltır”** hipotezini de doğrulamaktadır. Bu düşüşün bilinçli farkındalık eğitiminin oturumları içinde yer alan, farkındalığı günlük yaşama uydurma, günlük nefes molası ve zor iletişimlerin farkındalığı takvimini uygulama, harekete geçme adımı uygulama, zorluklarla yüzleşme meditasyonunu uygulama gibi eğitimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, oturumlarda uygulanan, kendini tanıma, beden tarama meditasyonlarını uygulama, hayata karşı pozitif bakış açılarını geliştirme, özgüvenlerini artırmaya ve cesaretlerini toplamaya yardımcı olma, dostluk kurma meditasyonunu uygulama, 10 parmak minnettarlık aktivitesini uygulama gibi eğitimlerin

de etkili olduğu düşünölmektedir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, bilinçli farkındalık eğitiminin obezite cerrahisi geçiren hastaların depresyon düzeylerinin düşmesinde etkili bir program olduğu söylenebilir. Böylece, bilinçli farkındalık eğitiminin depresyon tedavisinde ve stres azaltmada rutin uygulamalara eklenmesinin önemli olduğu sonucuna varılabilir.

Literatör incelendiğinde, Goldberg ve arkadaşlarının yapmış olduğu “Mevcut depresif semptomların tedavisi için bilinçli farkındalık eğitimi” isimli meta analiz çalışmasında bilinçli farkındalık programının, hastalarda depresyon ve anksiyete semptomlarını azalttığını saptanmıştır (105). Anand ve arkadaşlarının yapmış olduğu, “Farkındalık temelli stres azaltma programının ergen bireylerde stres ve iyi olma haline etkisi” isimli çalışmada ise; bilinçli farkındalık temelli verilen eğitimin stresin semptomlarını azalttığını ve stres düzeylerinin son teste ilk teste göre önemli derecede düştüğünü belirlemişlerdir (106). Mevcut sonuçlar, bilinçli farkındalık eğitimini takiben hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin düştüğünü bildiren Zhou ve arkadaşları tarafından da saptanmıştır (107). Nitekim, yapılan bu çalışmalar araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obezite cerrahisi sonrası bilinçli farkındalık eğitiminin hastaların yeme davranışları ve depresyon durumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan ve randomize kontrollü deneysel model olarak gerçekleştirilen araştırmada:

- ✓ Bilinçli farkındalık eğitimi öncesi deney ve kontrol gruplarındaki hastaların yeme davranışları düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Bilinçli farkındalık eğitimi sonrası, deney grubundaki hastaların yeme davranışları düzeylerinde azalma olduğu, kontrol grubundakilerinde ise anlamlı bir değişim olmadığı,
- ✓ Bilinçli farkındalık eğitimi öncesi, deney ve kontrol gruplarındaki hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Bilinçli farkındalık eğitimi sonrası, deney grubundaki hastaların depresyon düzeylerinde azalma olduğu, kontrol grubundakilerinde ise çok az bir artış olduğu,
- ✓ Bilinçli farkındalık eğitiminin obezite cerrahisi sonrası hastaların yeme davranışlarına ve depresyon düzeylerini iyi yönde etkilediği bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- * Obezite cerrahisi uygulanan hastalarda yeme davranışlarını ve depresyonu düzeyini iyileştirmek amacıyla, ameliyat sonrasında eğitim programlarının uygulanması, eğitim programlarının bilinçli farkındalık yöntemlerine uygun yapılması,
- * Obezite cerrahisi/genel cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelere, bilinçli farkındalık eğitimi verilmesi ve alınan bu eğitimin hemşireler tarafından klinikte kullanılması,
- * Obezite cerrahisi geçiren hastaların yeme davranışlarını ve depresyon düzeylerini düzeltmek amacıyla bilinçli farkındalık eğitiminin sağlık bakımında kullanımının yaygınlaşması için, daha fazla çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Çalışır S. Obezite Nedeniyle Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Cerrahi Öncesi ve Sonrası Psikiyatrik Değerlendirme. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi, Konya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
2. World Obesity. Driving global efforts to reduce, prevent and treat obesity. <https://www.worldobesity.org/>. Son Erişim Tarihi 19 Mart 2023.
3. Jans G, Matthys C, Bogaerts A, Amaye L, Deleare F, Roelens K, Loccufier A, Logghe H, Becker BD, Verhaeghe J, Devlieger R. Depression and anxiety: lack of associations with an inadequate diet in a sample of pregnant women with a history of bariatric surgery—a multicenter prospective controlled cohort study. *Obes Surg* 2018, 28: 1629-35.
4. Özalp B, Kürklü N. Obezite ve covid 19, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derg* 2020, 5(2): 211-4.
5. Dixon J, Dixon M, O'brien P. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. *Obes Surg* 2002, 2(12): 65-71.
6. Freeman RA, Overs SE, Zarshenas N, Walton KL, Jorgensen JO. Food tolerance and diet quality following adjustable gastric banding, sleeve gastrectomy and roux-y gastric bypass. *Obes Res Clin Prac* 2014, 8: 183-91.
7. Kiewieta R, Duriana MF, Cuijpersb L, Hesp F, Vliet A. Quality of life after gastric banding in morbidly obese dutch patients: long- term follow-up. *Obes Res Clin Prac* 2013, 2: 151-8.
8. Yang, J, Wang, C, Cao, G, Yang, W, Yu S, Zhai H, Yunlong P. Long-term effects of laparoscopic sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass for the treatment of Chinese type 2 diabetes mellitus patients with body mass index 28-35 kg/m². *BMC Surg* 2015, 15(88): 1-7.
9. Peterli R, Borbely Y, Kern B, Gass M, Peters T, Thurnheer M, Schultes B, Kurt L, Bueter M, Schiesser M. Early results of swiss multicentre bypass or sleeve study (SM-BOSS): a prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and roux-en-y gastric bypass. *Annals Surg* 2013, 258: 690-5.

10. Ünal Ş, Güzin MS, Ayşe FM. Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. *Türk Psikiyatri Derg* 2019, 30: 31-41.
11. Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S, Silva C, Cao L, Brandao I, Machado P. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eat Behav* 2014, 15(4): 558–62.
12. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica, JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating and weight loss, a systematic review. *Eat Behav* Apr 2014, 15(2): 197-204.
13. Laitinen J, Ek E, Savio U. Stress-related eating and drinking behaviour and body mass index and predictors of this behaviour. *Preventive Med* 2002, 34: 29-39.
14. Wallis DJ, Hetherington MM. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite* 2009, 52(2): 355-62.
15. Ünal S. Duygusal Yeme ve Obezite. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Derg* 2018, 2(2): 30-47.
16. Van Strein T, Frijters J, Bergers G, Defares P. The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional and external eating behaviour. *Int Jo Eat Disorder* 1986, 5: 295-315.
17. Usta E. Cerrahi Hemşirelerinin Fazla Kilolu/Obez Hasta Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
18. Gülçelik NE, Gürlek A, Usman A. Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007, 38(1): 212-7.
19. Pekkolay Z. Obezite patogenezi. *Fırat Tıp Dergisi* 2018, 23(0):5-8.
20. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 8. Baskı, 2019: 11-20.
21. World Obesity Federation (WOF). Prevalence of obesity. <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>. Son Erişim Tarihi 28 Kasım 2022.

22. Eryılmaz ZS. Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.
23. Çalışır S. Obezite Nedeniyle Bariatrik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Cerrahi Öncesi ve Sonrası Psikiyatrik Değerlendirme. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi, Konya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
24. World Heart Federation Obesity: A growing danger. <https://world-heart-federation.org/what-we-do/obesity/>. Son Erişim Tarihi 1 Mayıs 2023.
25. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. Obezite Hakkında OECD Raporu. <http://www.tuseb.gov.tr/akademik/obezite-hakkinda-oecd-raporu>. Son Erişim Tarihi 26 Kasım 2022.
26. Serter R. *Obezite Atlası*, 1. Baskı, Ankara, Karakter Color Basımevi, 2004: 6-13.
27. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu, 6. Baskı, 2018: 11-108.
28. Yanovski SZ, Yanovski JA. Toward precision approaches for the prevention and treatment of obesity. *JAMA* 2018, 319(3): 223-4.
29. Mc Elroy SL. Pharmacologic Treatments for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychiatr* 2017, 78(1): 14-9.
30. Gopalan A, Makelarski JA, Garibay LB, Escamilla V, Merchant RM, Wolfe Sr MB, Lindau ST. Health-specific information and communication technology use and its relationship to obesity in high-poverty, urban communities: analysis of a population-based biosocial survey. *JMIR* 2016, 18(6): 182.
31. Malnick SD, Knobler H. The medical complications of obesity. *Int J Med* 2006, 99(9): 565-79.
32. Dixon J, Dixon M, O'brien P. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. *Obes Surg* 2002, 2(12): 65-71.

33. Jans, G, Matthys C, Bogaerts A, Amaye L, Deleare F, Roelens K, Loccufier A, Logghe H, Becker BD, Verhaeghe J, Devlieger R. Depression and anxiety: lack of associations with an inadequate diet in a sample of pregnant women with a history of bariatric surgery—a multicenter prospective controlled cohort study. *Obes Surg* 2018, 28: 1629-35.
34. Corstens MN. Encapsulation of lipids to delay lipolysis and reduce food intake. Doctoral dissertation, Netherlands: Wageningen University, 2018.
35. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D. European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts* 2015, 8(6): 402-24.
36. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*. Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu, 1. Baskı, 2018: 11-85.
37. Wadden, TA, Bray GA. Treatment of Obesity in Adults. In: Wadden, TA, Bray GA (eds). *Handbook of Obesity Treatment*, 2nded. New York, Guilford Publications, 2018: 283-413.
38. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*. Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2017: 25-115.
39. Vairavamurthy J, Cheskin LJ, Kraitchman DL, Arepally A, Weiss CR. Current and cutting-edge interventions for the treatment of obese patients. *Eur J Radiol* 2017, 93: 134-42.
40. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric surgery worldwide. *Obes Surg* 2015, 25(10): 1822-32.
41. National Institutes of Health (NIH). Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992, 55: 615-9.
42. McGraw AC, Wool BD. Bariatric surgery: three surgical techniques, patient care, risks, and outcomes. *AORN Journal* 2015, 102: 142-9.
43. Nguyen NT, Varela EJ. Bariatric surgery for obesity and metabolic disorders: state of the art. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2017, 14: 160-9.

44. Karmali S, Stoklossa JC, Sharma A, Stadnyk J, Christiansen S, Cottreau D, Birch D. Bariatric surgery. *Can Fam Physician* 2010, 56: 873-9.
45. Kizy S, Jahansouz C, Wirth K, Ikramuddin S, Leslie D. Bariatric surgery: a perspective for primary care. *Diabetes Spectr* 2017, 30(4): 265-76.
46. Mechanick IJ, Kushner FR, Sugerman JH, Gonzalez-Campoy MJ, Collazo Clavell LM, Spitz FA, Apovian MC, Livingston HE, Brolin R, Sarwer BD, Anderson AW, Dixon J, Guven S. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis* 2009, 17(1): 1-70.
47. Schroeder R, Harrison D, McGraw SL. Treatment of adult obesity with bariatric surgery. *Am Fam Physician* 2016, 93(1): 31-7.
48. Vairavamurthy J, Cheskin LJ, Kraitchman DL, Arepally A, Weiss CR. Current and cutting-edge interventions for the treatment of obese patients. *Eur J Radiol* 2017, 93: 134-42.
49. Benaiges D, Más-Lorenzo A, Goday A, Ramon JM, Chillarón JJ, Pedro-Botet J, Flores-Le Roux JA. Laparoscopic sleeve gastrectomy: More than a restrictive bariatric surgery procedure?. *World J Gastroenterol* 2015, 21(41): 11804.
50. Abdeen G, le Roux CW. Mechanism underlying the weight loss and complications of roux-en-Y gastric bypass. Review. *Obesity Surg* 2016, 26(2): 410-21.
51. Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS, Eid G, Weidenbacher H, Maciejewski ML. Association between bariatric surgery and long-term survival. *JAMA* 2015, 313(1): 62-70.
52. Ma IT, Madura AJ. Gastrointestinal complications after bariatric surgery. *Gastroenterol Hepatol* 2015, 11(8): 526-35.
53. Osland E, Yunus MR, Khan S, Alodat T, Memon B, Memon AM. Postoperative early major and minor complications in Laparoscopic Vertical Sleeve Gastrectomy (LVSG) versus Laparoscopic Roux-En-Y Gastric Bypass (LRYGB) procedures: a meta-analysis and systematic review. *Obesity Surg* 2016, 26: 2273-84.

54. Bozkurt S. Complications in bariatric surgery. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2016, 23(4): 133-41.
55. Owens, TM. Morbid obesity: the disease and comorbidities. *Crit Care Nurs* 2003, 26(2): 162-5.
56. Hamad GG, Guerrero VT. Thirty-Day (Early) Complications Of Bariatric Surgical Procedures. In: Blackstone RP (eds). *Bariatric Surgical Complications The Medical Practitioner's Essential Guide*, 1nded. (Ed.). Tucson, Springer, 2017: 21-32.
57. Chaar EM, Gersin K. Management of immediate complications following bariatric surgery: clinical pearls for the clinician managing bariatric patients. *J Obes Weight Loss Med* 2015, 1(1): 1-6.
58. Dizlek D, Çatal E. Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi* 2018, 6(2): 501-12.
59. Groene P, Eisenlohr J, Zeuzem C, Dudok S, Karcz K, Hofmann-Kiefer K. Postoperative nausea and vomiting in bariatric surgery in comparison to nonbariatric gastric surgery. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2019, 14(1): 90-5.
60. Apipan B, Rummasak D, Wongsirichat N. Postoperative nausea and vomiting after general anesthesia for oral and maxillofacial surgery. *J Dent Anesth Pain Med* 2016, 16(4): 273-81.
61. Varner LK, March LA. Prevention of nausea and vomiting after laparoscopic sleeve gastrectomy: are we doing enough?. *AANA J* 2020, 88(2): 142-7.
62. Ziemann-Gimmel P, Schumann R, English W, Morton J, Wadhwa A. Preventing nausea and vomiting after bariatric surgery: is the Apfel risk prediction score enough to guide prophylaxis? *Obesity Surg* 2020, 30: 4138-40.
63. Sun D, Li W, Li S, Cen Y, Xu Q, Li Y, Sun Y, Qi Y, Lin Y, Yang T, Lu Q, Xu P. Comparison of multimodal early oral nutrition for the tolerance of oral nutrition with conventional care after major abdominal surgery: a prospective, randomized, single-blind trial. *Nutr J* 2017, 16(11): 1-10.
64. Taşdemir N, Şenol Çelik S. Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010, 26(3): 23-31.

65. Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkanırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2015, 7(4): 419-35.
66. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 2013, 22: 87-91.
67. Loth K, Wall M, Choi CW, Bucchianeri M, Quick V, Larson N, Neumark-Sztainer D. Family Meals and Disordered Eating in Adolescents: Are the Benefits the Same for Everyone? *Int J Eat Disord* 2015, 48(1): 100-10.
68. Nicolau J, Ayala L, Rivera R, Speranskaya A, Sanchís P, Julian X, Fortuny R, Masmiquel L. Postoperative grazing as a risk factor for negative outcomes after bariatric surgery. *Eat Behav* 2015, 18: 147-50.
69. de Zwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL, Crosby RD. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2002, 12: 773-80.
70. de Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremeier L, Simonich H, Lancaster K, Howell LM, Monson T, Crosby RD, Mitchell JE. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18-35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2010, 6: 79-85.
71. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry* 2014, 55: 248-59.
72. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchain MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, Marcus MD, Wonderlich S, Christian NJ, Yanovski SZ. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Relat Dis* 2012, 8: 533-41.
73. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri* 2008; 62: 341-8.
74. Yuan W, Yu KH, Palmer N, Stanford FC, Kohane I. Evaluation of the association of bariatric surgery with subsequent depression. *Int J Obes(Lond)* 2019, 43(12): 2528-35.

75. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery. *JAMA* 2016, 315(2): 150.
76. White MA, Kalarchian MA, Levine MD, Masheb RM, Marcus MD, Grilo CM. Prognostic significance of depressive symptoms on weight loss and psychosocial outcomes following gastric bypass surgery: a prospective 24-month follow-up study. *Obesity Surg* 2015, 25(10): 1909-16.
77. Van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RC, Winkens LH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite* 2016, 100: 216-24.
78. Osterhues A, von Lengerke T. Health-related quality of life, anxiety and depression in bariatric surgery candidates compared to patients from a psychosomatic inpatient hospital. *Obes Surg* 2015, 27: 2378-87.
79. Canetti L, Berry EM, Elizur Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: the mediating role of emotional eating. *Int J Eat Disord* 2009, 42: 109-17.
80. Konttinen H, Mannistö S, Sarlio-Lahteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite* 2010, 54(3): 473-9.
81. Kang C, Whittingham K. Mindfulness: A dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness* 2010, 1: 161-73.
82. Levey J, Levey M. Roots and shoots of mindfulness. *Subtle Energies Magazine* 2018, 28: 3.
83. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constr Hum Sci* 2003, 8(2): 73.
84. Kabat-Zinn J. Mindfulness. *Mindfulness* 2015, 6(6): 1481-83.
85. Ameli R, Sinaii N, West CP, Luna MJ, Panahi S, Zoosman M, Berger A. Effect of a brief mindfulness-based program on stress in health care professionals at a us biomedical research hospital: a randomized clinical trial. *JAMA* 2020, 3(8): e2013424-e2013424.

86. Aydın E, Bulut H. Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014, 13(1): 77-82.
87. Green N. Bariatric Surgery: An Overview. *Nursing Standard* 2012, 26(36): 48-56.
88. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, Vignaud M, Alvarez A, Singh PM, Lobo DN. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World J Surg* 2016, 40: 2065-83.
89. Nail J, Perioperative nursing care of the patient undergoing bariatric revision surgeryenhancing nursing care by crossmark understanding the bariatric patient's journey. *Aorn Journal* 2013, 97(2): 214.
90. Fencil JL, Walsh A, The bariatric patient: An overview of perioperative care, perioperative care of the bariatric patient. *AORN Journal* 2015, 102(2): 116-31.
91. Steyer NH, Oliveira MC, Gouvea MRF, Echer IC, Lucena ADF. Clinical Profile, Nursing Diagnoses And Nursing Care For Postoperative Bariatric Surgery Patients. *Rev Gaucha Enferm* 2016, 37(1): 1-8.
92. Aygin D, Açıl H. Morbid obezlerde bariatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(4): 604-13.
93. Dolgun E, Yavuz M. Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3(1): 85-92.
94. Usta E, Çavdar İ. Obezite Cerrahisinde (Bariatrik Cerrahi) Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2013, 2(2): 71-7.
95. O’Kane M, Parretti HM, Hughes CA, Sharma M, Woodcock S, Pupilampu T, Blakemore AI, Clare K, Sethi S, Barth JH. Guidelines for the follow-up of patients undergoing bariatric surgery. *Clin Obes* 2016, 6(3): 210-24.
96. Daniels J. Obesity. Ed. Dirksen L, Bucher H. Assesment and Management of Clinical Problems Nine edition, Canada. *Medsurg Nurs* 2014, 920-2.
97. Van Streim T, Frijters J, Bergers G, Defares P. The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional and external eating behaviour. *Int Jo Eat Disorder* 1986, 5: 295-315.

98. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı (DEPQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenirliğinin Sınanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2009.
99. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliliği. *Psikoloji Derg* 1989, 7(23): 3-13.
100. Wallace BA, Shapiro SL. Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *Am Psychol* 2006, 61(7): 690.
101. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, New York, Bantam Dell Publishing, 2013: 3-39.
102. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Therap* 2019, 48(6): 445-62.
103. Sala M, Shankar Ram S, Vanzhula IA, Levinson CA. Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta- analysis. *Int J Eat Disord* 2020, 53(6): 834-51.
104. Bamber MD, Morpeth E. Effects of mindfulness meditation on college student anxiety: A meta-analysis. *Mindfulness* 2019, 10(2): 203-14.
105. Anand U, Sharma MP. Impact of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Stress and Well-Being in Adolescents: A Study at a School Setting. *JACAM* 2011, 7(3): 73-97.
106. Zhou X, Guo J, Lu G, Chen C, Xie Z, Liu J, Zhang C. Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2020, 289: 113002.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu araştırma obezite cerrahisi sonrası hastaların değişen yeme davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından sorulara vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma sizin tedavi ve bakımınızı etkilemeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Mustafa KAVAK

Obezite cerrahi türü:

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 18-28 b) 29-39 c) 40-50 d) 51 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d) Ortaöğretim e) Yüksek okul ve üzeri

5. Gelir Durumunuz Nedir?

- a) gelir giderden az b) gelir gidere eşit c) gelir giderden fazla

6. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

7. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

8. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

9. Cevabınız Evet ise ne tür bir ameliyat?.....

EK 3. Hollanda Yeme Davranışları Ölçeği (DEBQ)

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1	Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?					
6	Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11	Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					

12	Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17	İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18	Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19	Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					

26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30	Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33	Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek hakkında karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

- (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4- (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime çok kızıyorum.
- (3) Kendimden nefret ediyorum.

7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 - (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 - (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8-** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
- 9-** (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10-** (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- (1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 - (2) Şimdi hep sinirliyim.
 - (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11-** (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- (1) Başkaları ile eskisinden daha az görüşmek konuşmak istiyorum.
 - (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 - (3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12-** (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 - (3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 13-** (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- (1) Daha yaşlanmışım çirkinleşmişim gibi geliyor.
 - (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
 - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-** (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
 - (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 - (3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15-** (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
- (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
 - (2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16-** (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17-** (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Artık hiç iştahım yok.
- 18-** (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
- (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
- (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
- (4) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.
- 19-** (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
- (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20-**(0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde değişme fark etmedim.
- (1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgileniyorum.
- (2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21-** (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- (1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- (2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
- (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK-5. Bilinçli Farkındalık Eğitim İçeriği

























EK-6. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Eğitim Sertifikası



**EK-7. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan
Onayı**



EK-8. Fırat Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni

