



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BARİATRİK CERRAHİ SONRASI TEKRAR AĞIRLIK
KAZANMIŞ KADINLARDA UYGULANAN SEZGİSEL YEME
MÜDAHALELERİNİN, VÜCUT AĞIRLIĞINA, BEDEN
ALGISINA VE YEME TUTUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

FATMA KAHRAMAN GÖK
DOKTORA TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kezban Esen Karaca Çelik

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Murat Baş

İSTANBUL-2025



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BARİATRİK CERRAHİ SONRASI TEKRAR AĞIRLIK
KAZANMIŞ KADINLARDA UYGULANAN SEZGİSEL YEME
MÜDAHALELERİNİN, VÜCUT AĞIRLIĞINA, BEDEN
ALGISINA VE YEME TUTUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

FATMA KAHRAMAN GÖK
DOKTORA TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Kezban Esen Karaca Çelik

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Murat Baş

İSTANBUL-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

30.07.2025

Fatma Kahraman Gök

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan onur duyduğum, doktora öğrenimim boyunca her konuda desteklerini esirgememiş bölüm başkanımız ve ikinci tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Murat Baş'a içten şükranlarımı sunarım. Doktora tezimde sezgisel yeme ile bariatrik cerrahiyi birleştirmem için beni yönlendirdiği ve böylece mesleğimde yeni ufuklara yelken açmama vesile olduğu için kendisine çok teşekkür ederim.

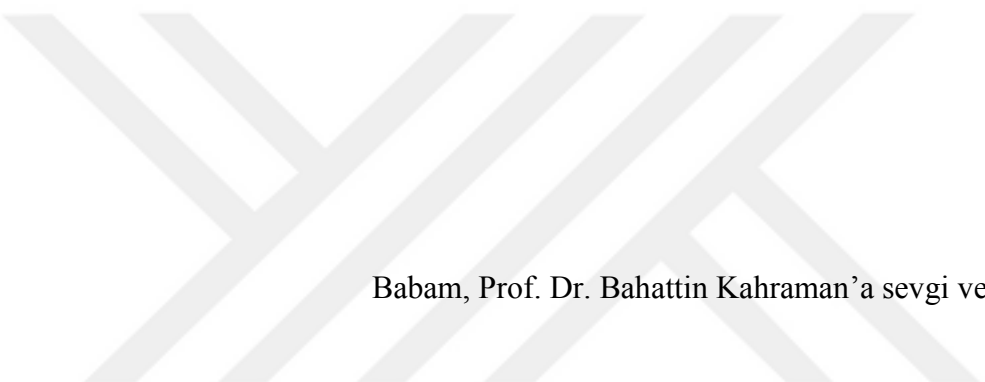
Bu tezi yazma sürecinde, ihtiyaç duyduğumda elimden tutarak şefkatle beni ayağa kaldıran, içten desteği ve yardımı ile yanımda olan tez danışmanım, canım hocam Doç. Dr. Kezban Esen Karaca Çelik'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Mentorluğunuz benim için çok değerli, iyi ki varsınız.

Lisans yıllarından beri yanımda olan ve tez sürecinde de beni destekleyen sevgili arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi M. Şeyma Deniz'e desteği için çok teşekkür ederim.

Hayat arkadaşım olarak sadece bu dönemde değil, her zaman, her anlamda, koşulsuz yanımda olan, bana benden çok inanan, canım sevgilim Ozan Gök'e sonsuz teşekkür ediyorum. Varlığı ve desteğine paha biçilmez, çok şanslıyım.

Annem Kadirye Kahraman'a karşılıksız sevgisi, desteği ve varlığı için teşekkür ederim. Her gün bilgisayar başında eş zamanlı çalışarak doktora tezlerimizi birlikte yazdığımız canım kardeşim Dr. Gülnihal Kahraman Altın'a hayatımda olduğu ve tez yazma motivasyonumun artmasındaki eşsiz katkısı için çok teşekkürler.

Son olarak, 2024 ayının ağustos ayında aniden kaybettiğim canımın içi babacığım, Prof. Dr. Bahattin Kahraman'a teşekkürlerin en büyüğünü sunuyorum. Son anına kadar aşkla eserler üretmeye devam etmiş bir bilim insanının kızı olmanın haklı gururu ve şükranının yanı sıra onu çok erken kaybetmenin tarifsiz üzüntüsünü kalbimde taşıyorum. Umarım huzurla dinlendiği mekânından görüyor ve bizler ile gurur duyuyordur. Bu araştırmayı babacığıma ve anısına armağan ediyorum. O'nu kelimelerin kiyafetsiz kalacağı düzeyde seviyor ve her geçen gün daha çok özlüyorum.



Babam, Prof. Dr. Bahattin Kahraman’a sevgi ve özlemle...

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Bariatrik Cerrahi.....	5
2.1.1 Prosedürler.....	7
2.1.1.1 Laparoskopik ayarlanabilir gastrik bant (LAGB).....	8
2.1.1.2 Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB).....	8
2.1.1.3 Duedonal switch'li biliopankreatik diversiyon (BPD/DS)	12
2.1.1.4 Laparoskopik sleeve gastrektomi – tüp mide (SG)	12
2.1.2 Obezite cerrahisi adaylarının beslenme beyanı.....	13
2.1.3 Obezite cerrahisine hazırlık süreci	13
2.1.4 Bariatrik cerrahi sonrası beslenme danışmanlığı.....	14
2.1.4.1 Bariatrik cerrahi sonrası beslenme tedavisi	15
2.1.5 Bariatrik cerrahi sonrası ağırlık kaybı	21
2.1.6 Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı	22
2.1.7 Bariatrik cerrahi sonrası diyet kalitesi.....	26
2.1.8 Bariatrik cerrahi ve yeme davranışı.....	27
2.1.8.1 Bariatrik cerrahiye aday kişilerde yeme davranışı	28
2.1.8.2 Bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışı	30
2.1.9 Obez bireylerde beden algısı	35
2.2 Sezgisel Yeme	37
2.2.1 Sezgisel yeme özellikleri.....	39
2.2.1.1 Koşulsuz yeme izni	40
2.2.1.2 Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlerle yemek	40
2.2.1.3 İçsel açlık ve tokluk ipuçlarına güvenmek	41
2.2.2 Sezgisel yemenin ilkeleri	41
2.2.2.1 Diyet zihniyetini reddedin.....	41
2.2.2.2 Açlığınızı onurlandırın.....	42
2.2.2.3 Yiyeceklerle barışın	42

2.2.2.4	Yiyecek polisine karşı çıkın	42
2.2.2.5	Tatmin faktörünü keşfedin.....	42
2.2.2.6	Tokluğunuzu hissedin	43
2.2.2.7	Duygularınızla yiyecekleri kullanmadan baş edin	43
2.2.2.8	Bedeninize saygı duyun.....	43
2.2.2.9	Egzersiz yapın: değişimi hissedin.....	43
2.2.2.10	Sağlığınızı onurlandırın	43
2.2.3	Literatürde sezgisel yeme	44
2.2.3.1	Sezgisel yeme ve cinsiyet	47
2.2.3.2	Sezgisel yeme ve bariatrik cerrahi	47
2.2.4	Beden ağırlığına odaklanmayan diğer beslenme yaklaşımları.....	50
3	GEREÇ VE YÖNTEM	52
3.1	Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	52
3.2	Araştırmanın Tipi, Yeri, Zamanı ve Örneklemi.....	53
3.2.1	SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.....	53
3.2.2	Sleeve gastrektomi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadın katılımcılar ile gerçekleştirilen sezgisel yeme müdahale çalışması	54
3.3	Araştırmanın Genel Planı	56
3.3.1	SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.....	56
3.3.2	Sleeve gastrektomi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadın katılımcılar ile gerçekleştirilen sezgisel yeme müdahale çalışması	56
3.4	Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	60
3.4.1	Antropometrik bilgiler	61
3.4.2	Demografik bilgiler	61
3.4.3	Tıbbi öykü ve vücut ağırlığı öyküsü	61
3.4.4	Sezgisel yemenin değerlendirilmesi	61
3.4.5	Yeme davranışı değerlendirilmesi.....	62
3.4.6	Yeme tutumu değerlendirilmesi.....	63
3.4.7	Beden algısının değerlendirilmesi	65
3.4.8	Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	65
3.4.8.1	SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.....	65
3.4.8.2	Sleeve gastrektomi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda sezgisel yeme müdahalesinin etkisinin incelenmesi	66
3.5	Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	66
4	BULGULAR	69
4.1	SYÖ-2'nin Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması	69
4.1.1	SYÖ-2'nin madde analizi.....	69
4.1.2	Yapı geçerliği	69
4.1.2.1	Açıklayıcı faktör analizi.....	69
4.1.2.2	Doğrulamalı faktör analizi	73
4.1.3	Güvenirlik	76

4.1.3.1	SYÖ-BC'nin güvenilirliğine ilişkin bulgular	77
4.1.4	Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına katılan bireylerin uyarlanan SYÖ-BC ölçeği verilerinin değerlendirilmesi	78
4.1.4.1	SYÖ-BC değerlerinin cinsiyete göre incelenmesi	78
4.1.4.2	SYÖ-BC puanlarının BKİ değerlerine göre incelenmesi.....	79
4.1.4.3	Katılımcıların geçirdikleri bariatrik cerrahi türü dağılımı.....	80
4.2	Sleeve Gastrektomi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadınlarda Sezgisel Yeme Müdahalesinin Etkisinin İncelenmesi.....	81
4.2.1	Katılımcıların demografik verileri.....	81
4.2.2	Katılımcıların antropometrik verileri	82
4.2.3	Katılımcıların bariatrik cerrahi öncesinde ve sonrasındaki vücut ağırlığı öyküsü	85
4.2.4	Katılımcıların hastalık durumu bilgileri.....	86
4.2.5	Katılımcıların yeme tutumlarına ilişkin bilgiler.....	87
4.2.6	Katılımcıların beden algısı düzeylerine ilişkin bilgiler	90
4.2.7	Katılımcıların sezgisel yeme düzeylerine ilişkin bilgiler	92
5	TARTIŞMA.....	101
5.1	SYÖ-BC Uyarlama Çalışması	102
5.1.1	SYÖ-BC geçerlilik ve güvenilirlik çalışması	102
5.1.2	Katılımcıların demografik ve antropometrik verilerinin değerlendirilmesi	108
5.2	Sleeve Gastrektomi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadınlarda Sezgisel Yeme Müdahalesinin Etkisinin İncelenmesi.....	109
5.2.1	Katılımcıların antropometrik verilerinin değerlendirilmesi.....	111
5.2.2	Katılımcıların yeme tutumlarına dair verilerin değerlendirilmesi.....	113
5.2.3	Katılımcıların beden algısı düzeylerine dair verilerin incelenmesi	116
5.2.4	Katılımcıların sezgisel yeme düzeylerine dair verilerin incelenmesi.....	117
6	SONUÇ	122
6.1	SYÖ-2'nin Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması	122
6.2	Sleeve Gastrektomi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadın Katılımcılar ile Gerçekleştirilen Sezgisel Yeme Müdahale Çalışması	124
7	KAYNAKLAR.....	129
8	EKLER	148
EK 1.	Aydınlatılmış Onam Formu	148
EK 2.	Etik Kurul Onayı.....	153
EK 3.	Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları.....	155
EK 4.	Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları	176
9	ÖZGEÇMİŞ	203

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ASMBS	Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği
Bar-BED	Bariatrik Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Bariatric Binge Eating Disorder)
BED	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder)
BIA	Biyoelektrik Empedans Analizi
BKI	Beden Kütle İndeksi
BN	Blumia Nervoza
BPD	Biliopankreatik Diversiyon
CKK	Kolesistokinin
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DSM – 5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EBW	Fazla Vücut Ağırlığı
EBWL	Fazla Vücut Ağırlığı Kaybı (Excess Body Weight Loss)
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ESG	Endoskopik Sleeve Gastrektomi
FDA	ABD Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration)
GLP-1	Glukagon Benzeri Peptit – 1
HRQOL	Health Related Quailty of Life
KAD	En İyi Kanıt Düzeyi
KYİ	Koşulsuz Yeme İzni (SYÖ-2 altölçeği)
LABS	Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery
LAGB	Ayarlanabilir Mide Bandı
LOC	Yeme Kontrolünü Kaybetme (Loss Control of Eating)
NASH	Non-alkolik Steatohepatit
NAYKH	Non-alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
NES	Night Eating Syndrome (Gece Yeme Sendromu)
OAGB	Tek Anastomozlu Gastrik Bypass
PEM	Protein Enerji Malnütrisyonu
PKOS	Polikistik Over Sendromu

PYY	Peptit YY
RYGB	Roux n-Y Gastrik Bypass
SADI	Tek Anastomozlu Duedonal- Ileal
SG	Sleeve Gastrektomi (Tüp Mide)
SOS	İsveçli Obez Denekler (Swedish Obese Subjects)
SYÖ-2	Sezgisel Yeme Ölçeği -2
SYÖ-BC	Sezgisel Yeme Ölçeği- Bariatrik Cerrahi
T2D	Tip 2 Diyabet
VGB	Vertikal Bantlı Gastroplasti
YF	Yeme Farkındalığı/Mindful Eating



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yaygın bariatrik cerrahi prosedürleri türleri	9
Şekil 2. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanma modeli.....	24
Şekil 3. Sezgisel yeme kabul modeli.....	39
Şekil 4. Sezgisel yeme temelli 6 haftalık protokolün akış şeması	57
Şekil 5. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli.....	75



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bariatrik cerrahi operasyonları açısından hastanın yönlendirilmesi için riskler, olumlu ve olumsuz yönler ve hedeflenen ağırlık kaybı karşılaştırması.....	10
Tablo 2. ABD’de 2011-2022 yıllarında yapılan bariatrik cerrahi sayılarının tahmini	11
Tablo 3. Bariatrik cerrahi sonrası diyet önerileri	17
Tablo 4. Bariatrik cerrahi operasyonları ağırlık kaybı üzerine etkisi.....	21
Tablo 5. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı ve yetersiz ağırlık kaybı nedenleri, prediktörleri, önlenmesi/ yönetim stratejilerinin özeti	25
Tablo 6. Araştırmanın birinci aşamasına dahil edilme ve dahil edilmeme kriterleri .	53
Tablo 7. Araştırmanın ikinci aşamasına dahil edilme ve dahil edilmeme kriterleri ..	55
Tablo 8. SYÖ-2 ölçeği sorularının puanlandırılması	62
Tablo 9. TFEQ-18 ölçeğinin 18. sorusunun puanlandırılması.....	63
Tablo 10. YTT-26 ölçeğinin B bölümündeki düz soruların puanlandırılması.....	64
Tablo 11. YTT-26 ölçeğinin B bölümündeki ters soru olan 26. sorunun puanlandırılması.....	64
Tablo 12. BAÖ ölçeğinin puanlandırılması	65
Tablo 13. SYÖ-2’nin Madde Analizi.....	71
Tablo 14. SYÖ-BC’ nin Faktör Analizi Sonucu Faktör Yükleri	74
Tablo 15. Her bir maddenin ait olduğu alt boyutla ilişkisi	76
Tablo 16. SYÖ-BC toplam ve alt ölçek puanları ile BKİ, YTT-26 ve TFEQ-R18 arasındaki korelasyon.....	77
Tablo 17. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	78
Tablo 18. SYÖ-BC ve alt ölçeklerinin cinsiyete göre incelenmesi	79
Tablo 19. Katılımcıların BKİ sınıflandırması	79
Tablo 20. BKİ sınıflandırılmasına göre SYÖ-BC ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	80
Tablo 21. Katılımcıların geçirdikleri bariatrik cerrahi türü dağılımı	81

Tablo 22. Müdahale ve kontrol gruplarının yaş ortalaması	81
Tablo 23. Müdahale ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin dağılımı	82
Tablo 24. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası vücut ağırlığı ve beden kütle indeksi ortalamaları.....	84
Tablo 25. Müdahale ve kontrol gruplarının, bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası antropometrik ölçüm değerleri	85
Tablo 26. Müdahale ve kontrol grubunun hastalık ve revizyonel cerrahi durumu dağılımı	86
Tablo 27. Müdahale ve kontrol gruplarının hastalıklarına ilişkin frekans dağılımı...	87
Tablo 28. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası YTT-26 ölçeği ve alt ölçeklerinin değerleri.....	89
Tablo 29. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası BAÖ ölçeği değerleri.....	91
Tablo 30. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçeklerinin değerleri.....	94
Tablo 31. Müdahale grubun araştırma sonundaki SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçek puanları ile yaş arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	95
Tablo 32. Müdahale grubunun araştırma sonundaki ağırlık farkı ile SYÖ-BC, alt ölçekleri, BAÖ, YTT -26 ve alt ölçekleri puanları arasındaki ilişki.....	97
Tablo 33. Müdahale grubunun araştırma sonundaki SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçekleri değerleri ile BAÖ, YTT-26 ve alt ölçekleri değerleri arasındaki ilişki.....	99
Tablo 34. Katılımcıların müdahale sonrası ağırlık farkının BAÖ ölçeği ve YTT-26 ölçeği ve alt ölçekleri değerleri arasındaki ilişki.....	100

ÖZET

Bariatrik Cerrahi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadınlarda Uygulanan Sezgisel Yeme Müdahalelerinin, Vücut Ağırlığına, Beden Algısına ve Yeme Tutumuna Etkisinin İncelenmesi

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde sezgisel yeme uygulamalarının etkisini inceleyen bu araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (SYÖ-2)'nin bariatrik cerrahi geçirmiş hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılmıştır. İkinci aşamada, 6 haftalık Sezgisel Yeme müdahalesinin, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda vücut ağırlığı, beden algısı ve yeme tutumu üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bireyler 2 gruba ayrılmıştır. 1. grup kontrol grubu, 2. grup müdahale grubudur. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadın katılımcılardan oluşan müdahale grubuna (n=31) 6 haftalık sezgisel yeme protokolü uygulanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında, antropometrik veriler başlangıçta ve müdahale sonrasında alınmış ve SYÖ-BC, Yeme Tutumu testi-26 (YTT-26) ve Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) yapılmıştır. 6 haftalık müdahale sonucunda, müdahale grubunda sezgisel yeme, yeme tutumu ve beden algısı açısından anlamlı sonuçlar saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol grubunda 6 hafta sonrasında vücut ağırlığında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda takip sonrası beden algısının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmanın sonuçları, sezgisel yemenin bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerde sezgisel yeme, yeme tutumu ve beden algısı üzerinde olumlu etkileri olan bir yaklaşım olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Bariatrik cerrahi, Sezgisel yeme, Beden algısı

ABSTRACT

Investigating the Effects of Intuitive Eating Interventions on Body Weight, Body Image, and Eating Attitudes in Women Who Have Regained Weight After Bariatric Surgery

This study examining the effects of intuitive eating practices on individuals who have undergone bariatric surgery consists of two stages. The first stage conducted the validity and reliability of the Intuitive Eating Scale-2 (IES-2) in a patient population who had undergone bariatric surgery. The second stage aimed to evaluate the effects of a 6-week Intuitive Eating intervention on body weight, body image, and eating attitudes in women who had regained weight after bariatric surgery. Individuals were divided into two groups. Group 1 was the control group, and Group 2 was the intervention group. A 6-week intuitive eating protocol was applied to the intervention group (n=31), which consisted of women who had regained weight after bariatric surgery. In the second stage of the study, anthropometric data was taken at baseline and after the intervention, and the IES-BC, Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), and Body Image Scale (BAS) were conducted. At the end of the 6-week intervention, significant results were found in the intervention group in terms of intuitive eating, eating attitudes, and body image ($p<0.05$). No significant difference in body weight was observed after 6 weeks in the intervention and control groups ($p>0.05$). Body image was found to be negatively affected in the control group at the end of the study ($p<0.05$). The study results demonstrated that intuitive eating is an approach that has positive effects on intuitive eating, eating attitudes, and body image in individuals who have undergone bariatric surgery.

Keywords: Bariatric surgery, Intuitive eating, Body image

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Literatürden elde edilen veriler göz önüne alındığında bariatrik cerrahi, diğer obezite tedavilerine (yaşam tarzı değişikliği ve farmakolojik tedavi) kıyasla morbid obez popülasyonda daha fazla ve daha uzun süre korunan ağırlık kaybı sağlamaktadır (1,2). Bariatrik cerrahi operasyonları sonrası uygulanan cerrahi operasyonun türüne bağlı olmaksızın tekrar ağırlık kazanımı görülmektedir. Yapılan çalışmalar tekrar ağırlık kazanımının ameliyat sonrası üçüncü yıldan sonra anlamlı şekilde arttığını göstermektedir. Tekrar ağırlık kazanımı ile ilgili faktörler çalışmalarda grazing (otlanma tarzı yeme davranışı), fiziksel aktivite eksikliği, kontrol edilmemiş psikolojik rahatsızlıklar olarak gösterilmektedir (3). Tekrar ağırlık kazanımı ile yeme tutumu ve beden algısı üzerine yapılmış çalışmalar kısıtlıdır. Bariatrik cerrahi operasyonları sonrası tekrar ağırlık alımı, komorbiditelerin gelişmesi ya da tekrarlaması, yaşam kalitesinin ve ameliyattan kaynaklı tatminin azalması ile ilişkilidir (4). Yapılan çalışmalarda kabul edilen tekrar ağırlık kazanımı kriterleri çeşitlilik göstermektedir. Bu durum ağırlık kazanımı oranı ve derecesi açısından çalışmalar arası karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir. Sleeve Gastrektomi (SG) operasyonu sonrası tekrar ağırlık kazanımı Roux N-Y gastrik bypass (RYGB) operasyonuna göre daha fazladır (5).

1995 yılında klinik diyetisyen, Tribole ve Resch tarafından geliştirilen sezgisel yeme, “zihin, beden ve gıdanın dinamik sürece entegre edilen uyumu” olarak tanımlanmaktadır (6). Sezgisel yeme, 10 ilkeden oluşmaktadır. Bu ilkeler; 1-) Diyet zihniyetini reddedin, 2-) Açlığınızı onurlandırın, 3-) Yiyeceklerle barışın, 4-) Yiyecek polisine karşı çıkın, 5-) Tatmin faktörünü keşfedin, 6-) Tokluğunuzu hissedin, 7-) Duygularınızla yiyecekleri kullanmadan baş edin, 8-) Bedeninize saygı duyun, 9-) Egzersiz yapın, 10-) Sağlığınızı onurlandırın.

Yapılan çalışmalar farklı yaş gruplarında (erken ergenlik, genç yetişkin, üniversite öğrencisi, yetişkin) sezgisel yeme ile beden kütle indeksi (BKİ) arasında negatif korelasyona dikkat çekmektedir (7–10). Çalışmalar Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (SYÖ-2) puanının, yeme tutumunda bozulma semptomatolojisi, blumia nevroza (BN) ve tıkınırcasına yeme davranışları ile negatif ilişkide olduğunu göstermektedir (11).

Sezgisel yemenin daha olumlu beden algısı üzerine etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bariatrik cerrahi ve sezgisel yeme üzerine yapılmış çalışmalar çok kısıtlıdır. Bariatrik cerrahide sezgisel yemeyi konu alan çalışmalarda SYÖ-2 ölçeği kullanılmış olsa da bu araştırmanın planlandığı tarihe kadar İngilizce ve Türkçe kaynaklarda, SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliğinin çalışıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yeme tutumunu değerlendiren ölçeklerin bariatrik cerrahi sonrası hastalarda psikometrik değerlendirmesini konu alan bir çalışmada incelenen ölçekler bariatrik cerrahi popülasyonda kullanım açısından uygun bulunmamıştır (12). Bu doğrultuda, SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın iki aşamadan oluşturmaktadır; ilk aşamada temel amaç, SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş hasta popülasyonunda geçerliğini ve güvenilirliğini test etmektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda var ise gerekli görülen değişiklikler var ise düzenlenerek SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi popülasyonunda uygulanabilir versiyonunu geliştirmektir. Araştırmanın ikinci aşamasında ise, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış olan kadınlar, sezgisel yeme temelli bir müdahale protokolü ile 6 hafta boyunca hem online grup toplantıları hem de online birebir diyetisyen görüşmeleri ile takip edilmiştir. İkinci aşamanın temel amacı; sezgisel yeme uygulamalarının, örneklem üzerinde ağırlık kaybı, beden algısı ve yeme tutumu üzerine etkisini değerlendirmektir.

Araştırmada “SYÖ-2, bariatrik cerrahi geçirmiş hasta popülasyonunda uygulanma hususunda geçerli ve güvenilir midir?” ve “Sezgisel Yeme uygulamaları bariatrik cerrahi geçirmiş ve ardından yeniden ağırlık kazanmış kadın hastalarda ağırlık kaybı, beden algısı ve yeme tutumu üzerine etkili midir?” sorularının yanıtları mercek altına alınmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Bariatrik Cerrahi

Bariatrik cerrahi prosedürleri, ilk olarak 1950’li yıllarda Jejuno-ileal Bypass ile uygulanmaya başlanmıştır. 1970’li yıllarda RYGB, Biliopankreatik diversiyon (BPD) ve farklı çeşitlerdeki gastropласти operasyonlarının gelişmesiyle beraber, gastrik zımbalama prosedürleri ile yer değiştirerek uygulanmaya devam etmiştir. Her ne kadar ameliyatlar anlamlı derecede ağırlık kaybı ile sonuçlansa da komplikasyon riski, invazivlik, ölüm riski ve uzun dönemli etkilerinin henüz bilinmemesi gibi nedenlerden dolayı bahsi geçen dönemlerde çok sık tercih edilmemiştir (13).

Son 30 yılda laparoskopik cerrahi teknolojileri ve tekniklerinin gelişmesi ile birlikte geliştirilen Ayarlanabilir Mide Bandı (LAGB) uygulamalarının yaygınlaşması sonucu güvenliğin artması, ameliyatların klinik etkilerinin dokümanite edilmesindeki artış ile beraber bariatrik cerrahi operasyonlarının uygulanma sıklığı dünya genelinde artış göstermiştir (13).

Bariatrik cerrahi sayesinde enerji alımı; kısıtlanma ve emilim bozukluğu olmak üzere iki şekilde azalmaktadır. Bariatrik cerrahi yöntemleri, ortaya çıkardıkları ana etkilere göre sınıflandırılabilir. Bu bağlamda bariatrik cerrahi yöntemleri “kısıtlayıcı” ve “kombine” (hem kısıtlayıcı hem de malabsorptif etkiye sahip olan) olarak iki ana sınıfta değerlendirilebilir. Bütün bariatrik operasyonlar en az bir etki bileşenini içerir. “Kısıtlanma”, tüketilen gıda miktarının ve günlük alınan kaloringin cerrahi operasyondan dolayı azalmasından kaynaklanmaktadır. Mide kapasitesinin küçültülmesi sonucu kişilerin tüketebilecekleri besin alımı kasten azaltılmış olur. Aslında neredeyse bütün bariatrik cerrahi operasyonlarında midenin kapasitesi azaltılır. LAGB ve SG ameliyatları, temel etki olarak mide kapasitesinin azaltılması ile ağırlık kaybı etkisi göstermesi nedeniyle kısıtlayıcı operasyonlara örnektir. Kombine operasyonlar ise (örneğin; RYGB ve BPD) gıda alımındaki kısıtlamanın yanı sıra ince bağırsağın bazı kısımlarının bypass edilmesi ya da yine ince bağırsağın belli bölümlerinin yemek, safra asitleri ve pankreatik sıvılardan ayrılması amacıyla tekrar

yapılandırılması neticesinde emilim bozucu etkilerin de ortaya çıktığı operasyonlardır (14).

Morbid obez popülasyonu için bariatrik cerrahi, uzun dönemli ağırlık kaybını sağlamak, beklenen yaşam süresini uzatmak, komorbid hastalıkların remisyonu ya da progresyonunda iyileşmeler sağlamak açısından güncel olarak en etkili, ayrıca sonuçlar bakımından diğer yöntemlere kıyasla en sürdürülebilir obezite tedavi yöntemidir (2,13).

2019 yılında güncellenmiş son bariatrik cerrahi klinik uygulama kılavuzuna göre bariatrik cerrahi endikasyonları aşağıda açıklanan şekilde tanımlanmaktadır (15).

- BKİ ≥ 40 kg/m² olan, obeziteye eşlik eden herhangi bir tıbbi problemi olmayan ve bariatrik prosedürlerin aşırı riskle ilişkilendirilmeyeceği hastalar bariatrik prosedürler için uygundur (Derece A; En İyi Kanıt Düzeyi (KAD)1)
- BKİ ≥ 35 kg/m² olan ve ağırlık kaybı ile tedavi edilebilecek bir ya da daha fazla obeziteye bağlı komplikasyona, tip 2 diyabet (T2D), yüksek T2D riski (insülin direnci, prediyabet ve/veya metabolik sendrom), kontrol edilmeyen hipertansiyon, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH)/ non-alkolik steatohepatit (NASH), obstrüktif uyku apnesi, diz veya kalça osteoartriti ve stres üriner inkontinans gelişmiş olan hastalar, bariatrik prosedür uygulanması açısından değerlendirilmelidir. (Derece C; En İyi Kanıt Düzeyi (KAD) 3). Çalışmalarda öne sürülen güçlü veriler ışığında, BKİ ≥ 35 kg/m² olan ve aşağıdaki hastalıklara sahip olan hastalar da bariatrik cerrahi açısından değerlendirilebilirler; ameliyat riskinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinin ardından obezite-hipoventilasyon sendromu ve Pickwickian sendromu, idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon, gastroözofageal reflü hastalığı, şiddetli venöz staz hastalığı, obezite nedeniyle oluşmuş hareket bozuklukları ve bozulmuş yaşam kalitesi (Derece C; En İyi Kanıt Düzeyi (KAD) 3).
- BKİ: 30-34,9 kg/m² olan ve obeziteye bağlı komorbiditesi olan bireylerde kalıcı ağırlık kaybı ve komorbidite iyileşmesi makul cerrahi dışı yöntemler ile sağlanamıyorsa uygun olan bireylere bariatrik cerrahi bir tedavi opsiyonu olarak

önerilebilir. Bu popülasyonda bariatrik cerrahi, cerrahi olmayan müdahalelerin başarısızlığından sonra değerlendirilmelidir (16). Ayrıca optimal yaşam tarzı müdahalesi ve ilaç tedavisine rağmen glisemik kontrolü yetersiz olan T2D hastalarında bariatrik prosedür düşünülmelidir; mevcut kanıtlar obezitenin yokluğunda bariatrik prosedürün önerilmesini desteklemek için yetersizdir. (Derece B; En İyi Kanıt Düzeyi (KAD) 2).

- Bariatrik prosedürler için BKİ kriteri etnik kökene göre uyarlanmalıdır (örneğin, Asyalılar için 18,5–22,9 kg/m² normal, 23–24,9 kg/m² aşırı kilolu ve ≥ 25 kg/m² obezite aralığı şeklinde sınıflandırılmaktadır (Derece D)).
- Klinik olarak anlamlı obeziteye bağlı komplikasyonları önlemek veya tedavi etmek için gereken ağırlık kaybı miktarının tıbbi tedavi ile yapılandırılmış yaşam tarzı değişikliğinin tek başına kullanılarak elde edilemediği durumlarda, sağlık ve yaşam kalitesi açısından en iyi sonuçları elde etmek için bariatrik prosedürler düşünülmelidir. (Derece B; En İyi Kanıt Düzeyi (KAD) 2).

İsveçli Obez Denekler (SOS) çalışması, bariatrik cerrahinin uzun vadeli etkilerini anlamak için çok önemli bir araştırmadır. Bu çalışmada 2010 morbid obez katılımcıya farklı bariatrik cerrahi prosedürleri uygulanmıştır: RYGB (%13), LAGB (%19), vertikal bantlı gastroplasti (VBG) (%68). Karşılaştırma açısından, kontrol grubundaki 2037 morbid obez katılımcı yaşam tarzı değişikliği tedavisi almıştır. 20 yıl boyunca devam eden araştırma sonucunda; 2,10,15 ve 20 yıl sonra ağırlık kaybı müdahale grubunda-%23, -%17, -%16 ve -%18, kontrol grubunda ise %0, %1, -%1, -%1 olarak tespit edilmiştir. Mortalite sonuçları açısından ise bariatrik cerrahi geçiren hastalarda daha az T2D, felç, miyokard enfarktüsü ve kanser vakası tespit edilmesinin yanı sıra metabolik iyileşmelerin de daha iyi olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca 10 yıl içinde cerrahi geçirmiş grubun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi önemli ölçüde iyileşmiştir (17,18).

2.1.1 Prosedürler

Güncel kılavuzlara göre ağırlık kaybı veya metabolik kontrol gerektiren hastalara LAGB, SG, RYGB, BPD, BPD/DS veya ilgili işlemler A sınıfı kanıt düzeyinde

uygulanabilir olarak belirlenmiştir. Bu operasyonların görselleri Şekil 1’de gösterilmiştir (19).

Hasta için en iyi bariatrik prosedür belirlenirken, hastanın özel hedeflerine, tedavi hedefine (metabolik kontrole veya kontrolsüz ağırlık kaybı), hasta tercihlerine, kişiselleştirilmiş risk faktörlerine ve mevcut yerel-bölgesel uzmanlar ve tecrübeleri göz önünde bulundurulmalıdır (19). Hastalar için en doğru bariatrik cerrahi yöntemini seçmek adına uygulanan prosedürlerin olumlu ve olumsuz yönlerinin karşılaştırıldığı önemli noktalar Tablo 1’de verilmiştir (15,20).

Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği (ASMBS) veri tabanındaki bilgilere göre açıklanan tahmini bariatrik cerrahi sayıları Tablo 2’de (21) verilmiştir. Bu sayılar açıkça ortaya koymaktadır ki; bariatrik cerrahi ameliyatlarının sayısı yıldan yıla artmaktadır. Aynı zamanda zaman içerisinde SG ameliyatlarındaki artış da dikkat çekmektedir. RYGB ameliyatları geçmişte altın standart olarak kabul edilip daha fazla tercih edilirken 2013 yılından itibaren SG ameliyatlarının sayısı RYGB ameliyatlarının sayısını geride bırakmıştır. 2022 verilerine göre SG operasyonu toplam gerçekleştirilen operasyon sayısının %57,4 ünü oluşturmaktadır (21).

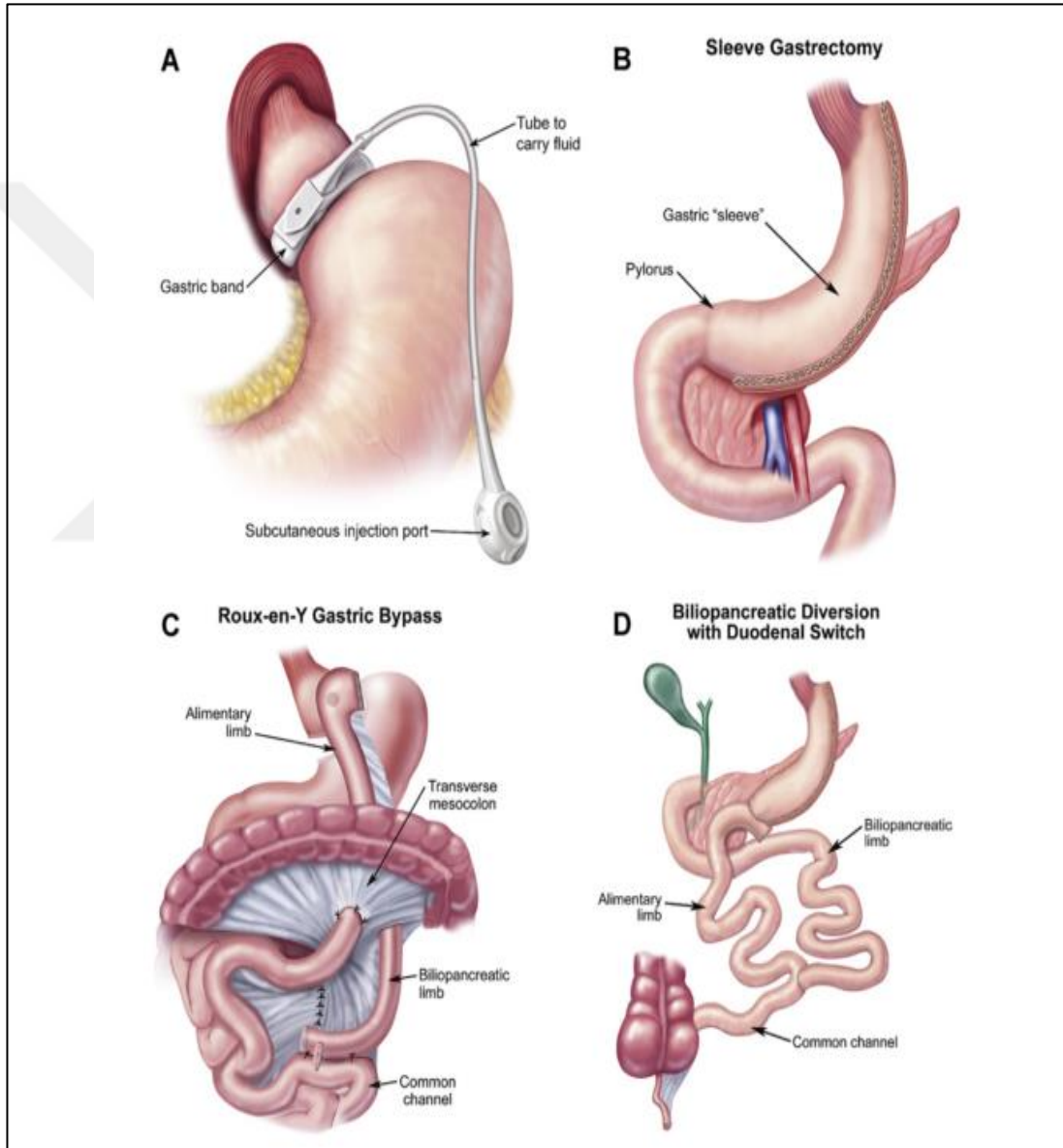
2.1.1.1 Laparoskopik ayarlanabilir gastrik bant (LAGB)

Bu prosedür ilk olarak 1993’te tanımlanmış olup açık gastrik bant yönteminden ilhamla ortaya çıkmıştır (22). Bu operasyonda balona benzer bir cihaz midenin başladığı, özofagusun bittiği noktanın yaklaşık 1 santimetre altına yerleştirilir (Şekil 1). Bu cihaz bir tüp ile subkutan porta bağlıdır. Bu port sayesinde gerekli durumlarda cerrah, bandın genişliğini ve gastrik volümü ayarlayabilir (23).

2.1.1.2 Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB)

RYGB ameliyatı ilk olarak 1960’lı yıllarda uygulanmaya başlamıştır. Ağırlık kaybı etkisinin malabsorbtif, kısıtlayıcı ve davranışsal unsurlarını birleştirmek için tasarlanmıştır. Ağırlık kaybı aynı zamanda gastrointestinal sistemdeki fizyolojik

değişikliklerden de etkilenir. Dumping sendromu, nöroendokrin yanıtlar da bu değişikliklere dahildir. Bu değişiklikler ağırlık kaybını etkiler ve yandaş hastalıkların iyileşmesinde rol oynar. RYGB'nin geçerliliği ilk kez 1990'lı yıllarda ortaya koyulmuştur (23). RYGB, yandaş hastalıkların remisyonu, etkili ağırlık kaybı ve düşük yeniden ağırlık kazanımı oranı nedeniyle bariatrik cerrahide altın standart olarak kabul edilmektedir (24).



Şekil 1. Yaygın bariatrik cerrahi prosedürleri türleri

Tablo 1. Bariatrik cerrahi operasyonları açısından hastanın yönlendirilmesi için riskler, olumlu ve olumsuz yönler ve hedeflenen ağırlık kaybı karşılaştırması

Bariatrik prosedürler	Hedeflenen ağırlık kaybı (%TBWL)	Olumlu yönler	Olumsuz yönler
LAGB	%20-25	- Anatomik değişiklik yok - Çıkarılabilir - Ayarlanabilir	- Yüksek eksplant oranı - Erozyon - Slip/Prolapse
SG	%25-30	- Uygulaması kolay - Anastomoz yok - Uzun dönemli komplikasyonu az - Tekrarlanabilir - Metabolik etki - Zorlu hasta popülasyonları için çok yönlü etki	- Sızıntıları yönetmesi zor 5 seneden uzun veri sayısı az %20-30 GÖRH
RYGB	%30-35	- Güçlü metabolik etki - Standardize teknik - Majör komplikasyon oranı <%5 - GÖRH için etkili - SG sonrası ikincil basamak olarak uygulanabilir	- Tekrar ağırlık kazanımı durumunda az sayıda kanıtlanmış revizyonel opsiyon - Marjinal ülser - İnternal hernia riski - Uzun dönemli mikronutrient eksiklikleri
BPD/DS	%35-45	- Çok güçlü metabolik etki - Kalıcı vücut ağırlığı kaybı - Çok yüksek BKİ’de olan hastalarda etkili - SG sonrası ikincil basamak olarak uygulanabilir	- Malabsorptif - Protein-enerji malnutrisyonu oranı %3-5 - GÖRH - İnternal hernia riski - Duedonal diseksiyon - Teknolojik olarak zorluk düzeyi yüksek - RYGB’ye kıyaslı mikronutrient eksiklik oranı yüksek

- Basamak: Optimum prosedür seçiminin temel belirleyicisi olan obeziteye bağlı komorbid hastalıkları azaltmak için yaşam tarzı ve ilaçlarla elde edilenin ötesinde kalıcı hedef ağırlık kaybı belirleyin
 - >%5–%10 ağırlık kaybı: T2D, dislipidemi, hipertansiyon, NAYKH, düşük testosteron, obstrüktif uyku apnesi, stres üriner inkontinans, Polikistik over sendromu (PKOS)
 - >%10–%15 ağırlık kaybı: metabolik sendrom, prediyabet, NASH, osteoartrit, GÖRH, depresyon (25).
- Basamak: Karar vermeyi etkileyebilecek diğer faktörleri tanımlayın: sürdürülebilirlik, yeme davranışları, cerrahın teknik becerileri, kardiyometabolik etkiler, önceki gastrointestinal cerrahi ve gastrointestinal hastalık geçmişi. “Olumlu” yönler, ilgili prosedürün seçimini kolaylaştıracak temel parametreleri gösterir. “Olumsuz” yönler, ilgili prosedürün seçimine karşı temel parametreleri gösterir.

Tablo 2. ABD’de 2011-2022 yıllarında yapılan bariatrik cerrahi sayılarının tahmini

Prosedürler	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
SG	160,609	152,866	122,056	152,413	154,976	135,401	125,318	105,448	99,781	75,359	57,090	28,124
RYGB	62,097	56,527	41,280	45,744	42,945	40,574	40,316	45,276	51,724	61,218	64,875	57,986
LAGB	2,500	1,121	2,393	2,375	2,660	6,318	7,310	11,172	18,335	25,060	34,946	55,932
BPD/DS	6,096	5,525	3,555	2,272	2,123	1,588	1,236	1,176	772	1,790	1,730	1,422
Revizyonlar	30,894	31,021	22,022	42,881	38,971	32,238	30,077	26,656	22,195	10,740	10,380	9,480
SADI	1,567	1,025	488	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OAGB	1,057	1,149	1,338	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diğer	6,189	7,339	1,221	6,060	5,847	5,606	5,665	6,272	193	4,833	1,979	5,056
ESG	4,600	2,220	1,500	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Balonlar	4,357	4,100	2,800	4,655	5,047	6,280	5,744	700	-	-	-	-
Toplam	279,967	262,893	198,651	256,000	252,564	228,005	215,666	196,700	193,000	179,000	173,000	158,000

ASMBS toplam bariatrik prosedür sayıları, mevcut verilerden (BOLD, ACS/MBSAQIP, Ulusal Yatan Hasta Örnek Verileri ve ayakta tedavi tahminleri) en iyi tahmine dayanmaktadır.

SG: Sleeve gastrektomi

RYGB: Roux-en-Y gastrik bypass

OAGB: Tek anastomozlu gastrik bypass

ESG : Endoskopik sleeve gastrektomi

SADI: Tek anastomozlu Duedonal-Ileal

2.1.1.3 Duedonal switch’li biliopankreatik diversiyon (BPD/DS)

1970’li yıllarda, malabsorpsiyon, etkili bir ağırlık kaybı aracı olarak değerlendirilmiş ve biliopankreatik diversiyon (BPD) tanımlanmıştır (26). Ardından 1993 yılında bu ameliyat yöntemine duedonal switch aşaması eklenmesi ile ameliyat prosedürü günümüzdeki şeklini almıştır (27). Güncel olarak yaygın uygulanan prosedürler arasında malabsorptif etkisi en yüksek olup, ameliyat sonrası özellikle beslenmeye dayalı komplikasyon riski en yüksek olan ameliyat yöntemidir. Duedonal switch ameliyatı sonrası en sık görülen komplikasyonlar: protein enerji malnütrisyonu (PEM), vitamin mineral eksiklikleridir (28,29).

2.1.1.4 Laparoskopik sleeve gastrektomi – tüp mide (SG)

SG prosedürü BPD/DS yönteminin ilk adımı olarak uygulanmaya başlanmıştır (23). Ancak sonrasında SG’nin tek başına da ağırlık kaybındaki etkisi anlaşılmıştır. SG operasyonunun teknik uygulamasının basitliği, alınan iyi sonuçlar, fizibilite ve komorbiditelere yönelik olumlu etkisi sayesinde popülaritesi zaman içerisinde artmıştır (30).

SG, yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanıp uzun dönemli sonuçlarına dair veri sunan araştırma makaleleri yayımlandıkça, RYGB ile karşılaştırıldığında SG, her hastada uygulanabilen, hemen hemen aynı yararlı sonuçlara sahip ve uzun vadeli komplikasyon riski daha az olan, daha güvenli ve daha hızlı bir operasyon olduğu anlaşılmıştır. Bu veriler doğrultusunda RYGB yerine SG altın standart prosedür olarak kabul edilmesi gerektiği fikrini öne süren araştırmacılar bulunmaktadır (31).

SG ameliyatında midenin büyük kûrvatür bölümünün neredeyse tamamı çıkarılır ve küçük kûrvatür tüpü kalır. Midenin fundus kısmı ve üst kısmı çıkarılır. Midenin kalan hacmi 150-200 cm³ kadardır (32).

Kısıtlayıcı özellikte bir obezite cerrahisi yöntemidir. Ancak yakın zamanda, hormonal sonuçlarının da olduğu anlaşılmaya başlanmıştır (33). Bunlar arasında

hızlandırılmış mide boşalması, ghrelin hormonunun azalması, glukagon benzeri peptit-1 (GLP-1), kolesistokinin (CCK) ve peptit YY (PYY) salgılarının artması ve böylece açlığın azalması ve tokluğun artmasına katkıda bulunulması yer alır (34).

SG, BKİ> 40 kg/m² ve BKİ> 35kg/m² olan ve eşlik eden hastalıkları olan hastalarda etkili bir tedavi olarak tanımlanmaktadır. Giderek artan veriler, BKİ <35 kg/m² olan metabolik sendromlu obez hastaların da SG ile olumlu sonuçlar alabileceğine işaret etmektedir (30,32).

2.1.2 Obezite cerrahisi adaylarının beslenme beyanı

Obezitenin beslenme yetersizlikleri ile ilişkili olduğu ve aday hastaların yetersiz beslenme belirtileriyle bariatrik cerrahiye başvurduğu bilinmektedir. Ameliyat sonrasında bu beslenme yetersizlikleri, gıda alımın azalması, sindirim bozukluğu, malabsorbsiyon ve belirli besin gruplarına karşı olası intoleranslar gelişmesi nedeniyle daha da kötüleşebilir (34,35).

Bariatrik ameliyatlara aday obez popülasyonda en sık görülen eksiklik D vitamini eksikliğidir, prevalansı bariatrik cerrahiye aday popülasyonda %97,5 ile %76 arasında değişmektedir. Diğer en yaygın eksiklikler folik asit, B12 vitamini ve demir eksiklikleridir (36,37). BKİ arttıkça D vitamini ve folik asit eksikliği görülme riski önemli ölçüde artar (38). Tez araştırmacısı tarafından 2018 yılında yayınlanmış yüksek lisans tezi kapsamında da yukarıdaki verilere paralel kabul edilebilecek sonuçlar elde edilmiştir. 229 kişinin dahil edildiği çalışmada, ameliyat öncesi saptanan vitamin – mineral eksikliği oranları şöyledir; D vitamini %87, demir %4,4, B12 vitamini %3,6, folik asit %3,6 (39).

2.1.3 Obezite cerrahisine hazırlık süreci

Bariatrik cerrahi alanında deneyimli bir diyetisyen, beslenme değerlendirmesi için ameliyat öncesi hastayla temasa geçmeli ve ameliyat sonrasında da devam etmek üzere hastaya beslenme eğitimi vermelidir (40). Obezite cerrahisi adaylarının alması gereken

bu eğitim, obezitenin nedenlerini ve komplikasyonlarını, hastanın geçireceği bariatrik cerrahi prosedürü hakkında detaylı bilgileri, yararlarını ve risklerini ve ağırlık kaybı için gerçekçi hedef belirlemeyi kapsamalıdır (A Sınıfı kanıt) (13,38). Hastanın ameliyat öncesi değerlendirmesi fizik muayene, hastanın tıbbi geçmişi ve uygun laboratuvar testlerini içermelidir (Derece A) (40).

Ameliyattan önceki 2 hafta boyunca kalori kısıtlaması ile en az 3 kg yağ kaybı, toplam vücut ağırlığının %10'u veya %5'i kadar fazla vücut ağırlığı kaybı (EBWL) kaybı karaciğer hacminde azalma ile bağlantılıdır (41). BKİ> 50 kg/m² olan ve daha yüksek risk taşıyan hastalar için karaciğer hacminin azaltılmasına yönelik bir ameliyat öncesi ağırlık kaybı için diyet önerilebilir. Bu ağırlık verme süreci, T2D'li obez hastalarda ameliyat öncesi glisemik kontrolünü destekleyebilir (19).

Diyetisyen tarafından ameliyat öncesinde tüm adaylara tıbbi beslenme tedavisi uygulanmalı ve bu tedavi süreci ameliyat sonrasında da devam ettirilmelidir. Tıbbi beslenme tedavisi dört adıma dayanmaktadır; beslenme değerlendirmesi, beslenme tanısı, beslenme müdahalesi ve izleme ve değerlendirme (42).

Çalışmalar, ameliyat öncesi ağırlık kaybı vermenin ameliyat süresini, komplikasyon riskini, ameliyat boyunca görülen kan kaybını ve hastanede kalış süresini azalttığını göstermiştir (42,43). Ameliyat öncesi ağırlık kaybının ameliyat sonrası ağırlık kaybıyla pozitif bağlantılı olduğunu gösteren veriler de mevcuttur (44).

Obezite cerrahisi adaylarında önemli mikro besin ögesi eksikliklerinin görüldüğü göz önüne alındığında, operasyon öncesi mikro besin düzeylerinin değerlendirilerek, gerekiyorsa hastaların gıda takviyesi ile desteklenmesi önerilmektedir (13,36,37).

2.1.4 Bariatrik cerrahi sonrası beslenme danışmanlığı

Ameliyat sonrasında gıdaların normal şekilde tüketilmesi zaman alır. Hasta ameliyat öncesinde olduğu gibi benzer miktarda besinleri tam olarak yeme ve içme kapasitesi ve kabiliyetine sahip değildir. Bu durum, temel olarak mide hacminin

azalmasının bir sonucudur. Ancak ameliyattan kaynaklı midedeki ödem azaldıkça ve midedeki iyileşmeyle birlikte tüketilebilen besin hacmi ve gıda toleransı artar (42).

Bariatrik cerrahi sonrası bu alanda hasta takip eden diyetisyenler, bariatrik ameliyatlar sonrası bu ve buna benzer durumları göz önünde bulundurarak hasta takibi yapmalıdırlar.

2.1.4.1 Bariatrik cerrahi sonrası beslenme tedavisi

Ameliyat sonrası sindirim sistemi organlarına cerrahi müdahale yapılması ve SG sonrası yüksek bulantı prevalansı nedeniyle beslenmede yavaş yavaş, sıvı besin formundan katı besin formuna geçiş önerilmektedir (45).

Çoğu kılavuz, ameliyat sonrası beslenmenin berrak sıvılarla başlayarak katı gıdaya geçişi sağlaması gerektiğini önermektedir. Temel noktalar benzer olsa da farklı ameliyat prosedürlerine bağlı olarak, ameliyat sonrası beslenme önerilerinde değişiklikler oluşabilir (40). Obezite cerrahisi sonrası beslenme yönetiminin ana odak noktası, yağsız vücut kütlelerinin onarılmasını ve korunmasını sağlamak için yeterli enerji ve besin alımının sağlanmasıdır. Hasta erken doyma, reflü ve dumping sendromuna neden olan yiyecekleri yememelidir. Ayrıca hızlı ağırlık kaybının sağlanması için kalori alımını yeterince düşük tutmak çok önerilmektedir (36,37).

Obezite cerrahisi prosedürleri için standartlaştırılmış bir beslenme programı yoktur. Öneriler prosedürlere ve hastaların toleransına göre farklılık gösterebilir. Bariatrik cerrahi sonrası önerilen kademeli sıvıdan katıya beslenme protokolü ve besin içeriği aşağıdaki Tablo 3'te özetlenmiştir (15).

Bariatrik cerrahi sonrası birincil beslenme odağı yeterli miktarda protein ve sıvı alımını sürdürmek olduğu için, belirtilen yağ ve karbonhidrat hedefleri ameliyattan sonra hastanın toleransı değerlendirilerek mümkün olan en kısa sürede karşılanmalıdır. Diyetin sıvıdan katıya doğru ilerlemesi, hastanın ihtiyaç ve toleransına göre diyetisyen

veya cerrah tarafından değerlendirilmelidir ve hastanın durumuna göre uyarlanabilir olduğu unutulmamalıdır (45).

Bariatrik cerrahi sonrası bazı besinlerin tolerasyonunda sorunlar görülebilmektedir. Et ve et ürünleri, tahıllar ve ekmeklerin tüketimi, LAGB, RYGB ve SG sonrası düşük tolerasyon ile ilişkilendirilebilir (46).



Tablo 3. Bariatrik cerrahi sonrası diyet önerileri

Öneriler	UpToDate: Postoperatif Beslenme Yönetimi (47)	2008 ASMBS Sağlık Beslenme Rehberi (48)	Bariatrik Cerrahi Perioperatif Bakım Rehberi: ERAS Derneği Tavsiyeleri (49)	Beslenme ve Diyetetik Akademisi Bariatrik Cerrahi El Kitabı, 2. Baskı (50)
Diyet İlerlemesi	Cerrah veya kuruma özgü; Aşama 1 ve 2: sıvılar ve hidrasyon - Berrak sıvı diyeti (kısa bir süre) - Tam sıvılar ve püre haline getirilmesi mümkün yiyecekler – protein kaynakları ve az miktarda karbonhidrat (ameliyattan sonra birkaç haftaya kadar) Aşama 3: Katı gıdalar; protein kaynaklarına, bazı karbonhidratlara ve liflere vurgu yapılır (ameliyattan sonra 10-14 gün) Aşama 4: Mikronutrient takviyesi (hasta stabil veya koruma vücut ağırlığına ulaştığında) Uzun vadeli diyet: - RYGB - tüm temel besinleri içeren dengeli bir diyet; olası ameliyat sonrası diyetler şunları içerebilir - My Plate - DASH Diyeti	Diyet Aşamaları: Berrak sıvılar (ameliyat sonrası 1-2 gün) - Şekersiz veya düşük şeker Tam sıvılar (ameliyat sonrası 10-14 gün) - Şekersiz veya düşük şeker Pürlenmiş (ameliyat sonrası 10-14 gün) - Blenderize edilmiş veya sıvı hale getirilmiş ve yeterli sıvılıkta olan yiyecekler Mekanik olarak değiştirilmiş yumuşak (ameliyattan sonra >14 gün) - Yapısı değiştirilmiş - Minimal çiğneme gerektiren - Doğranmış, öğütülmüş, ezilmiş ya da püre haline getirilmiş Normal dokulu gıdalar (Ameliyattan 6 - 8 hafta sonra)	Berrak sıvı yemek planı ameliyattan birkaç saat sonra başlatılır. Dengeli beslenme planı şunları içermelidir: Optimum lif tüketimi, kolon fonksiyonu ve fitokimyasal alımı için günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze Kalori alımını azaltmak ve dumping (RYGB) semptomlarını en aza indirmek için yoğun tatlılardan kaçının	Bariatrik hastanın postoperatif beslenme bakımı, ilk yıl boyunca iki ayrı aşamayı içerir: 0-3 ay 3 ay – 1 yıl Aşamalar genellikle şu şekilde açıklanır: - Aşama 1: Berrak Sıvı Diyeti – çok kısa süreli; ameliyat sonrası ilk gün (Postop 1 ve 2. gün) hastanede kullanılan bir diyet. Düşük kalorili, kafein, karbonat ve alkolden arındırılmış. - Aşama 2: Tam Sıvı Diyeti – Postop 2. ile Postop 3. günler arasında başlanır; yaklaşık 14 gün boyunca devam eder; berrak sıvılar + porsiyon başına 25 – 30 g protein içeren düşük şekerli tam sıvılar

Tablo 3. Bariatrik cerrahi sonrası diyet önerileri (devam)

Öneriler	UpToDate: Postoperatif Beslenme Yönetimi (47)	2008 ASMBS Sağlık Beslenme Rehberi (48)	Bariatrik Cerrahi Perioperatif Bakım Rehberi: ERAS Derneği Tavsiyeleri (49)	Beslenme ve Diyetetik Akademisi Bariatrik Cerrahi El Kitabı, 2. Baskı (50)
	Vejetaryen Kaynak Grubu • SG sonrası RYGB sonrası ile aynı ilerleme ve öneriler • LAGB- genellikle ameliyattan kısa bir süre sonra normal diyetle dönülür • Biliopankreatik diversiyon/duodenal switch – küçük, protein ve besinsel değeri açısından zengin, meyve, sebze, tam tahıllar ve omega-3 yağ asitleri içeren besinler. Konsantre şeker içeren yiyeceklerden kaçınma	Obezite cerrahisi prosedürlerinden sonra beslenme müdahalesinin amacı: • Ameliyattan sonra doku iyileşmesini desteklemek ve aşırı ağırlık kaybı sırasında yağsız vücut kütlelerinin korunmasını desteklemek için yeterli enerji ve besin. Yiyecek ve içecekler reflü, erken doyma ve dumping sendromunu en aza indirirken ağırlık kaybını ve vücut ağırlığını korumayı en üst seviyede sağlamalıdır.		• Aşama 3: Yumuşak Gıda Dokusu İlerlemesi – zamanlama ameliyat türüne göre değişir ve süre hastanın gıdalara verdiği tepkiye bağlıdır; protein içeren tam sıvıları yumuşak, yarı katı protein kaynaklarıyla (nemli, yumuşak, küp doğranmış, öğütülmüş veya püre haline getirilmiş) günde 3-5 kez, tolere edildiği şekilde değiştirin • Aşama 4: Normal Katı Gıda Diyeti
Sıvılar	Tüm diyet aşamalarında hastalara susuz kalmayı önlemek için yeterli sıvı tüketmeleri tavsiye edilmelidir.	Belirtilmemiş.	>1,5 L/gün	48 – 64 ons/gün • Kadınlar: 48 ons/gün • Erkekler: 64 ons/gün • Hedefin %50'si berrak sıvılarla karşılanmalıdır
Protein	Kadın – 46 g/gün Erkek – 56 g/gün Protein ihtiyacı: • Günlük kalori alımının %10- %35'ini oluşturmaktadır.	Kesin ihtiyaçlar henüz tanımlanmamıştır.	Günlük ortalama 60-120 gram olmalıdır.	Protein tüketimi için kılavuzlar Tanımlanmamıştır.

Tablo 3. Bariatrik cerrahi sonrası diyet önerileri (devam)

Öneriler	UpToDate: Postoperatif Beslenme Yönetimi (47)	2008 ASMBS Sağlık Beslenme Rehberi (48)	Bariatrik Cerrahi Perioperatif Bakım Rehberi: ERAS Derneği Tavsiyeleri (49)	Beslenme ve Diyetetik Akademisi Bariatrik Cerrahi El Kitabı, 2. Baskı (50)
	- Vücut ağırlığı koruma: Günde 0,8 – 1,2 gram/kg vücut ağırlığı - Aktif ağırlık kaybı: 1,2 g/kg vücut ağırlığı (BPD/DS günde 1,5 – 2,0 g/kg vücut ağırlığı gerektirebilir)			
Karbonhidrat	- Ameliyat sonrası erken dönem – 50 gram/gün - Diyet alımı arttıkça – 130 gram/gün	Belirtilmemiş.	Belirtilmemiş.	Belirtilmemiş.
Yağ	Günlük kalori alımının %20-%35'i; yağ alımının büyük kısmı doymamış yağlardan oluşmalıdır	Belirtilmemiş.	Belirtilmemiş.	Belirtilmemiş.
Davranış	- Yavaş yiyin - Yiyecekleri bolca çiğneyin - Doygunluğa ulaşır ulaşmaz yemeyi bırakın - Yiyecek ve içecekleri aynı anda almaktan kaçının - Basit şekerler günlük kalori alımının %10'undan daha azıyla sınırlandırılmalıdır	Kaçının/Geciktirin - Yoğun/konsantre tatlılar - Gazlı içecekler - Meyve suyu - Yüksek doymuş yağ, kızarmış yiyecekler - Yumuşak hamurlu ekmek, makarna, pirinç - Sert, kuru, kırmızı et - Kuruyemişler, patlamış mısır, diğer lifli yiyecekler	- Her gün birden fazla küçük öğün - Yiyecekleri aynı anda içecek içmeden iyice çiğnemek - Sıvıları yavaşça tüketmek	- Farkındalıkla yeme pratikleri (Mindful eating) uygulayın - Tüm yiyecekleri ağızda pürüzsüz olana kadar çiğneyin - Yiyeceklerin yapışmadan yutulabilecek kadar yumuşak ve nemli olduğundan emin olun - Yemekler sırasında sıvı içmeyin - Sıvı alımına devam etmeden önce yemekten sonra 30 dakika bekleyin

Tablo 3. Bariatrik cerrahi sonrası diyet önerileri (devam)

Öneriler	UpToDate: Postoperatif Beslenme Yönetimi (47)	2008 ASMBS Sağlık Beslenme Rehberi (48)	Bariatrik Cerrahi Perioperatif Bakım Rehberi: ERAS Derneği Tavsiyeleri (49)	Beslenme ve Diyetetik Akademisi Bariatrik Cerrahi El Kitabı, 2. Baskı (50)
		• Kafein • Alkol		• Yeterli protein, sebze ve meyveyi rahatça tüketebilene kadar eklemek, pirinç ve makarnadan kaçının
Diğer	Bir diyetisyen ile yakından takip	Diyetisyenin rolü, bariatrik cerrahi sürecinin hayati bir bileşenidir. Diyetisyenle takip edin.	Beslenme ve yemek planlama rehberliği, bariatrik cerrahiden önce ve ameliyat sonrası hastane süreci boyunca hastaya ve ailesine sağlanmalı ve sonraki ayakta hasta ziyaretlerinde devam etmelidir. Bir diyetisyene danışılmalı ve cerrahi prosedürün türüne göre protokole dayalı aşamalı bir diyet programı sağlanmalıdır.	Diyetisyen, ameliyat sonrası hastanın beslenme bakımından sorumludur ve hastanın ameliyat öncesi değerlendirilmesinden uzun vadeli takip, değerlendirme ve izlemeye kadar bakımın her aşamasında önemli bir rol oynar.

Sezgisel yeme uygulamaları da bariatrik cerrahi kılavuzlarında bahsedilen başlıklardan biridir. Ameliyat öncesi hastalara verilecek beslenme eğitimi başlıklarının arasında sezgisel yeme konseptine de yer verilmesinin önemi kılavuzlarca vurgulanmıştır. Ayrıca ameliyat sonrası yapılacak beslenme takibi görüşmelerinde, besin toleransını artırmak için sezgisel yeme yönlendirmelerinin, özellikle yeme farkındalığı pratiklerinin faydalı olabileceği önerisine de kılavuzlarda yer verilmiştir (40).

2.1.5 Bariatrik cerrahi sonrası ağırlık kaybı

Bariatrik cerrahi, morbid obez bireylerde cerrahi olmayan müdahalelerle karşılaştırıldığında, ağırlık kaybı, vücut ağırlığı koruma ve obeziteye eşlik eden hastalıkların remisyonu açısından en etkili yöntemdir (51). Geçmişte, malabsorptif prosedürler, ağırlık kaybı oranı restriktif prosedürlerden daha fazla olduğu için tercih edilmiştir. Ancak son zamanlarda, özellikle SG sonrası yapılan araştırmaların sonucu elde edilen veriler çoğaldıkça, SG ile RYGB'nin erken ve uzun dönem ameliyat sonrası sonuçları açısından benzerlikler ortaya çıkmıştır (52). SG'den bir ay sonra, EBWL %18 ila %30'u kabul edilebilir bir sonuç olarak görülmektedir (53). Ameliyat sonrası 3. ayın sonunda %37 ila %41, 6. ayın sonunda %54 ila %61, ameliyattan sonraki 1 yılın sonunda ise hastadan %58 ila %70 arasında EBWL beklenebilir (28,52,53). Bariatrik cerrahi operasyonlarının ağırlık kaybı üzerindeki muhtemel etkileri Tablo 4'te gösterilmiştir (13).

Tablo 4. Bariatrik cerrahi operasyonları ağırlık kaybı üzerine etkisi

Bariatrik Cerrahi- Ağırlık Kaybı Etkisi
Açlığın azalması, tokluğun artması
Tat duyusunun değişmesi
Gıda alımının kısıtlanması
Besinleri duodenuma yönlendirilmesi
Besinlerin emiliminin bozulması
Enerji harcanmasının artması
İğrenme etkisi- boşaltma, steatore, kusma

Bazı hastalar, SG'den 1 ila 2 yıl sonra istenilen ağırlık hedeflerine ulaşabilir ve günlük kalori alımlarını 1.000-1.200 kcal/gün seviyelerinde tutarak vücut ağırlıklarını koruyabilir (33). Ağırlık kaybı hedeflerine ulaşamayan hastalar için, bariatrik cerrahi kliniğindeki uzmanlarla ameliyat sonrası ek görüşme önerilmektedir (40).

Ameliyat sonrası için genel anlamda kabul görmüş ortak bir başarı kriteri bulunmamakla birlikte bu konu ile ilgili önerilen kriterler arasında farklılık görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde başarı kriteri olarak; fazla vücut ağırlığının (EBW) en az %50'sini kaybetmek ve bu ağırlık kaybını ameliyat sonrası en az 5 yıl korumak başarı kriteri olarak kabul edilebilmektedir (54,55).

Golzarand ve ark. yaptığı meta analize göre, uzun dönem EBWL yüzdesi ile takip süresi, cinsiyet, başlangıç BKİ, bougie (tüp genişliği) boyutu ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (56). Çalışmalar, bougie boyutunun uzun dönem ağırlık kaybı ile ilişkili olmadığını söylese de cerrahi kılavuzlar, optimal bougie boyutu olarak 32-36 Fr önermektedir (30). Bir yıllık takipte, daha iyi ağırlık kaybı sonuçları için daha küçük bougie boyutunun etkili olduğu görülmektedir (57).

2.1.6 Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı

Ameliyat sonrası verilen vücut ağırlığını korumak özellikle ameliyat sonrası 18-24 ayları itibariyle kayda değer bir problem haline gelebilmektedir. Sonuç olarak, yeme bozukluğu varlığı, sağlıklı alışkanlıkların eksikliği, fiziksel aktivite yapılmaması, yüksel alkol tüketimi, sigara kullanımı, anatomik olarak bariatrik cerrahi sonrası mideye adapte olmak için vücudun ortaya koyduğu mekanizmalar, cerrahi türüne göre gerçekleşen hormonal değişiklikler, ameliyat sonrası tekrar ağırlık kazanımını etkileyen bazı faktörler olarak değerlendirilebilir (58,59).

Bariatrik cerrahiden sonra yeniden ağırlık kazanımı yaygın bir problemdir. Hemen hemen her hastada ağırlık kaybı gerçekleşir, ancak uzun vadede ağırlık kazanımı; fiziksel aktivite eksikliği, diyet davranış değişikliğinin olmaması ve takip eksikliği gibi yaşam tarzı hatalarının bir işareti olabilir. Her ağırlık kazanımı kritik bir

ameliyat sonrası tekrar ağırlık kazanımına işaret etmeyebilir. Tekrar ağırlık kazanımı, bariatrik cerrahi sonucu açısından başarısızlık olarak kabul edilebilir. Ancak ameliyat sonrası yeniden ağırlık kazanımı için literatürde fikir birliğine varılmış bir tanım bulunmamaktadır. Ameliyat sonrası yeniden ağırlık kazanımı kriterleri, yapılan prevalans çalışmaları arasında farklılık göstermektedir (60). Tekrar ağırlık kazanımının kabul edilebilir düzeyi hakkında bir fikir birliği çok az olsa da hastalar genellikle herhangi bir ağırlık kazanımında kaygı ve başarısızlık hissi yaşarlar. Bu da suçluluk, utanç duyguları ve randevulara katılma isteksizliğine yol açmaktadır (15).

2024 yılında yapılan bir sistematik derlemede ve meta analiz çalışmasında, tekrar ağırlık kazanımı tanımı; ameliyat sonrası kaybedilen en yüksek vücut ağırlığının %10'undan daha fazlasının kazanılması ya da BKİ' de %4 ve üzeri artış olarak kabul edilmiştir. Bu kriterler altında 40 gözlemsel araştırma sistematik derlemeye dahil edilmiştir. Sonuç olarak 25,169 hastanın değerlendirildiği bu sistematik derleme ve meta analiz sonucuna göre hastaların %49'unun tekrar ağırlık kazandığı tespit edilmiştir. RYGB sonrası tekrar ağırlık kazanımının SG' ye göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bununla beraber ameliyat öncesi BKİ ve yaş faktörlerinin tekrar ağırlık kazanımında koruyucu birer faktör olabileceğine dikkat çekilmiştir (61). Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı ve yetersiz ağırlık kaybının muhtemel nedenleri, önleme/yönetme stratejileri hakkındaki bilgiler Tablo 5'te verilmiştir (62).

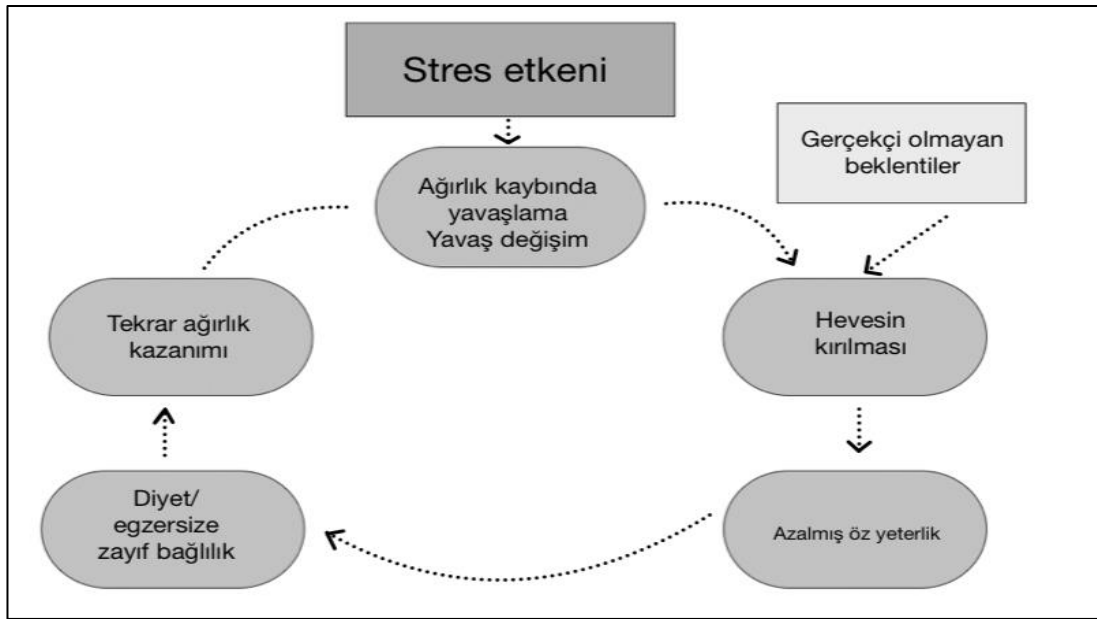
2021 yılında yayınlanmış 32 araştırmanın dahil edildiği bir sistematik derleme çalışmasında toplamda 7391 RYGB ve 5872 SG hastasının verileri tekrar ağırlık kazanımı ile ilintili faktörleri belirlemek için değerlendirilmiştir. Bu derlemenin sonucu olarak; tekrar ağırlık kazanımının ile ilişkili olduğu tespit edilen maladaptif yeme davranışları; otlanma tarzı yeme davranışı (grazing), kompulsif yeme, postoperatif tıknırcasına yeme bozukluğu, postoperatif otlanma tarzı yeme davranışı (grazing), duygusal yeme, porsiyon büyüklüğü ve yeme dürtüsü olarak listelenmiştir (63). Bariatrik cerrahi sonrası otlanma tarzı yeme davranışının tekrar ağırlık kazanımı üzerindeki etkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasında, çoğu kadın, bariatrik cerrahi geçirmiş 994 kişide, otlanma tarzı yeme davranışı (grazing) prevalansı %16,6-46,6 ve tekrar ağırlık kazanımı prevalansı ise %47 olduğu saptanmıştır (64).

ASMBS'nin güncel kılavuzunda Bariatrik cerrahi sonrası farmakolojik tedaviyi bırakmış tip 2 diyabet hastalarının hipergliseminin tekrarlanması ve özellikle yetersiz ağırlık kaybı ve/veya tekrar ağırlık kazanımı açısından yakından izlenmesi önerilmektedir (Öneri Derecesi B; Kanıt Düzeyi 2 [BEL-2]) (15).

Ameliyat sonrası ağırlık kazanımını önlemek için önerilen yöntemler arasında düzenli olarak vücut ağırlığını takip etmek ve besin günlüğü tutmak, düzenli beslenme takibine devam etmek gösterilmektedir (65).

Tekrar ağırlık kazanımı durumunda öncelikle kısa aralıklı takiplerle yürütülen beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite, davranış değişikliği müdahaleleri ve ardından uygunsa farmakolojik tedavisi ve/veya revizyonel cerrahi müdahaleleri önerilmektedir (Öneri Derecesi B; Kanıt Düzeyi 2 [BEL-2]) (15).

Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı, fizyolojik, sosyal, psikolojik birçok durumdan etkilenen ve bütüncül incelenmesi önemli bir fenomendir. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımını davranışsal ve düşünsel olarak açıklayan model Şekil 2'de sunulmuştur.



Şekil 2. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanma modeli

Tablo 5. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı ve yetersiz ağırlık kaybı nedenleri, prediktörleri, önlenmesi/ yönetim stratejilerinin özeti

	Açıklama
Tekrar ağırlık kazanımı ve yetersiz ağırlık kaybı nedenleri	
Hormonal/metabolik nedenler	Ghrelin artışı, peptit YY ve GLP-1 azalması. Bariatrik cerrahi sonrası hipoglisemi, leptinin rolü belirsizdir.
Diyet uyumsuzluğu	Artan kalori alımı, sürekli atıştırma, besin tüketim tercihleri, alkol alımı, yetersiz diyetisyen/beslenme takibi
Fiziksel aktivite eksikliği	Uyumsuzluk, sedanter yaşam tarzı, egzersiz yapmaya engel olan faktörlerin varlığı
Mental sağlığın etkisi	Depresyon, birden fazla psikiyatrik rahatsızlık durumu, tıknırcasına yeme bozukluğu, yeme kontrolünün kaybı.
Cerrahiye bağlı anatomik nedenler	<u>LAGB</u> : Mide kesesinin distansiyonu <u>SG</u> : Mide kesesinin dilatasyonu. <u>RYGB</u> : Mide kesesinin dilatasyonu, gastrojejunostomi stoma çıkışının genişlemesi, gastrogastrik fistül.
Tekrar ağırlık kazanımı ve yetersiz ağırlık kaybı prediktörler	Yaşlılık, erkek cinsiyet, daha yüksek preoperatif BKİ, mental sağlık sorunları, eşlik eden hastalıkların varlığı (T2D, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi) yetersiz ağırlık kaybı ve tekrar ağırlık kazanımı ile ilişkilidir.
Tekrar ağırlık kazanımı ve yetersiz ağırlık kaybını önleme/yönetme stratejileri	
Psikolojik	Bilişsel davranışçı terapi, kabul ve bağlılık temelli davranışsal müdahale, yaşam tarzı danışmanlığı.
Diyet/ beslenme	Diyetisyenle yapılan beslenme danışmanlığı görüşmeleri, yapılandırılmış diyet müdahalesi, uzun süreli takip
Farmakolojik	FDA onaylı: Fentermin, fentermin–topiramat genişletilmiş salınım, liraglutid, bupropion/naltrekson. Off-label: Metformin, topiramat, zonisamid, bupropion.
Revizyonel cerrahi (sadece yönetim amaçlı)	<u>LAGB sonrası</u> : SG, RYGB, BPD/DS operasyonları <u>SG sonrası</u> : RYGB, BPD/DS operasyonları <u>RYGB sonrası</u> : RYGB'nin distal varyantı (DRYGB) veya BPD/DS operasyonları veya mide kesesi ve anastomozunun revizyonu, mide bandı ile revizyon.

GLP-1: Glukagon benzeri peptit-1. **LAGB**: Laparoskopik ayarlanabilir mide bandı. **SG**: Sleeve gastrektomi. **RYGB**: Roux-en-Y gastrik bypass. **BPD/DS**: Duodenal switch ile biliopankreatik diversiyon. **FDA**: ABD Gıda ve İlaç İdaresi. **DRYGB**: Distal RYGB.

2.1.7 Bariatrik cerrahi sonrası diyet kalitesi

Bariatrik cerrahi sonrası diyet kalitesi, özellikle belirli yiyeceklerin tüketilmesinden dolayı gastrointestinal semptomlar yaşıyorsa, kötü etkilenebilir. Ameliyat sonrası gastrointestinal sistem zamanla uyum sağlarken gıda alımında artış bildirilmiş olsa da (66,67), cerrahiye bağlı anatomik değişiklikler nedeniyle besin maddelerinin malabsorpsiyonu devam edebilir. Genellikle, diyet kalitesindeki kısıtlamalar ve gıda intoleransları ameliyattan sonraki ilk yılda sorun yaratabilir. Bu alışma döneminden sonra, çoğu hasta tarafından dengeli bir beslenme düzeninin tolere edilmesi beklenir. Bazı yiyecekler, uzun vadede bile zorluk yaratmaya devam edebilir. Bu gıda intoleransları, belirli gıda gruplarından kaçınmaya neden olabilir ve bu da diyet kalitesini etkileyebilir (46,68). Diyet değişikliğinin kapsamı ve ilişkili beslenme sonuçları, prosedürler arasında değişebilir. Araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda, LAGB sonrası, SG ve RYGB prosedürlerine kıyasla daha fazla gastrointestinal semptom ve dolayısıyla gıda intoleransı saptandığına dair veriler mevcuttur (46,69). Bu durum, hastalar tarafından tüketilen uzun vadeli diyetin kalitesini etkileyebilir.

2020 yılında yayınlanan, 34 araştırmanın incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında (70), LAGB, RYGB ve SG geçirmiş kişilerin bariatrik cerrahiye bağlı diyet kalitelerini incelemek açısından değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, bariatrik cerrahi sonrası ilk yılda enerji alımında, ameliyat öncesi alınan enerjiye kıyasla yaklaşık %50-68 arasında azalma gözlemlenmiştir. Bir yıldan uzun süreli takip yürütülmüş araştırmalarda ise zaman içerisinde enerji alımının arttığı saptanmıştır. Makro besin tüketimini değerlendiren çalışmalar göz önüne alındığında, bariatrik cerrahi geçirmiş hastaların, ihtiyaçlarının altında protein tüketmeye yatkın oldukları saptanmıştır. Hastaların, alınan enerjiye oranla karbonhidrat alımının bazı çalışmalarda yüksek olduğu, enerji alımına oranla yağ tüketimlerinin fazla olduğu gözlemlenmiştir. Lif alımının ise bireysel ihtiyacın altında kaldığı belirtilmiştir. Mikro besin alımının önerilen miktarların altında kaldığı tespit edilirken özellikle D, E, C, B12, B1 ve bakır, çinko, kalsiyum ve demir alımına dikkat çekilmiştir. Özellikle besin intoleransı nedeniyle ameliyat sonrası erken dönemde belli besin gruplarının

tüketiminin azaldığı, ancak zamanla intoleransın azalması ile bu grupların tekrar tüketilmeye başlandığı belirtilmiştir. Ek olarak, bariatrik cerrahi sonrası görülen, kusma, mide bulantısı, hıçkırık, dumping sendromu gibi gastrointestinal semptomların da diyet kalitesini negatif anlamda etkilediğine dikkat çekilmiştir (70).

2.1.8 Bariatrik cerrahi ve yeme davranışı

Yeme davranışını incelerken öncelikle konu ile ilgili kavramları ve tanımlarını belirleyip farklarını vurgulamak önemlidir. Bu bağlamda uzmanların öncelikle normal yeme davranışı kavramına hâkim olmaları gereklidir.

Normal yeme, sağlıklı yiyeceklerin tüketilmesini, vücudun ihtiyaçlarını karşılayacak kadar besin ve kalori içeren çeşitli ve dengeli besinlerin alınmasını ve yiyeceklere karşı olumlu bir tutumu içerir (yiyeceklerin “iyi” veya “kötü”, “sağlıklı” veya “şişmanlatıcı” olarak etiketlenmesi, suçluluk ve kaygı duygularına yol açabilir). Normal yeme, yalnızca sağlık ile değil, aynı zamanda kabul edilebilir sosyal davranışlarla da ilgilidir ve hem esnek hem de tatmin edicidir. Hastaların da rahat bir şekilde kendileri ile ilişkilendirebileceği normal yeme tanımı, “... esnektir ve açlığınıza, günlük programınıza, yiyeceklere yakınlığınıza/ulaşabilmenize ve hislerinize göre değişkenlik gösterir.” Normal yeme, dalgalıdır ve bireylerin bunun farkında olması önemlidir (71).

Bozulmuş yeme davranışı, “... basit diyetlerden klinik yeme bozukluğuna kadar yemeye ilgili sorunların tüm yelpazesini” içerir. Bozulmuş yeme davranışları, telafi edici davranışlar, tıknırcasına yeme, yiyecek kısıtlaması ve ağırlık kaybı veya kontrol etmede yetersiz diğer yöntemler gibi, yeme bozukluğu tanısı için elzem tüm kriterleri karşılamak için gerekenlerden daha az sıklıkta veya daha az şiddetli olan sorunlu yeme davranışları olarak tanımlanabilir. Bozulmuş yeme davranışlarının gelişimi biyopsikososyal çok faktörlü modellerle açıklanmaktadır ve beden imajı kaygısı gibi bazı temel semptom boyutlarına sahip çok yönlü bir yapı olarak görülmelidir. Her ne kadar psikiyatrik rahatsızlıklar olmasa da kişilerin sağlığını ve hayat kalitesini derinden etkileyen durumlar olduğu için dikkatle ele alınmalıdır (72).

Yeme bozuklukları ise, yeme davranışlarında şiddetli ve kalıcı rahatsızlık ve buna bağlı sıkıntılı düşünce ve duygularla karakterize davranışsal psikiyatrik tanı gerektiren durumlardır. Kişileri, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevleri etkileyen, kişilerin hayat kalitesini düşüren sağlık sorunlarıdır. Yeme bozuklukları genellikle yemek, ağırlık veya beden şekli ile veya yemek yemeye veya belirli yiyecekleri yemenin sonuçlarıyla ilgili endişelerle ilişkilidir (73).

Batı ülkelerinde yapılan çalışmaların değerlendirildiği 2022 tarihli bir derlemede, genç kadınların %5,5-17,9'u ve genç erkeklerin %0,6-2,4'ü erken yetişkinlikte bir mental bozuklukların tanısal ve sayısal el kitabı (DSM-5) kriterlerine uyan bir yeme bozukluğu yaşadığı belirtilmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu kadınların %0,6-6,1'i ve erkeklerin %0,3-0,7'si tarafından, diğer belirtilen beslenme veya yeme bozuklukları kadınların %0,6-11,5'i ve erkeklerin %0,2-0,3'ü tarafından ve belirtilmemiş beslenme veya yeme bozuklukları kadınların %0,2-4,7'si ve erkeklerin %0-1,6'sı tarafından bildirilmiştir (74).

Her ne kadar obezite bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmasa da, enerji harcamasına kıyasla aşırı yemek tüketimi, tıkınırcasına yeme (binge eating) ve gece yeme sendromu (NES) gibi çeşitli problemli yeme davranışlarının obeziteye neden olabileceği belirtilmiştir (75).

Bozulmuş yeme davranışı gelişme riskinin arttığı morbid obez bireyler söz konusu olduğundan, bariatrik cerrahi öncesi yeme davranışına odaklanmak, ameliyat sonrası konuya eğilme gerekliliği kadar önemlidir.

2.1.8.1 Bariatrik cerrahiye aday kişilerde yeme davranışı

Bariatrik cerrahi adayları, genel popülasyondaki bireyler (76,77) ve cerrahi olmayan tedavileri arayan bireylerle karşılaştırıldığında, daha yüksek oranlarda bozulmuş yeme davranışı ve yeme bozuklukları yaşamaktadır (78). Ayrıca, bariatrik cerrahi adayları, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde (HRQOL) belirgin azalmalar (79) bildirmekte, vücut ağırlıklarına ve vücut şekillerine daha fazla odaklanmakta (80,81)

ve çevrelerinden gelen beden ağırlığı ile ilişkili damgalanma (stigmatizasyon) deneyimlemektedir (82). Bu damgalanma, yeme bozukluğu semptomlarını şiddetlendirebilir (82) ve stres kaynaklı fizyolojik süreçlerin aktive olması yoluyla ağırlık kazanımına yol açabilir (83). Örneğin, tatlılar ve yağlar gibi yüksek kalorili yiyeceklerin tüketimi, tıknırcasına yemeye neden olacak fizyolojik cevaplara neden olabilir (84). Bu bağlamda, daha fazla sağlıklı fonksiyon bozukluğu olan ve tıknırcasına yeme gibi bozulmuş yeme davranışlarına sahip bireylerin, cerrahi olmayan ağırlık kaybı yöntemlerinden ziyade bariatrik cerrahiye başvurması şaşırtıcı değildir. Bu bireyler, fiziksel ve psikososyal komorbiditelerini hafifletmek için daha hızlı ve sürdürülebilir ağırlık kaybı elde etmek istemektedir.

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder - BED), bariatrik cerrahi adayları arasında en yaygın görülen yeme bozukluklarından biridir. Bariatrik cerrahi alanında en geniş örneklem sayılı ve uzun süreli takiple yürütülen araştırmalardan biri olan LABS-3 çalışması (85), bariatrik cerrahiye aday hastaların %10'unun BED için tam tanı kriterlerini (DSM-5 tanı kriterlerine göre (80)) karşıladığını ortaya koymuştur. Bu oran, genel popülasyonda BED prevalans oranlarından (%1,2 civarı) (76) önemli düzeyde yüksektir. Ek olarak bu sayıları değerlendirirken, bariatrik cerrahi adaylarının, cerrahi için uygun görülmemeye korkusuyla semptomlarını genellikle olduğundan az bildirme ve minimize etme eğiliminde olmaları da göz önünde bulundurulmalıdır (86).

2019 yılında yapılan bir literatür derlemesinde ise BED prevalansını ameliyata aday bireylerde araştıran çalışmalar değerlendirilmiş ve %2-53 gibi çok geniş bir aralıkta sonuçların bulunduğunu işaret etmiştir. Bu geniş aralık; örneklem sayısının azlığı, çalışmaların yönteminde BED için kullanılan tanım kriterlerinin farklılığından kaynaklanabileceğine dikkat çekilmiştir (87). BED tanısına sahip çoğu hasta, bir yeme bozukluğu veya problemli yeme davranışları için tedavi aramaktan ziyade obezite tedavisi için cerrahiye başvurmaktadır (81).

Ameliyat öncesi BED prevalansı hakkında rapor veren çok sayıda çalışmaya rağmen, ameliyat öncesi BED ile ameliyattan sonra daha az ağırlık kaybı sonuçları

arasındaki ilişki konusunda bir fikir birliğine henüz varılamamıştır. BED'in ağırlık kaybını tehlikeye atabileceğini veya yeniden ağırlık kazanımı riskini artırabileceğini gösteren çalışmalar vardır (88). Dahası, bazı çalışmalar BED'i olan obez bireylerin daha şiddetli obeziteye (89), daha kötü cerrahi sonuçlara (90), daha yüksek oranda ruhsal şikayetlere (depresyon, bipolar ve anksiyete gibi) ve BED obez olmayan kişilere göre daha kötü yaşam kalitesine (91) sahip olma eğiliminde oldukları için özel müdahalelere ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir.

Ayrıca ASMBS'nin 2019 da yayınladığı, güncellenmiş son kılavuzda; preoperatif BED'nin yanı sıra gece yeme sendromu, telafi edici davranışlar, anoreksiya nervroza (AN) ve bulimia nervroza (BN) ve benzeri yeme bozukluğu/bozulmuş yeme davranışlarının RYGB ve SG sonrası daha az ağırlık kaybı ile ilişkilendirildiğini, ancak bu hastaların tek başına yaşam tarzı müdahalesi uygulayan BED'li obez bireylere nazaran yine de bariatrik cerrahi sonrası daha fazla vücut ağırlığı kaybettikleri belirtilmiştir. Postoperatif süreçte, davranışsal terapi, diğer psikolojik destekler, hastaların eşlerinin de sürece dahil olması gibi faktörlerin ameliyat sonucu açısından pozitif belirleyiciler olduğu ve bu sebeple tavsiye edildiği belirtilmektedir (15). Tedavi edilebilir bir bozukluk olarak, BED'in erken teşhisi, anormal yeme alışkanlıklarının tedavisiyle birlikte bariatrik cerrahi düşünülmenden önce rutin tıbbi görüşmelere entegre edilmelidir.

Diğer patolojik yeme davranışlarının bariatrik cerrahi popülasyonda daha yaygın görüldüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur. Çalışmalara göre, gece yeme davranışı hastaların %9-%55'inde tespit edilmiştir (92) ve bağımlılık benzeri yeme davranışları görülme oranı %25'e kadar gözlemlenmiştir (93,94). Ayrıca bir çok bozulmuş yeme davranışının temelinde bulunan dürtü kontrolünün eksikliği, ileri obeziteye sahip kişilerde görülen aşırı ağırlık kazanımına katkıda bulunabilir (72).

2.1.8.2 Bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışı

Birçok çalışma, ameliyat sonrası yeme bozukluklarının ve sorunlu yeme davranışlarının, bariatrik cerrahi geçiren hastalarda yeterli ağırlık kaybı sağlama ve

sürdürmede önemli bir engel teşkil edebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, bariatrik cerrahinin sonuçları, genellikle anlamlı derecede başarı sağlasa da bu başarı sınırsız değildir; hastaların %20 ila %30'u (95), ameliyattan sonraki ilk yıllarda yetersiz ağırlık kaybı deneyimi veya önemli ölçüde yeniden ağırlık kazanımı yaşamaktadır. 2024 yılında yapılan bir sistematik derlemede ve meta analiz çalışmasının sonucuna göre hastaların %49'unun yeniden ağırlık kazandığı tespit edilmiştir (61). Bu rakamın ciddiyeti bariatrik cerrahi sonrası sürecin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, bariatrik cerrahi geçiren hastalar hem kısa vadeli hem de uzun vadeli malnutrisyon riskine sahiptir (96).

Tüm bu sonuçlar muhtemelen hem fizyolojik süreçleri hem de davranışsal ve psikolojik faktörlerden etkilenir. Kanıtlar, ameliyat öncesi psikososyal durum ve psikolojik işleyişin, yetersiz ağırlık kaybına, beslenme eksikliklerine veya ameliyat sonrası psikososyal strese katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir. Birkaç çalışma, ameliyat öncesi psikopatoloji varlığının yetersiz ağırlık kaybı, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve psikososyal olumlu sonuçlarda sınırlanmayla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir.

Ameliyat sonrası ilk yıl gözlemlenen, yeme psikopatolojisindeki düşüş genellikle bariatrik cerrahi ile ilişkilidir. Yeme bozuklukları, bariatrik cerrahiye aday hastalarda sıklıkla gözlenir ve bu hastalar ameliyattan sonra iyileşme göstermeye yatkındırlar. Daha spesifik olarak, ameliyattan sonraki ilk yıl içinde, nesnel tıknırcasına yeme atakları ortadan kalkma eğilimindedir (97,98). Ancak, birçok çalışma, disfonksiyonel yeme davranışlarının tekrarlamasının bu ilk yıldan sonra meydana gelebileceğini öne sürmektedir (98,99). Bariatrik cerrahiden sonra, tekrar ağırlık kazanma riski yaşam boyu devam eder. Morbid obez bir grup hastanın RYGB sonrası takip edildikleri bir araştırmada, kayda değer yeniden ağırlık kazanımının öngörücüleri olarak, diyet dürtülerinde artış, ameliyat sonrası psikolojik iyilik halinde ciddi azalma, alkol veya uyuşturucu kullanımıyla ilgili sorunlar gibi, davranışsal faktörlerin düzenleyici bir rol oynayabildiğine dikkat çekilmiştir. Bu nedenle, hastaların kendi kendini izleme stratejilerinin kullanımına teşvik edilmesi, tekrar ağırlık kazanımında koruyucu bir rol oynayabilir (100).

Bariatrik cerrahi, hastaların büyük miktarlarda yiyecek tüketme kapasitelerini etkileyebilecek anatomik ve fizyolojik değişiklikler yaratır. Bununla birlikte, literatürde yeme bozukluklarının gelişimi ve sorunlu yeme davranışlarının ameliyat sonrası başlangıcı da bildirilmiştir (75,101). Ameliyat sonrası anatomik ve fizyolojik değişiklikler hastaların diyetini ve yeme davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Hastalar, yeme kontrolünü kaybetme gibi yeni işlevsel olmayan yeme davranışı biçimleri geliştirebilirler. Hasta tarafından algılanan kontrol kaybı hissi ile karakterize olan tıknırcasına yeme ataklarını takiben olumsuz duygusal deneyimler ve suçluluk duygusu görülür. Bu ataklar, nesnel olabileceği gibi aynı zamanda öznel de olabilir; yani büyük miktarda yemek tüketilmeden de meydana gelebilir (88). Bariatrik cerrahi adaylarında DSM-5 kriterlerine göre değerlendirilmiş (80) BED yaygınlık oranları %2 ile %53 arasında değişmekte olup, araştırma kullanılan yöntemle (klinik görüşme veya kişisel bildirim anketleri) ilgili farklılıklar bulunmaktadır (87). Buna rağmen bariatrik cerrahi geçirmiş kişileri değerlendirmeye alan çalışmalarda DSM-5 kriterlerine göre değerlendirilecek, bariatrik cerrahi sonrası BED prevalansı %0 ile %10,3 olarak saptanmıştır (102). Dahası, subjektif yeme kontrolünü kaybetme prevalansı, %6 ile %64 arasında değişmektedir (103). 12 aylık bir takip çalışmasında, BED, NES (80) ve kontrolsüz yemek tüketimi ameliyattan sonra azalırken, ameliyat öncesi BED'li hastaların yeme düzenlerini değiştirerek, hacim olarak daha küçük ancak sıklığı artan öğünler yemeye başladıkları belirtilmiştir (104).

Bu durumun muhtemel nedeni olarak, bariatrik cerrahi sonrası aşırı miktarda yemek, stoma tıkanıklığı, gerilme, mide poşunun delinmesi veya yırtılması ve dumping sendromu dahil olmak üzere tıbbi komplikasyon riskini artırdığı için fiziksel olarak zararlı olabilir. Bunun yanı sıra, ameliyat geçiren kişiler, fazla miktarda yemeyi denediklerinde, midelerinden gelen aşırı tokluk hissi ve sonrasında mide bulantısı ve kusma yaşama deneyimi yaşadıklarından, fazla miktarlarda yemekten kaçındıkları için gün içerisinde küçük miktarlarda ve sık sık yemek tüketmeye yöneliyor olabilirler (105).

2017 yılında Ivezaj ve arkadaşları (106) bariatrik cerrahi sonrası BED tanısı için DSM-5 kriterlerinin yetersiz olduğunu belirtmiş ve ilk defa Bariatrik Tıknırcasına

Yeme “Bar-BED” tanımını geliştirmişlerdir. Bar-BED; DSM-5 teki BED tanı kriterlerini “aşırı derecede büyük porsiyon” kriteri dışında sağlanması olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda bariatrik cerrahi sonrası 4.-9. aylar arasında bulunan 71 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, sadece yeme kontrolünü kaybetme (LOC) oranı %49,3 iken, Bar-BED oranı %50,7 olarak saptanmıştır.

Sadece LOC görülen gruba nazaran, Bar-BED grubunun ameliyat sonrası 6. ay ağırlık kaybının daha düşük ve yeme bozukluğu patolojisinin daha yüksek olduğu da belirtilmiştir. Yine bu çalışmada, bariatrik cerrahi sonrası ortalama 4. ayda LOC ortaya çıkmaya başladığı da not düşülmüştür (106).

Yine Ivezaj ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği başka bir çalışmada ise, SG sonrası, 431 katılımcı, BED, Bar-BED, LOC ve herhangi bir kriteri sağlamayan olarak 4 ayrı gruba ayrılmıştır. Yapılan değerlendirmede Bar-BED ve BED grupları yeme bozukluğu psikopatolojisi ve depresyon açısından diğer gruplardan daha yüksek bulgulara sahip olmakla birlikte, birbirleri ile benzer sonuçlar göstermiştir (107).

12 bariatrik cerrahi geçirmiş hastanın DSM-5 kriterlerine göre değerlendirildiği farklı bir vaka çalışmasında ise; 3 kişi tıknırcasına yeme/ telafi edici AN, 3 kişi kısıtlayıcı AN, 4 kişi, normal vücut ağırlığı aralığında oldukları için, atipik AN, 2 kişi BN tanı kriterlerini karşılamıştır. Çalışmada, özellikle bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerin çok azının ameliyat sonrası BKİ<25 kg/m² sınırının altında kalabildiği, bu nedenle yeme bozukluğu tanı kriterlerinde BKİ sınıflandırmasının bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler için tekrar gözden geçirilmesi gerekebileceğine dikkat çekilmiştir (101).

Bütün bu bilgiler değerlendirildiğinde, DSM-5’ te belirlenmiş yeme bozukluğu kriterlerinin BC sonrası yeme bozukluğunu teşhis etmekte yetersiz kalabileceği söylenebilir ve bariatrik cerrahi geçirmiş bireylere özgü yeni kriterlerin geliştirilmesi gerekebilir (108). Bariatrik cerrahiden sonra hastalar, bariatrik cerrahinin gıda alımını kısıtlayıcı etki mekanizmasını aşan, az miktarda yüksek kalorili gıdaların

planlanmamış ve sık tüketimini deneyimleyebilirler (108,109). Bu tür sorunlu yeme davranışlarının en sık görülen klinik biçimleri aşağıda detaylandırılmıştır.

Otlatma tarzı yeme davranışı (grazing), açlıkla ilişkili olmayan, az ve/veya orta miktarda planlanmamış gıdanın tekrarlayan tüketimi olarak tanımlanır. “Tekrarlayan” terimi, gün içinde sınırlı bir sürede (örneğin sabah, akşam veya gün içinde) yemek bölümleri arasında uzun aralıklar olmadan iki kereden fazla yemek yemek olarak tanımlanmıştır. Her seferinde yeme kontrolü kaybının mevcut olduğu kompulsif otlatma ile yeme eyleminin dikkatsiz ve bilinçsiz bir şekilde tekrar tekrar meydana geldiği kompulsif olmayan otlatma arasında ayırım yapmak mümkündür. Sınırlı gastrik kapasite nedeniyle küçük öğün tüketimi ameliyat sonrası önerilen bir terapötik endikasyon olduğundan, gıda seçimi ve tüketiminin kontrol edilip edilmediğini ve hastaların açlık ve tokluk uyarılarını uygun şekilde tanıyıp tanımadığını anlamak için beslenme örüntülerinin yeterli bir şekilde değerlendirilmesi esastır (108). Ameliyat öncesi hastalarda tarzı yeme davranışı yaygınlığının %26,4 (110) olduğu tahmin edilirken, ameliyat sonrası hastalarda %46,6 (111) olduğu tahmin edilmektedir. Ek olarak otlatma tarzı yeme davranışının, ameliyat sonrası yetersiz ağırlık kaybı ile pozitif korelasyon gösterdiği belirtilmiştir (112).

Duygusal yeme, yani duygusal sıkıntı ve strese tepki olarak yeme, bariatrik cerrahiye aday bireylerin %38-59’unda mevcuttur (113) ve tıknırcasına yeme (114) gibi diğer davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Bazı çalışmalarda, duygusal durumlarla ilişkili bu tür yiyecek tüketimi, bariatrik cerrahiden sonra iyileşiyor gibi görünmektedir (115), ancak literatürde bu davranışla ilgili veriler sınırlıdır çünkü çoğunlukla geçerliliği kabul edilmiş ölçümlerin kullanılmadığı çoğu kısa süreli takip çalışmaları mevcuttur.

Aşerme (craving), fizyolojik açlık dışındaki yoğun fizyolojik veya psikolojik dürtüler sonucu yiyeceklerin veya belirli bir yiyeceğin tüketilmesine yol açan bir yeme davranışdır. Aşerme fenomenleri, normal ağırlıkta olan hastalara kıyasla bariatrik cerrahi adaylarında daha sık görülür ve çoğu post-bariatrik hastada da mevcuttur.

Guthrie H ve ark. (2014) (116), ameliyat sonrası hastaların yalnızca yaklaşık %10'unun aşırma bildirmediğini saptamıştır.

Tatlı yeme, genellikle yüksek kalorili tatlı yiyeceklerin aşırı tüketimi ile karakterize edilir, ancak tanımı çalışmalar arasında değiştiğinden mevcut verilerin karşılaştırılması zordur. Literatürde ortak bir tanımın olmaması, tatlı yemenin post-bariatrik hastalarda kaybedilen ağırlık üzerindeki etkisine ilişkin uyumsuz sonuçları da açıklayabilir (108).

Bir diğer yeme bozukluğu, DSM-5'te (80) "diğer belirtilen beslenme ve yeme bozuklukları" sınıflandırmasında yer verilen gece yeme sendromudur (NES). NES klinik olarak, akşam hiperfajisi, gece ortaya çıkan yeme, sabah iştah azlığı ve uyku sorunlarının varlığı ile tanımlanır. Daha yüksek psikopatoloji, ruh hali bozuklukları, anksiyete ve uyku sorunları riski ile ilişkili görünmektedir (117).

Ameliyat sonrası hastalarda NES yaygınlığı hakkında tutarsız veriler vardır, ameliyat öncesi yaygınlık ise %17,7'ye kadar ulaşmaktadır (118). Bariatrik cerrahinin bu sendrom üzerindeki etkisi hakkında çok az veri bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar, bu bozukluğun uykuyu bozan sirkadiyen yeme düzeninde bir kaymayı içerdiğinden, bariatrik cerrahiden sonra da devam edebileceğini savunmaktadır. Bazı çalışmalarda ise, NES semptomlarının bariatrik cerrahiden sonra azalıyor gibi görünmektedir. Bugüne kadar, ameliyat öncesi NES'in ameliyattan sonra ağırlık kaybı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğuna dair geçerli bir kanıt yoktur (92).

2.1.9 Obez bireylerde beden algısı

Bariatrik cerrahinin başarısı, genellikle vücut imajını iyileştiren hızlı ve şiddetli bir ağırlık kaybının meydana gelmesiyle tanımlanır. Bununla birlikte, vücut imajındaki değişiklikler oldukça karmaşıktır ve böyle bir fiziksel değişiklik her zaman bir öz imaj ayarlamasıyla ilişkili değildir. Aslında, birkaç çalışma birçok hastanın ameliyat sonrasında kendilerini içten içe şişman olarak algılamaya devam edebileceğini ve "zihin-beden gecikmesi" veya "allosantrik kilitlenme" adı verilen bir fenomeni

yapılandırabileceğini bildirmektedir. Faccio ve meslektaşları 2016 yılında yaptıkları bir araştırmada (119), hastaların ağırlık kaybı sonuçları açısından memnun olmalarına rağmen, bariatrik müdahaleden sonra kimliklerini yeni vücuda adapte etmede önemli zorluklar yaşadıklarını gözlemlenmiştir; bir yıl sonra bile hastaların obez insanlar gibi düşünme ve davranma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Dış dünyanın vücut imajı üzerindeki etkisi, vücut imajıyla ilişkili olarak ortaya çıkan bilişsel, duygusal ve davranışsal değişiklikler ve vücut imajındaki istenmeyen değişiklikleri (örneğin sarkan fazla deri oluşması) hafifletmek için başa çıkma mekanizmaları değerlendirilmelidir (120).

Nörobilim verileri, amigdalanın uzun süreli bellek yapılarına gelen allosantrik duygusal girdiyi işlemede önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Obez olmayla ilişkili sosyal damga, amigdalada depolanan ve bariatrik cerrahi hastalarının beyinde, vücut görüntüsü değişse bile tekrar tekrar artan olumsuz duygularla ilişkili olabilir (121,122).

Aynı çalışmada, Perdue ve ark. (121), bariatrik cerrahi sonrası 18 ila 30 ay arasında 40 kadın hastayı değerlendirerek, gelişen benlik algısı, kişinin yaşam koşulları üzerindeki etki derecesine ilişkin algı ve kontrol konusundaki güdü (kontrol odağı), aleksitimik (duygudurum körlüğü) düşüncelere eğilim ve sağlık yaşam kalitesinin önemli ilişkiler sunup sunamayacağını araştırmıştır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, obez kimliği, duyguları tanımlamada ve daha az enerjik, sakin ve mutlu hissetmeye eğilim ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, sadece ameliyat öncesi psikolojik sorunların tanımlanması değil, ameliyat sonrası dönemde adaptasyonu arttırmak ve kolaylaştırmak için psikolojik destek sağlanmasının önemi vurgulanmıştır.

Dolayısıyla obez bir “öz kimliğin” sürdürülmesi, yaşam kalitesini ve zayıflama sonuçlarından duyulan memnuniyeti etkileyebiliyorsa, bariatrik cerrahi geçiren hastalar vücut ağırlığının veya şeklinin olandan daha büyük algılanması (overestimation), vücut imajıyla ilgili memnuniyetsizliği beraberinde getirebilir. Ağırlık veya şeklin aşırı değerlendirilmesi, öz değerlendirme veya öz saygının esas

olarak ve/veya aşırı şekilde kişinin kendi ağırlığına veya vücut şekline dayandığı zaman ortaya çıkan bir kavramdır (123). Bu, birçok yeme bozukluğunun temel ve merkezi bir bilişsel özelliği olarak kabul edilir (80,124). BED’da, vücut ağırlığının veya şeklinin olandan daha büyük algılanması bir tanı kriteri değildir, ancak mevcut olduğunda daha yüksek düzeyde psikopatoloji varlığı ve şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (125,126) ve başarısız tedavi sonuçlarının bir öngörücüsüdür (127). Ne yazık ki, bariatrik cerrahi geçiren bireyler ve ameliyat sonrası yeme bozukluğu olanlar arasında vücut ağırlığının veya şeklinin olandan daha büyük algılanması hakkında çok az şey bilinmektedir. Ivezaj ve ark. ‘ın (2019) (128) yeme kontrolü kaybetme (LOC) olan bariatrik cerrahi sonrası hastalarda ağırlığı veya vücudun olandan daha büyük algılanmasının rolü üzerine yaptığı çalışmada, vücudu daha büyük algılamanın daha ciddi yeme bozukluğu psikopatolojisi, depresyon semptomatolojisi ve fonksiyonel olarak eksiklik ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

2.2 Sezgisel Yeme

Yakın zamana kadar, yeme davranışları çoğunlukla patolojik ve patolojik olmayan olarak sınıflandırılıyordu. Çoğu çalışma patolojik yeme davranışlarının nasıl geliştiğine, bu davranışların nasıl iyileştirilebileceğine ve araştırmacıların bunları nasıl ölçüp yorumlayabileceğine odaklanıyordu. Ancak patolojik olmayan yeme davranışlarının mutlaka uyarlanabilir olması gerekmez (129) ve uyarlanabilir yeme davranışları üzerine yapılan çalışmalar literatürde yeterince temsil edilmemiştir. Sezgisel yeme, uyarlanabilir yeme davranışı türlerinden biridir.

Sezgisel Yeme, ilk olarak 1995 yılında, zayıflama diyetlerinin danışanlarında neden olduğu fiziksel ve ruhsal etkileri fark eden, danışanlarının bu diyetleri yaptıktan sonra uzun vadede kaybettikleri ağırlığı koruyamayıp tekrar kazandıkları için daha kalıcı bir davranış değişikliği sağlamayı hedefleyen iki diyetisyen, Evelyn Tribole ve Elyse Resch tarafından geliştirilmiş bir beslenme yaklaşımıdır (6). Tribole ve Resch’e göre sezgisel yeme; “Sonunda mücadele gerektirmeden hem zihne hem de bedene iyi gelecek, sağlıklı, yeni bir beslenme yöntemidir. Sezgisel yeme, vücudun kişiye verdiği açlık ve tokluk sinyallerine güvenerek öze dönmektir.” Aynı zamanda sezgisel

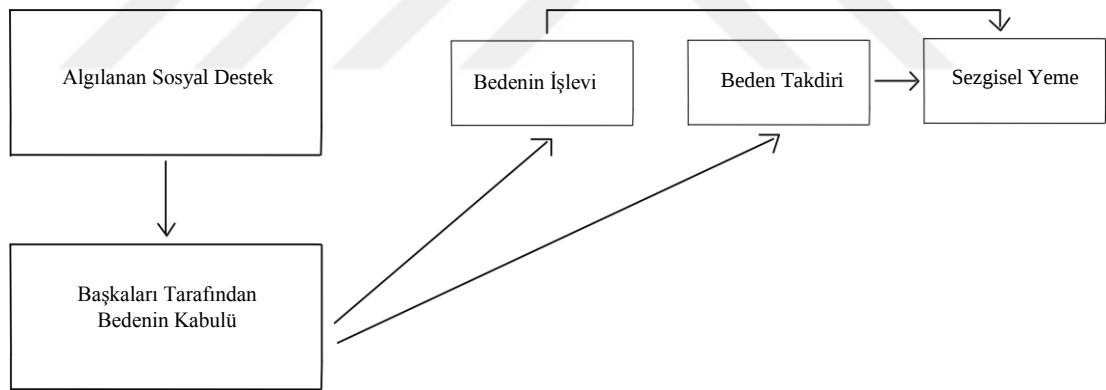
yemenin kişiye merhametle yaklaşan, kişinin kendine iyi bakmasını amaçlayan, görünüşünden bağımsız olarak tüm vücut tiplerine saygıyla ve itibarla yaklaşan bir yeme anlayışı olduğu vurgulanmaktadır (6). Ayrıca sezgisel yeme, çoğunlukla duygusal veya dışsal sinyallerden ziyade, fizyolojik açlık ve tokluk ipuçlarına yanıt olarak yemek yeme olarak nitelendirilir ve ağırlık kaybı odaklı bir yaklaşım değildir (130). Tylka ve Kroon Van Diest'e (2013) göre, sezgisel olarak yiyen kişiler yemek konusundaki düşünceler ile zihinlerini aşırı bir şekilde meşgul etmezler. Tadı önemseseler de yiyecek seçimlerini yaparken çoğunlukla vücutlarının işleyişine değer verirler. Ne zaman, ne ve nasıl yiyeceklerine ilişkin içsel ipuçlarına güvenirler (10).

Sezgisel Yeme, ilk ortaya konulduğu 1995 yılından bu yana birçok farklı sağlık alanından meslek grubu tarafından incelenmiş, hakkında gözlemsel ve deneysel çalışmalar yapılmış, etkileri hakkında veriler toplanmış kanıta dayalı bir yaklaşımdır. İlk (SYÖ) 2004 yılında (130), ve ikinci versiyonu (SYÖ-2) 2013 yılında (10) olmak üzere değerlendirme ölçekleri tasarlanmış ve bu sayede ölçeğin kullanıldığı çalışmalarca beden sağlığı ve mental sağlık başta olmak üzere beden memnuniyeti, kendine değer verme gibi bir çok konuda sağlığa olumlu etkilerinin bulunduğu dair veriler elde edilmiştir (6). SYÖ-2'nin Türkçe versiyonunun geçerliği ve güvenirliği ise 2017 yılında Baş M. ve ark. tarafından yayınlanmıştır (131).

Araştırmanın içeriği ile ilgili güncel bir gelişme olarak, 2024 yılında, Tylka ve ark. tarafından, SYÖ-2 ile ilgili metodolojik (uzunluk), kavramsal (gıda tüketimi için tıbbi, değer temelli ve erişimle ilgili nedenlerin dikkate alınmaması) ve psikometrik (madde ifadeleri) endişeleri belirleyerek bunları giderme amacı ile Sezgisel Yeme Ölçeği -3 (SYÖ-3) geliştirilmiştir (132).

İlk yayınlandığı 1995 yılından sonra Tribole ve Resch, 2003, 2012 ve son olarak 2020 yılında kitaba ve beslenme yaklaşımı uygulama modeline güncellemeler ve ilaveler yaparak "Intuitive Eating: A Revolutionary Anti-Diet Approach (4th Edition) ismiyle dördüncü baskısını yayınlamışlardır (133). Bu kitap, "Sezgisel Yeme: Sağlıklı Beslenme Alanında Çığır Açan Yaklaşım" ismiyle 2022 yılında Türkçeye de kazandırılmıştır (134).

Çok sayıda psikososyal faktörün sezgisel yeme kalıplarıyla bağlantı gösterdiğini fark eden Avalos ve Tylka (2006), bu literatürü birleştiren ve temel değişkenlerin sezgisel yemeyi tahmin etmek için nasıl birlikte çalışabileceğini açıklayan tutarlı bir teorik model öneren ilk kişilerdir (135). Sezgisel Yeme Kabul Modeli, başkaları tarafından kabul edilmenin, kişinin bedenine yönelik içsel bir yönelim ve takdir geliştirme yoluyla sezgisel yeme kalıplarını nasıl besleyebileceğini vurgular. Daha spesifik olarak, bu model sezgisel yeme yolculuğunun, başkaları tarafından koşulsuz genel ve beden kabulü de dahil olmak üzere olumlu çevresel etkilerle başladığını varsayar. Koşulsuz kabul görenlerin, başkalarının da bedenlerini kabul ettiğini algılama olasılıkları daha yüksektir. Bedenlerinin nasıl işlediğine odaklanan bireylerin bedenlerine karşı daha fazla takdir gösterdikleri varsayılmaktadır. Bedenlerini takdir edenler, içsel açlık ve tokluk sinyalleri de dahil olmak üzere bedensel ihtiyaçlarına daha uyumludur ve bu nedenle dış etkenler tarafından yönetilmektense bu sinyalleri onurlandırma olasılıkları daha yüksektir (135). Şekil 3’te, SY kabul modelinin şeması gösterilmektedir.



Şekil 3. Sezgisel yeme kabul modeli

2.2.1 Sezgisel yeme özellikleri

Sezgisel yemenin üç temel özelliği vardır: (a) koşulsuz yeme izni, (b) duygusal nedenlerden ziyade fiziksel nedenlerle yeme ve (c) içsel açlık ve tokluk ipuçlarına güvenme (130).

2.2.1.1 Koşulsuz yeme izni

Tribole ve Resch'e göre, kendilerine koşulsuz yeme izni veren kişiler bunu içsel fizyolojik açlık sinyallerine yanıt olarak yaparlar ve belirli bir anda istedikleri yemeği yerler (6). Belirli yiyecek türlerini yasaklı/tüketilmemesi gereken olarak algılamazlar ve onlardan kaçınmazlar. Ne zaman, ne ve nasıl yiyecekleri konusunda bedenlerine güvenirler (130).

Buna karşın, yemek konusunda kendilerini kısıtlayan ve yeme davranışlarında 'koşullar' olan kişiler, yemeklerini sınırlamaya ve kontrol etmeye çalışırlar ve zihinsel olarak yiyeceklerle meşgul olurlar (136). Yiyeceklerle ilgili kısıtlama ve bununla birlikte gelen meşguliyet nedeniyle, koşullu yiyicilerin sezgisel yiyicilerden daha fazla yeme olasılığı artar. Bir çalışmada, araştırmacılar kısıtlanmış yiyicilerin, özellikle önceki öğünlerinin kalorisinin yüksek olduğunu ve tadının güzel olduğunu düşündüklerinde kısıtlamalarını bozduklarını saptamıştır. Bilişsel meşguliyet, kısıtlanmış yiyicilerin algısına dayandığı için bu aşırı yeme davranışında önemli bir faktördür (137).

2.2.1.2 Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlerle yemek

Sezgisel olarak yemek yiyen kişiler fiziksel ipuçlarına güvenirler. Aç hissettiklerinde yerler ve duygularını hesaba katmazlar. Herman ve Polivy (136), sezgisel olarak yemek yiyen kişiler ile kendilerini kısıtlayan kişiler arasındaki farkı açıklamak için bir sınır modeli önermişlerdir. Diyet yapmayan kişilerin sadece iki sınırı vardır: açlık ve tokluk. Aç olduklarında yerler ve vücutları tokluk sinyalleri gönderdiğinde yemeyi bırakırlar. Bu, kendilerini yemek konusunda kısıtlayan kişiler için geçerli değildir çünkü üçüncü bir doğal olmayan diyet sınırı vardır (130). Ancak bu üçüncü sınırı aşma yaşandığında, yeme davranışı kontrolden çıkabilir ve bedensel sinyallerle bağlantısını kaybedebilir. Diyet yapan kişiler, ruh halleri değiştiğinde 'izin verilmeyen' yiyecekler yiyebilirler. Bu yatkınlık, olumsuz ruh hali durumlarında aşırı yemek yemeye neden olabilir (138).

2.2.1.3 İçsel açlık ve tokluk ipuçlarına güvenmek

İçsel açlık ve tokluk ipuçlarına güvenmek, tüm insanların sahip olduğu doğuştan gelen süreçlerdir. Araştırmalar, küçük çocukların yiyecekler konusunda içsel bir denge duygusuna sahip olduğunu ortaya koymuştur. Çocuklara ilk öğün olarak düşük kalorili veya yüksek kalorili bir öğün verilmiş ve ardından çeşitli yiyecekler arasından seçim yapma şansı sunulmuştur. Katılımcılardan ilk öğün düşük kalorili ilk öğün tüketenlerin yüksek kalorili yiyecekleri, ilk öğün olarak yüksek kalorili öğün tüketenlerin ise düşük kalorili yiyecekleri seçerek aslında farkında olmadan bir dengeleme davranışı sergiledikleri saptanmıştır (139). Başka bir çalışmada, çocuklara birkaç farklı seviyede kalori yoğunluğu değişen içecekler ve su verilmiş, ve içeceğin kalori yoğunluğundan bağımsız olarak, çocukların su içtikten sonra daha az kaloriye sahip yiyecekler tükettikleri gözlemlenmiştir (140). Bu bulgular, küçük çocukların bile enerji alımlarını dengelediklerini ve yiyecekler konusunda doğuştan gelen bir telafi mekanizmasına sahip olduklarını göstermektedir. Ancak bu süreç çevresel nedenlerden dolayı değişebilir. Yemek yemeyle ilgili toplumsal zayıf beden idealleri veya ebeveynlik uygulamaları bu değişime neden olan iki sebep olarak sıralanabilir. Toplum diyet yapmayı ve zayıf olmayı değerli gördüğünde (141) veya ebeveynler, çocuklarının kendi yeme davranışlarını düzenleyemeyecekleri endişesiyle yeme düzenlerine müdahale ettiğinde (142), bu doğuştan gelen mekanizma ortadan kalkar ve insanlar yemek yemeyle ilgili içsel ipuçları yerine dışsal ipuçlarına güvenmeye başlar (143).

2.2.2 Sezgisel yemenin ilkeleri

Sezgisel yeme, kişilerin bedenleri ve yiyecekler ile tekrar sağlıklı bir ilişki kurmaları için uzmanlara ve kişilere yol gösterici 10 temel ilkeye dayalıdır (6). Bu ilkeler ve fonksiyonları aşağıda belirtildiği gibi sıralanmıştır (133).

2.2.2.1 Diyet zihniyetini reddedin

Sezgisel yemenin ilk ve en temel ilkesi, diyetlerin işe yaramadığını ve kısıtlama olan herhangi bir beslenme önerisi ya da protokolün diyet zihniyeti çatısı altında

yiyecekleri etiketleyerek temel bir düşünce sistemi kurmaya neden olur. Sezgisel yemenin ilk ilkesi, öncelikle diyet yapmayı reddederek, diyet zihniyetinin kişilerin hayatında yol açtığı zararları fark etmesidir.

2.2.2.2 Açlığınızı onurlandırın

Fiziksel olarak bedenin en önemli sinyallerinden biri olan açlık, vücudun enerjiye ihtiyacı olduğunu belirtme şeklidir. Bu sinyali fark ederek vücudun besin ihtiyacını karşılamak için yeme eylemine başlamak bu ilkenin savunduğu temel fikirdir.

2.2.2.3 Yiyeceklerle barışın

Diyet zihniyetinin sebep olduğu yiyeceklerin “iyi” ya da “kötü” veyahut “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak etiketlenmesi, yiyecekler ile sağlıklı bir ilişki kurmanın önünde bir engeldir. Yiyeceklere herhangi bir etiketlemeden uzak yaklaşmak, hepsinin bir enerji kaynağı ve besin olduğunu düşünerek hepsine eşit mesafede yaklaşmak bu ilke tarafından savunulur.

2.2.2.4 Yiyecek polisine karşı çıkın

Diyet zihniyeti nedeniyle kişilerin zihninde oluşan yargılayıcı ve olumsuz inançlar, düşünceler yiyecek polisi olarak adlandırılabilir. Bu doğru olmayan bilgiler ve düşünceleri reddetmek bu ilke tarafından amaçlanmaktadır.

2.2.2.5 Tatmin faktörünü keşfedin

Tatmin faktörü, sadece fiziksel olarak tokluk hissinin yanı sıra kişinin sevdiği yiyecekleri tüketerek aldığı tatmini tanımlamaktadır. Tatmin faktörünü keşfetmek için öğünde belirli besinleri ya da farklı formları ve tekstürleri ekleyerek alınan tatmini keşfetmek önerilir.

2.2.2.6 Tokluğunuzu hissedin

Vücutun yeterli besine ulaştığı sinyalinin ileten, tok hissini dinleyerek yemek yemeyi durdurabilmek sezgisel yemenin en temel ilkelerinden biridir.

2.2.2.7 Duygularınızla yiyecekleri kullanmadan baş edin

Zorlayıcı duygularla baş etmek için yiyecekleri kullanmak sezgisel olmayan yiyicilerin ortak bu duygular ile başa çıkma yöntemlerinden biridir. Duyguları fark etmek ve başa çıkmak için duyguların ihtiyaçlarını anlayarak karşılamak bu ilkenin temel amacıdır.

2.2.2.8 Bedeninize saygı duyun

Beden kabulü, beden olumlamadan farklı olarak, bedeni “sevmeye” değil, aslında var olduğu haliyle kabul etmeye odaklı bir konsepttir. Bedeni “ideal” bir şekilde ulaştırma arayışından uzaklaşarak, var olduğu şekliyle kabul edip saygı göstermek bu ilkenin odağıdır.

2.2.2.9 Egzersiz yapın: değişimi hissedin

Egzersiz, birçok kişinin ağırlık kaybı ve belirli vücut bölgelerini değiştirmek amacıyla yaptıkları bir aktivite olmakla birlikte, sezgisel yeme prensibi olarak bu madde, fiziksel aktiviteyi, fiziksel, duygusal iyilik halini sağlamak ve sürdürmek için yapmayı ve keyif almayı savunmaktadır.

2.2.2.10 Sağlığınızı onurlandırın

Sahici Beslenme: Sezgisel yemenin son prensibi olan bu ilkede, katı kısıtlayıcı diyetler yerine bedeninin iyilik halini fark ederek bunu sürdürmeye odaklanmak amacıyla vücuda nazik davranarak hafif beslenme amaçlanmaktadır. Amaç

mükemmel değil, daha iyi olmak ve beslenmeyi bir özbakım şekli olarak görmek hedeflenir (133).

Sezgisel yemenin bu ilkeleri, amaçlarına paralel olarak, fiziksel açlık ve tokluğu anlayabilmek için beden-zihin uyumunu kuvvetlendirmek, duygusal ihtiyaçlar yerine fiziksel ihtiyaçlar sebebiyle besin tüketmek, besinleri yasaklamak ve bunun negatif sonuçlarını deneyimlemektense, bedene iyi gelecek tercihler yapmak, zorlayıcı kısa süren egzersiz programlarındansa sürdürülebilir fiziksel harekete eğilmek ve beden kabulünü sağlamak üzerine oluşturulmuştur (144,145).

2.2.3 Literatürde sezgisel yeme

Sezgisel yeme üzerine zaman içerisinde yapılan çalışmalar ile elde edilen veriler ışığında, sezgisel yemenin etkinliği kanıta dayalı bir yöntem olduğunu söylemek mümkündür.

Smith ve Hawks (2006) yaptıkları bir araştırmada, sezgisel yeme puanı yüksek olan üniversite öğrencilerinin, daha çok besin çeşidi tükettiği, beden kütle indekslerinin daha düşük olduğu, yediklerinden daha fazla zevk aldıkları ve öngörülenin aksine dengesiz beslenmedikleri saptanmıştır (146).

Vücut ağırlığı dalgalanmalarının (diyetlerin yo-yo etkisi), kalp sağlığı ve T2D riskini artırabildiğine dair bilimsel bulgular mevcutken (147) sezgisel yemenin vücut ağırlığı istikrarıyla ilişkili olduğunu gösteren bulgular değerlendirildiğinde (148), sezgisel yeme sayesinde diyetler ve tekrar tekrar ağırlık kaybı-kazanımı döngüsü bozulduğunda, kişilerin bu sağlık sorunlarına yakalanma risklerinin azalacağı öngörülebilir.

Sezgisel yeme ilkeleri uygulayan bazı kişilerde bu uygulamanın yan etkisi olarak ağırlık kaybı görülebilmektedir, bu durumun sezgisel yemenin kişinin özbakım ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olduğu bireylerde daha fazla görülebileceği notu yazarların 2020 yılında yayınladıkları 4. baskıda düşülmüştür (134).

1.500 katılımcının ergenlikten yetişkinliğe kadar izlendiği, 8 yıl süren uzun dönemli bir gözlemsel çalışmada sezgisel yeme, düzensiz yeme alışkanlıkları ve bazı psikolojik sağlık parametreleri ölçülerek aşağıdaki sorunları yaşama olasılığının sezgisel yeme puanları yüksek olan katılımcılarda daha düşük olduğu saptanmıştır;

- Depresyon semptomları
- Düşük özsaygı
- Beden memnuniyetsizliği
- Sağlıksız- aşırı vücut ağırlığı kontrolü davranışları
- Tıkınırcasına yeme (En fazla önleme özelliği görülen faktör olarak saptanmıştır)(149)

2021 yılında yayınlanan 91 adet araştırmanın dahil edildiği, sezgisel yeme ve psikolojik etkilerini inceleyen bir meta-analiz çalışması (150);

- Sezgisel yemenin, BKİ, tıkınırcasına yeme-telafi etme semptomları, yeme kısıtlaması, duygusal yeme, dışsal yeme, yeme bozukluğu psikopatolojisinin genel düzeyleri, ideal beden yönlendirmelerinin içselleştirilmesi, zayıf interoseptif farkındalık, beden şekli ve ağırlığı endişeleri ile önemli ölçüde ve negatif korelasyona sahip olduğunu
- Sezgisel yeme davranışının başkaları tarafından beden kabulü, beden takdiri, beden imajı esnekliği, beden fonksiyonu, farkındalık, pozitif etki, öz şefkat, öz saygı, sosyal destek ve genel refah ile önemli ölçüde ve pozitif olarak ilişkili olduğunu
- Sezgisel yemenin, anksiyete semptomları, depresif semptomlar ve negatif etki ile anlamlı, negatif ve orta düzeyde ilişkili olduğunu
- Erkekler ile kadınların sezgisel yeme puanları arasındaki karşılaştırmadan, erkeklerin kadınlardan daha yüksek düzeyde sezgisel yeme puanı bildirdiğini
- Klinik olarak anlamlı seviyede yeme bozuklukları olan bireyleri sezgisel yeme puanları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, sağlıklı kontrollerin yeme bozukluğu olan bireylerden önemli ölçüde daha yüksek sezgisel yeme puanları bildirdiğini saptamıştır.

Farklı metodolojileri olan 9 farklı sezgisel yeme müdahale araştırmasını kapsayan bir meta-analiz çalışmasının verilerine göre;

Bütün çalışmalarda, müdahalenin ardından sezgisel yeme puanlarının arttığı saptanmıştır; bu sonuç, meta-analizi yapan kişiler tarafından, düzensiz yeme davranışında azalma ve adaptif yeme davranışında artış olduğu yönünde yorumlanmıştır. Müdahale sonrası takibin (3 haftadan 6 aya kadar) dahil edildiği 5 adet çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, SYÖ genel puanlarının takip süresince korunduğu belirlenmiştir. Dahil edilen çalışmalardan hiçbiri, adaptif yeme stillerinde azalma veya yeme bozukluğu semptomlarında artış gibi düzensiz yemeyle ilgili herhangi bir olumsuz sonuç bildirmemiştir.

Bir çalışmada, müdahaleden sonra yeme bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayan katılımcı sayısında anlamlı azalmalar saptanmıştır (151).

Bütün bu bilgiler ışığında, sezgisel yemenin asıl amacının, kişinin yiyeceklerle, bedenle ve zihinle sağlıklı bir ilişki kurmasını sağlamak olduğu söylenebilir. Sezgisel yeme, beden ölçüsünü değil, yiyecekler ile olan ilişkiyi düzeltmeye odaklanan bir beslenme modelidir (134).

Sezgisel yeme, her ne kadar başlangıç noktasında kronik hastalığı olmayan bireyler için öneriliyor olsa da zaman içerisinde yapılan bilimsel araştırmalarda özellikle tip 2 diyabet başta olmak üzere bazı kronik hastalıklarda SY'nin muhtemel etkilerini değerlendirme açısından literatürde veriler mevcuttur.

2024 yılında yayınlanan bir çalışmada, T2D'li 267 katılımcı, SYÖ-2 puanı üç faktörlü Yeme Anketi-21 (TFEQ-21) ve BKİ, lipid profili, kan basıncı değerleri, bel çevresi, HbA1c bulgularına göre değerlendirilmiştir. Bulunan sonuçlar doğrultusunda SYÖ-2 puanına göre katılımcılar; yüksek sezgisel yeme, orta seviye ve düşük seviye sezgisel yeme olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Yüksek sezgisel yeme grubunun, düşük sezgisel yeme grubu ile karşılaştırıldığında, daha optimal seviyede BKİ ve serum trigliserit değerlerine sahip olma olasılığı gösterdikleri gözlemlenmiştir. Sezgisel

yeme puanında 10 puanlık yükseliş, BKİ değerinde 0,62kg/m²'lik düşüş ile, bel çevresi ölçümünde 1,9 cm azalma ile ve trigliserit değerinde ise 23 mg/dL düşüş ile ilişkilendirilmiştir (152). 2020 yılında yapılan 179 oral antibiyotik alan hastanın değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, SYÖ-2 sonucundaki yüksek puan, daha düşük zayıf glisemik indeks kontrolü ile ilişkilendirilmiştir (153).

2.2.3.1 Sezgisel yeme ve cinsiyet

Sezgisel yeme ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. 406 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleşen bir çalışmada, erkeklerde sezgisel yeme seviyesi kadınlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (154). Ortaokul çocukları üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise 669 erkek, 708 kız öğrenci yer almıştır. Bu çalışmanın sonucunda kızların erkeklere göre bedeninin açlık ve tokluk sinyalleri konusunda farkındalık seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir de, sezgisel yeme konusunda cinsiyet farklılığı belirlenmemiştir (155). 1228 üniversiteli öğrenci ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada da sezgisel yeme konusunda cinsiyetler arasında fark saptanamamıştır (156). SYÖ-2 ile gerçekleştirilmiş, bir başka çalışmada, erkeklerin kadınlara göre açlık ve tokluk sinyallerine daha yüksek güven duydukları belirlenmiştir. Kadınlarda ise duygusal sebeplerden ziyade fiziksel sebeplerle yemek yemek ve şartsız yemeye izin verme puanları erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır (157).

Son olarak, sezgisel yeme ile ilgili yapılmış bir meta-analiz çalışmasında ise 98 çalışma değerlendirilmiştir. Erkeklerin sezgisel yeme seviyelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İdeal beden tipini korumak amacıyla daha sık kontrollü diyet yapıldığı için kadınların erkeklere göre bedeninin açlık ve tokluk sinyallerinin daha az farkında oldukları düşünülmüştür (150,158).

2.2.3.2 Sezgisel yeme ve bariatrik cerrahi

İçsel ipuçları, bedensel sinyallerin algılanması, yorumlanması ve bütünlleştirilmesi, yani interosepsiyon (159) obezite ile ilişkili bulunmuştur. Obezite,

pozitif alliesteziye (İçsel duruma bağlı hoşnutluk/rahatsızlık algısı) ve sağlıklı beslenme davranışını sürdürme çabalarının baltalanmasına katkıda bulunan açlık sinyallerine karşı aşırı duyarlılık ve pozitif enerji dengesine neden olan tokluk algılayamama ile karakterize edilebilir (160). İnteroseptif eksiklikler, BKİ ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir (161). İnterosepsiyon çok boyutlu bir yapıdır; burada interoseptif doğruluk, beden sinyali tespitinin nesnel ölçümlerindeki davranışsal performansı ifade ederken, interoseptif duyarlılık öznel kapasitedir, yani kişinin bedensel sinyallere katılma derecesidir. Son olarak, interoseptif farkındalık, interoseptif kesinlik ve duyarlılık arasındaki meta-bilişsel ilişkidir (162).

Kişi tarafından beyan edilen daha düşük interoseptif doğruluğun, daha düşük sezgisel yeme ve daha yüksek duygusal yeme ile ilişkili olduğu bulunduğu ve bu davranışsal eğilimin, aşırı kilolu ve obez bireylerden oluşan bir örneklemede daha düşük kendi kendine bildirilen interoseptif doğruluk ile daha yüksek BKİ arasındaki bağlantıyı açıklayabileceğine dair bulgular mevcuttur (163). 2023 yılında yayınlanan, Türkiye’de yapılan başka bir araştırmada ise obez bireyler arasında sezgisel yemenin vücut ağırlığı, BKİ, duygusal yeme, bel çevresi ve bel/ kalça oranları ile negatif korelasyonlu olduğu saptanmıştır (164).

Bariatrik cerrahi sonrası bireyler için ise sezgisel yeme üzerine veriler kısıtlı olmakla birlikte son yıllarda bu konuda yapılan araştırma sayısında artış gözlemlenmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası sezgisel yeme, ağırlık kaybı (165) ve yiyeceklerle daha sağlıklı bir ilişki (166) ile ilişkilendirilmiştir. Ancak, bariatrik alanda operasyon sonrası sezgisel yemeyi interoseptif algı ve bozulmuş yeme davranışı ile ilişkili olarak değerlendiren çalışmalar nadirdir.

Modern interosepsiyon tanımıyla karşılaştırıldığında, beden farkındalığı kavramı daha önce geliştirilmiştir. Beden farkındalığı, çeşitli interoseptif duyusal kanalların yanı sıra eksteroseptif modalitelerin entegrasyonuna dayanan, öznel beden deneyimine yönelik daha bütünleştirici bir yaklaşımı temsil eder. Beden farkındalığı ayrıca interoseptif ve somatosensoriyel farkındalığı kapsayan bir şemsiye terim olarak tanımlanmıştır (167). Beden farkındalığı ve interosepsiyonun iki yapısı, özellikle

Beden farkındalığının interoepsiyon duyarlılığı ve interoseptif farkındalık boyutlarıyla önemli örtüşmeler göstermektedir, çünkü algısal süreçlerin ve bilinçli farkındalığın katılımını vurgulamaktadır (168).

2022 yılında yayınlanan ve Türkiye’de yapılmış bir çalışmada, en az 6 ay önce bariatrik cerrahi geçirmiş 81 hasta ile bariatrik cerrahi geçirmemiş 40 kişi karşılaştırmış ve Beden Farkındalığı Ölçeği kullanılarak elde edilen veriler sonucunda, bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerde beden farkındalığı daha yüksek bulunmuş, aynı zamanda bariatrik cerrahi sonrası beden farkındalığı ile, kaybedilen vücut ağırlığı miktarı, BKİ, depresyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır (169).

2022 yılında yayınlanmış güncel başka bir çalışmada ise, cerrahi dışında tedavi arayışında olan obez bireyler, bariatrik cerrahi adayları ve bariatrik cerrahi geçirmiş hastalar karşılaştırılarak; bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerde, özellikle interoseptif farkındalık ölçeğinin “bedeni dinlemek”, “duygusal farkındalık” ve “güven” alt ölçeklerinde anlamlı seviyede yüksek puanlar tespit edilmiştir. Aynı zamanda bariatrik cerrahi geçirmiş hastalarda SYÖ-2 ölçeğinin “açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeğinde daha yüksek puana sahip olduğu tespit edilmiştir (170).

Ameliyat öncesi süreçlerinde hepsi kural bazlı kalori kısıtlamalı diyetler uygulamış 17 bariatrik cerrahi hastası ile yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların çoğu ameliyat sonrası kendilerini diyet yapıyor olarak tanımlamamıştır. Bununla birlikte katılımcıların “yaşam tarzı” değişikliği olarak nitelendirdikleri ameliyat sonrası yeme davranışının temel iki bileşeni olduğu tespit edilmiştir; Birinci, esneklik ve ikinci, kontrol. Kontrol başlığının altında diyet kontrolü davranışı kapsamında katılımcıların dile getirdiği beyanlar, ameliyat öncesi diyet süreçleri ile benzer ve bozulmuş yeme davranışı örüntüleri göstermektedir. Bu çalışmada, ameliyat sonrası diyet davranışlarının, post-op adaptif yeme davranışları ile çatışabileceği ve bu nedenle bozulmuş yeme davranışlarına neden olabileceği belirtilmiştir. Öneri olarak, bu diyet davranışlarının erken dönemde tespit edilip sezgisel yeme ve yeme

farkındalığı uygulamaları ile erken müdahale uygulanmasının önemi vurgulanmıştır (171).

Bariatrik cerrahi geçirmiş ve geçirmemiş hamile kadınların iki ayrı grupta, ikinci ve ikinci trimesterlerinde, SYÖ-2 ve TFEQ ölçeği verileri toplanarak incelenmiştir. Sonuç olarak; bariatrik cerrahi geçirmiş gebe katılımcıların açlık ve tokluk sinyallerine daha fazla güvendikleri ancak koşulsuz yeme izni verme konusunda daha düşük puana sahip oldukları saptanmıştır (172)

10 haftalık bilinçli farkındalık temelli bir müdahale çalışması sonrası, diyetisyenle standart müdahale alan kişilere kıyasla bilinçli farkındalık odaklı müdahale edilen kişilerde duygusal yeme sıklığında önemli düzeyde azalış gözlemlenmiştir. Bununla beraber beden ağırlığı ve glisemik kontrol açısından bir değişiklik gözlemlenmemiştir (173).

Literatürde henüz yayınlanmış, bariatrik cerrahi sonrası hastalara yönelik bir sezgisel yeme müdahale çalışması bulunmamaktadır.

2.2.4 Beden ağırlığına odaklanmayan diğer beslenme yaklaşımları

Obezite ve yandaş hastalıkları ile mücadele çerçevesinde bir çözüm olarak uzun senelerdir geliştirilen ve test edilen birçok farklı ağırlık kaybı müdahalesi bulunmaktadır. Buna rağmen dünya çapında yetişkin nüfusun beden ağırlığı devamlı olarak artmaktadır ve obezite giderek daha büyük bir problem haline gelmektedir. Ağırlık kaybı müdahalelerinin uzun vadede beklenen sonuçları vermemesi, bu alanda gerekli uygulamalar açısından tartışmalar yaratmaktadır. Bir görüş, bu artışın yeni ve etkili ilaçlar (örn. GLP-1 reseptör antagonistleri) da dahil olmak üzere daha yoğun ve hayat boyu tedavi gerekliliğini savunmaktadır (174). Diğer bir görüş ise ağırlık kaybı odaklı yöntemlerin sınırlı etkinliği ve kilo damgası (weight stigma) ve kilo önyargısıyla (weight bias) ilişkili olası zararlar göz önüne alındığında, vücut ağırlığındaki değişiklikleri vurgulamadan veya önceliklendirmeden sağlığı ve iyi oluş halini teşvik etmeye odaklanmayı savunmaktadır (175). Beden nötr yaklaşımlar,

beden ağırlığının temel odak olmasını reddeder ve sağlığı bütüncül olarak değerlendirmeyi ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini ağırlık kaybından bağımsız sürdürebilmeyi hedefler (174).



3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. 1. aşamada, Sezgisel Yeme Ölçeği -2 (SYÖ-2)'nin bariatrik cerrahi geçirmiş hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılarak ölçeğin uyarlaması yapılmıştır. 2. aşamada ise sezgisel yeme uygulamalarına dayalı oluşturulan bir müdahale protokolünün belirlenen örnekleme sezgisel yeme, ağırlık kaybı, beden algısı ve yeme tutumu üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Hipotezler;

- Hipotez 1: SYÖ-2 ölçeği en az 6 ay önce bariatrik cerrahi geçirmiş, sağlıklı bireylerde kullanıma uygundur.
- Hipotez 2: SYÖ-2 ölçeği en az 6 ay önce bariatrik cerrahi geçirmiş, sağlıklı bireylerde kullanıma uygun değildir.
- Hipotez 3: Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında elde edilen verilere göre SYÖ-BC değerleri cinsiyete göre farklılık gösterir.
- Hipotez 4: Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında elde edilen verilere göre SYÖ-BC değerleri cinsiyete göre farklılık göstermez.
- Hipotez 5: Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında elde edilen verilere göre SYÖ-2 değerleri BKİ' ye göre farklılık gösterir.
- Hipotez 6: Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında elde edilen verilere göre SYÖ-2 değerleri BKİ' ye göre farklılık göstermez.
- Hipotez 7: Sezgisel Yeme uygulaması, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda ağırlık kaybı sağlar.
- Hipotez 8: Sezgisel Yeme uygulaması, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda ağırlık kaybı sağlamaz.
- Hipotez 9: Sezgisel Yeme uygulaması, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda beden algısıyla ilişkilidir.

- Hipotez 10: Sezgisel Yeme uygulaması, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda yeme tutumuyla ilişkilidir.
- Hipotez 11: Sezgisel Yeme uygulaması, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda sezgisel yeme davranışıyla ilişkilidir.
- Hipotez 12: Sezgisel Yeme uygulaması sonrası, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda görülen ağırlık farkı ile SYÖ-BC puanları arasında ilişki vardır.

3.2 Araştırmanın Tipi, Yeri, Zamanı ve Örneklemi

3.2.1 SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması

Bu araştırmanın 1. aşaması için; SYÖ-2 ölçeğinin bariatrik cerrahi geçirmiş hasta popülasyonunda uygunluğunu değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Kesitsel tasarımlı metodolojik bir ölçek uyarlama/psikometrik geçerlilik-güvenirlik çalışması olarak yürütülmüştür. Katılımcıların araştırmanın birinci aşamasına dahil edilme ve edilmeme kriterleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmanın birinci aşamasına dahil edilme ve dahil edilmeme kriterleri

Dahil edilme kriterleri	Dahil edilmeme kriterleri
- En az 6 ay önce bir bariatrik cerrahi operasyonu (SG, RYGB, Mini gastric bypass, LAGB, duodenal switch) geçirmiş olmak	- Ameliyat sonrası süregelen cerrahiye bağlı herhangi bir komplikasyonun bulunması
- 18-65 yaş arasında olmak	- Kronik bir hastalığa sahip olmak

İlk aşama için gerekli minimum örneklem büyüklüğü, geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılacak 23 soruluk SYÖ-2'nin soru sayısının 10 katı (n=230) olarak belirlenmiştir.

Gönüllülerin yanıtlayacağı anket, Google Formlar (www.docs.google.com/forms) kullanılarak hazırlanmıştır. Katılımcılara sosyal medya kanalları kullanılarak ulaşılmıştır. Temmuz 2024 tarihinde 310 kişi ankete katılım sağlamıştır. Dahil edilme

kriterlerini sağlamayan (3 kişi; bariatrik cerrahi geçirmediği, 3 kişi; ameliyat sonrası henüz 6. ayını doldurmadığı, 2 kişi; bariatrik cerrahi sonrası erken dönemde cerrahiye bağlı komplikasyon yaşadığı, 2 kişi; 18 yaşın altında olduğu için) ve tekrarlanan cevaplar (3 kişi) çıkarılarak 297 katılımcının verileri araştırmaya dahil edilmiştir. Re-test aşaması için gerekli veriler, ilk anket gerçekleştirildikten 1 ay sonra katılımcılar arasından rastgele seçilen kişilere anket tekrar iletilerek elde edilmiştir. Re-test aşaması için, 34 katılımcının verileri araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar, internet üzerinden online olarak anketi cevaplamışlardır.

3.2.2 Sleeve gastrektomi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadın katılımcılar ile gerçekleştirilen sezgisel yeme müdahale çalışması

Bu araştırmanın ikinci aşamasında araştırma tipi olarak; prospektif, iki kollu, ön-test son-test tasarımlı, yarı deneysel, kontrollü müdahale araştırması kullanılmıştır.

İkinci aşama için gerekli örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9 (G*Power Universität Düsseldorf, Almanya) yazılım programı kullanılarak hesaplanmıştır. Öncül hipotezler SYÖ-BC, BAÖ ve YTT-26 testleri müdahale öncesi ve sonrası değişimi olarak ele alındığında araştırmadaki tip I hata miktarı $\alpha:0.05$, testin hedeflenen gücü $1 - \beta:0.90$ iken istatistiksel analizler için gerekli olan örneklem büyüklüğü $n: 24$ olarak belirlenmiştir. Her iki grupta en az 24 katılımcı olması hedeflenmiş ve sonuç olarak toplam 60 katılımcı ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmanın örnekleme,

- Kontrol grubu ($n=29$); İstanbul'da 2 ayrı obezite cerrahisi kliniğine, ağırlık kazanımı nedeniyle beslenme danışmanlığı almak için diyetisyen takibine başvuran kadınlardan,
- Müdahale grubu ($n=31$); araştırmanın ilk aşamasındaki geçerlilik güvenirlik çalışması için oluşturulmuş anketin sonuna, ikinci aşamada uygulanacak sezgisel yeme protokolü hakkında bilgilendirme başlığı eklenmiştir. Katılmak isteyen kişilerden, birinci aşama anketinin sonuna e-posta adreslerini bırakmaları

istenmiştir. 129 kadın, sezgisel yeme protokolüne katılmak istediğini belirtmiştir. Sonrasında bu kişiler ile iletişime geçilmiş ve 47 kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 7’de belirtilen dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine göre seçilmiş katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 7. Araştırmanın ikinci aşamasına dahil edilme ve dahil edilmeme kriterleri

Dahil edilme kriterleri	Dahil edilmeme kriterleri
- 18-65 yaş arasında olmak - Ameliyat sonrası kaybedilmiş maksimum ağırlık miktarının %20 veya daha fazlasını tekrar kazanmış olmak - En az 2 yıl önce Sleeve gastrektomi geçirmiş olmak	- Ameliyat sırasında ve sonrasında cerrahi operasyona bağlı darlık gelişmiş olmak - Ameliyat sırasında beslenmeyi etkileyebilecek herhangi bir cerrahi komplikasyon geçirmiş olmak

Literatürde erkeklerin kadınlara oranla daha iyi SY puanına sahip olduklarını gösteren veriler bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmanın ikinci aşaması sadece kadın katılımcılar ile yürütülmek üzere tasarlanmıştır.

Kontrol grubunda, Ağustos 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında 45 kişi takip edilmeye başlanmıştır. 6 haftalık takibi tamamlayıp son test anketini cevaplayan kontrol grubu katılımcı sayısı 29 kişidir. Kontrol grubuna başlangıçta dahil edilen 45 katılımcıdan 4 kişi revizyonel cerrahi geçirme kararı aldıkları için araştırmadan çıkarılmışlardır. Ayrıca 4 katılımcı takipten kendi istekleri ile ayrılmışlardır. 8 katılımcı 6 haftalık süreci tamamlamışlar ancak araştırmacı tarafından birden fazla defa iletişime geçilmesine rağmen araştırmanın ikinci anketine katılmamışlardır. Kontrol grubu katılımcıları online olarak, başvurdukları obezite cerrahisi kliniği ekibinde bulunan bariatrik cerrahi alanında deneyimli bir diyetisyen tarafından takip edilmiştir.

Müdahale grubu, Şubat- Nisan 2025 tarihlerinde 2 ayrı grupta 6 haftalık online grup müdahale çalışmasına dahil edilerek takip edilmiştir. Müdahale grubuna başlangıçta 37 kişi katılmıştır. 6 haftalık müdahale programını katılımcı sayısı 31 kişidir. Müdahale grubuna dahil edilen katılımcılardan bir kişi GLP-1 antagonisti ilaç

kullanmaya kararı verdiği için araştırmadan çıkarılmıştır, 5 kişi ise kendi istekleri ile araştırmadan ayrılmışlardır. Müdahale çalışması, online olarak internet üzerinden çeşitli iletişim platformları kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmanın ikinci aşaması için kullanılan anketler Google Formlar (www.docs.google.com/forms) üzerinden online olarak hazırlanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki katılımcılar anketi internet üzerinden kendileri yanıtlamışlardır.

Katılımcılardan araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair onam formu alınmıştır (EK 1). Araştırmanın yürütülmesi için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu tarafından 2023/21 sayılı, 2023-21/761 karar numaralı ve 11.04.2024 tarihli etik kurul onayı alınmıştır (EK 2).

3.3 Araştırmanın Genel Planı

3.3.1 SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

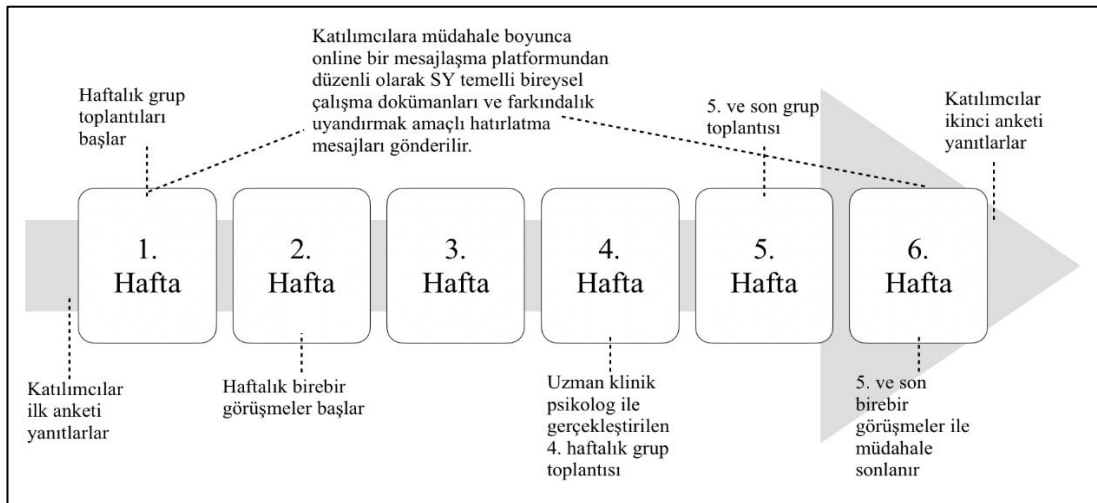
Anket için gönüllülere sosyal medya üzerinden ulaşılmıştır. Temmuz 2024 tarihinde ankete katılan kişilerden 297'si araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar, SYÖ-2, YTT-26, TFEQ-R18' den oluşturulmuş anketi online olarak cevaplamışlardır. YTT-26 ve TFEQ-R18 ölçekleri geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılmak üzere araştırma planına dahil edilmiştir. Re-test aşaması için gerekli veriler, katılımcılar arasından rastgele seçilen kişilere, ilk ankete katıldıkları tarihten 1 ay sonra re-test anketi iletilerek elde edilmiştir. Re-test aşaması için, 34 katılımcının verileri araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar, internet üzerinden online olarak anketi cevaplamışlardır.

3.3.2 Sleeve gastrektomi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadın katılımcılar ile gerçekleştirilen sezgisel yeme müdahale çalışması

Kontrol grubundaki katılımcılar Ağustos 2024 – Mayıs 2025 tarihlerinde İstanbul'da bulunan obezite cerrahisi kliniklerine, ağırlık kaybı için başvurdukları

tarihten itibaren 6 hafta boyunca haftada bir kez bariatrik cerrahi alanında deneyimli bir diyetisyen tarafından birebir online beslenme danışmanlığı verilerek takip edilmiştir. Katılımcılar, tekrar ağırlık kazanmış hastalarına yönelik uygun beslenme önerileri verilerek takip edilmiştir (176). Kontrol grubu için, toplamda 6 defa yapılacak haftalık diyetisyen görüşmelerinin en az 4 tanesine katılmak devamlılık koşulu olarak belirlenmiştir. Katılımcılar başlangıçta (ön test) ve 6 hafta sonunda (son test) olarak genel bilgiler anketi, SYÖ-BC, YTT-26 ve BAÖ' dan oluşturulmuş anketi online olarak cevaplamışlardır.

Müdahale grubundaki katılımcılar, Şubat - Nisan 2025 tarihleri arasında en fazla 15 kişiden oluşan 3 ayrı grupta 6 haftalık SY temelli online bir grup çalışması ile takip edilmiştir. Müdahale çalışması, araştırmacının yürüttüğü online haftalık grup toplantıları (her biri 60 dakikalık toplam 5 toplantı), araştırmacı ile birebir sezgisel yeme danışmanlığı görüşmeleri (her biri 30 dakikalık toplam 5 görüşme) ve online bir mesajlaşma platformu üzerinden araştırmacının hazırladığı sezgisel yeme çalışma dokümanları ve araştırmacı tarafından haftada 3 kere hatırlatma mesajları gönderilerek uygulanmıştır. Müdahale protokolünün akış şeması Şekil 4'te gösterilmiştir. Katılımcılar başlangıçta ve 6 hafta sonunda toplamda 2 kez, genel bilgiler anketi, Sezgisel Yeme Ölçeği- Bariatrik Cerrahi (SYÖ-BC), Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (YTT-26) ve Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)'dan oluşturulmuş anketi online olarak cevaplamışlardır.



Şekil 4. Sezgisel yeme temelli 6 haftalık protokolün akış şeması

Müdahale grubu için toplamda 5 online grup toplantısının en az dördüne, 5 haftalık bireysel görüşmenin en az dördüne katılmak devamlılık koşulu olarak belirlenmiştir.

Müdahale çalışmasında düzenlenmiş haftalık grup toplantılarının ana başlıkları aşağıdaki gibidir:

- 1. Toplantı: Tanışma. Genel bilgilendirme. Sezgisel yeme nedir? Diyet zihniyetini reddedin. Açlığı onurlandırın.
- 2. Toplantı: Yiyecekler ile barışın. Yiyecek polisine karşı çıkın.
- 3. Toplantı: Tokluğunuzu hissedin. Tatmin olma faktörünü keşfedin. Farkındalıkla yeme nedir ve nasıl uygulanır. Kuru üzüm egzersizi uygulanması
- 4. Toplantı: Klinik Psikolog anlatımı ile gerçekleştirilmiştir. Duygularınızla yiyecekleri kullanmadan baş edin. Bedene saygı duyun. Öz-şefkat egzersizleri.
- 5. Toplantı: Egzersiz yapın: Değişimi hissedin. Sağlığınızı onurlandırın: Nazik beslenin. Her bedende sağlık (HAES) prensipleri. Kapanış bilgilendirmesi.

Müdahale protokolü, birebir görüşmeler ve grup toplantıları birlikte kullanılarak, farklı müdahale yöntemleri birleştirilmesiyle tasarlanmıştır. Ayrıca müdahale protokolü içeriği oluşturulurken, tamamen bariatrik cerrahi geçirmiş kişilere yönelik olması hedeflenerek;

- SG sonrası kişilerin en sık yaşadıkları beslenme davranışı sorunları,
- Beslenmeye dayalı komplikasyonlar,
- Ameliyata bağlı meydana gelen anatomik değişikliklerin yeme davranışına etkileri hakkında bilgilendirme,
- Sık görülen bozulmuş yeme davranışı örüntüleri, çözüm önerileri gibi bariatrik cerrahi sonrası beslenme yönetimiyle ilgili içerikler dahil edilmiştir.
- Bariatrik cerrahi sonrası uzun dönemde dengeli ve besleyici beslenme önerileri

Katılımcıların müdahale süresince toplantı aralarında soru sorabilecekleri, birbirlerinden sosyal destek alabilecekleri ve kendi deneyimlerini paylaşabilecekleri

online bir mesajlaşma grubu oluşturulmuştur. Her haftalık grup toplantısı sonrası, konuşulmuş sezgisel yeme ilkeleri ile ilgili bireysel çalışma dökümanları bu mesajlaşma grubundan iletilmiş ve katılımcılardan yapmaları istenmiştir. Ayrıca farkındalık uyandırmak amacı ile hazırlanmış görseller, yazılar yine bu mesajlaşma grubundan iletilmiştir.

Katılımcılar için hazırlanmış dökümanlar, uygulama materyalleri, toplantı ve online görüşmelerin içeriği; Sezgisel Yeme Kitabı (134) Sezgisel Yeme Uygulama Kitabı (177), Her Gün İçin Sezgisel Yeme (Intuitive Eating for Every Day: 365 Daily Practices & Inspirations to Rediscover the Pleasures of Eating) isimli uygulama ve yönlendirme kitabı (178), Sezgisel Yeme Günlüğü (Intuitive Eating Journal: Your Guided Journey For Nourishing A Healthy Relationship With Food) (179) ve Her Bedende Sağlık (Health at Every Size: The Surprising Truth About Your Weight) (180) kaynaklarından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Katılımcılar ile yapılan birebir görüşmelerde, katılımcının grup toplantıları sonrası kişisel ihtiyaçlarına uygun çalışmalar yapılarak bireysel ilerleme hedeflenmiştir.

Bireysel görüşmeler, haftalık toplantılarda konuşulan ilkelerin yanı sıra aşağıdaki başlıklarla katılımcıların kişisel ihtiyaçları tespit edilerek SY danışmanlığı sürdürülmüştür.

- Kişisel beslenme örüntüsü, açlık tokluk sinyallerine göre beslenmelerini nasıl düzenleyebileceklerine yönelik yönlendirme
- Bariatrik cerrahi sonrası sık rastlanan bozulmuş yeme davranışları açısından bireysel değerlendirme, saptanan davranışlar üzerine kişiselleştirilmiş öneriler
- Kişinin yeme kapasitesi, kişinin günlük rutini ve beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, besin tercihlerinin gözden geçirilmesi ve ameliyat sonrası yeniden ağırlık kazanımı ile ilgili muhtemel nedenlerin değerlendirilmesi
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi

- Bariatrik cerrahi sonrası gelişen dumping sendromu varlığında bu duruma özel beslenme önerileri
- Kişinin diyet inanışları, düşüncelerini fark etmesi
- Kişinin kendine yasakladığı yiyecekler ve (eğer tüketmekten kaçıyor ya da korkuyor ise) bunların tüketimi konusunda güvenli ortam yaratma. Besinlerin etiketlenmesi üzerine çalışmalar ve besinlerle barışma pratikleri
- Haftalık uygulama dökümanları üzerinden cevaplar ve soruların incelenmesi

3.4 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın 1. ve 2. aşamasında aşağıdaki ölçeklerden faydalanılmıştır.

Araştırmanın birinci aşaması için hazırlanmış anketin içeriği aşağıdaki gibidir.
(EK-1: Birinci aşama anketi)

Birinci aşama anketi;

- Kişisel bilgiler
- Tıbbi öykü
- Yeme tutum testi kısa formu (YTT-26)
- Üç Faktörlü Beslenme Anketi (TFEQ-R18)
- Sezgisel Yeme Ölçeği – 2 (SYÖ-2)

TFEQ-R18 ve YTT-26 ölçekleri, sadece SYÖ-2'nin geçerlilik ve güvenirlik araştırmasında kullanılmak amacıyla araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında, SY protokolünün kontrol grubuna göre etkisini incelemek için, katılımcılarının başlangıçta (ön-test) ve 6 hafta sonrasında (son-test) yanıtladıkları anket içeriği aşağıdaki gibidir. (EK-2: İkinci aşama anketi)

İkinci aşama anketi;

- Kişisel bilgiler
- Tıbbi ve vücut ağırlığı öyküsü
- Genel bilgiler anketi
- Yeme tutum testi kısa formu (YTT-26)
- Sezgisel Yeme Ölçeği – BC (SYÖ-BC)
- Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

3.4.1 Antropometrik bilgiler

Katılımcılardan antropometrik ölçüm olarak, mevcut vücut ağırlığı ve boy uzunluğu bilgileri (kendi beyanlarına dayalı olarak) alınmıştır.

3.4.2 Demografik bilgiler

Katılımcılardan demografik bilgi olarak, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu bilgileri alınmıştır.

3.4.3 Tıbbi öykü ve vücut ağırlığı öyküsü

Katılımcıların hangi bariatrik cerrahi türünü geçirdikleri, ne zaman bariatrik cerrahi geçirdikleri, revizyon cerrahisi geçirip geçirmediikleri, hastalık öyküsü, ameliyat sonrası en düşük vücut ağırlığı, ameliyat sonrası çıkılan en yüksek vücut ağırlığı verileri katılımcılardan alınmıştır.

3.4.4 Sezgisel yemenin değerlendirilmesi

Katılımcıların sezgisel yeme değerlendirmesi için Sezgisel Yeme Ölçeği -2 (SYÖ-2) kullanılmıştır.

SYÖ-2, 23 madde ve dört alt ölçekten oluşur (131).

5'li likert tipte bir ölçek olup, 1 ile 5 arasında puanlandırılır. Puanlandırma aşağıdaki gibidir;

Ölçekte, 1,2,4,5,9,10 ve 11 numaralı sorular, ters sorulardır. Bu sorular dışındaki düz sorular yukarıdaki Tablo 8'e göre (1'den 5'e doğru) ters sorular ise (5'ten 1'e doğru) puanlandırılır.

Toplam SYÖ-2 puanı: tüm öğelerin puanları toplanıp 23'e bölünerek hesaplanır.

Tablo 8. SYÖ-2 ölçeği sorularının puanlandırılması

Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan

“Koşulsuz Yeme İzni” Alt Ölçeği: 1, 3, 4, 9, 16 ve 17 madde puanları toplanıp 6'ya bölünür.

“Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme” Alt Ölçeği: 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15 madde puanları toplanıp 8'e bölünür.

“Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven” Alt Ölçeği: 6, 7, 8, 21, 22 ve 23 madde puanları toplanıp 6'ya bölünür.

“Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi” Alt Ölçeği: 18, 19 ve 20 madde puanları toplanıp 3'e bölünür.

3.4.5 Yeme davranışı değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların yeme davranışını değerlendirmek için Üç Faktörlü Beslenme Anketi (TFEQ-18) ölçeğinden yararlanılmıştır.

Bu anket, kişilerin kasıtlı olarak yeme eylemlerini kısıtlama seviyelerini, kontrolsüz yemek yeme seviyelerini ve duygusal yeme seviyelerini ölçmekte kullanılır. İlk olarak 51 soruluk oluşturulmuş, zaman içerisinde 18 maddelik son halini almıştır (181). Türkçe 'ye çevrilerek geçerliliği ve güvenilirliği 2015 yılında Kıracı ve ark. tarafından çalışılmıştır (182).

Anketin ilk 13 sorusu düz sorular olup, kesinlikle doğru cevabı 4, kesinlikle yanlış cevabı 1 olacak şekilde yanıtlarda 4'ten 1'e doğru azalarak puanlandırılır.

14, 15, 16 ve 17. Sorular ters sorulardır, kesinlikle doğru cevabı 1, kesinlikle yanlış cevabı 4 olacak şekilde yanıtlarda 1'den 4'e doğru artarak puanlandırılır.

18. son sorunun puanlandırma şekli ise Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. TFEQ-18 ölçeğinin 18. sorusunun puanlandırılması

1 ve 2	3 ve 4	5 ve 6	7 ve 8
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan

3.4.6 Yeme tutumu değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların yeme tutumlarını değerlendirmek için Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26) kullanılmıştır. Problemlili yeme tutumlarının incelenmesinde kullanılan YTT-26, ilk olarak 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından (183) geliştirilmiştir ve Türkçe'ye 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından (184) çevrilmiştir. Daha sonra yapılan araştırmalar neticesinde ölçek 26 soruya indirgenmiştir. YTT-26, 2020 yılında, Türkçe 'ye çevrilerek literatüre kazandırılmıştır (185).

YTT-26 puanı yüksek olan kişilerde yeme bozukluğu tanısı varlığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu için bu ölçek, yeme bozukluğu açısından bireylerin değerlendirilmesi amaçlı klinik uygulamalarda kullanılmaktadır.

Ölçek 3 ayrı bölümden oluşmaktadır, ölçeğin A bölümü; demografik ve sayısal bilgiler içermektedir.

B bölümünün puanlandırma şekli Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. YTT-26 ölçeğinin B bölümündeki düz soruların puanlandırılması

Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen Nadiren Hiçbir zaman
3 puan	2 puan	1 puan	0 puan

26. numaralı soru ters soru olup, puanlandırma şekli Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. YTT-26 ölçeğinin B bölümündeki ters soru olan 26. sorunun puanlandırılması

Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Daima Çok sık Sık sık
3 puan	2 puan	1 puan	0 puan

B bölümünde yukarıdaki kriterlere göre cevaplara verilen puanların toplamının, 20 ve üzeri olması yeme tutumunda bozulmaya işaret eder.

Ölçeğin B bölümünün 3 adet faktörü bulunmaktadır, bunlar;

Faktör 1: “Diyet yapma”

Faktör 2: “Oral kontrol”

Faktör 3: “Bulimik davranışlar”

Ölçeğin C bölümü için bir puanlama önerisi bulunmamaktadır. Bu bölüm sağlık profesyonelleri tarafından ölçek ile yeme davranışı incelenen kişinin değerlendirilmesinde kullanılan soruları içermektedir.

3.4.7 Beden algısının değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların beden algılarının değerlendirilmesi için Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek ilk olarak 1953 yılında kişilerin beden şekli, büyüklüğü, görünümü ve fonksiyonlarını algılama biçimlerini araştırmak maksadıyla geliştirilmiştir (186). Ölçek Türkçe 'ye 1992 yılında çevrilmiş olup 40 maddeden oluşmaktadır (187).

Ölçekteki cevapların puanlandırılması Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. BAÖ ölçeğinin puanlandırılması

Çok memnunum	Oldukça memnunum	Kararsızım	Pek memnun değilim	Hiç memnun değilim
1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan

Ölçeğin puanlandırılmasına göre alınabilen en düşük puan 40 iken, en yüksek puan 200'dür. Katılımcının BAÖ puanı ile beden algısı açısından değerlendirilmede pozitif korelasyon mevcuttur.

3.4.8 Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

3.4.8.1 SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması

Araştırmanın 1. aşamasının ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğini test etmek için SPSS 20.0 (188) ile açıklayıcı faktör analizi yapılmış. AMOS 22.0 (189) aynı örneklem üzerinde doğrulayıcı faktör analizi de yapılmıştır. Ayrıca, test-tekrar test

güvenirliği için 34 katılımcıya ilk uygulamadan bir ay sonra ölçek tekrar uygulanmıştır.

3.4.8.2 Sleeve gastrektomi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda sezgisel yeme müdahalesinin etkisinin incelenmesi

Verilerin analizi, IBM SPSS 26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun denetlenmesinde Kolmogorov- Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağıldığı durumlarda, nicel değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, nitel (kategorik) değişkenler ise frekans (yüzdelikler) olarak verilmiştir. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için Student t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Bağımlı grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için Paired t testi, normal dağılmayanlar için ise Wilcoxon Testi, kategorik bağımsız değişkenler arası fark için Ki kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki için Pearson ya da Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yanları;

Bu araştırma, SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi popölasyonunda geçerliği ve güvenilirliği üzerine yapılmış ve bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerde SY protokolü uygulanarak vücut ağırlığı, yeme tutumu ve beden algısı üzerindeki etkilerini inceleyen, benzer çalışmalara rastlanamadığı için, literatürdeki bilinen ilk çalışmadır.

Araştırmanın birinci aşaması neticesinde uyarlanarak literatüre kazandırılan SYÖ-BC'nin, gelecekte yapılacak bariatrik cerrahi alanındaki çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

SY müdahalelerinin vücut ağırlığı, beden algısı, yeme davranışına etkisi üzerine yapılmış pek çok korelasyon çalışması mevcuttur. Lakin, SY müdahalesinin bariatrik cerrahi popülasyonunda uygulanmasına yönelik bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında, bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda uygulanan 6 haftalık SY temelli müdahale protokolünün vücut ağırlığı, yeme tutumu ve beden algısı üzerinde etkisi incelenmiştir. Müdahale protokolü, birebir görüşmeler ve grup toplantıları birlikte kullanılarak, farklı müdahale yöntemlerinin birleştirilmesiyle bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerde sık görülen bozulmuş yeme davranışları dikkate alarak tasarlanmıştır.

Tekrar ağırlık kazanımı, bariatrik cerrahi sonrası uzun dönemde dikkate alınması gereken en önemli başlıklardandır. Buna rağmen tekrar ağırlık kazanımı üzerine yapılmış müdahale çalışmaları literatürde çok kısıtlıdır. Yeniden ağırlık kazanımı yönetiminde klasik diyet yaklaşımları ve tıbbi müdahale (zayıflama ilaçları, revizyonel cerrahi vb.) sık başvurulmuş yöntemlerdendir. Ulaşılması ve takip edilmesi zor bir örneklem grubunda yapılmış bu araştırmanın literatüre kazandırdığı verilerin, diyet dışı beslenme ve davranış değişikliği müdahalelerinin bariatrik cerrahi popülasyonunda uygulanabilirliği ve etkileri konusunda farklı bir bakış açısı sunması ve bu alanda yapılacak gelecekteki çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları;

Araştırmanın iki aşaması için de katılımcı sayısı sınırlıdır. Araştırmanın iki aşaması için de verilerin toplanma şekli online anket olarak planlanmış, bu şekilde daha fazla kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Katılımcıların anketleri online olarak kendileri yanıtlaması nedeniyle antropometrik veriler de dahil bütün veriler beyana dayalı olarak toplanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında takip edilen bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kişiler, ulaşılması ve takip etmesi zor bir örneklem olduğundan katılımcılara ulaşmakta zorlanılmıştır. Daha fazla katılımcının araştırmaya dahil edilebilmesi amacıyla verilerin toplandığı anket içeriği mümkün olduğunca kısa tutulmuş, özellikle

demografik bilgiler açısından anket içeriği sınırlı tutulmuştur. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek için kullanılabilecek besin tüketim kaydı, yine aynı amaçla araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın planlanma aşamasında, kontrol grubunun özel bir obezite cerrahisi kliniğinde bariatrik cerrahi alanında deneyimli bir diyetisyen tarafından takip edilmesi hedeflenmiştir. Ancak araştırma süresince kontrol grubu için yeterli sayıda katılımcıya ulaşmakta zorlanıldığı için farklı bir obezite cerrahisi kliniğine başvuran gönüllüler de araştırmaya dahil edilmiştir. Bu sayede hedeflenen katılımcı sayısına ulaşılabilmiştir.

Araştırmanın online olarak gerçekleştirilmesi, katılımcıların yaşı, sosyokültürel düzeyi, internet ulaşım kısıtlılığı gibi demografik faktörler açısından kısıtlı bir popülasyona erişmekle sonuçlanmış olabilir.

4 BULGULAR

4.1 SYÖ-2'nin Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması

Ölçeğin yapı geçerliği bakımından değerlendirilmesinde öncelikle açıklayıcı faktör analizi ile ölçeğin alt ölçekleri belirlenmiştir. Daha sonra belirlenen alt ölçeklerin değerlendirilmesi için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

4.1.1 SYÖ-2'nin madde analizi

Ölçeğin madde analizi kapsamında SYÖ-2 ölçeğinin maddelerine ilişkin; ortalama, standart sapma, madde-toplam istatistikleri Tablo 13'te verilmiştir.

İlgili tabloda da görüldüğü üzere, 1,3,4,9,16,17. maddelerin toplam korelasyon katsayıları oldukça düşük veya negatif çıkmıştır. Bu değerler koyu rakamlar ile öne çıkarılmıştır.

4.1.2 Yapı geçerliği

4.1.2.1 Açıklayıcı faktör analizi

Örneklemin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçüsü ve Bartlett'in küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Sezgisel Yeme Ölçeği-2'ye ilişkin KMO değeri 0,89 olarak bulunmuştur. Bartlett testi sonucu da ölçeğin faktörlenebilirliğini göstermektedir (Ki-kare= 4159,30, $p<0,001$). Örtüşmeyen faktörler bulunması nedeniyle uygulanan Varimax döndürmesi kullanılarak faktör analizi sonucunda özdeğerlerin bir (1)'in üzerinde olan ve eğim-plato grafiği göz önünde bulundurularak beş faktörlü bir yapı elde edilmiştir (beş faktörlü yapı toplam varyansın %67'sini açıklamaktadır) fakat bazı maddelerin çakıştığı gözlenmiştir. Bu nedenle güvenirlilik analizi yapılmış bazı maddelerin (1,3,4,9, 16 ve 17) çıkarılması gerektiği (Cronbach's alpha if Item Deleted) belirlenmiştir. Bu maddeler ölçekten

ıkarıldıktan sonra Cronbach's alfa değeri 0,92'ye yükselmiştir. Bu işlem sonrası tekrar faktör analizi yapılmış (KMO değeri 0,91; Ki- kare = 3604,83; $p < 0,001$) ve üç faktörlü yapı elde edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir. Faktör yükleri 0,40 üzerinde olanlar dikkate alındığında, ölçeğin 3 alt ölçeğe ayrıldığı görülmektedir. Bu 3 alt ölçek ile açıklanan toplam varyans %68,53 olarak hesaplanmıştır.



Tablo 13. SYÖ-2'nin madde analizi

Madde	Ortalama±SS	Madde Silindiğinde Ölçek Puan Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Puan Varyansı	Madde-Toplam Korelasyon Katsayısı	R ²	Madde Silindiğinde Cronbach-Alfa
1. Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.	2,64±1,10	70,63	196,56	-0,086	0,37	0,89
2. Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	2,37±1,30	70,89	173,66	0,579	0,68	0,87
3. Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.	4±0,88	69,26	194,92	-0,023	0,53	0,88
4. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.	2,66±1,20	70,60	184,07	0,294	0,32	0,88
5. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	2,73±1,33	70,54	171,26	0,635	0,64	0,86
6. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	3,31±1,18	69,96	175,74	0,613	0,64	0,88
7. Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	3,12±1,14	70,14	176,73	0,566	0,65	0,87
8. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	3,51±1,17	69,75	173,45	0,658	0,69	0,86
9. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.	2,85±1,48	70,41	192,12	0,025	0,28	0,89
10. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.	2,72±1,31	70,54	171,72	0,632	0,69	0,86
11. Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	2,63±1,38	70,63	170,17	0,646	0,73	0,86
12. Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzümlük) baş edebilirim.	3,06±1,14	70,20	176,04	0,586	0,57	0,87

Tablo 13. SYÖ-2'nin madde analizi (devam)

Madde	Ortalama±SS	Madde Silindiğinde Ölçek Puan Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Puan Varyansı	Madde- Toplam Korelasyon Katsayısı	R ²	Madde Silindiğinde Cronbach- Alfa
13. Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.	3,05±1,26	70,21	173,57	0,600	0,60	0,87
14. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.	3,02±1,29	70,25	170,66	0,675	0,70	0,86
15. Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.	3,24±1,10	70,03	174,04	0,683	0,65	0,86
16. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.	3,76±0,98	69,50	192,70	0,054	0,52	0,88
17. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM.	2,91±1,25	70,36	194,42	-0,025	0,28	0,89
18. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.	3,6±1,05	69,66	182,91	0,392	0,48	0,87
19. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemlerini sağlayacak yiyecekler yerim.	3,57±1,01	69,69	179,51	0,538	0,66	0,87
20. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.	3,56±0,98	69,70	180,79	0,504	0,59	0,87
21. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.	3,46±1,09	69,80	175,90	0,624	0,62	0,87
22. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.	3,76±1,15	69,51	174,93	0,621	0,77	0,87
23. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	3,74±1,13	69,52	173,23	0,692	0,80	0,86

SS: Standart sapma

Açıklayıcı faktör analizi sonucuna göre;

- İlk alt ölçek, duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yemeye ilişkin 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddelerinden,
- İkinci alt ölçek, açlık ve tokluk işaretlerine güvene ilişkin 6, 7, 8, 21, 22, ve 23.maddelerinden,
- Üçüncü alt ölçek, vücut-besin seçimi örtüşmesine ilişkin 18, 19 ve 20 maddelerinden oluşmaktadır.

4.1.2.2 Doğrulayıcı faktör analizi

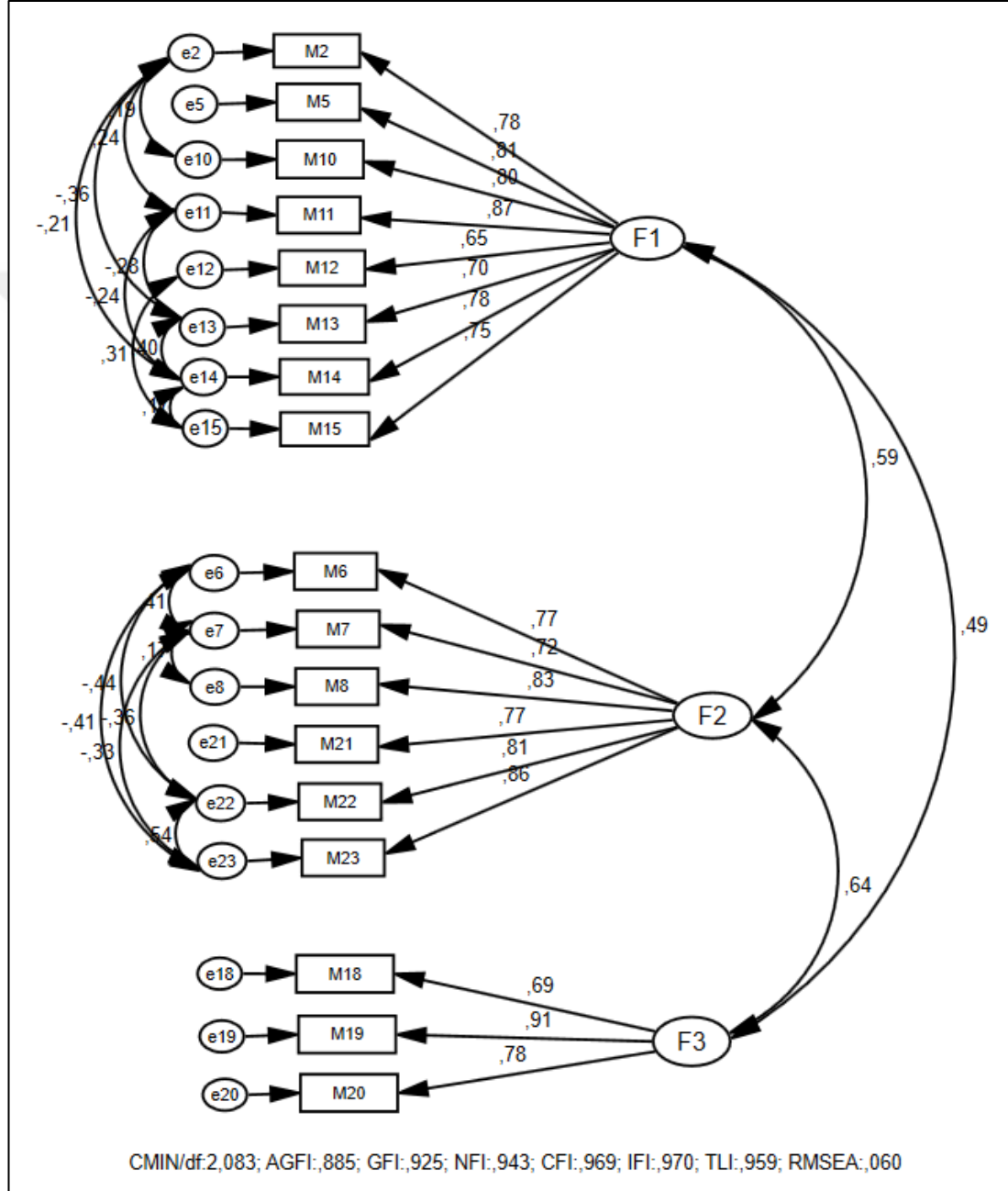
Açıklayıcı faktör analizi sonrasında doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda 3 alt ölçekli faktör yapısının iyi uyum göstermesi ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymaktadır.

İlk modelde ortaya çıkan uyum indeks değerleri şöyledir: $\chi^2 (116) = 613,07$, $p = ,000$, $\chi^2 /sd = 5,26$, $CFI = ,86$, $GFI = ,78$, $RMSEA = ,12$. Değerler alanyazında yer alan ölçütlere göre incelendiğinde [$Chisq/Df < 5,0$, $CFI > 0,90$, $GFI > 0,90$ ve $RMSEA < 0,08$ (190) modelin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Uyumu iyileştirmek için oluşturulan ikinci modelde F1 faktörüne ait madde 2 ile 10,11,13, 14 maddeleri arasında; 11. madde ile 13 ve 14 maddeleri arasında; 12. madde ile 15. madde; 13. madde ile 14. madde ve F2 faktörüne ait 6. madde ile 7,8, 22 ve 23. maddeler; 7. madde ile 8 ve 23. maddeler arasında önerilen hata kovaryansları kavramsal açıdan değerlendirilerek modele eklenmiştir. Modelin son halinin uyum indeksleri şunlardır: $\chi^2 (100) = 208,29$, $p = ,000$, $\chi^2 /sd = 2,08$, $CFI = ,97$, $GFI = ,93$, $RMSEA = ,06$. Bu modellerden elde edilen uyum indeksleri Tablo 15'te sunulmuştur. Sonuç olarak, ortaya çıkan modelin veriyle iyi düzeyde uyum gösterdiği gözlenmiştir.

Tablo 14. SYÖ-BC' nin Faktör Analizi Sonucu Faktör Yükleri

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
2. Duygusal hissettiimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	0,80		
5. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	0,80		
10. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.	0,82		
11. Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	0,85		
12. Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzümlük) baş edebilirim.	0,71		
13. Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.	0,62		
14. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.	0,71		
15. Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.	0,73		
6. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.		0,74	
7. Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.		0,77	
8. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.		0,83	
21. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.		0,72	
22. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.		0,76	
23. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.		0,77	
18. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.			0,82
19. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemlerini sağlayacak yiyecekler yerim.			0,79
20. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.			0,79
Öz-değer	8,11	2,25	1,29
Açıklanan Varyans (%)4	47,70	13,24	7,59

Şekil 5 ve Tablo 15 dikkate alındığında 3 alt ölçekte yer alan maddelerin kendi alt boyutlarıyla olan ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı olup 0,65 ile 0,91 aralığında değişmektedir. Model uyum indeksi RMSEA değeri incelendiğinde modelin kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde yer aldığı belirlenmiştir (190).



Şekil 5. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

Tablo 15. Her bir maddenin ait olduğu alt boyutla ilişkisi

Madde	Alt boyutlar	r	p
M2 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,75	0,001*
M5 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,78	0,001*
M10 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,81	0,001*
M11 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,80	0,001*
M12 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,87	0,001*
M13 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,65	0,001*
M14 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,70	0,001*
M15 <---	F1 (duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme)	0,78	0,001*
M6 <---	F2 (açlık ve tokluk işaretlerine güven)	0,77	0,001*
M7 <---	F2 (açlık ve tokluk işaretlerine güven)	0,72	0,001*
M8 <---	F2 (açlık ve tokluk işaretlerine güven)	0,83	0,001*
M21 <---	F2 (açlık ve tokluk işaretlerine güven)	0,77	0,001*
M22 <---	F2 (açlık ve tokluk işaretlerine güven)	0,81	0,001*
M23 <---	F2 (açlık ve tokluk işaretlerine güven)	0,86	0,001*
M18 <---	F3 (vücut-besin seçimi örtüşmesi)	0,69	0,001*
M19 <---	F3 (vücut-besin seçimi örtüşmesi)	0,75	0,001*
M20 <---	F3 (vücut-besin seçimi örtüşmesi)	0,78	0,001*

*p<0,05

4.1.3 Güvenirlik

Ölçeğin güvenirliliği için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının yanı sıra test-tekrar test analizleri de yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise F1 (*Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme*) alt ölçeği için 0,92, F2 (*Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven*) alt ölçeği için 0,91 ve F3 (*Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi*) alt ölçeği için 0,83 olarak belirlenmiştir. (Tablo 16). Test-tekrar test güvenirliliği için ölçek, rastgele seçilen 34 katılımcıya bir ay arayla tekrar uygulanmıştır. İki değer arası tespit edilmiş korelasyon değeri ($r = 0,70$, $p < ,001$), ölçeklerin aynı katılımcılar tarafından farklı zamanlarda tutarlı olarak ölçüm yaptığını göstermektedir.

4.1.3.1 SYÖ-BC'nin güvenilirliğine ilişkin bulgular

SYÖ-BC'nin güvenilirliği, iç tutarlılığı belirlemede kullanılan Cronbach-alfa (α) katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin geneline ve alt ölçeklerine ait Cronbach-alfa değerleri Tablo 16'da gösterilmiştir.

Her bir madde silindiğinde Cronbach-alfa değerleri Tablo 13'te yer almaktadır. Bu değerlere bakıldığında ölçeğin uyarlanan versiyonundan çıkarılan maddelerin yeni oluşturulan ölçeğe ait Cronbach-alfa değerini arttırdığı görülebilir.

Tablo 16. SYÖ-BC toplam ve alt ölçek puanları ile BKİ, YTT-26 ve TFEQ-R18 arasındaki korelasyon

	Madde sayısı	Ort+SS	Aralıklar	İç Tutarlılık	Korelasyon katsayıları		
					BKİ	YTT-26	TFEQ-R18
SYÖ-BC	17	3,2±0,8	1-5	0,93 ^a	-0,347**	-,0708**	-0,080
F1. Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	8	2,8±1	1-5	0,92 ^a			
F2. Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	6	3,5±0,9	1-5	0,91 ^a			
F3. Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	3	3,5±0,9	1-5	0,83 ^a			

BKİ: Beden Kütle İndeksi, YTT-26: Yeme Tutumu Testi, TFEQ-R26: Üç Faktörlü Yeme Ölçeği R18

^a: Standardize edilmiş Cronbach's alfa.

** p<0,01

Sezgisel Yeme Ölçeği- 2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizinin sonuçlarına göre "Koşulsuz Yeme İzni Verme" alt ölçeğine ait 1,3,4,9,16 ve 17. maddeler ölçekten çıkarılarak, 3 alt ölçekten oluşan, 17 maddeli Sezgisel Yeme Ölçeği – Bariatrik Cerrahi (SYÖ-BC) uyarlanmıştır.

4.1.4 Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına katılan bireylerin uyarlanan SYÖ-BC ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

4.1.4.1 SYÖ-BC değerlerinin cinsiyete göre incelenmesi

Katılımcıların cinsiyet dağılımına ait bilgiler Tablo 17’de gösterilmiştir. Ankete katılan, 297 kişiden 28’i erkek (%9,4), 269 kişi kadın (%90,6) olup, katılımcıların çoğunun kadın olduğu saptanmıştır.

Tablo 17. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif Yüzde
Erkek	28	9,4	9,4	9,4
Kadın	269	90,6	90,6	100,0
Toplam	297	100,0	100,0	

SYÖ-BC toplam ve alt ölçeklerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir. SYÖ-BC ölçeğinin puanı erkek katılımcılar için ortalama $3,57 \pm 0,86$, kadınlarda ortalama $3,16 \pm 0,80$ olarak saptanmıştır. Erkek katılımcıların SYÖ-BC puanı ortalaması, kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,012$). “F1.Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme” alt ölçeği puanı ortalaması erkeklerde $3,57 \pm 1,03$, kadınlarda $2,78 \pm 0,98$ olarak saptanmıştır. Erkek katılımcıların F1 alt ölçeği ortalaması, kadın katılımcılardan yüksek düzeyde anlamlı fark göstermektedir ve yüksektir ($p<0,001$). “F2.Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven” (erkek= $3,57 \pm 0,96$; kadın= $3,47 \pm 0,93$; $p = 0,603$) ve “F3. Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi” (erkek= $3,57 \pm 0,98$; kadın= $3,58 \pm 0,87$; $p = 0,973$) alt ölçeklerinde cinsiyete bağlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 18. SYÖ-BC ve alt ölçeklerinin cinsiyete göre incelenmesi

Faktörler	Cinsiyet		P
	Erkek (Ortalama±SS)	Kadın (Ortalama±SS)	
F1. Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	3,57±1,03	2,78±0,98	<0,001
F2. Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	3,57±0,96	3,47±0,93	0,603
F3. Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	3,57±0,98	3,58±0,87	0,973
Toplam (SYÖ-BC)	3,57±0,86	3,16±0,80	0,012

SS: Standart Sapma
Student t testi uygulanmıştır

4.1.4.2 SYÖ-BC puanlarının BKİ değerlerine göre incelenmesi

Katılımcıların BKİ değerlerine göre dağılımları Tablo 19’da gösterilmiştir.

Katılımcıların %0,7’si zayıf sınıfta bulunurken, %34,7’si normal, %37,4’ü şişmanlık öncesi, %14,8’i 1. derece obez, %8,1’i 2. derece obez ve %3,4’ü morbid obez sınıfta olduğu saptanmıştır.

Tablo 19. Katılımcıların BKİ sınıflandırması

BKİ sınıflandırması	Frekans (N)	Yüzde (%)	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
<18,5 (Zayıf)	2	0,7	0,7	0,7
18,5-24,9 (Normal)	103	34,7	35	35,7
25-29,9 (Fazla kilolu)	111	37,4	37,8	73,5
30-34,9 (1. derece obez)	44	14,8	15	88,4
35-39,9 (2. derece obez)	24	8,1	8,2	96,6
>40 (Morbid obez)	10	3,4	3,4	100,0
Eksik veri	3	1,0		
Toplam	297	100,0		

Yapılan Pearson Correlation analizine göre, SYÖ-BC ve BKİ arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,347$; $p<0,01$) (Tablo 20). Korelasyon sonucuna göre, BKİ değeri arttıkça SYÖ-BC puanının düşme eğiliminde olduğu ve bu eğilimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

SYÖ-BC ve alt ölçeklerinin BKİ sınıflarına göre ortalamaları Tablo 20’de verilmiştir. SYÖ-BC’nin, BKİ sınıflandırmasına göre ortalama değerleri sırasıyla; $3,4\pm0,8$; $3,5\pm0,8$; $3,2\pm0,7$; $2,9\pm0,9$; $2,7\pm0,6$ ve $2,6\pm0,6$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların ortalama SYÖ-BC puanı ise $3,2\pm0,8$ olarak tespit edilmiştir. SYÖ-BC alt ölçeklerinin BKİ sınıflarına göre ortalama değerleri Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. BKİ sınıflandırılmasına göre SYÖ-BC ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesi

BKİ Sınıflandırma	SYÖ-BC		F1. Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme		F2. Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven		F3. Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	
	Ort±SS	N	Ort±SS	N	Ort±SS	N	Ort±SS	N
<18,5 (Zayıf)	3,4±0,8	2	2,9±0,18	2	4,0±0	2	3,7±0	2
18,5-24,9 (Normal)	3,5±0,8	103	3,2±1,1	103	3,8±0,9	103	3,7±0,8	103
25-29,9 (Şişmanlık öncesi)	3,2±0,7	111	2,8±0,5	111	3,5±0,8	111	3,6±0,9	111
30-34,9 (1. derece obez)	2,9±0,9	44	2,5±0,9	44	3,1±1	44	3,3±0,9	44
35-39,9 (2. derece obez)	2,7±0,6	24	2,4±0,7	24	2,9±0,9	24	3,3±0,8	24
>40 (Morbid obez)	2,6±0,6	10	2,1±0,7	10	2,9±0,8	10	3,2±0,9	10
Toplam	3,2±0,8	294	2,8±1	294	3,5±0,9	294	3,5±0,9	294

SS: Standart Sapma

BKİ değerleri ile SYÖ-BC puanı arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların BKİ değerlerine göre sınıflandırmalarının SYÖ-BC puan ortalamaları göz önüne alındığında BKİ arttıkça SYÖ-BC puanı düşmektedir.

4.1.4.3 Katılımcıların geçirdikleri bariatrik cerrahi türü dağılımı

Katılımcıların geçirdikleri bariatrik cerrahi yöntemine göre dağılımlar bilgileri Tablo 21’de gösterilmiştir. Katılımcıların %80,5 i Tüp mide/ Sleeve Gastrektomi (SG), %6,1 Roux n-Y Gastrik Bypass (RYGB), %1’, Mini gastrik bypass ameliyatı, %0,7’si Duedonal switch ameliyatı geçirmiştir. Birden fazla bariatrik cerrahi geçirmiş katılımcı oranı (revizyonel cerrahi) %2,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların 28’i geçirdikleri bariatrik cerrahi türünü yanıtlamamışlardır. Bu nedenle katılımcıların %9,4’ünün bariatrik cerrahi türü eksik veri kategorisinde değerlendirilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların geçirdikleri bariatrik cerrahi türü dağılımı

Geçirilen ameliyat türü	Frekans	Yüzde	Geçerli yüzde	Kümülatif yüzde
Sleeve gastrektomi	239	80,5	88,8	88,8
RNY gastric bypass	18	6,1	6,7	95,5
Mini gastric bypass	3	1,0	1,1	96,7
Duedonal switch	2	0,7	0,7	97,4
Revizyonel cerrahi	7	2,4	2,6	100,0
Eksik veri	28	9,4		
Toplam	297	100,0		

4.2 Sleeve Gastrektomi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadınlarda Sezgisel Yeme Müdahalesinin Etkisinin İncelenmesi

4.2.1 Katılımcıların demografik verileri

Araştırmanın 2. aşamasında katılımcılar kontrol ve müdahale grubu olarak 2 gruba ayrılmıştır. Kontrol grubunda başlangıçtaki kişi sayısı 45 iken çalışmayı tamamlayan kişi sayısı 29'dur (%64,4). Müdahale grubundaki katılımcılara 6 hafta süresince Sezgisel Yeme Müdahalesi yapılmıştır. Müdahale grubuna 35 katılımcı başlamış ve 31 kişi tamamlamıştır (%88,6).

Katılımcıların yaş ortalamaları Tablo 22'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması tüm örneklem için $39,48 \pm 9,71$ yıl, müdahale grubu için $39,03 \pm 10,08$ yıl ve kontrol grubu için $39,97 \pm 9,45$ yıl olarak bulunmuştur. Gruplar arası yaş ortalamaları benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 22. Müdahale ve kontrol gruplarının yaş ortalaması

	Müdahale grubu (n: 31) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol grubu (n: 29) $\bar{x} \pm SS$	Toplam (n=60)	t; p
Yaş (yıl)	$39,03 \pm 10,08$	$39,97 \pm 9,45$	$39,48 \pm 9,71$	0,369; $p=0,713$

Katılımcıların eğitim ve meslek verilerinin dağılımı Tablo 23'te gösterilmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında, müdahale grubunun %6,5'u lise, %64,5'i üniversite ve %29'u lisans üstü okullardan mezun olduğu, kontrol grubunun %17,2'si lise, %58,6'sı üniversite, %24,2'si lisans üstü okullardan mezun olduğu saptanmıştır. Katılımcıların meslek durumları incelendiğinde, müdahale grubunun %9,7'sinin öğrenci, %58'inin çalıştığı, %25,8'inin çalışmadığı ve %6,5'inin emekli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun meslek durumları değerlendirildiğinde %4,4'ünün öğrenci, %82,6'sının çalıştığı ve %13'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Gruplar arası eğitim durumu ve meslek verileri değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 23. Müdahale ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik özellikler	Müdahale grubu (n: 31) S (%)	Kontrol grubu (n: 29) S (%)	Toplam (n=60)	X ² ;p
Eğitim durumu				1,714; p=0,424
Lise	2 (6,5)	5 (17,2)	7	
Üniversite	20 (64,5)	17 (58,6)	37	
Lisans üstü	9 (29)	7 (24,2)	16	
Meslek				4,207; p=0,240
Öğrenci	3 (9,7)	1 (4,4)	4	
Çalışıyor	18 (58)	19 (82,6)	37	
Çalışmıyor	8 (25,8)	3 (13)	11	
Emekli	2 (6,5)	0 (0,0)	2	

4.2.2 Katılımcıların antropometrik verileri

Katılımcıların araştırma başlangıcında ve sonunda bulunan vücut ağırlığı ve BKİ değerleri Tablo 24'te gösterilmiştir. Araştırma başlangıcında müdahale grubunun ağırlık ortalaması $82,63 \pm 13,29$ kg, kontrol grubunun ağırlık ortalaması $85,83 \pm 18,56$ kg saptanmıştır. Araştırma sonundaki vücut ağırlığı ortalamaları müdahale ve kontrol grupları için sırasıyla; $82,69 \pm 13,96$ kg ve $85,76 \pm 15,96$ kg olarak tespit edilmiştir. Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası vücut ağırlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kontrol grubunun başlangıçtaki ve

araştırma sonundaki vücut ağırlığı ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Araştırma sonunda müdahale ve kontrol gruplarının ağırlık ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Müdahale öncesinde müdahale grubunun BKİ değerleri ortalaması $29,86 \pm 3,98$ kg/m² ve kontrol grubunun BKİ değerleri ortalaması $31,26 \pm 6,07$ kg/m² olarak tespit edilmiştir. BKİ değerlerinin ortalaması müdahale sonrası müdahale grubu için $29,86 \pm 3,98$ kg/m², kontrol grubu için $31,26 \pm 6,07$ kg/m² olarak saptanmıştır. Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası BKİ değerleri ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Kontrol grubunun araştırma öncesi ve sonrası BKİ değerleri ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 24. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası vücut ağırlığı ve beden kütle indeksi ortalamaları

Antropometrik ölçümler	Müdahale grubu					Kontrol grubu					Gruplar arası
	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma sonrası
	Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan		Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan		p**
Vücut Ağırlığı (kg)	82,63±13,29	81,0(63,0;113,0)	82,69±13,96	80,0(61,0;118,0)	P=903	85,83±18,56	80,0(65,0;139,4)	85,76±15,96	80,0(63,0;135,0)	P=0,962	P=0,492
BKİ (kg/m²)	29,86±3,98	29,1(23,2;37,9)	29,87±4,19	28,9(23,2;37,8)	P=986	31,26±6,07	29,4(23,5;48,2)	31,27±5,20	30,1(23,2;46,1)	P=0,962	P=0,237

4.2.3 Katılımcıların bariatrik cerrahi öncesinde ve sonrasındaki vücut ağırlığı öyküsü

Katılımcıların bariatrik cerrahi geçmişlerine dair ağırlık bilgileri Tablo 25’te gösterilmiştir. Bariatrik cerrahi öncesi vücut ağırlığı ortalaması, müdahale grubunda $116,11 \pm 16,39$ kg, kontrol grubunda $121,46 \pm 21,93$ kg olarak saptanmıştır ($p=0,684$). Bariatrik cerrahi öncesi müdahale grubunun BKİ değeri ortalaması $42,11 \pm 5,63$ kg/m², kontrol grubunun BKİ değeri ortalaması $44,06 \pm 7,05$ kg/m² olarak saptanmıştır ($p=0,641$). Müdahale ve kontrol gruplarının bariatrik cerrahi sonrası minimum vücut ağırlığı ortalamaları sırası ile $66,37 \pm 7,99$ ve $72,1 \pm 13,94$ kg olarak saptanmıştır ($p=0,245$). Bariatrik cerrahi sonrası bulunulan en düşük BKİ değerleri ortalamaları müdahale ve kontrol grubu için sırasıyla; $24,09 \pm 2$ ve $26,15 \pm 4,5$ kg/m² olarak saptanmıştır ($p=0,08$).

Katılımcıların bariatrik cerrahi sonrası kaybettikleri toplam vücut ağırlığına göre tekrar ağırlık kazanım oranları; müdahale grubu için %32,69; kontrol grubu için %21,45 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 25. Müdahale ve kontrol gruplarının, bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası antropometrik ölçüm değerleri

Antropometrik ölçümler	Müdahale grubu		Kontrol grubu		p*
	Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan	
Bariatrik cerrahi öncesi vücut ağırlığı (kg)	116,11±16,39	116(82;152)	121,46±21,93	117,0(96;190)	p=0,684
Bariatrik cerrahi öncesi BKİ (kg/m ²)	42,11±5,63	41,4(33,2;57,2)	44,06±7,05	41,3(34,0;62,8)	p=0,641
Bariatrik cerrahi sonrası minimum vücut ağırlığı (kg)	66,37±7,99	65,0(51,0;82,0)	72,1±13,94	69,5(54,0;109,0)	p=0,245
Bariatrik cerrahi sonrası minimum BKİ (kg/m ²)	24,09±2,91	23,72(20,2;31,6)	26,15±4,5	25,0(20,1;37,7)	p=0,08

*= Mann-Whitney U Testi

4.2.4 Katılımcıların hastalık durumu bilgileri

Katılımcıların hastalık durumlarının dağılımları Tablo 26 ve Tablo 27’de gösterilmiştir. Herhangi bir hastalık bulunma oranı, müdahale grubunda %61,3, kontrol grubunda %37,6 olarak saptanmıştır. Gruplar arası hastalık durumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımına bağlı revizyonel cerrahi geçirenlerin yüzdesi müdahale grubu için %3,2 (1 kişi) kontrol grubu için %10,3 (3 kişi) olarak belirlenmiştir. Gruplar arası revizyonel cerrahi durumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,346$).

Tablo 26. Müdahale ve kontrol grubunun hastalık ve revizyonel cerrahi durumu dağılımı

Hastalık durumu	Müdahale grubu (n: 31) S (%)	Kontrol grubu (n: 29) S (%)	X ² ; p
Yok	12 (38,7)	18 (62,1)	3,69; P=0,093*
Var	19 (61,3)	11 (37,9)	
Revizyon			
0	30 (96,8)	26 (89,7)	0,346**
1	1 (3,2)	3 (10,3)	

*: Yates düzeltilmiş ki-kare

**: Fisher’s Excat Test

Müdahale grubu ve kontrol grubunda herhangi bir hastalığı bulunan katılımcıların mevcut hastalık bilgileri Tablo 27’ de gösterilmiştir. Müdahale grubunda hastalıklara göre frekanslar; tiroid hastalıkları: 12, psikiyatri hastalıkları: 6, hematolojik hastalıklar: 3, mide rahatsızlıkları: 1, insülin direnci: 1, deri hastalıkları: 0, romatolojik hastalıklar: 0, PKOS: 2, kalp ve damar hastalıkları: 1, solunum yolu hastalıkları: 1 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda hastalıklara göre frekanslar; tiroid hastalıkları: 2, psikiyatri hastalıkları: 1, hematolojik hastalıklar: 3, mide rahatsızlıkları: 1, insülin direnci: 2, deri hastalıkları: 1, romatolojik hastalıklar: 2, PKOS: 1, kalp ve damar hastalıkları: 2, solunum yolu hastalıkları: 1 olarak saptanmıştır.

Tablo 27. Müdahale ve kontrol gruplarının hastalıklarına ilişkin frekans dağılımı

Genel sağlık durumu	Müdahale grubu	Kontrol grubu
Hastalıklar		
Tiroid hastalıkları	12	2
Psikiyatrik hastalıklar	6	1
Hematolojik hastalıklar	3	3
Mide rahatsızlıkları	1	1
İnsülin direnci	1	2
Deri hastalıkları	0	1
Romatolojik hastalıklar	0	2
PKOS	2	1
Kalp ve damar hastalıkları	1	2
Solunum yolu hastalıkları	1	1

Bazı katılımcıların birden fazla hastalığı mevcuttur.

4.2.5 Katılımcıların yeme tutumlarına ilişkin bilgiler

Katılımcıların araştırma başlangıcı ve sonundaki YTT-26 ölçeğinin ve alt ölçeklerinin değerleri Tablo 28’de verilmiştir. YTT-26 ve alt ölçekleri “diyet yapma”, “oral kontrol” ve “bulimik davranışlar” puan ortalamaları müdahale grubu için müdahale öncesi sırasıyla; $17,70 \pm 9,98$; $10,67 \pm 7,25$; $2,40 \pm 2,72$ ve $4,63 \pm 3,49$ olarak saptanırken müdahale sonrası sırasıyla $12,03 \pm 10,51$; $6,43 \pm 7,31$; $2,73 \pm 3,19$; $2,87 \pm 2,85$ olarak saptanmıştır. Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası YTT-26, “diyet yapma” ve “bulimik” davranışlar puan ortalamalarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). “Oral kontrol” alt ölçeği puanlarındaki müdahale öncesi ve sonrasında tespit edilen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Kontrol grubunun araştırma başlangıcında YTT-26 ve alt ölçekleri “diyet yapma”, “oral kontrol” ve “bulimik davranışlar” puan ortalamaları sırasıyla; $19,03 \pm 8,65$; $11,79 \pm 6,11$; $3,17 \pm 2,62$ ve $4,07 \pm 3,17$ olarak tespit edilirken araştırma sonunda sırasıyla $19,24 \pm 11,21$; $11,38 \pm 7,50$; $3,21 \pm 2,87$ ve $4,66 \pm 3,66$ olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun araştırma başlangıcı ve sonunda YTT-26 ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Gruplar arası araştırma başlangıcında YTT-26 ve alt ölçekleri puan ortalamaları

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Gruplar arası araştırma sonunda YTT-26 ve alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında; YTT-26 ölçeği ($p = 0,014$) ve “diyet yapma” alt ölçeği ($p = 0,009$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arası “blumik davranışlar” alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark ise sınırda anlamlılık göstermektedir ($p = 0,052$).



Tablo 28. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası YTT-26 ölçeği ve alt ölçeklerinin değerleri

Yeme tutumunun değerlendirilmesi	Müdahale grubu					Kontrol grubu					Gruplar arası	
	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma öncesi	Araştırma sonrası
	Ort±Ss	Medyan (Min;Max)	Ort±Ss	Medyan (Min;Max)		Ort±Ss	Medyan (Min;Max)	Ort±Ss	Medyan (Min;Max)		p**	p**
YTT-26	17,70±9,98	18,00(4;44)	12,03±10,51	10,50(0;48)	P=0,004	19,03±8,65	18,00(4;44)	19,24±11,21	17,00(4,44)	P=0,949	P=0,818	P=0,014
Diyet yapma	10,67±7,25	10,00(0;31)	6,43±7,31	4,00(0;33)	P=0,004	11,79±6,11	11,00(3;26)	11,38±7,50	10,00(0;26)	P=0,895	P=0,604	P=0,009
Oral kontrol	2,40±2,72	1,50(0;10)	2,73±3,19	2,00(0;12)	P=0,623	3,17±2,62	2,00(0;8)	3,21±2,87	2,00(0;9)	P=0,910	P=0,118	P=0,307
Bulimik davranışlar	4,63±3,49	3,50(0;12)	2,87±2,85	2,00(0;12)	P=0,006	4,07±3,17	3,00(0;12)	4,66±3,66	3,00(0;13)	P=0,356	P=0,506	P=0,052

*= Mann-Whitney U Testi

4.2.6 Katılımcıların beden algısı düzeylerine ilişkin bilgiler

Katılımcıların araştırma başlangıcı ve sonundaki Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) puanlarına ilişkin bilgiler Tablo 29’da gösterilmiştir. Müdahale grubunda, müdahale öncesi BAÖ puan ortalaması $125,60 \pm 17,61$ iken müdahale sonrasında $141,73 \pm 20,43$ olarak tespit edilmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Aynı grupta medyan değerler 126,5’ten 144’e yükselmiştir.

Kontrol grubunda başlangıçtaki BAÖ puan ortalaması $134,0 \pm 23,58$ iken araştırma sonunda $129,28 \pm 27,72$ olarak saptanmıştır. Bu değişim istatistiksel olarak sınırda anlamlı bulunmuştur ($p = 0,048$).

Gruplar arası karşılaştırmalarda, araştırma başlangıcındaki BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,107$). Müdahale sonrası yapılan karşılaştırmada ölçülen fark, anlamlılık sınırında tespit edilmiştir ($p = 0,067$).

Tablo 29. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası BAÖ ölçeği değerleri

Beden algısının değerlendirilmesi	Müdahale grubu					Kontrol grubu					Gruplar arası	
	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma öncesi	Araştırma sonrası
	Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan		Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan		p**	p**
BAÖ	125,60±17,61	126,5(86;164)	141,73±20,43	144(94;177)	P<0,001	134,34±23,1	138,0(71;173)	129,28±27,72	133(64;168)	P=0,048	P=0,107	P=0,067

Ortalama; ±, SS; standart sapma, p<0.05

*Grup içi karşılaştırmalarda Ki kare testi

**Gruplar arası karşılaştırmalarda Wilcoxon işaretli sıralar testi

4.2.7 Katılımcıların sezgisel yeme düzeylerine ilişkin bilgiler

Katılımcıların araştırma başlangıcı ve sonundaki SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçekleri düzeylerine dair veriler Tablo 30’da verilmiştir. Müdahale grubunun SYÖ-BC puan ortalaması, müdahale öncesi $2,85 \pm 0,62$, müdahale sonrası $3,43 \pm 0,65$ olarak saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Kontrol grubunda SYÖ-BC puan ortalaması, araştırma başlangıcında $3,03 \pm 0,73$, araştırma sonunda $3,07 \pm 0,80$ olarak saptanmıştır. Bu iki değer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,813$). Gruplar arası karşılaştırmada araştırma sonunda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,067$).

Müdahale grubunun “duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” alt ölçeği puan ortalaması müdahale öncesi $2,31 \pm 0,59$, müdahale sonrası $3,01 \pm 0,80$ olarak saptanmıştır ve iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Kontrol grubunda bu alt ölçeğin puan ortalaması başlangıçta $2,58 \pm 0,83$, araştırma sonunda $2,63 \pm 0,84$ olarak saptanmıştır ve iki değer arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = 0,698$). Gruplar arası karşılaştırmada anlamlı fark saptanmamıştır ($p = 0,099$).

Müdahale grubu için “Açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği puan ortalaması müdahale öncesi $3,17 \pm 0,88$, müdahale sonrası $3,84 \pm 0,80$ tespit edilmiştir ve iki değer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Kontrol grubunda “açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği puan ortalaması araştırma başlangıcında $3,4 \pm 0,70$, sonunda $3,34 \pm 0,79$ olarak saptanmıştır. Değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunmamıştır ($p = 0,763$). Araştırma sonunda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,018$).

Müdahale grubunda “vücut-besin seçimi örtüşmesi” alt ölçeği puan ortalaması müdahale öncesi ve sonrası sırayla $3,61 \pm 0,84$ ve $3,73 \pm 0,82$ olarak saptanmıştır. Değerler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = 0,243$). Aynı değer, kontrol grubunda araştırma başlangıcında ve sonunda sırayla $3,62 \pm 0,65$ ve $3,64 \pm 0,61$ olarak

saptanmıştır. Değerler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,860$). Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,654$).



Tablo 30. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma öncesi ve sonrası SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçeklerinin değerleri

Sezgisel yeme değerlendirilmesi	Müdahale grubu					Kontrol grubu					Gruplar arası	
	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma başlangıcı		Araştırma sonu		p*	Araştırma öncesi	Araştırma sonrası
	Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan		Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Medyan		p**	p**
SYÖ-BC	2,85±0,62	2,79(2;4)	3,43±0,65	3,47(2;5)	P<0,001	3,03±0,73	3,00(2;4)	3,07±0,80	3,00(2;4)	P=0,813	P=0,154	P=0,067
Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	2,31±0,59	2,31(1,1;3,8)	3,01±0,80	3,00(1;4,3)	P<0,001	2,58±0,83	2,50(1,1;4,1)	2,63±0,84	2,50(1,4;4,8)	P=0,698	P=0,129	P=0,099
Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	3,17±0,88	3,25(1,5;5,0)	3,84±0,80	3,83(1,5;5,0)	P<0,001	3,4±0,70	3,50(2,3;4,5)	3,34±0,79	3,50(2,0;4,7)	P=0,763	P=0,130	P=0,018
Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	3,61±0,84	4,00(2,0;5,0)	3,73±0,82	4,00(2,0;5,0)	P=0,243	3,62±0,65	4,00(2,0;4,3)	3,64±0,61	4,00(2,0;4,3)	P=0,860	P=0,812	P=0,654

Ortalama; ±, SS; standart sapma, p<0.05

*Grup içi karşılaştırmalarda Ki kare testi

**Gruplar arası karşılaştırmalarda Wilcoxon işaretli sıralar testi

Müdahale grubunun, müdahale sonrası SYÖ-BC ve alt ölçek puanlarının yaş değişkeni ile ilişkisini incelemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 31’de gösterilmiştir. Yaş değişkeni ile SYÖ-BC ve alt ölçekleri puanları arasında pozitif yönde bulunan ilişkiler p değerleri 0,05 anlamlılık eşiğinin üzerinde kaldığı için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (en düşük $p = 0,382$).

Tablo 31. Müdahale grubun araştırma sonundaki SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçek puanları ile yaş arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Müdahale sonrası SYÖ-BC puanları	Yaş	p
	r*	
SYÖ-BC	0,163	0,382
Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	0,111	0,553
Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	0,096	0,607
Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	0,042	0,824

* Spearson korelasyon analizi

Müdahale grubunda, müdahale sonrasında saptanmış ağırlık farkı değişkeni ile SYÖ-BC ölçeği, alt ölçekleri, beden algısı ölçeği (BAÖ) ve yeme tutumu testi (YTT-26) ve alt ölçekleri puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler Tablo 32’de gösterilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre, ağırlık farkı ile SYÖ-BC puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,442$; $p < 0,05$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile ağırlık farkı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,415$; $p < 0,05$). “Vücut-besin seçimi örtüşmesi” alt ölçeği puanı ile ağırlık farkı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak yüksek seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,489$; $p < 0,01$). “Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven” alt ölçeği ile ağırlık farkı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r = 0,201$; $p > 0,05$).

Müdahale sonrası beden algısı ölçeği (BAÖ) ile ağırlık farkı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r = 0,248$ $p > 0,05$).

Müdahale sonrası yeme tutumu testi (YTT-26) ($r = 0,074$) ve alt ölçekleri olan “diyet yapma” ($r = 0,074$), “oral kontrol” ($r = -0,031$) ve “bulimik davranışlar” ($r = 0,066$) puanları ile ağırlık farkı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).



Tablo 32. Müdahale grubunun araştırma sonundaki ağırlık farkı ile SYÖ-BC, alt ölçekleri, BAÖ, YTT -26 ve alt ölçekleri puanları arasındaki ilişki

Müdahale sonundaki ölçek puanları	SYÖ-BC	Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	BAÖ	YTT-26	Diyet yapma	Oral kontrol	Bulimik davranışlar
Müdahale sonundaki ağırlık farkı	0,442*	0,415*	0,201	0,489**	0,248	0,034	0,074	-0,031	0,066

*p< 0,05, **p< 0,01

Müdahale sonrası müdahale grubunun SYÖ-BC ve alt ölçekleri puanlarının, BAÖ, YTT-26 ve alt ölçekleri puanları ile arasındaki korelasyon ilişkileri incelenmiştir ve sonuçlar Tablo 33’te verilmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde, SYÖ-BC puanı ile YTT-26 puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,381$; $p<0,05$). SYÖ-BC puanı ile YTT-26’nın “diyet yapma” alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,483$; $p<0,01$). SYÖ-BC toplam puanı ile “bulimik davranışlar” alt ölçeği arasında puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,378$; $p<0,05$). SYÖ-BC toplam puanı ile BAÖ puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,371$; $p<0,05$).

Müdahale sonrası SYÖ-BC alt ölçekleri puanları ile diğer ölçeklerin puanları incelendiğinde;

“Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile YTT-26 skoru arasındaki ilişki negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,372$; $p<0,05$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile “diyet yapma” puanı arasında, negatif yönlü ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,457$; $p<0,01$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile “bulimik davranışlar” puanı arasındaki ilişki negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,421$; $p<0,05$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile BAÖ arasındaki ilişki pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,422$; $p<0,05$).

“Açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği ve YTT-26 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki göstermiştir ($r=-0,3743$; $p<0,05$). “Açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği ile “diyet yapma” alt ölçeği puanları arasında, negatif yönlü ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,530$; $p<0,01$). “Açlık ve tokluk işaretlerine güven” puanı ile “bulimik davranışlar” puanı arasındaki ilişki negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,361$; $p<0,05$).

Tablo 33. Müdahale grubunun araştırma sonundaki SYÖ-BC ölçeği ve alt ölçekleri değerleri ile BAÖ, YTT-26 ve alt ölçekleri değerleri arasındaki ilişki

SYÖ-BC ve alt ölçeklerinin müdahale sonrası değerleri	YTT-26	Diyet yapma	Oral kontrol	Bulimik davranışlar	BAÖ
SYÖ-BC	-0,381*	-0,483**	0,183	-0,378*	0,371*
F1. Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	-0,372*	-0,457**	0,085	-0,421*	0,422*
F2. Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	-0,3743*	-0,530**	0,318	-0,361*	0,242
F3. Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	-0,096	-0,078	0,053	-0,040	0,041

*p< 0,05, **p< 0,01

Müdahale grubunda müdahale sonrası tespit edilen ağırlık farkı ile SYÖ-BC ve alt ölçekleri, BAÖ, YTT-26 ve alt ölçekleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi bulguları Tablo 34'te sunulmuştur. Değişkenlerin verileri incelendiğinde bu korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 34. Katılımcıların müdahale sonrası ağırlık farkının BAÖ ölçeği ve YTT-26 ölçeği ve alt ölçekleri değerleri arasındaki ilişki

Müdahale öncesi ve sonrası ölçek değerleri arasındaki fark	Korelasyon katsayıları								
	SYÖ-BC	Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme	Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven	Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi	BAÖ	YTT-26	Diyet yapma	Oral kontrol	Bulimik davranışlar
Müdahale sonundaki ağırlık farkı	-0,171	-0,273	0,053	-0,253	0,102	0,240	0,174	0,124	-0,135
p	0,384	0,159	0,788	0,194	0,611	0,219	0,377	0,528	0,494

5 TARTIŞMA

Bariatrik cerrahi, kısmen açlık hissini azaltarak, gıda alımını kısıtlayarak ve tokluk hissini artırarak anlamlı ve kalıcı ağırlık kaybı sağlamaktadır (20,191). Araştırmalar, diyet davranışlarının açlık ve tokluk sinyallerini ayırt etme yetisini zedeleyebileceğini ortaya koymaktadır (136,192); bu durum, bariatrik cerrahiye aday bireylerin genellikle kronik diyet öyküsüne sahip olmaları nedeniyle daha da sorunlu hâle gelebilir (193,194). Açlık ve tokluk işaretlerini tanımada yaşanan güçlükler ile ameliyat sonrası ağırlık kaybı arzusu, operasyon sonrasında yeniden diyetle yönelme ve dolayısıyla bozulmuş yeme davranışlarının gelişme riskini artırabilir. Bariatrik cerrahi operasyonlarının bir çok çalışma ile saptanmış, uzun vadeli ağırlık kaybı başarısına karşın (20), araştırmalar, ameliyat sonrası ağırlık kaybı ve psiko-sosyal seyrin homojen olmadığını göstermiştir (100,195,196); hastalar beklenenden daha az ağırlık kaybı yaşayabilir ve/veya yeniden ağırlık kazanabilir (63).

Ameliyat sonrası yeme davranışları, tekrar ağırlık kazanımı ile psikososyal durum ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir değişken olarak tanımlanmaktadır (63,195,197). Örneğin, yeme kontrolünü kaybetme ve duygusal yeme, cerrahi sonrası yetersiz ağırlık kaybı ve yeniden ağırlık kazanımının ön göstergeleri olarak saptanmıştır (198,199). Ayrıca bilişsel kısıtlama gibi diyet benzeri post-operatif davranışlar; yetersiz ağırlık kaybı (88,200), bozulmuş yeme davranışları ve iyi oluş düzeyiyle (well-being) ilişkilendirilmiştir (12). Diyet davranışları, bozulmuş yeme davranışlarının gelişimi ve sürdürülmesiyle bağlantılıdır (123) ve hastanın açlık ve toklukla ilişkili fizyolojik sinyalleri doğru biçimde tanıma ve bunlara uygun tepki verme yetisini bozma potansiyeline sahiptir.

Sezgisel yeme (SY), bedenin kendi beslenme gereksinimlerini içsel olarak düzenleme kapasitesine dayalı bir yeme davranış örüntüsünü ifade eder (6). SY dört boyutta kavramsallaştırılmaktadır: (i) koşulsuz yeme izni, (ii) duygusal nedenler yerine fiziksel gereksinimler doğrultusunda yeme, (iii) açlık ve tokluk ipuçlarına güvenme ve (iv) beden-gıda seçimi uyumu (10). Genel olarak SY, duygusal durum ya da diyet kısıtlamaları yerine fizyolojik gereksinim veya arzu temelinde yemek yeme,

bedenin ne kadar yiyeceğini düzenleyebileceğine duyulan güven ve beden için yararlı besinleri seçme eğilimi olarak anlaşılabilir. Bu yönleriyle SY, kalori kısıtlamasına veya dışsal kurallara dayalı popüler diyet yaklaşımlarının kavramsal karşıtıdır.

5.1 SYÖ-BC Uyarlama Çalışması

5.1.1 SYÖ-BC geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Bu araştırmanın ilk aşamasının amacı, SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler arasında içerik geçerliğini ve test-tekrar test güvenilirliğini araştırarak bu popülasyonda kullanılabilirliğini değerlendirmektir. Bu çalışmada, SYÖ-2'nin 2017 yılında Baş M. ve ark. (131) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

Bariatrik cerrahi sonrası sağlıklı ilerleyen bir postoperatif süreçte, hastaların 6-8. haftalar itibarıyla normal beslenmeye geçerek katı yiyecekleri kademeli olarak beslenmelerine eklemeye başlamaları önerilmektedir (15) ve ilerleyen süreçte amaç, kişilerin temel besin ihtiyaçlarını sağlıklı bir birey gibi olabildiğince farklı besin öğelerinden yararlanarak, dengeli bir beslenme düzeniyle sağlamalarıdır. Araştırmanın bu aşamasında katılımcıların, cerrahiye bağlı herhangi bir komplikasyon (kaçak, mekanik darlık, dönme vb.) geçirmemiş olma, en az 6 ay önce bariatrik cerrahi geçirmiş olma şartlarına göre çalışmaya dahil edilmeleri sayesinde bariatrik cerrahi sonrası beslenme tedavisine bağlı herhangi bir kısıtlamanın mevcut olmaması ve kişilerin erken postoperatif dönemde yaşanan yeme miktarının aşırı kısıtlanması sürecini geride bırakmış olmaları hedeflenmiştir.

SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi popülasyonunda geçerliliği incelemek için yapılan faktör analizi sonuçları neticesinde, ölçeğin bariatrik cerrahi popülasyonuna uyarlanmış versiyonu için üç ana faktör göstermiştir. SYÖ-2 (İngilizce) (10) ve SYÖ-2 (Türkçe) (131) ölçeklerinin faktör yapısında bulunan “Koşulsuz Yeme İzni” faktörünün bütün maddeleri, 1,3,4,9,16 ve 17, yapılan faktör analizi sonuçlarına göre

çıkarılmıştır ve açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre bariatrik cerrahi popülasyonu için uyarlanan SYÖ-BC'nin 17 madde ve 3 alt ölçekten oluştuğu saptanmıştır.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, bu 3 alt ölçekli faktör yapısı iyi uyum göstermiş ve bu sonuç ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymuştur. Uyum indekslerinde çıkan hata kovaryansları da değerlendirilecek oluşturulan modelin son halinin, toplanan veriyle uyum gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, 3 alt ölçekte yer alan maddelerin kendi boyutları ile ilişkileri de istatistiksel olarak anlamlı bulunarak modelin kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde bulunduğu belirlenmiştir.

Uyarlama sırasında orijinal ölçekten çıkarılan “Koşulsuz Yeme İzni” (KYİ) alt ölçeğinin maddeleri aşağıdaki gibidir;

- 1.Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım
- 3.Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.
- 4. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.
- 9. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.
- 16. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.
- 17. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM.

Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği'nin (ASMBS) 2019 yılında yayınladığı en güncel kılavuzunda (15), bariatrik cerrahi sonrası erken dönem beslenme tedavisinin sonrasında verilen beslenme önerileri arasında, belirli yiyeceklerin tüketiminden kaçınma, tüketimi erteleme maddeleri olduğu dikkat çekmektedir. Bu öneriler aşağıdaki gibidir;

- “Basit şekerler günlük kalori alımının %10'undan daha azıyla sınırlandırılmalıdır.” (47).
- “Tüketimden kaçının, tüketimi erteleyin
 - Yoğun/konsantre tatlılar
 - Gazlı içecekler

- Meyve suyu
 - Yüksek doymuş ya ve kızarmış yiyecekler
 - Yumuşak, hamurlu ekmek, makarna, pirinç
 - Sert, kuru, kırmızı et
 - Kuruyemişleri patlamış mısır, diğer lifli yiyecekler
 - Kafein
 - Alkol” (48)
- “Yeterli miktarda protein, sebze ve meyveyi rahatça tüketebilene kadar ekmek, pirinç ve makarnadan kaçının.” (50)

Ayrıca, özellikle RYGB sonrası sık rastlanan bir komplikasyon olan dumping sendromu, enerji açısından zengin, özellikle basit karbonhidrat içeriği yoğun, besinlerin tüketimi ile ortaya çıkan karın ağrısı, mide bulantısı, kramp, taşikardi, senkop, hipotansiyon, diyare gibi belirtilerden oluşur. Dumping sendromu yaşayan kişilerin, basit şekerden ve lifsiz karbonhidratlardan kaçınmaları, kompleks karbonhidrat ve lifli gıda tüketimini arttırmaları önerilmektedir (201).

Bariatrik cerrahi sonrası sık rastlanan komplikasyonlardan bir diğeri de belirli yiyeceklere karşı gelişen tolerans sorunlarıdır. Sleeve Gastrektomi sonrası özellikle ilk yıl boyunca hastalar, karbonhidrat içeriği yüksek besinlerin (makarna, ekmek, pirinç vb.) de bulunduğu yiyeceklere orta düzeyde intolerans deneyimleyebilirler. Ancak bu durum çoğunlukla geçicidir ve zaman içerisinde iyileşmeler görülür (202). Ameliyat sonrası uzun dönemde en yüksek tolerans problemi yaşatan besinlerden birinin kırmızı et olduğuna yönelik bulgular vardır (203). Bariatrik cerrahi geçiren hastalara, değişen gastrointestinal anatomi alkol metabolizmasını da etkilediği için, ameliyat sonrası dönemde alkol tüketiminden kaçınmaları önerilmektedir. Ek olarak, bariatrik cerrahi sonrası özellikle genç yetişkinlerin, ameliyat öncesi besin tüketimi alışkanlıklarını, alkol kullanım alışkanlığı ile değiştirebildiğine dair bulgular mevcuttur (204). Bu nedenle, hastaların alkol tüketim alışkanlıklarına ek olarak dikkat edilmeli, değerlendirmeler, bu bilgiler gözetilerek yapılmalıdır.

Bütün bu durumlar ve öneriler, bariatrik cerrahi sonrası kişilerin belirli yiyecekleri yemeye koşulsuz izin vermelerini sezgisel yeme konseptinden bağımsız olarak zorlaştırabilir. Bu durum da göz önüne alındığında, KYİ alt ölçeğindeki sorular, postoperatif bariatrik cerrahi sürecindeki önerilere ve algıya dayalı kısıtlamalardan dolayı bu popülasyona özel farklı bir değerlendirmeye neden olabilir. Sağlık durumu nedeniyle belli yiyeceklerin kısıtlanması durumu başka örneklerde de mevcuttur ve bu durumlarda SYÖ-2'nin KYİ alt ölçeği dikkatle ele alınmalıdır. Örneğin, SYÖ-2'nin gebe popülasyonunda geçerliği ve güvenilirliğini konu alan bir çalışmada (205), bir kısım katılımcıya önceden belirlenmiş açık uçlu sorular yöneltilmiş ve cevapları değerlendirilerek nitel araştırma yöntemlerine de yer verilmiştir. Katılımcılar, gebelik öncesi beslenme davranışlarını dikkate alarak ölçekte bazı soruları daha farklı yanıtlayacaklarını bildirmişlerdir. Sonuç olarak gebelikte gıda güvenliği sorunlarının KYİ alt ölçeğindeki maddelerin gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde farklı yorumlanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, SYÖ-2'nin gebelere uyarlanan versiyonunda KYİ alt ölçeğindeki sorulara “*Cevaplarken gıda güvenliğiyle (örneğin listeria riski) ilgili kaygılarınızı da göz önünde bulundurabilirsiniz.*” ibaresinin eklenmesi ile gıda güvenliği konusunda netlik sağlandığı belirtilmiştir.

Bazı örneklerde (örneğin, fazla kilolu/obez ergenler ve Hispanik Amerikalılar) KYİ alt ölçeği güvenilir şekilde yeniden oluşturulamamıştır (206,207). SYÖ-2'nin Fransızca geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da KYİ alt ölçeğinden bazı maddeler çıkarılarak uyarlanmıştır (208). Bu durum, bu yapının kültürel ya da gelişimsel olarak da farklı işleyebileceğine işaret etmektedir.

KYİ alt ölçeğinin puanlarının yüksek olması, Türkiye’de beslenme ve diyetetik öğrencileri ile diyetisyenler arasında yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu, kontrolsüz yeme ve duygusal yeme riskinin düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir (209). Almanya’da yeme bozukluğu bulunan kadınlarla yapılmış bir araştırmada, KYİ puanı, yeme bozukluğu olan grupta, yeme bozukluğu olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir (210); bu da sınırlı yeme izninin daha yüksek düzeyde yeme bozukluğu gelişme riski ile pozitif bir ilişki içerisinde olabileceğini göstermektedir (210,211). Ayrıca, KYİ alt ölçeğinin, SYÖ-2'nin diğer alt ölçeklerinden farklı olarak

daha düşük diyet kalitesi ve yeme davranışına yönelik daha olumsuz öz-değerlendirme ile orta düzeyde ilişkili gösterdiği (212) ve kısıtlayıcı yeme (örn. kronik diyet yapma veya besin alımını sınırlama) ile güçlü düzeyde negatif korelasyon gösterdiği belirtilmektedir (144). Bütün bu bilgiler değerlendirildiğinde, bariatrik cerrahi geçirmiş kişilere uyarlanan SYÖ-BC'nin, ölçeğin orijinal versiyonu SYÖ-2 ile karşılaştırıldığında yeme davranışı ve yeme bozukluğu ile ilişki kurmak için yetersiz olduğu düşünülebilir.

Tylka ve ark. SYÖ-2 ölçeği ile ilgili metodolojik (uzunluk), kavramsal (gıda tüketiminde tıbbi, değer temelli ve erişimle ilgili nedenlerin dikkate alınmamış olması) ve psikometrik (maddelerin ifade ediliş biçimi) sorunları gidermek için SYÖ-3 ölçeğini geliştirerek 2024 yılında yayınlamışlardır (132). Bu güncel çalışmada KYİ alt ölçeği ile ilgili bilimsel literatürle de desteklenen aşağıdaki sorunlar aşağıda özetlenmiştir:

- SYÖ-2 kişilerin gıda alerjileri/intoleransları, diğer tıbbi sorunlar, değer temelli beslenme uygulamaları (örneğin vejetaryen/veganlık, dini uygulamalar) veya gıda güvenliği (örneğin gıda güvensizliğin yüksek olması) nedeniyle belirli yiyeceklerden kaçınmaları gerektiğinde maddelerin nasıl ele alınması gerektiğini ele almamaktadır. Bu gıdadan kaçınma nedenleri, SYÖ veya SYÖ-2 kullanılarak yapılan geçmiş araştırmalarda katılımcıların tepkilerini etkilemiş olabilir. Bu nedenle, sezgisel yeme yapısını doğru bir şekilde değerlendirmek için, belirli yiyecekleri kısıtlamak için tıbbi, erişimle ilgili ve değer temelli nedenleri olan katılımcıların maddelere nasıl tepki verecekleri konusunda net bir yönlendirmeye ihtiyaçları vardır.
- KYİ maddeleri, kişinin keyif aldığı yiyecekleri yemesine (SY ilkelerinden “tatmin faktörünü keşfedin” ilkesi) verdiği önem kadar, kişinin tüm yiyecekleri yemesine izin vermesine/katı beslenme planlarına uymamasına (“yiyecekler ile barışın” ilkesi) de önem vermez. KYİ alt ölçeğindeki maddelerden üçünde, keyif alınan yiyeceklerin “yağ, karbonhidrat veya kalori bakımından yüksek”, “sağlıksız” veya “yasak” olduğu varsayılmaktadır. Yemekten keyif alma, SYÖ-2 maddelerinin yalnızca üçte birinde yer almaktadır (örneğin bir madde “istediğim yemeği”

yemekten bahsederken, bir diğeri “belirli bir yemeği arzulamaktan” bahsetmektedir). Bu ilkelerin daha etkili bir şekilde bütünleştirilmesi, katılımcıların olumsuz duygular (örneğin suçluluk, utanç) olmadan keyif aldıkları ve hoşlarına giden yiyecekleri yemelerine izin verip vermediklerini soruşturma imkânı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın sonucunda elde edilen veriler Tylka ve ark. SYÖ-3 ölçeğini geliştirme nedenlerinden KYİ alt ölçeğinin tıbbi nedenler açısından kısıtlı kalıyor oluşunu destekler niteliktedir.

SYÖ-BC’nin 3 alt ölçeğinde yer alan 17 maddenin faktör yükleri değerlendirildiğinde, hepsinin kabul edilebilir faktör yükü değeri olan 0,40’ın (213) üstünde ve faktör yüklerinin 0,62-0,85 aralığında olduğu tespit edilmiştir. SYÖ-2’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik sonuçlarında 23 maddeye ait faktör yükü aralığının 0,69-0,96 olduğu belirtilmiştir (131). Orijinal SYÖ-2 ölçeğinde ise faktör aralığı 0,50-0,98 olarak belirtilmiştir (10).

Bu çalışmada, SYÖ-BC ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek için yapılan anket çalışmasına katılanlardan arasından rastgele seçilen 34 kişi, 1 ay sonra anketi tekrar uygulamışlardır. Yapılan test-tekrar test analizi sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak tespit edilmiştir. Güvenirlik katsayısının kestiriminde kullanılan test-tekrar test (kararlılık katsayısı) değeri ölçeğin güvenilirliğinin bir göstergesidir. Alpar (2016), korelasyon değeri 1’e ne kadar yakın olursa testin o kadar güvenilir olduğunu belirtmiş ve 0,70’den daha düşük olmamasını önermiştir (214). Diğer taraftan Hair ve arkadaşları (2010) 0,70’den yüksek değerleri iyi güvenilirlik, 0,60 ile 0,70 arası değerleri ise kabul edilebilir güvenilirlik olarak tanımlamışlardır (215). Baş ve ark. (131) tarafından Türkçeye uyarlanan SYÖ-2’nin iç tutarlılık katsayısı kadınlar için 0,85, erkekler için 0,74 olarak saptanmışken, Orijinal SYÖ-2’nin (10) iç tutarlılık katsayısı, kadınlar için 0,87, erkekler içinse 0,89 olarak saptanmış ve test-tekrar test analizlerinde elde edilen korelasyon değeri 0,70 olarak belirlenmiştir.

Geçerlilik ve güvenilirlik araştırması neticesinde KYİ alt ölçeğinin çıkarılması ile 3 faktörlü 17 maddelik SYÖ-BC uyarlanmıştır. Bu sonuç, SYÖ-2 ölçeğinin bu popülasyonda kullanıma uygun olmadığına işaret edebilir. Güncellenme nedenleri arasında KYİ alt ölçeğindeki sorunların olduğu SYÖ-3 ölçeği, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapıldıktan sonra bariatrik cerrahi popülasyonunda yeni bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile değerlendirilebilir. Çıkan sonuçlar neticesinde ihtiyaç duyulursa, bariatrik cerrahi popülasyonuna özel bir sezgisel yeme ölçeği geliştirmek için ileri araştırmalar planlanabilir.

5.1.2 Katılımcıların demografik ve antropometrik verilerinin değerlendirilmesi

Araştırmanın birinci aşamasına 297 kişinin verileri dahil edilmiştir. Katılımcıların %9,4'ü (n: 28) erkek, %90,6'sı (n: 269) kadındır. Erkek katılımcıların SYÖ-BC değerleri ortalaması 3,57 iken, kadınların ortalama değeri 3,16 olarak saptanmıştır. 2017 yılında yayınlanan SYÖ-2'nin Almancaya uyarlandığı bir çalışmada (216) erkek katılımcıların SYÖ-2 puanı, kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (erkek: 3,65, kadın: 3,41). Yunan ve güney Kıbrıslı bireyler üzerine yapılan başka bir araştırmada ise, SYÖ-2 toplam puanının, erkeklerde daha yüksek puan eğilimi gösterdiği belirtilmiştir (217). Buna karşın, Malezya'da yapılan çalışmalarda (218,219) kadın ve erkeklerde SYÖ-2 puanı açısından anlamlı bir fark görülmemişken, 2023'te yayınlanmış Sudi Arabistan'da gerçekleştirilen güncel bir araştırmada, kadınların SYÖ-2 puanının, erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (220). 2021 yılında sezgisel yeme üzerine yayınlanan bir meta analizde erkeklerin sezgisel yeme düzeylerinin kadınlara daha yüksek olduğuna dair kuvvetli verilerin varlığına dikkat çekilmiştir (150). Literatür tarafından desteklenen bu durumun bir benzeri beden algısı açısından da görülmektedir. 2020 yılında yayınlanmış bir meta analiz çalışmasında, erkeklerin kadınlara nazaran daha yüksek beden takdiri sergiledikleri belirtilmiştir (221). Kadınlar, görünüme ilişkin toplumsal ve kültürel baskıları erkeklere kıyasla daha yoğun biçimde yaşamaktadır. Bu durum, bedenin sürekli gözetim altında tutulmasına, görünüme dair memnuniyetin azalmasına ve bedenin işlevsel yönlerine yapılan yatırımın sınırlı kalmasına neden olur. Söz konusu etkenler beden imajını olumsuz etkileyerek hem sezgisel yeme düzeyini hem de beden takdirini

azaltmaktadır (222). Kadın bedeninin nesneleştirilmesi ve “ince olma” ideallerinin içselleştirilmesi, olumsuz beden imajına ve daha düşük düzeyde sezgisel yeme davranışına katkıda bulunur. Kadınların, kendilerini eleştirel biçimde değerlendirmeye daha yatkın olup içsel açlık ve tokluk ipuçlarına güvenme olasılıkları daha düşüktür (222). 2023 yayınlanan 2140 kişi 12 ay süre ile takip edildiği gözlemsel bir araştırmada ve beden imajının (olumlu ve olumsuz yönleriyle) cinsiyet ile sezgisel yeme arasındaki ilişkide mediyatör (aracı değişken) olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma, kadınlarda gözlenen negatif beden imajının, sezgisel yemede ortaya çıkan cinsiyet farkının büyük bölümünü açıkladığını öne sürmektedir (223).

Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde BKİ ve SYÖ-2 puanı arasında istikrarlı ve anlamlı negatif korelasyonun varlığı görülmektedir (224,225). 2023 yılında yayınlanan Türkiye’den 3742 yetişkinin katıldığı geniş kapsamlı gözlemsel bir çalışmada, SYÖ-2 puanı ile BKİ arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. SYÖ-2 puanının, zayıf, normal kilolu bireylerde benzer iken, fazla kilolu ve obez bireylerde daha düşük olduğu belirtilmiştir (164). Bu tez araştırmasının ilk aşamasına dahil edilen 297 kişiden 294’ünün BKİ değerleri mevcuttur ve bu değerler incelendiğinde, BKİ değeri ile SYÖ-BC arasında negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Birinci aşamanın verileri, literatürü destekler niteliktedir. Bariatrik cerrahi geçirmiş 401 kadının katılımıyla gerçekleşen başka bir çalışmada her ~%2,6 BKİ azalması ile SYÖ-2 puanında bir puanlık artış ilişkisi olduğu tespit edilerek BKİ ve SYÖ-2 arasında anlamlı bir korelasyon öne sürülmüştür. Aynı çalışmada SYÖ-2’nin alt ölçeklerinden “duygusal sebeplerden ziyade fiziksel nedenlerle yeme” ile BKİ arasında negatif bir ters ilişki olduğu tespit edilmiştir (165).

5.2 Sleeve Gastrektomi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadınlarda Sezgisel Yeme Müdahalesinin Etkisinin İncelenmesi

Bariatrik cerrahiye aday bireyler belirli bozulmuş yeme davranışları sergileyebilirler ve yeme bozukluğu kriterlerini karşılayabilirler. LABS-3 araştırması verilerine göre bariatrik cerrahi adaylarından %6,1’i tıknırcasına yeme bozukluğu teşhis kriterlerini sağlarken bu oran bulimia nervoza için %1,2 olarak tespit edilmiş ve

bahsedilen oranların genel popülasyondaki oranlara göre yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir. Yine LABS-3 araştırmasının verilerine göre bozulmuş yeme davranışı görülme oranları şu şekilde bildirilmiştir; %40,4 yeme kontrolünü kaybetme, %30,5 tıknırcasına yeme, %6,4 gece yeme sendromu (85). Bu davranışların birçoğu bariatrik cerrahiden sonra iyiye doğru gelişse de bozulmuş yeme davranışları devam edebilir, tekrarlayabilir veya sıfırdan gelişebilir. Çalışmalar bariatrik cerrahiden sonra çeşitli bozulmuş yeme davranışlarının yetersiz ağırlık kaybı gidişatı ve/veya tekrar ağırlık kazanımı ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (88). Ayrıca 2023 yılında yayınlanan, 17 katılımcının, sorulan kısmi yapılandırılmış sorulara yanıtlarının incelendiği nitel bir çalışmada, postoperatif dönemde yaşam tarzı değişikliğinin esneklik/adaptatif beslenme ile kontrolü sağlama ihtiyacının çatışmaya neden olabileceğine dikkat çekilmiştir. Kontrol davranışının ameliyat öncesi diyet süreciyle benzerlikle taşıyabileceği ve bozulmuş yeme davranışlarına neden olabileceği öne sürülmüştür (171).

Kısıtlama teorisi (restrained theory), ameliyat sonrası diyet davranışlarının ameliyat mekanizmalarına adaptasyon süreci ile çatışabilir (171). Bir hastanın ameliyat sonrası yeme deneyimini kontrol etme ihtiyacı ve ağırlık kazanma korkusu, fizyolojik açlıktan bağımsız olarak katı kalori sınırlamaları ve yiyeceklerden kaçınma gibi kısıtlayıcı davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu tür uygulamalar, yemekle meşgul olma, otlanma tarzı yeme davranışı, duygusal ve/veya aşırı yeme gibi düzensiz yeme düşünceleri ve davranışlarıyla ilişkilidir (123,226).

Zamanla hastalar yemekle ilgili kararlarını vermek için dış yapılara daha bağımlı hale gelebilir ve açlık ve tokluk gibi iç fizyolojik ipuçlarına yanıt verme yeteneklerini kaybedebilirler. Bu nedenle, sezgisel yeme davranışı negatif etkilenebilir ve tekrar ağırlık kazanımı süreçte gözlenebilir. Bariatrik cerrahi popülasyonunda sezgisel yeme değerleri ile BKİ arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (165). Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış bireylerde, sezgisel yeme uygulamalarının etkin bir müdahale yöntemi olabileceği öne sürülebilir.

5.2.1 Katılımcıların antropometrik verilerinin değerlendirilmesi

Araştırmada, katılımcıların çevrimiçi takibi hedeflendiğinden, biyoelektrik empedans analizi (BİA) ölçümü, incelenen parametreler arasına dahil edilmemiştir. Kılavuzlarca bariatrik hastaların perioperatif takip sürecinde değerlendirilmesi önerilen parametreler arasında BİA ölçümü bulunmamaktadır (15,201,227). Bariatrik cerrahi sonrası, başarının tanımlanması ve yöntemlerin karşılaştırılması amacıyla, geniş ölçekli çalışmalarda, sistematik derlemelerde ve meta-analizlerde standart ölçüm olarak çoğunlukla toplam kaybedilen vücut ağırlığı (%TWL), fazla vücut ağırlığı kaybı (%EWL) parametreleri kullanılmaktadır (20,228,229). BİA değerinin kullanımı, daha çok küçük ölçekli, spesifik araştırmalarda veya %TWL ve %EWL ile ikincil bir gösterge olarak görülmektedir. BİA değeri, bariatrik cerrahinin sonuçlarını değerlendirmek için kullanılan bir metrik değildir (230,231). BİA ölçümünün bariatrik cerrahi sonrası hastalar için uygunluğu hususunda henüz bir fikir birliği yoktur ve bu konu hakkında daha büyük ölçekli araştırmalara ihtiyaç vardır (232).

Sezgisel yeme, özünde ağırlık kaybı amacı taşımayan; kişileri açlık ve tokluk sinyallerine dikkat etmeye yönlendirerek besinlerle daha sağlıklı bir ilişki inşa etmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Sezgisel yeme puanı ile, BKİ'nin negatif korelasyon ilişkisi gösterdiği, bariatrik cerrahi sonrası kadınlar da dahil olmak üzere (165), birçok gözlemsel araştırmayla tespit edilmiş olsa da (150,224,225) mevcut veriler, sezgisel yeme ve diğer diyet dışı yaklaşımların ağırlık yönetimindeki etkisini değerlendirmek için kısıtlıdır (233). 2019 yılında yayınlanan, diyet dışı yaklaşımlar (SY ya da Yeme Farkındalığı/Mindful Eating (YF) temelli müdahalelerin uygulandığı araştırmaları inceleyen bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, herhangi bir müdahale uygulanmayan kontrol gruplarına kıyasla SY ya da FY uygulanmış müdahale grupları karşılaştırıldığında anlamlı bir ağırlık kaybı gözlemlenmişken geleneksel diyet programı uygulanarak takip edilen kontrol grupları ile karşılaştırıldığında ağırlık kaybı ve bel çevresi ölçümleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (234). Ulaşılabilen kaynaklarda sezgisel yeme üzerine yapılmış çalışmalara bakıldığında SY müdahalesinin, kas kütlesi/oranı, yağ kütlesi gibi vücut kompozisyonu değişkenlerine etkisini inceleyen verilere rastlanmamıştır (145,235).

Bariatrik cerrahiye aday bireylerin de dahil olduğu 58 obez katılımcının (Ort. BKİ= 48,3 kg/m²), 3 ayrı grupta (i. Kişiselleştirilmiş beslenme planı verilerek takip edilmiş kontrol grubu, ii. Sezgisel yeme müdahalesi grubu, iii. Sezgisel yeme ve beslenme kılavuzu önerileri uygulama grubu) 6 ay boyunca takip edildiği randomize kontrollü bir araştırmada, 6 ay sonunda gruplar arasında vücut ağırlığı ve BKİ değışkenlerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. (236).

Ülkemizde gerçekleşmiş bilinen ilk sezgisel yeme temelli müdahale çalışması, beslenme ve diyetetik anabilim dalında bir doktora tezi olarak yayınlanmıştır. Bu araştırmada, düzenli egzersiz yapan kişilerin katıldığı 12 haftalık sezgisel yeme müdahalesi uygulanan müdahale grubu ile herhangi bir müdahale uygulanmayan kontrol grubunun bulguları karşılaştırıldığında vücut ağırlığı, bel çevresi, yağ oranı gibi antropometrik ölçümlerde anlamlı bir değışikliğin gerçekleşmediği tespit edilmiştir (145).

Bir ila beş yıl önce bariatrik cerrahi ameliyatı geçirmiş 9 katılımcı ile gerçekleştirilen bilinçli farkındalık odaklı stres azaltma ve yeme farkındalığı temelli hazırlanan diyet dışı müdahale modelinin test edildiği bir araştırmada, 10 hafta boyunca haftalık 90 dakika, meditasyon, yeme farkındalığı, stres yönetimi odaklı katılımcıların deneyimlerini paylaştığı grup seansları düzenlenmiştir. Seansların ardından katılımcılar haftalık belirli pratik uygulamalar önerilerek takip edilmiştir. Araştırma sonucunda müdahale grubu ve kontrol grubunun vücut ağırlıklarında anlamlı düzeyde bir değışiklik gözlemlenmemiştir. Müdahale grubunun duygusal yeme davranışlarında azalma olduğu, yeme davranışlarının iyileşme yönündeki eğiliminin devam ettiği müdahale sonrası 6. ayda takip verilerinde saptanmıştır. Araştırmada sonuç olarak farkındalık odaklı yaklaşımlarının bariatrik cerrahi hastaları için son derece kabul edilebilir olduğu öne sürülmüştür (173).

Diyet dışı bir beslenme yaklaşımı olan SY temelli oluşturulmuş 6 haftalık bir müdahale modelinin bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlar üzerindeki etkilerini inceleyen bu araştırma, bilinen kadarıyla, bariatrik cerrahi sonrası popülasyonda SY üzerine yapılmış ilk müdahale çalışmasıdır. Tablo 24'te detaylı

biçimde gösterilen müdahale öncesi ve sonrası antropometrik veriler incelendiğinde, müdahale ve kontrol gruplarında anlamlı bir ağırlık değişimi gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$). Kontrol grubu ile kıyaslandığında iki grubun ağırlık değişimleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Bu araştırmada uygulanan 6 haftalık müdahale sonucunda kontrol ve müdahale grubunda vücut ağırlığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç, yukarıda belirtilen farklı popülasyonlarda uygulanmış SY müdahale araştırmalarının sonuçları ile örtüşmektedir. Literatürde bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde uygulanan SY temelli bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler ile diyet dışı bir yaklaşım, farkındalık odaklı stres yönetimi ve farkındalıkla yeme, müdahalesi sonrasında vücut ağırlığında anlamlı bir fark saptanmaması, bu araştırmanın vücut ağırlığı farkı açısından benzer sonuç sunmaktadır.

2023 yılında yayınlanmış, müdahale süresi 1,5 hafta ve 12 hafta arasında değişen 9 sezgisel yeme müdahale çalışmasının değerlendirildiği sistematik derleme ve meta analiz araştırmasının verilerine göre, 10 ve 12 haftalık 2 çalışmada BKİ değerlerinde anlamlı azalmalar olduğu tespit edilmiştir (151). Bu araştırmada yürütülen 6 haftalık müdahale çalışması, katılımcıların yeme davranışlarının vücut ağırlığına yansımaları için yeterli bir zaman olmayabilir.

5.2.2 Katılımcıların yeme tutumlarına dair verilerin değerlendirilmesi

Bariatrik cerrahi sonrası yeme tutumlarının belirli biçimde iyileştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (237,238). Ameliyattan 18-24. aydan itibaren görülen tekrar ağırlık kazanma durumu, duygusal aşırı yüklenme, beden farkındalığının azalması ve uyarlanabilir duygu düzenleme stratejilerinin eksikliği ile bağlantılı gelişen maladaptif yeme davranışları ile ilişkilendirilmiştir (239).

Literatürde SY'nin daha iyi psikolojik sağlıkla ve bozulmuş yeme davranışlarını daha az sergilemekle bağlantılı olduğunu gösteren bir çok veri mevcuttur

(129,132,149,240,241). Aynı zamanda yeme bozukluğu olan kişilerde SY müdahalesi sonrası yeme bozukluğu semptomlarında olumlu gelişmeler saptanmıştır (242).

Türkiye’de yapılmış 3742 yetişkinin katıldığı gözlemsel bir araştırmada, sezgisel yeme puanları yüksek olan bireylerin, daha az duygusal yeme sergiledikleri tespit edilmiştir. Sonuç olarak sezgisel yemeyi arttıracak ve duygusal yemeyi azaltacak müdahalelerin obezite ve obeziteye bağlı hastalıkların önlenmesinde faydalı olabileceği öne sürülmüştür (164).

14 kadın katılımcının 2 gruba ayrıldığı randomize kontrollü bir çalışmada uygulanan 5 haftalık sezgisel yeme müdahalesi sonrası müdahale grubunda bozulmuş yeme davranışları açısından olumlu yönde ilerleme olduğu saptanmıştır (243).

Bariatrik cerrahiye aday bireylerin de dahil olduğu 58 obez katılımcının (Ort. BKİ= 48,3 kg/m²), 3 ayrı grupta (i. Kişiselleştirilmiş beslenme planı verilerek takip edilmiş kontrol grubu, ii. Sezgisel yeme müdahalesi grubu, iii. Sezgisel yeme ve beslenme kılavuzu önerileri uygulama grubu) 6 ay boyunca takip edildiği randomize kontrollü bir araştırmada, 6 ay sonunda gruplar arasında tıknırcasına yeme, bilişsel kısıtlama, duygusal yeme gibi bozulmuş yeme davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir (236).

Literatürde bariatrik cerrahi geçirmiş bireylere SY müdahalesi uygulanan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak postoperatif dönemde uygulanan bilinçli farkındalık ve yeme farkındalığı temelli 8 haftalık bir müdahale çalışması sonrası katılımcıların duygusal yeme tıknırcasına yeme davranışlarında azalma saptanmıştır (244).

Bu araştırmada, katılımcıların yeme tutumları, YTT-26 ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçek müdahale öncesinde ve sonunda uygulanmıştır. YTT-26 ölçeği ve alt ölçeklerinin müdahale ve kontrol grupları için müdahale öncesi ve sonrası değerleri Tablo 29’de gösterilmiştir. Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası sonuçları incelendiğinde; YTT-26 ölçeği, “diyet yapma” ve “bulimik davranışlar” alt

ölçekleri değerleri ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır. Bu azalma 6 haftalık SY müdahalesinin yeme tutumunu olumlu etkilediğini göstermektedir. Yeme bozukluğu varlığında YTT-26 ölçeği puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bilinmektedir (185). Bu nedenle YTT-26 ölçeği kişilerin yeme bozukluğu açısından değerlendirmesi amacı ile kullanılmaktadır. Sezgisel yeme puanı ile YTT-26 puanı arasında negatif bir ilişki olduğu ve sezgisel yemenin yeme davranışı patolojisi ile yakından etkileşimde olduğu literatürde gösterilmektedir (150).

SY'nin” diyet zihniyetini reddedin” ilkesi kapsamında diyet yapmanın uzun vadede kalıcı ağırlık kaybı sağlamadığı, diyetler sonrasında tekrar ağırlık kazanımı riskinin çok yüksek olduğu, diyet yapmanın bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa negatif etkilerinin üzerinde durulmaktadır. Amaç, diyet yapmanın bir çözüm olmadığı, çoğu zaman sorunun temelinde “diyet mantığının” yattığı konusunda kişilere farkındalık sağlamaktır (134). Bu araştırma sonucunda YTT-26'nin “diyet yapma” alt ölçeği puanındaki azalma SY'nin bu ilkesi nedeniyle gerçekleşmiş olabilir.

Bulimia nervoza ve BED'li bireyler, anoreksiya nervoza veya sağlıklı kontrollere kıyasla tokluk hissini algılama ve açlık ile duygusal durumlar arasında ayırım yapma konusunda daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmektedir. Bu durum, BN ve BED'li bireylerde yemeye ilgili interoseptif ipuçlarını tanımada belirli bir eksiklik olduğunu düşündürmektedir (245). Açlık ve tokluğa özgü içsel duyarlılık, genel içsel farkındalığa göre tıknırcasına yeme ve kusma davranışlarının daha güçlü bir öngörücüsüdür. Bu durum, açlık ve tokluk ipuçlarının düzensiz yeme davranışındaki önemini vurgulamaktadır (246). SY'nin temel özelliklerinden biri, içsel açlık ve tokluk ipuçlarına güvenmektir. Bu çalışmada uygulanan 6 haftalık SY müdahalesi sonrasında “bulimik davranışlar” alt ölçeğinin puanında gözlenen anlamlı azalma, SY kapsamında müdahale çalışması üzerinde önemle durulan açlık ve tokluk farkındalığı sayesinde olabilir. Bariatrik cerrahi sonrası erken dönemde kusma, sık rastlanılan bir komplikasyondur ancak bu durumun zamanla düzeldiği gözlenmektedir (247). Ameliyat sonrası uzun dönemde devam eden tekrarlayan kusma durumunda yeme bozukluğu açısından değerlendirilme önerilmektedir (248). Bariatrik cerrahi sonrası bedensel açlık ve tokluk farkındalığının üzerinde durmak erken dönem kusma

komplifikasyonu gelişme riskini azaltan, yeme tutumunu olumlu etkileyen bir yöntem olarak pratik uygulamalarda yer verilebilir.

Literatür incelendiğinde, yeme tutumunu düzenlemek amaçlı araştırmaları müdahale sürelerinin minimum 6 hafta, maksimum 2 yıl olduğu dikkat çekmektedir (145,249). Bu araştırma kapsamında 6 haftalık SY müdahalesi ile yeme tutumunda anlamlı iyileşmeler sağlamış olmak kısa süreli bir müdahalenin etkinliği açısından literatüre katkı sağlayabilir.

5.2.3 Katılımcıların beden algısı düzeylerine dair verilerin incelenmesi

Bariatrik cerrahi sonrası beden memnuniyetsizliğinin azaldığı, beden algısının olumlu yönde geliştiğine dair veriler mevcuttur (120,237,250). Postoperatif dönemdeki verilen vücut ağırlığı miktarı, ağırlık kaybetmiş olmaya rağmen vücudun belirli bölgelerinden memnun olmama ve yeme psikopatolojisi varlığı beden algısını negatif etkileyebilir (251).

Bariatrik cerrahi ameliyatlarının üzerinden en az 2 sene geçmiş 92 katılımcı ile gerçekleştirilmiş gözlemsel bir araştırmada, anksiyete semptomları ve beden imajı sorunlarının tıknırcasına yeme bozukluğu ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (252).

2021 yayınlanan, SY'nin psikolojik bağlantıları üzerine yapılmış bir meta analiz araştırmasında; beden takdirinin (pozitif beden algısı) SY ile doğrudan pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bedenlerine saygı duyan kişilerin, açlık - tokluk sinyalleri daha fazla fark etme ve bu ipuçlarını onurlandırma olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren çok sayıda tutarlı verinin varlığına dikkat çekilmektedir (150).

SY müdahalelerinin beden algısı üzerine etkilerini incelemiş çalışmalar değerlendirildiğinde, beden algısında olumlu değişiklikler saptamış çalışmaların varlığı dikkat çekmektedir (223,253,254). Lakin SY müdahalelerinin beden algısında anlamlı bir değişikliğe neden olmadığını gösteren çalışmalar da literatürde mevcuttur (145,243).

Bu araştırmada müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası beden algısı leği değerleri karşılaştırıldığında tespit edilen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, SY temelli müdahale programının müdahale grubundaki bireylerin vücut ağırlığında anlamlı bir değişikliğe yol açmadan beden algısını olumlu yönde etkilediğinin güçlü bir kanıtıdır. Kontrol grubunda ise müdahale sonrası öncesi $134,0 \pm 23,58$ iken müdahale sonrası bu değer $129,28 \pm 27,72$ 'ye dşmştur ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu veriler ışığında, kontrol grubunun müdahale sonrasında başlangıca göre beden algısı puanının düştüğü saptanmıştır.

Ağırlık kaybı amacıyla sık tartılma ve diyet kurallarını izleme beden gözetimi ve görünüm endişelerini arttırabilir ve beden algısı bu nedenle negatif etkilenebilir (255,256). Bu beden ağırlığı merkezli bakış açısı, ağırlık kaybının başarı anlamına geldiği mesajını güçlendirebilir. Bu nedenle öz-eleştiri artabilir ve beden memnuniyetsizliği artabilir (235). Kontrol grubunun, diyetisyen takibinde ağırlık kaybı amacıyla beslenme nerileri alan katılımcılardan oluştuğu göz önünde bulundurulduğuunda, beden algısındaki bu negatif değişim, diyet yapmanın beden algısında sebep olduğu olumsuz etki olarak yorumlanabilir.

5.2.4 Katılımcıların sezgisel yeme düzeylerine dair verilerin incelenmesi

Bariatrik cerrahi geçirmiş ve geçirmemiş bireylerin, beden hassasiyeti, interoseptif farkındalık ve sezgisel yeme düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bariatrik cerrahi geçirmiş grubun, bariatrik cerrahi geçirmemiş kontrol grubuna kıyasla, daha iyi sezgisel yeme davranışı sergilediği, daha yüksek interoseptif farkındalık gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmada bu iyileşme; ağırlık kaybı, beyin nroplastisitesi, cerrahi nedeniyle değişen fizyoloji, beden sinyallerini dinleme ve gvenmede meydana gelen değişikliklerle açıklanmıştır (170).

Literatürde bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanan bireylerin SY düzeyleri üzerine kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır ancak bariatrik cerrahi sonrası sezgisel yeme ile BKİ arasında negatif bir korelasyon olduğu bilinmektedir

(150,224,225). Ayrıca, SYÖ-2'nin "duygusal nedenlerden ziyade fiziksel yeme" ve "açlık ve tokluk sinyallerine güven" alt ölçeklerindeki düşük puanın bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (165). Tekrar ağırlık kazanmak, bozulmuş yeme davranışları ile ilişkili olabileceğinden (257,258) tekrar ağırlık kazanan bireylerin sezgisel yeme seviyelerinin düşük olabileceği düşünülebilir.

Sistematiik derleme ve meta analiz çalışmaları, SY müdahalelerinin sezgisel yeme seviyelerini arttırdığını bildirmektedir (150,151,259). Buna karşın SY müdahalesi sonrası sezgisel yeme seviyelerinde anlamlı farklılık tespit edilmemiş müdahale çalışmaları da mevcuttur (145,236).

Bariatrik cerrahi sonrası ağırlık yönetimi için planlanmış 6 haftalık bilinçli farkındalık temelli diyet dışı bir müdahale çalışması sonrası katılımcıların sezgisel yeme düzeylerinde anlamlı artışlar saptanmıştır (260).

Bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde (Tablo 29), müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası, SYÖ-BC, "duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme" ve "açlık ve tokluk sinyallerine güven" alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı, kuvvetli bir artış gözlenirken ($p<0,001$) kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası SYÖ-BC ve alt ölçekleri değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

Ağırlık yönetimi ve psikolojik sağlık amacıyla uygulanan grup müdahalelerinin bireysel müdahalelere göre daha fazla etki gösterebileceği meta analiz çalışmaları tarafından bildirilmektedir (261,262). Bariatrik cerrahi sonrası destek grubu çalışmasına katılanların, bireysel danışmanlık alanlara göre özyönetim kabiliyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (263). Bariatrik cerrahi sonrası destek gruplarına katılımın, kısa ve uzun dönemde ağırlık kaybını iyileştirdiğine, bariatrik cerrahi sonrası başarıyı arttırdığına dair sistematiik derleme ve meta analiz çalışmalarınca bildirilen veriler mevcuttur (264,265). Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kişiler sıklıkla utanç, sosyal izolasyon, kendilerini suçlama gibi duygular ve düşünceler bildirmektedir, bu durum tekrar ağırlık kazanmış kişilerin yardım için

desteğe başvurmalarını zorlaştırabilir (266). Destek grupları bu kişiler için yargılayıcı olmayan, deneyimlerin paylaşıldığı, motivasyon sağlayan ve sorumluluk duygusu almalarına yardımcı olacak ortamlar sağlayabilir (267). Ayrıca kendileri ile benzer durumda olan kişilerle birlikte olacakları destek grupları tekrar ağırlık kazanmış hastaların yalnızlık, damgalanma hissini azaltıp öz yeterliliğini arttırabilir ve tekrar ağırlık kaybını kolaylaştırabilir (267).

Bu araştırmada oluşturan müdahale protokolünde, haftalık online grup toplantıları, araştırmacı denetiminde mesajlaşma grubu aracılığıyla katılımcıların 6 haftalık müdahale süreci boyunca birbirleri ile iletişim sürdürme, sorularını sorarak araştırmacıdan yanıt alabilme ve haftalık araştırmacı ile birebir görüşme uygulamalarının birlikte kullanıldığı kompleks bir müdahale modeli uygulanmıştır. Müdahale süresinin sınırlı olmasına rağmen yeme tutumunda, sezgisel yeme düzeylerinde ve beden algısında elde edilen olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı etkiler, çalışmanın bu kompleks yapısı sayesinde olabilir.

Yapılan araştırmalarda bariatrik cerrahi popülasyonunda için çevrimiçi davranışsal ve izlem programlarının uygulanabilir, kabul edilebilir ve klinik olarak fayda sağlayıcı olduğu öne sürülmektedir. 2019 yılında yayınlanmış bir çalışmada, tele tıp modelinin coğrafi engellerin aşılmasında ve daha uzak bölgelere yüz yüze takip araçları ile karşılaştırılabilir kalitede sağlık hizmeti sunulmasında yardımcı olabileceğini öne sürmektedir (268). 1633 katılımcıyı kapsayan 14 adet araştırmanın değerlendirildiği bir sistematik derleme çalışması, e-sağlık uygulamalarının ağırlık kaybı bakımından klasik takip yöntemleri ile benzer sonuçlar verdiği, yeme psikopatolojisi bakımından müdahalelerde çeşitli değerlendirmelerde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğu göstermektedir. Bu nedenle yeme davranışı ve bariatrik cerrahi sonrası yetersiz ağırlık kaybı ya da tekrar ağırlık kazanımı açısından e-sağlık uygulamalarının kullanılabilir olduğu öne sürülmüştür (269). Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kişilerle yapılan haftalık telefon görüşmeleri aracılığıyla yapılmış 16 haftalık bir davranış değişikliği müdahale çalışmasında, yüksek katılım oranı (%48) yüksek devamlılık gösterdikleri (%93), yapılan 9 aramanın 7,8'ine katılım ile tedaviye yüksek bağlılık ve kabul gösterdikleri saptanmıştır.

Hastaların %73'ünün <%3 ağırlık artışı ile çoğunlukla vücut ağırlıklarını korudukları tespit edilmiştir. Sorulan açık uçlu soruların değerlendirilmesiyle katılımcıların bazılarının uzun mesafe nedeniyle klinik vizitlerini aksattığı/kaçırdığı bu nedenle telefon görüşmelerini faydalı buldukları belirtilerek bu uygulamanın yüksek kabul gören ve kısa vadede tekrar ağırlık kazanımını durduran bir müdahale olabileceği öne sürülmüştür (270).

Bu araştırmada takip edilmiş bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış bireyler genel olarak takip etmesi ve devamlılığı zor olan bir hasta popülasyonudur (15). Bu bilgi göz önünde bulundurulduğunda, müdahale grubunda %88,6 kontrol grubunda %64,4 olarak olan araştırmayı tamamlama oranı dikkate değerdir. 6 haftalık müdahale sürecini tamamlayan müdahale grubunun tamamı (n=31, %100), çalışmadan memnun kaldıklarını ve benzer ihtiyacı olan yakınlarına çalışmayı önerebileceklerini bildirerek olumlu geri bildirim vermiştir. Bu veriler araştırmada uygulanan SY temelli müdahale protokolünün kabul edilebilirliğini destekler nitelikte değerlendirilebilir.

Sonuç olarak bariatrik cerrahi popülasyonu için SYÖ-2'nin uyarlanması gerekliliği doğmuş ve KYİ alt ölçeğindeki 7 madde çıkarılarak 17 maddeli SYÖ-BC'nin bu popülasyonla geçerlilik ve güvenilirlik açısından uyumlu ve kabul edilebilir olduğu saptanmıştır. En az 6 ay önce bariatrik cerrahi geçirmiş popülasyonda SYÖ-BC puanları değerlendirildiğinde erkek katılımcıların SYÖ-BC total puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. BKİ sınıflandırması açısından değerlendirildiğinde, SYÖ-BC puanının BKİ arttıkça azalma eğilimi gösterdiği gözlenmiştir. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlar ile yapılan 6 haftalık SY temelli bireysel ve grup çalışma stillerinin birleştirilerek planlanan müdahale protokolünün, bireylerde yeme tutumunu bir kontrol grubuna göre iyileştirdiği, beden algısını bir kontrol grubuna göre iyileştirdiği ve sezgisel yeme davranışını bir kontrol grubuna göre iyileştirdiği saptanmıştır. Vücut ağırlığında 6 haftalık müdahale sonrasında kontrol ve müdahale grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Müdahale grubunda 6 haftalık SY uygulaması sonrası gözlenen vücut ağırlığı farkı ile SYÖ-BC total puanı, “duygusal sebeplerden ziyade fiziksen nedenler

ile yeme” alt ölçeği arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu, “vücut besin seçimi örtüşmesi” alt ölçeği ile pozitif ve kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bu nedenle, araştırmanın başlangıcında öne sürülen H2, H3, H5, H8, H9, H10, H11, H12 hipotezleri kabul edilmiş, H1, H4 H6, H7, hipotezleri reddedilmiştir.



6 SONUÇ

6.1 SYÖ-2'nin Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Araştırmanın ilk aşaması için, Temmuz 2024 tarihinde 297 kişi Google Formlar üzerinden ankete çevrimiçi olarak katılım sağlamıştır. SYÖ-2'nin bariatrik cerrahi popülasyonunda geçerlilik ve güvenirliliğini değerlendirmeyi amaçlayan araştırmanın sonuçları şöyledir;

- SYÖ-2'ye ilişkin madde analizi sonuçları değerlendirildiğinde, KYİ alt ölçeğinin maddelerinin (1, 3, 4, 9, 16, 17. maddeler) toplam korelasyon katsayıları oldukça düşük veya negatif çıkmıştır.
- KMO değeri 0,89 olarak bulunmuştur. Bartlett testi sonucu da ölçeğin faktörlenebilirliğini göstermektedir (Ki-kare= 4159,30, $p < 0,001$).
- Faktör yapısı değerlendirilirken yine KYİ alt ölçeğindeki maddelerin çakıştığı gözlemlenmiş ve bu maddeler çıkarılmıştır (1,3,4,9, 16 ve 17.maddeler). Bu maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra Cronbach's alfa değeri 0,92'ye yükselmiştir. Bu işlem sonrası tekrar faktör analizi yapılmış (KMO değeri 0,91; Ki- kare = 3604,83; $p < 0,001$) ve üç faktörlü yapı elde edilmiştir.
- Açıklayıcı faktör analizi sonucuna göre;
 - İlk alt ölçek, “duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme”ye ilişkin 2, 5, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15. maddelerinden,
 - İkinci alt ölçek, “açlık ve tokluk işaretlerine güven”e ilişkin 6, 7, 8, 21, 22, ve 23.maddelerinden,
 - Üçüncü alt ölçek, “vücut-besin seçimi örtüşmesi”ne ilişkin 18, 19 ve 20 maddelerinden oluşmaktadır.
- İlk modelde ortaya çıkan uyum indeks değerleri şöyledir: $\chi^2 (116) = 613,07$, $p = ,000$, $\chi^2 /sd = 5,26$, CFI= ,86, GFI = ,78, RMSEA =,12. Değerler alanyazında yer alan ölçütlere göre incelendiğinde [$\chi^2 /Df < 5,0$, CFI $> 0,90$, GFI $> 0,90$ ve RMSEA $< 0,08$ (190) modelin geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Uyumu iyileştirmek için oluşturulan ikinci modelde F1 faktörüne ait madde 2 ile

10,11,13, 14 maddeleri arasında; 11. madde ile 13 ve 14 maddeleri arasında; 12. madde ile 15. madde; 13. madde ile 14. madde ve F2 faktörüne ait 6. madde ile 7,8, 22 ve 23. maddeler; 7. madde ile 8 ve 23. maddeler arasında önerilen hata kovaryansları kavramsal açıdan değerlendirilerek modele eklenmiştir. Modelin son halinin uyum indeksleri şunlardır: $\chi^2 (100) = 208,29$, $p = ,000$, $\chi^2 /sd = 2,08$, CFI= ,97, GFI = ,93, RMSEA =,06. Sonuç olarak, ortaya çıkan modelin veriyile iyi düzeyde uyum gösterdiği gözlenmiştir.

- Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93'tür. Alt ölçeklerin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise F1 (*Duygusal Sebeplerden Ziyade Fiziksel Olarak Yeme*) alt ölçeği için 0,92, F2 (*Açlık ve Tokluk İşaretlerine Güven*) alt ölçeği için 0,91 ve F3 (*Vücut-Besin Seçimi Örtüşmesi*) alt ölçeği için 0,83'tür.
- Test tekrar test analizi sonrası iki değer arası korelasyon değeri ($r = 0,70$, $p < ,001$), ölçeklerin aynı katılımcılar tarafından farklı zamanlarda tutarlı olarak ölçüm yaptığını göstermektedir.
- Ölçeğin geneline ve alt ölçeklerine ait Cronbach-alfa değerleri sırasıyla; 0,93, 0,92, 0,91 ve 0,83 olarak tespit edilmiştir.
- Geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasına katılan 297 katılımcının %90,6'sı kadındır (269 kişi).
- Katılımcıların geçirdikleri operasyon yüzdeleri sırasıyla şöyledir; %80,5 SG, %6,1 RYGB, %1 Mini gastrik bypass, %0,7 Duedonal switch, %2,4 revizyonel cerrahi.
- Katılımcıların BKİ sınıflandırması yüzdeleri sırasıyla şöyledir; %0,7 zayıf, %34,7 normal, %37,8 fazla kilolu, %14,8 1. Derece obez, %8,1 2. Derece obez, %3,4 morbid obez.
- Uyarlanan SYÖ-BC ölçeğinin toplamı erkek katılımcılar için ortalama $3,57 \pm 0,86$; kadın katılımcı için $3,16 \pm 0,80$ olarak saptanmıştır. Bu verilere göre ankete katılan erkek katılımcıların sezgisel yeme değerleri kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir.
- Yapılan Pearson Correlation analizine göre, SYÖ-BC ve BKİ arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. SYÖ-BC'nin, BKİ sınıflandırmasına göre ortalaması, zayıf sınıfı için $3,4 \pm 0,8$, normal için $3,5 \pm 0,8$, fazla kilolu için $3,2 \pm 0,7$,

1. derece obez için $2,9 \pm 0,9$, 2. derece obez için $2,7 \pm 0,6$, morbid obez sınıfı için ise $2,6 \pm 0,6$ olarak saptanmıştır.

6.2 Sleeve Gastrektomi Sonrası Tekrar Ağırlık Kazanmış Kadın Katılımcılar ile Gerçekleştirilen Sezgisel Yeme Müdahale Çalışması

Kontrol grubundaki 29 katılımcı, Ağustos 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan obezite cerrahisi kliniklerine, ağırlık kaybı için başvurdukları tarihten itibaren 6 hafta boyunca haftada bir kez bariatrik cerrahi alanında deneyimli bir diyetisyen tarafından birebir online beslenme danışmanlığı verilerek takip edilmiştir. Müdahale grubundaki 31 katılımcı, Şubat- Nisan 2025 tarihleri arasında 2 ayrı grup olarak 6 haftalık bariatrik cerrahi hastalarına yönelik bir sezgisel yeme temelli online grup müdahale protokolü ile takip edilmiştir. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış kadınlarda sezgisel yeme müdahalesinin yeme tutumu, beden algısı ve vücut ağırlığına etkisini incelemeyi amaçlayan araştırmanın sonuçları şöyledir;

- Katılımcıların yaş ortalaması tüm örneklem için $39,48 \pm 9,71$ yıl, müdahale grubu için $39,03 \pm 10,08$ yıl ve kontrol grubu için $39,97 \pm 9,45$ yıl olarak bulunmuştur.
- Eğitim durumlarına incelendiğinde, müdahale grubunun %6,5'u lise, %64,5'i üniversite ve %29'u lisans üstü okullardan mezun olduğu, kontrol grubunun %17,2'si lise, %58,6'sı üniversite, %24,2'si lisans üstü okullardan mezun olduğu görülmüştür. Katılımcıların meslek durumları incelendiğinde, müdahale grubunun %9,7'sinin öğrenci, %58'inin çalışıyor, %25,8'inin çalışmıyor ve %6,5'inin emekli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun meslek durumları değerlendirildiğinde %4,4'ünün lise, %82,6'sının çalışıyor ve %13'ünün çalışmıyor olduğu belirlenmiştir.
- Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası vücut ağırlığı ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Kontrol grubunun araştırma başlangıcı ve sonundaki vücut ağırlığı ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Araştırma sonunda müdahale ve kontrol gruplarının

ağırlık ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

- Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası BKİ değerleri ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Kontrol grubunun araştırma başlangıcı ve sonundaki BKİ değerleri ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Müdahale sonunda müdahale ve kontrol gruplarının BKİ değerleri ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).
- Müdahale grubunun bariatrik cerrahi öncesi BKİ değeri ortalaması $42,11 \pm 5,63$ kg/m^2 iken kontrol grubu için $44,06 \pm 7,05$ kg/m^2 olarak saptanmıştır.
- Bariatrik cerrahi sonrası bulunulan en düşük BKİ değeri ortalaması müdahale grubu için $24,09 \pm 2,91$ kg/m^2 , kontrol grubu için $26,15 \pm 4,5$ kg/m^2 olarak tespit edilmiştir.
- Katılımcıların bariatrik cerrahi sonrası kaybettikleri toplam vücut ağırlığına göre tekrar ağırlık kazanım oranları; müdahale grubu için %32,69; kontrol grubu için %21,45 olarak hesaplanmıştır.
- Müdahale grubunun %38,7'sinde herhangi bir hastalık bulunmazken bu sayı müdahale grubu için %62,1 olarak saptanmıştır. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımına bağlı revizyonel cerrahi geçiren kişi yüzdesi müdahale grubu için %3,2 (1 kişi; 1 kez revizyonel cerrahi geçirmiş) kontrol grubu için %10,3 (3 kişi; 2 kişi 1 kez, 1 kişi 2 kez revizyonel cerrahi geçirmiştir) olarak tespit edilmiştir.
- Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası YTT-26, “diyet yapma” ve “bulimik” davranışlar puan ortalamalarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Kontrol grubunun araştırma başlangıcı ve sonunda YTT-26 ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Gruplar arası araştırma başlangıcında YTT-26 ve alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Araştırma sonunda saptanan YTT-26 ölçeği ve “diyet yapma” alt ölçeği skorları müdahale grubunda, kontrol grubuna kıyasla yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0,001$).

- Müdahale grubunda, BAÖ puan ortalaması müdahale sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükselmiştir. ($p < 0,001$). Kontrol grubu BAÖ puan ortalamasının müdahale sonrasında azaldığı ve bu azalmanın anlamlılık sınırında olduğu görülmüştür. ($p < 0,001$).
- Müdahale grubunun SYÖ-BC puan ortalamasında müdahale sonunda istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır. Kontrol grubunun araştırma öncesi ve sonrası SYÖ-BC ve alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).
- Müdahale grubunun “duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” alt ölçeği puan ortalamasında müdahale sonrası artış saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).
- Müdahale grubunun “açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği puan ortalamasında müdahale sonrası artış saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).
- Müdahale grubunda “vücut-besin seçimi örtüşmesi” alt ölçeği puan ortalamasında müdahale öncesi ve sonrası anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).
- Müdahale grubunda araştırma sonunda ölçülen ağırlık farkı ile SYÖ-BC puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile ağırlık farkı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). “Vücut-besin seçimi örtüşmesi” alt ölçeği puanı ile ağırlık farkı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak yüksek seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,01$).
- Müdahale sonrası müdahale grubunun SYÖ-BC puanı ile YTT-26 puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). SYÖ-BC puanı ile YTT-26’nın “diyet yapma” alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,01$). SYÖ-BC toplam puanı ile “bulimik davranışlar” alt ölçeği arasında puanı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). SYÖ-BC toplam puanı ile BAÖ puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

- Müdahale sonunda “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile YTT-26 skoru arasındaki ilişki negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile “diyet yapma” puanı arasında, negatif yönlü ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile “bulimik davranışlar” puanı arasındaki ilişki negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). “Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yeme” puanı ile BAÖ arasındaki ilişki pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- “Açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği ve YTT-26 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif ilişki göstermiştir ($p<0,05$). “Açlık ve tokluk işaretlerine güven” alt ölçeği ile “diyet yapma” alt ölçeği puanları arasında, negatif yönlü ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,01$). “Açlık ve tokluk işaretlerine güven” puanı ile “bulimik davranışlar” puanı arasındaki ilişki negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Bu araştırma, SYÖ-2’nin bariatrik cerrahi popülasyonunda geçerlilik-güvenirliğini sınavan ve bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımı yaşamış kadınlarda 6 haftalık sezgisel yeme (SY) temelli müdahale protokolünün vücut ağırlığı, yeme tutumu ve beden algısı üzerindeki etkilerini değerlendiren bilinen ilk araştırmadır. Birinci aşamada geliştirilen SYÖ-BC, bariatrik cerrahi alanında gelecekte yapılacak ölçek-tabanlı çalışmalar için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı sunulmuştur. İkinci aşamada, tekrar ağırlık kazanımı yaşayan kadınlara yönelik 6 haftalık hibrit SY protokolü (birebir görüşme ve online grup oturumu beraber planlanmış müdahale) uygulanmış; program bariatrik hastalarda sık görülen bozulmuş yeme davranışlarını hedef alacak biçimde yapılandırılmıştır. Bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanımına ilişkin müdahale çalışmaları sınırlıdır. Bu araştırma, diyet dışı beslenme ve davranış değişikliği yaklaşımının bariatrik cerrahi popülasyonunda uygulanabilirliğine dair öncü veriler sağlayarak revizyon cerrahisi ve farmakoterapiye alternatif bir perspektif sunmaktadır.

Her iki aşamada da katılımcı sayısı sınırlı kalmış; özellikle ikinci aşamada bariatrik cerrahi sonrası tekrar ağırlık kazanmış bireylere erişim güçlüğü yaşanmıştır. Veriler online anketle toplanmış; dolayısıyla antropometrik dâhil tüm ölçümler beyana dayalıdır. Çevrimiçi yöntem, internet erişimi ve sosyokültürel düzeyi belirli katılımcılarla sınırlı bir örnekleme yol açmış olabilir. Anket, yeterli katılımcıya ulaşabilmek amacıyla olabildiğince kısa tutulduğundan demografik ayrıntılar kısıtlıdır; ayrıca enerji ve besin ögesi alımını izleyecek besin tüketim kayıtları toplanmamıştır. Kontrol grubu tek merkezde izlenmek üzere planlanmışsa da hedef sayıya ulaşabilmek için başka kliniklerin takibinde olan bireyler de araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu durum standartlaşmayı kısmen azaltmış olabilir.

Bariatrik cerrahi popülasyonunda sezgisel yeme davranışını ölçmek için yeni araçların oluşturulacağı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde randomize kontrollü ve daha uzun takip süreli sezgisel yeme müdahale çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

7 KAYNAKLAR

1. Cohen R. Bariatric surgery: time to move beyond clinical outcomes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Nov 1;3(11):829–31.
2. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2013 [cited 2024 Nov 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK164630/>
3. Velapati SR, Shah M, Kuchkuntla AR, Abu-dayyeh B, Grothe K, Hurt RT, et al. Weight Regain After Bariatric Surgery: Prevalence, Etiology, and Treatment. *Curr Nutr Rep.* 2018 Dec 1;7(4):329–34.
4. King WC, Hinerman AS, Belle SH, Wahed AS, Courcoulas AP. Comparison of the Performance of Common Measures of Weight Regain After Bariatric Surgery for Association With Clinical Outcomes. *JAMA.* 2018 Oct 16;320(15):1560.
5. King WC, Hinerman AS, Courcoulas AP. Weight regain after bariatric surgery: a systematic literature review and comparison across studies using a large reference sample. *Surg Obes Relat Dis.* 2020 Aug;16(8):1133–44.
6. Evelyn Tribole, Elyse Resch. *Intuitive Eating: A Recovery Book for the Chronic Dieter: Rediscover the Pleasures of Eating and Rebuild Your Body Image.* 0 edition. St. Martin's Griffin; 1995.
7. Camilleri GM, Méjean C, Bellisle F, Andreeva VA, Kesse-Guyot E, Hercberg S, et al. Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study. *Obesity.* 2016;24(5):1154–61.
8. Denny KN, Loth K, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite.* 2013 Jan 1;60:13–9.
9. Dockendorff SA, Petrie TA, Greenleaf CA, Martin S. Intuitive Eating Scale: An examination among early adolescents. *J Couns Psychol.* 2012;59(4):604–11.
10. Tylka TL, Kroon Van Diest AM. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Couns Psychol.* 2013;60(1):137–53.
11. Serra Atalay. *Sezgisel yeme, yeme tutumu, diyet kalitesi ve beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi].* [İstanbul, Türkiye]: Acıbadem Üniversitesi; 2017.
12. Parker K, Mitchell S, O'Brien P, Brennan L. Psychometric evaluation of disordered eating measures in bariatric surgery patients. *Eat Behav.* 2015 Dec 1;19:39–48.
13. O'Brien PE. Bariatric surgery: Mechanisms, indications and outcomes. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010 Aug;25(8):1358–65.
14. Ward M, Prachand V. Surgical treatment of obesity. *Gastrointest Endosc.* 2009 Nov;70(5):985–90.

15. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures - 2019 update: cosponsored by american association of clinical endocrinologists/american college of endocrinology, the obesity society, american society for metabolic & bariatric surgery, obesity medicine association, and american society of anesthesiologists - executive summary. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*. 2019 Dec;25(12):1346–59.
16. Aminian A, Chang J, Brethauer SA, Kim JJ. ASMBS updated position statement on bariatric surgery in class I obesity (BMI 30–35 kg/m²). *Surg Obes Relat Dis*. 2018 Aug;14(8):1071–87.
17. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013 Mar;273(3):219–34.
18. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):741–52.
19. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*. 2013;19(2):337–72.
20. O'Brien PE, Hindle A, Brennan L, Skinner S, Burton P, Smith A, et al. Long-Term Outcomes After Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis of Weight Loss at 10 or More Years for All Bariatric Procedures and a Single-Centre Review of 20-Year Outcomes After Adjustable Gastric Banding. *Obes Surg*. 2019 Jan;29(1):3–14.
21. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 18]. Estimate of Bariatric Surgery Numbers, 2011-2022. Available from: <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers/>
22. Belachew M, Legrand MJ, Defechereux TH, Burtheret MP, Jacquet N. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity. A preliminary report. *Surg Endosc*. 1994 Nov;8(11):1354–6.
23. SAGES Guidelines Committee. SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc*. 2008 Oct;22(10):2281–300.
24. Helmiö M, Victorzon M, Ovaska J, Leivonen M, Juuti A, Jaser N, et al. SLEEVEPASS: a randomized prospective multicenter study comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and gastric bypass in the treatment of morbid obesity: preliminary results. *Surg Endosc*. 2012 Sept;26(9):2521–6.
25. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, et al. American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol*. 2016 July;22 Suppl 3:1–203.

26. Scopinaro N, Gianetta E, Civalleri D, Bonalumi U, Bachi V. Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg.* 1979 Sept;66(9):618–20.
27. Marceau P, Biron S, Bourque RA, Potvin M, Hould FS, Simard S. Biliopancreatic Diversion with a New Type of Gastrectomy. *Obes Surg.* 1993 Feb;3(1):29–35.
28. Marceau P, Hould FS, Simard S, Lebel S, Bourque RA, Potvin M, et al. Biliopancreatic diversion with duodenal switch. *World J Surg.* 1998 Sept;22(9):947–54.
29. Skogar ML, Sundbom M. Early complications, long-term adverse events, and quality of life after duodenal switch and gastric bypass in a matched national cohort. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2020 May;16(5):614–9.
30. Rosenthal RJ, International Sleeve Gastrectomy Expert Panel, Diaz AA, Arvidsson D, Baker RS, Basso N, et al. International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of >12,000 cases. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2012;8(1):8–19.
31. Buwen JP, Kammerer MR, Beekley AC, Tichansky DS. Laparoscopic sleeve gastrectomy: The rightful gold standard weight loss surgery procedure. *Surg Obes Relat Dis.* 2015 Nov 1;11(6):1383–5.
32. Melissas J, Daskalakis M, Koukouraki S, Askoxylakis I, Metaxari M, Dimitriadis E, et al. Sleeve gastrectomy-a “food limiting” operation. *Obes Surg.* 2008 Oct;18(10):1251–6.
33. Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Ferri L. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg.* 2005 Sept;15(8):1124–8.
34. Mans E, Serra-Prat M, Palomera E, Suñol X, Clavé P. Sleeve gastrectomy effects on hunger, satiation, and gastrointestinal hormone and motility responses after a liquid meal test. *Am J Clin Nutr.* 2015 Sept;102(3):540–7.
35. Kaidar-Person O, Person B, Szomstein S, Rosenthal RJ. Nutritional deficiencies in morbidly obese patients: a new form of malnutrition? Part B: minerals. *Obes Surg.* 2008 Aug;18(8):1028–34.
36. Damms-Machado A, Friedrich A, Kramer KM, Stingel K, Meile T, Küper MA, et al. Pre- and postoperative nutritional deficiencies in obese patients undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2012 June;22(6):881–9.
37. Al-Mutawa A, Anderson AK, Alsabah S, Al-Mutawa M. Nutritional Status of Bariatric Surgery Candidates. *Nutrients.* 2018 Jan 11;10(1):67.
38. Krzizek EC, Brix JM, Herz CT, Kopp HP, Scherthaner GH, Scherthaner G, et al. Prevalence of Micronutrient Deficiency in Patients with Morbid Obesity Before Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2018 Mar;28(3):643–8.
39. Kahraman Gök F. Comparison of excess body weight loss and preoperative and postoperative vitamin and mineral status of patients which underwent sleeve gastrectomy operation in a private clinic [Internet]. YEDİTEPE UNIVERSITY; 2018 [cited 2024 Nov 23]. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

40. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Guven S, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2008;4(5 Suppl):S109-184.
41. Fris RJ. Preoperative low energy diet diminishes liver size. *Obes Surg*. 2004 Oct;14(9):1165–70.
42. Still CD, Sarwer, David B., Blankenship J. Managing Common Nutrition Problems After Bariatric Surgery. In: *The ASMBS Text Book for Bariatric Surgery Vol 2: Integrated Health*. 1st ed. Springer New York, NY; 2014. p. 119–27.
43. Tarnoff M, Kaplan LM, Shikora S. An evidenced-based assessment of preoperative weight loss in bariatric surgery. *Obes Surg*. 2008 Sept;18(9):1059–61.
44. Alvarado R, Alami RS, Hsu G, Safadi BY, Sanchez BR, Morton JM, et al. The impact of preoperative weight loss in patients undergoing laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2005 Oct;15(9):1282–6.
45. Snyder-Marlow G, Taylor D, Lenhard MJ. Nutrition care for patients undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy for weight loss. *J Am Diet Assoc*. 2010 Apr;110(4):600–7.
46. Freeman RA, Overs SE, Zarshenas N, Walton KL, Jorgensen JO. Food tolerance and diet quality following adjustable gastric banding, sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Res Clin Pract*. 2014;8(2):e115-200.
47. Kushner R, Herron DM, Herrington H. Bariatric surgery: Postoperative nutritional management [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 23]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/bariatric-surgery-postoperative-nutritional-management>
48. Aills L, Buffington C, Furtado M, Parrott J. ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2008;4(5 Suppl):S73-108.
49. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg*. 2016 Sept 1;40(9):2065–83.
50. Cummings S, Isom KA, editors. *Academy of Nutrition and Dietetics Pocket Guide to Bariatric Surgery*. 2nd Ed. Chicago: IL: Academy of Nutrition and Dietetics; 2015.
51. McShea S. Obesity: “Can the Battle Be Won?” *Physician Assist Clin*. 2017 Jan 1;2(1):87–106.
52. Torgersen Z, Osmolak A, Forse RA. Sleeve gastrectomy and Roux En Y gastric bypass: current state of metabolic surgery. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2014 Oct;21(5):352.
53. Langer FB, Reza Hoda MA, Bohdjalian A, Felberbauer FX, Zacherl J, Wenzl E, et al. Sleeve Gastrectomy and Gastric Banding: Effects on Plasma Ghrelin Levels. *Obes Surg*. 2005 Aug 1;15(7):1024–9.
54. Weiner RA, Weiner S, Pomhoff I, Jacobi C, Makarewicz W, Weigand G. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy — Influence of Sleeve Size and Resected Gastric Volume. *Obes Surg*. 2007 Oct 1;17(10):1297–305.

55. Bastos ECL, Barbosa EMWG, Soriano GMS, Santos EA dos, Vasconcelos SML. Determinants of weight regain after bariatric surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo*. 2013;26:26–32.
56. Golzarand M, Toolabi K, Farid R. The bariatric surgery and weight losing: a meta-analysis in the long- and very long-term effects of laparoscopic adjustable gastric banding, laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass and laparoscopic sleeve gastrectomy on weight loss in adults. *Surg Endosc*. 2017 Nov 1;31(11):4331–45.
57. Cal P, Deluca L, Jakob T, Fernández E. Laparoscopic sleeve gastrectomy with 27 versus 39 Fr bougie calibration: a randomized controlled trial. *Surg Endosc*. 2016 May 1;30(5):1812–5.
58. Sundgot-Borgen C, Bond DS, Sniehotta FF, Kvalem IL, Hansen BH, Bergh I, et al. Associations of changes in physical activity and sedentary time with weight recurrence after bariatric surgery: a 5-year prospective study. *Int J Obes*. 2023 June;47(6):463–70.
59. Ribeiro-Parenti L, Baratte C, Poghosyan T. Weight Regain after Bariatric Surgery. *J Clin Med*. 2023 May 4;12(9):3265.
60. Switzer NJ, Karmali S. The sleeve gastrectomy and how and why it can fail? *Surg Curr Res* 2013433-5.
61. Reis MG, Guimarães G, Moreira LF, Siqueira Veloso de Andrade Carvalho L, Tianeze de Castro C, Adrielle Lima Vieira R, Sernizon Guimarães N. Weight regain after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Med*. 2024 Jan 1;45:100528.
62. El Ansari W, Elhag W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps—a Scoping Review. *Obes Surg*. 2021 Apr;31(4):1755–66.
63. Athanasiadis DI, Martin A, Kapsampelis P, Monfared S, Stefanidis D. Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surg Endosc*. 2021 Aug;35(8):4069–84.
64. Pizato N, Botelho P, Gonçalves V, Dutra E, De Carvalho K. Effect of Grazing Behavior on Weight Regain Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Nutrients*. 2017 Dec 5;9(12):1322.
65. Sherf Dagan S, Goldenshluger A, Globus I, Schweiger C, Kessler Y, Kowen Sandbank G, et al. Nutritional Recommendations for Adult Bariatric Surgery Patients: Clinical Practice. *Adv Nutr*. 2017 Mar;8(2):382–94.
66. Brolin RE, Robertson LB, Kenler HA, Cody RP. Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg*. 1994 Dec;220(6):782–90.
67. Kruseman M, Leimgruber A, Zumbach F, Golay A. Dietary, Weight, and Psychological Changes among Patients with Obesity, 8 Years after Gastric Bypass. *J Am Diet Assoc*. 2010 Apr;110(4):527–34.
68. Gesquiere I, Foulon V, Augustijns P, Gils A, Lannoo M, Van der Schueren B, et al. Micronutrient intake, from diet and supplements, and association with status markers in pre- and post-RYGB patients. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2017 Aug;36(4):1175–81.
69. Suter M, Calmes JM, Paroz A, Giusti V. A New Questionnaire for Quick Assessment of Food Tolerance after Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2007 Jan 1;17(1):2–8.

70. Zarshenas N, Tapsell LC, Neale EP, Batterham M, Talbot ML. The Relationship Between Bariatric Surgery and Diet Quality: a Systematic Review. *Obes Surg*. 2020 May 1;30(5):1768–92.
71. Pereira RF, Alvarenga M. Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectr*. 2007 July 1;20(3):141–8.
72. Sarwer DB, Wadden TA, Ashare RL, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, LaGrotte C, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity in patients seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2021 Mar 1;17(3):516–24.
73. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. E Köroğlu, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
74. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry*. 2022 Nov;35(6):362–71.
75. Marino JM, Ertelt TW, Lancaster K, Steffen K, Peterson L, de Zwaan M, et al. The emergence of eating pathology after bariatric surgery: A rare outcome with important clinical implications. *Int J Eat Disord*. 2012;45(2):179–84.
76. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 June 1;62(6):617–27.
77. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Ronald C. Kessler. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348–58.
78. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):328–34.
79. Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Health-Related Quality of Life and Symptoms of Depression in Extremely Obese Persons Seeking Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2005 Mar 1;15(3):304–9.
80. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American psychiatric association; 2013.
81. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes*. 2001 May;25(1):S51–5.
82. Friedman KE, Ashmore JA, Applegate KL. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: Psychological and behavioral correlates. *Obesity*. 2008;16(SUPPL. 2):S69–74.
83. Hunte HER, Williams DR. The association between perceived discrimination and obesity in a population-based multiracial and multiethnic adult sample. *Am J Public Health*. 2009;99(7):1285–92.
84. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1–11.
85. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, et al. Psychopathology before surgery in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-3 (LABS-3) Psychosocial Study. *Surg Obes Relat Dis*. 2012 Sept 1;8(5):533–41.

86. Ambwani S, Boeka AG, Brown JD, Byrne TK, Budak AR, Sarwer DB, et al. Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surg Obes Relat Dis*. 2013 Mar 1;9(2):300–5.
87. Tess BH, Maximiano-Ferreira L, Pajecski D, Wang YP. Bariatric surgery and binge eating disorder: should surgeons care about it? a literature review of prevalence and assessment tools. *arq Gastroenterol*. 2019 May 20;56:55–60.
88. 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 J Eat Disord Assoc*. 2014 Mar;22(2):87–91.
89. Nicholls W, Devonport TJ, Blake M. The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2016 Jan;17(1):30–42.
90. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord*. 2002;32(1):72–8.
91. Ribeiro GANDA, Giapietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. DEPRESSION, ANXIETY, AND BINGE EATING BEFORE AND AFTER BARIATRIC SURGERY: PROBLEMS THAT REMAIN. *ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo [Internet]*. 2018 June 21 [cited 2024 Dec 15];31(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202018000100317&lng=en&tlng=en
92. de Zwaan M, Marschollek M, Allison KC. The Night Eating Syndrome (NES) in Bariatric Surgery Patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(6):426–34.
93. Benzerouk F, Gierski F, Ducluzeau PH, Bourbao-Tournois C, Gaubil-Kaladjian I, Bertin É, et al. Food addiction, in obese patients seeking bariatric surgery, is associated with higher prevalence of current mood and anxiety disorders and past mood disorders. *Psychiatry Res*. 2018 Sept;267:473–9.
94. Koball AM, Clark MM, Collazo-Clavell M, Kellogg T, Ames G, Ebbert J, et al. The relationship among food addiction, negative mood, and eating-disordered behaviors in patients seeking to have bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2016 Jan;12(1):165–70.
95. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, Ashare R, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2019 Apr;15(4):650–5.
96. Torres AJ, Rubio MA. The Endocrine Society’s Clinical Practice Guideline on endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: Commentary from a European Perspective. *Eur J Endocrinol*. 2011 Aug;165(2):171–6.
97. Nasirzadeh Y, Kantarovich K, Wnuk S, Okrainec A, Cassin SE, Hawa R, et al. Binge Eating, Loss of Control over Eating, Emotional Eating, and Night Eating After Bariatric Surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH Cohort Study. *Obes Surg*. 2018 July 1;28(7):2032–9.

98. Devlin MJ, King WC, Kalarchian MA, White GE, Marcus MD, Garcia L, et al. Eating pathology and experience and weight loss in a prospective study of bariatric surgery patients: 3- year follow-up. *Int J Eat Disord*. 2016 Dec;49(12):1058–67.
99. Courcoulas AP. Weight Change and Health Outcomes at 3 Years After Bariatric Surgery Among Individuals With Severe Obesity. *JAMA* [Internet]. 2013 Nov 4 [cited 2024 Dec 16]; Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.280928>
100. Courcoulas AP, King WC, Belle SH, Berk P, Flum DR, Garcia L, et al. Seven-Year Weight Trajectories and Health Outcomes in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Study. *JAMA Surg*. 2018 May 1;153(5):427.
101. Conceição E, Orcutt M, Mitchell J, Engel S, LaHaise K, Jorgensen M, et al. Eating disorders after bariatric surgery: A case series. *Int J Eat Disord*. 2013 Apr;46(3):274–9.
102. De Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremeier L, Simonich H, Lancaster K, Howell LM, et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis*. 2010 Jan;6(1):79–85.
103. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007 May;40(4):349–59.
104. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes*. 2007 Nov;31(11):1722–30.
105. Yu Y, Kalarchian MA, Ma Q, Groth SW. Eating patterns and unhealthy weight control behaviors are associated with loss-of-control eating following bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2021 May 1;17(5):976–85.
106. Ivezaj V, Kessler EE, Lydecker JA, Barnes RD, White MA, Grilo CM. Loss-of-control eating following sleeve gastrectomy surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2017 Mar;13(3):392–8.
107. Ivezaj V, Barnes RD, Cooper Z, Grilo CM. Loss-of-control eating after bariatric/sleeve gastrectomy surgery: Similar to binge-eating disorder despite differences in quantities. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Sept;54:25–30.
108. Conceição EM, Utzinger LM, Pisetsky EM. Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2015 Nov;23(6):417–25.
109. Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S, Silva C, et al. 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 Dec;15(4):558–62.
110. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High- risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*. 2008 Mar;16(3):615–22.
111. Kofman MD, Lent MR, Swencionis C. Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. *Obesity*. 2010 Oct;18(10):1938–43.

112. Conceição EM, Mitchell JE, Engel SG, Machado PPP, Lancaster K, Wonderlich SA. What is “grazing”? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. *Surg Obes Relat Dis*. 2014 Sept;10(5):973–82.
113. Opolski M, Chur- Hansen A, Wittert G. The eating- related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clin Obes*. 2015 Aug;5(4):165–97.
114. Fischer S, Chen E, Katterman S, Roerhig M, Bochierrri-Ricciardi L, Munoz D, et al. Emotional Eating in a Morbidly Obese Bariatric Surgery-Seeking Population. *Obes Surg*. 2007 June;17(6):778–84.
115. Castellini G, Godini L, Amedei SG, Faravelli C, Lucchese M, Ricca V. Psychological effects and outcome predictors of three bariatric surgery interventions: a 1-year follow-up study. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2014 June;19(2):217–24.
116. Guthrie H, Tetley D, Hill AJ. Quasi- prospective, real- life monitoring of food craving post- bariatric surgery: comparison with overweight and normal weight women. *Clin Obes*. 2014 June;4(3):136–42.
117. McCuen- Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge- eating disorder, night- eating syndrome, and weight- related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018 Jan;1411(1):96–105.
118. Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord*. 2015 Mar;48(2):215–22.
119. Faccio E, Nardin A, Cipolletta S. Becoming ex- obese: narrations about identity changes before and after the experience of the bariatric surgery. *J Clin Nurs*. 2016 June;25(11–12):1713–20.
120. Lyons K, Meisner BA, Sockalingam S, Cassin SE. Body Image After Bariatric Surgery: A Qualitative Study. *Bariatr Surg Pract Patient Care*. 2014 Mar;9(1):41–9.
121. Perdue TO, Schreier A, Swanson M, Neil J, Carels R. Majority of female bariatric patients retain an obese identity 18–30 months after surgery. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2020 Apr;25(2):357–64.
122. Riva G. Neuroscience and eating disorders: The allocentric lock hypothesis. *Med Hypotheses*. 2012 Feb;78(2):254–7.
123. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003 May;41(5):509–28.
124. Masheb RM, Grilo CM. The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003 Apr;33(3):333–41.
125. Lydecker JA, White MA, Grilo CM. Form and formulation: Examining the distinctiveness of body image constructs in treatment-seeking patients with binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2017 Nov;85(11):1095–103.
126. Wang SB, Jones PJ, Dreier M, Elliott H, Grilo CM. Core psychopathology of treatment-seeking patients with binge-eating disorder: a network analysis investigation. *Psychol Med*. 2019 Aug;49(11):1923–8.

127. Grilo CM, White MA, Masheb RM. Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge-eating disorder in primary care settings. *Behav Res Ther*. 2012 May;50(5):298–303.
128. Ivezaj V, Wiedemann AA, Grilo CM. Overvaluation of Weight or Shape and Loss- of- Control Eating Following Bariatric Surgery. *Obesity*. 2019 Aug;27(8):1239–43.
129. Tylka TL, Wilcox JA. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *J Couns Psychol*. 2006 Oct;53(4):474–85.
130. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *J Couns Psychol*. 2006 Apr;53(2):226–40.
131. Bas M, Karaca KE, Saglam D, Artııcı G, Cengiz E, Köksal S, et al. Turkish version of the Intuitive Eating Scale-2: Validity and reliability among university students. *Appetite*. 2017 July;114:391–7.
132. Tylka TL, Mañano C, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J, Burnette CB, Todd J, et al. The Intuitive Eating Scale-3: Development and psychometric evaluation. *Appetite*. 2024 Aug;199:107407.
133. Evelyn Tribole, Elyse Resch. *Intuitive Eating, 4th edition: A revolutionary Anti-diet Approach*. St. Martin's Essentials; 2020.
134. Evelyn Tribole, Elyse Resch. *Sezgisel Yeme: Sağlıklı Beslenme Alanında Çığır Açan Yaklaşım*. Birinci Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınları;
135. Avalos LC, Tylka TL. Exploring a model of intuitive eating with college women. *J Couns Psychol*. 2006 Oct;53(4):486–97.
136. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: Why do dieters overeat? *Int J Eat Disord*. 1999 Sept;26(2):153–64.
137. Woody EZ, Costanzo PR, Liefer H, Conger J. The effects of taste and caloric perceptions on the eating behavior of restrained and unrestrained subjects. *Cogn Ther Res*. 1981 Dec;5(4):381–90.
138. Costanzo PR, Reichmann SK, Friedman KE, Musante GJ. The mediating effect of eating self-efficacy on the relationship between emotional arousal and overeating in the treatment-seeking obese. *Eat Behav*. 2001 Dec;2(4):363–8.
139. Birch LL, Deysher M. Conditioned and unconditioned caloric compensation: Evidence for self-regulation of food intake in young children. *Learn Motiv*. 1985 Aug;16(3):341–55.
140. Birch LL, McPhee L, Sullivan S. Children's food intake following drinks sweetened with sucrose or aspartame: Time course effects. *Physiol Behav*. 1989 Feb;45(2):387–95.
141. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychol Women Q*. 1997 June;21(2):173–206.
142. Birch LL, Fisher JO. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*. 1998 Mar 1;101(Supplement_2):539–49.
143. Egenur Bakiner. Turkish adaptation of the intuitive eating scale –2 [Master Thesis]. [İstanbul]: Bilgi University; 2017.
144. Barrada JR, Cativiela B, Van Strien T, Cebolla A. Intuitive Eating: A Novel Eating Style? Evidence From a Spanish Sample. *Eur J Psychol Assess*. 2020 Jan;36(1):19–31.

145. Meltem Pırl Şenol. Düzenli fiziksel egzersiz yapan bireylere uygulanan sezgisel yeme müdahalelerinin, vücut kompozisyonu, spor performansı, yeme tutumu ve beden algısı üzerine olan değişimlerinin incelenmesi [Doktora Tezi]. [İstanbul]: Acıbadem Üniversitesi; 2023.
146. Smith T, Hawks SR. Intuitive Eating, Diet Composition, and The Meaning of Food in Healthy Weight Promotion. *Am J Health Educ.* 2006 May 1;37(3):130–6.
147. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutr J.* 2011 Jan 24;10(1):9.
148. Tylka TL, Calogero RM, Danielsdóttir S. Intuitive eating is connected to self-reported weight stability in community women and men. *Eat Disord.* 2020 May 3;28(3):256–64.
149. Hazzard VM, Telke SE, Simone M, Anderson LM, Larson NI, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2021 Feb 1;26(1):287–94.
150. Linardon J, Tylka TL, Fuller- Tyszkiewicz M. Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2021 July;54(7):1073–98.
151. Babbott KM, Cavadino A, Brenton-Peters J, Consedine NS, Roberts M. Outcomes of intuitive eating interventions: a systematic review and meta-analysis. *Eat Disord.* 2023 Jan 2;31(1):33–63.
152. Koller OG, Menezes VM, Busanello A, de Almeida JC. Association between intuitive eating and health outcomes in outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Eur J Nutr.* 2024 Aug 1;63(5):1623–34.
153. Soares FLP, Ramos MH, Gramelisch M, de Paula Pego Silva R, da Silva Batista J, Cattafesta M, et al. Intuitive eating is associated with glycemic control in type 2 diabetes. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2021 Mar 1;26(2):599–608.
154. Tylka TL, Homan KJ. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image.* 2015 Sept;15:90–7.
155. Moy J, Petrie TA, Dockendorff S, Greenleaf C, Martin S. Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents. *Eat Behav.* 2013 Dec;14(4):529–32.
156. Romano KA, Heron KE. Examining Race and Gender Differences in Associations Among Body Appreciation, Eudaimonic Psychological Well-Being, and Intuitive Eating and Exercising. *Am J Health Promot.* 2022 Jan;36(1):117–28.
157. Vintilă M, Todd J, Goian C, Tudorel O, Barbat CA, Swami V. The Romanian version of the Intuitive Eating Scale-2: Assessment of its psychometric properties and gender invariance in Romanian adults. *Body Image.* 2020 Dec;35:225–36.
158. Nur Gizem Şeber Bozboğan. KADINLARDA BAĞLANMA STİLLERİ İLE SEZGİSEL YEME VE YEME FARKINDALIĞI İLİŞKİSİ [Yüksek lisans tezi]. [İstanbul, Türkiye]: Haliç Üniversitesi; 2022.

159. Khalsa SS, Adolphs R, Cameron OG, Critchley HD, Davenport PW, Feinstein JS, et al. Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2018 June 1;3(6):501–13.
160. Simmons WK, DeVille DC. Interoceptive contributions to healthy eating and obesity. *Curr Opin Psychol*. 2017 Oct 1;17:106–12.
161. Robinson E, Foote G, Smith J, Higgs S, Jones A. Interoception and obesity: a systematic review and meta-analysis of the relationship between interoception and BMI. *Int J Obes*. 2021 Dec;45(12):2515–26.
162. Garfinkel SN, Seth AK, Barrett AB, Suzuki K, Critchley HD. Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biol Psychol*. 2015 Jan 1;104:65–74.
163. Robinson E, Marty L, Higgs S, Jones A. Interoception, eating behaviour and body weight. *Physiol Behav*. 2021 Aug 1;237:113434.
164. Ayyıldız F, Akbulut G, Ermumcu MŞK, Tek NA. Emotional and intuitive eating: an emerging approach to eating behaviours related to obesity. *J Nutr Sci*. 2023 Jan;12:e19.
165. Nogué M, Nogué E, Molinari N, Macioce V, Avignon A, Sultan A. Intuitive eating is associated with weight loss after bariatric surgery in women. *Am J Clin Nutr*. 2019 July 1;110(1):10–5.
166. Virani N, Goodpaster K, Perugini R. A353 Intuitive Eating Predicts Healthier Relationship with Food in Post-Surgical Bariatric Patients. *Surg Obes Relat Dis*. 2019 Oct;15(10):S145.
167. Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A. Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. García AV, editor. *PLoS ONE*. 2009 May 19;4(5):e5614.
168. Parma C, Doria F, Zulueta A, Lanzone J, Boscarino M, Giani L, et al. An Overview of the Bodily Awareness Representation and Interoception: Insights and Progress in the Field of Neurorehabilitation Research. *Brain Sci*. 2024 Apr 16;14(4):386.
169. Varlı Ü, Naz İ, Yılmaz H. Investigation of Body Awareness and Affecting Factors in Patients with Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2022 Mar 1;32(3):829–36.
170. Joshi V, Graziani P, Del-Monte J. Bodily sensations and bariatric surgery: Links between interoceptive sensibility, intuitive and disordered eating behaviour in obesity and obesity surgery. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2024 May;32(3):514–23.
171. Klapsas M, Hindle A. Patients' Pre and Post-Bariatric Surgery Experience of Dieting Behaviours: Implications for Early Intervention. *Obes Surg*. 2023 Sept;33(9):2702–10.
172. Caredda C, St-Laurent A, Gagnon M, Harrison S, Bernier E, Gagnon G, et al. Attitudes and Behaviors towards Food and Weight in Late Pregnancy: A Comparative Approach between Individuals with and without Previous Bariatric Surgery. *Healthcare*. 2024 Jan;12(3):342.
173. Chacko SA, Yeh GY, Davis RB, Wee CC. A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complement Ther Med*. 2016 Oct;28:13–21.

174. Heitmann BL, Køster-Rasmussen R, Meyer LB, Larsen SC, Thorsteinsdottir F, Sandholdt CT, et al. Debating Weight Loss vs. Weight Neutral Strategies for Improvements of Health. *Curr Obes Rep.* 2024 Sept 17;13(4):832–42.
175. Franco JV, Hindemit J, Guo Y, Bongaerts B, Metzendorf MI, Peelen R, et al. Weight-neutral interventions for people with obesity and the perspective of patients, carers and healthcare professionals: a mixed methods review. *Cochrane Central Editorial Service, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2025 May 6 [cited 2025 July 6];2025(5). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD016107>
176. Johnson Stoklossa C, Atwal S. Nutrition Care for Patients with Weight Regain after Bariatric Surgery. *Gastroenterol Res Pract.* 2013;2013(1):256145.
177. Evelyn Tribole, Elyse Resch. *Sezgisel Yeme Uygulama Kitabı; Yiyeceklerle Sağlıklı Bir İlişki Kurmak İçin On İlke.* İstanbul: Okuyan Us Yayınevi; 2021.
178. Evelyn Tibole. *Intuitive Eating for Every Day: 365 Daily Practices & Inspirations to Rediscover the Pleasures of Eating.* 1st edition. Chronicle Prism; 2021.
179. Resch E. *Intuitive eating journal: your guided journey for nourishing a healthy relationship with food.* Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc; 2021. 185 p.
180. Bacon L. *Health at every size: the surprising truth about your weight.* Rev. & updated. Dallas, TX: BenBella Books; 2010. 374 p.
181. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes.* 2000 Dec;24(12):1715–25.
182. Kirac D, Kaspar E, Avçılar T, Cakir O, Ulucan K, Kurtel H, et al. A New Method For Investigating Eating Behaviours Related With Obesity ;”Three-Factor Eating Questionnaire “. *J Marmara Univ Inst Health Sci.* 2015;1.
183. Garner D., Garfinkel P. E. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexi anervosa. *Psychol Med.* 9(2):273–9.
184. Savaşır I., Erol N. Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikol Derg.* 7(23):19–25.
185. Ergüney-Okumuş FE, Sertel-Berk HÖ. Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikol Çalışmaları Stud Psychol.* 2020 May 13;57–78.
186. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol.* 1953;17(5):343–7.
187. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri Psikol Psikofarmakol 3P Derg.* 1992;1(1):11–26.
188. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows.* Armonk, NY: IBM Corp; 2011.
189. Arbuckle, J. L. *Amos 22.0 User’s Guide.* USA. Amos Dev Corp.
190. Doğan İ, Özdamar K. The effect of different data structures, sample sizes on model fit measures. *Commun Stat - Simul Comput.* 2017 Oct 21;46(9):7525–33.

191. Sharples AJ, Mahawar K. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials Comparing Long-Term Outcomes of Roux-En-Y Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2020 Feb;30(2):664–72.
192. Hubert PA, Papasavas P, Stone A, Swede H, Huedo-Medina TB, Tishler D, et al. Associations between Weight Loss, Food Likes, Dietary Behaviors, and Chemosensory Function in Bariatric Surgery: A Case-Control Analysis in Women. *Nutrients.* 2019 Apr 9;11(4):804.
193. Kvaalem IL, Bergh I, Von Soest T, Rosenvinge JH, Johnsen TA, Martinsen EW, et al. A comparison of behavioral and psychological characteristics of patients opting for surgical and conservative treatment for morbid obesity. *BMC Obes.* 2015 Dec;3(1):6.
194. Roehrig M, Masheb RM, White MA, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. Chronic Dieting Among Extremely Obese Bariatric Surgery Candidates. *Obes Surg.* 2009 Aug;19(8):1116–23.
195. Hindle A, De La Piedad Garcia X, Brennan L. Early post- operative psychosocial and weight predictors of later outcome in bariatric surgery: a systematic literature review. *Obes Rev.* 2017 Mar;18(3):317–34.
196. Lynch A. “When the honeymoon is over, the real work begins:” Gastric bypass patients’ weight loss trajectories and dietary change experiences. *Soc Sci Med.* 2016 Feb;151:241–9.
197. Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, De Gara C, Birch DW. Weight Recidivism Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Obes Surg.* 2013 Nov;23(11):1922–33.
198. Unal S, Sevincer GM, Maner AF. Prediction of Weight Regain After Bariatric Surgery by Night Eating, Emotional Eating, Eating Concerns, Depression and Demographic Characteristics. *Turk J Psychiatry [Internet].* 2019 [cited 2025 June 21]; Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23174>
199. Konttinen H, Peltonen M, Sjöström L, Carlsson L, Karlsson J. Psychological aspects of eating behavior as predictors of 10-y weight changes after surgical and conventional treatment of severe obesity: results from the Swedish Obese Subjects intervention study. *Am J Clin Nutr.* 2015 Jan;101(1):16–24.
200. Konings G, Drukker M, Mulkens S, Severeijns R, Van Os J, Ponds R. Postsurgical Compliance and Eating Behavior 5 Years After Surgery. *Bariatr Surg Pract Patient Care.* 2020 Sept 1;15(3):148–54.
201. Sabuncu T, Bayram F, Sönmez A, Güldiken S, Şahin İ. *Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu.* Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2019.
202. Jossart GH. Food Intolerance in the Sleeve Patient: Prevention, Evaluation, and Management. In: Herron DM, editor. *Bariatric Surgery Complications and Emergencies [Internet].* Cham: Springer International Publishing; 2016 [cited 2025 June 21]. p. 173–80. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-27114-9_13
203. Cano-Valderrama O, Sánchez-Pernaute A, Rubio-Herrera MA, Domínguez-Serrano I, Torres-García AJ. Long-Term Food Tolerance After Bariatric Surgery: Comparison of Three Different Surgical Techniques. *Obes Surg.* 2017 Nov;27(11):2868–72.

204. White GE, Steers MN, Bernardi K, Kalarchian MA. Food and alcohol disturbance among people who have undergone bariatric surgery. *Obes Sci Pract*. 2024 Feb;10(1):e738.
205. Paterson H, Hay-Smith J, Treharne G, Herbison P, Howarth C. Validation of the Intuitive Eating Scale in pregnancy. *J Health Psychol*. 2018 Apr 1;23(5):701–9.
206. Ramalho SM, Saint-Maurice PF, Félix S, Conceição E. Intuitive eating Scale-2: Factor structure and associations with disordered eating, impulsivity and quality of life in adolescents with overweight/obesity. *Eat Behav*. 2022 Jan;44:101593.
207. Saunders JF, Nichols-Lopez KA, Frazier LD. Psychometric properties of the intuitive eating scale-2 (IES-2) in a culturally diverse Hispanic American sample. *Eat Behav*. 2018 Jan;28:1–7.
208. Camilleri GM, Méjean C, Bellisle F, Andreeva VA, Sautron V, Hercberg S, et al. Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. *Appetite*. 2015 Jan;84:34–42.
209. Caferoglu Z, Toklu H. Intuitive eating: associations with body weight status and eating attitudes in dietetic majors. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2022 Mar;27(2):683–92.
210. Van Dyck Z, Herbert BM, Happ C, Kleveman GV, Vögele C. German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. *Appetite*. 2016 Oct;105:798–807.
211. Bruce LJ, Ricciardelli LA. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*. 2016 Jan;96:454–72.
212. Horwath C, Hagmann D, Hartmann C. Intuitive eating and food intake in men and women: Results from the Swiss food panel study. *Appetite*. 2019 Apr 1;135:61–71.
213. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 800 p.
214. Celal Reha Alpar. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-güvenirlik*. 4th edition. Detay Yayıncılık; 2016.
215. J. F. Hair, W. C. Black, B. J. Babin, R. E. Anderson. *Multivariate Data Analysis*. 7th edition. New York: Pearson; 2010.
216. Ruzanska UA, Warschburger P. Psychometric evaluation of the German version of the Intuitive Eating Scale-2 in a community sample. *Appetite*. 2017 Oct 1;117:126–34.
217. Argyrides M, Anastasiades E. Intuitive eating in Greek-Cypriot adults: Influence of gender and body mass. *Front Psychol* [Internet]. 2022 Nov 24 [cited 2025 June 18];13. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.1033720/full>
218. Muhammad R, Ismail WNDR aka W, Firdus S, Abdul Hamid SB, Mohd Asmawi UM, Md Nor N. Intuitive Eating Behaviour among Young Malay Adults in Malaysian Higher Learning Institutions. *Nutrients*. 2023 Jan;15(4):869.
219. Swami V, Todd J, Zahari HS, Mohd. Khatib NA, Toh EKL, Barron D. Dimensional structure, psychometric properties, and sex and ethnic invariance of a Bahasa Malaysia (Malay) translation of the Intuitive Eating Scale-2 (IES-2). *Body Image*. 2020 Mar 1;32:167–79.

220. Albajri E, Naseeb M. Sex differences in intuitive eating and its relationship with body mass index among adults aged 18–40 years in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Front Nutr*. 2023 July 19;10:1214480.
221. He J, Sun S, Zickgraf HF, Lin Z, Fan X. Meta-analysis of gender differences in body appreciation. *Body Image*. 2020 June;33:90–100.
222. Murray K, Rieger E, Brown PM, Brichacek A, Walker I. Body image explains differences in intuitive eating between men and women: Examining indirect effects across negative and positive body image. *Body Image*. 2023 June 1;45:369–81.
223. Behrend N, Webb JB, Warschburger P. Explaining the prospective paths from body appreciation to intuitive eating facets: Does body image flexibility serve as a mediator? *Body Image*. 2024 June;49:101710.
224. Meriç ÇS, Yabancı Ayhan N. Evaluation of the relationship between intuitive eating, mindful eating, body weight, and eating disorders: path analysis research on future health professionals. *Int J Environ Health Res*. 2025 Apr 15;1–10.
225. Bayram H, Gürbüz M. The associations of mindful and intuitive eating with BMI, depression, anxiety and stress across generations: a cross-sectional study. *Int J Food Sci Nutr*. 2025;76:326–36.
226. Anderson LM, Reilly EE, Schaumberg K, Dmochowski S, Anderson DA. Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2016 Mar;21(1):83–90.
227. Stenberg E, Dos Reis Falcão LF, O’Kane M, Liem R, Pournaras DJ, Salminen P, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: A 2021 Update. *World J Surg*. 2022 Apr;46(4):729–51.
228. Grover BT, Morell MC, Kothari SN, Borgert AJ, Kallies KJ, Baker MT. Defining Weight Loss After Bariatric Surgery: a Call for Standardization. *Obes Surg*. 2019 Nov;29(11):3493–9.
229. Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, Banel D, Jensen MD, Pories WJ, et al. Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Med*. 2009 Mar;122(3):248-256.e5.
230. Vassilev G, Hasenberg T, Krammer J, Kienle P, Ronellenfitsch U, Otto M. The Phase Angle of the Bioelectrical Impedance Analysis as Predictor of Post-Bariatric Weight Loss Outcome. *Obes Surg*. 2017 Mar;27(3):665–9.
231. Giustacchini P, Marincola G, Masia S, Milano V, Sula V, Raffaelli M. Preoperative Body Composition Analysis as a Predictor of Weight Loss Outcomes Following Bariatric Surgery: A Bioelectrical Impedance Study. *Obes Surg*. 2025 Mar;35(3):685–93.
232. Lee JK, Park YS, Kim K, Oh TJ, Chang W. Comparison of Bioelectrical Impedance Analysis and Computed Tomography on Body Composition Changes Including Visceral Fat After Bariatric Surgery in Asian Patients with Obesity. *Obes Surg*. 2021 Oct;31(10):4243–50.

233. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev.* 2017 Dec;30(2):272–83.
234. Fuentes Artiles R, Staub K, Aldakak L, Eppenberger P, Rühli F, Bender N. Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta- analysis. *Obes Rev.* 2019 Nov;20(11):1619–27.
235. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Danielsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *J Obes.* 2014;2014:1–18.
236. Campos MB, Menezes IHCF, Peixoto MDRG, Schincaglia RM. Intuitive eating in general aspects of eating behaviors in individuals with obesity: Randomized clinical trial. *Clin Nutr ESPEN.* 2022 Aug;50:24–32.
237. Akkayaoglu H, Çelik S. Eating attitudes, perceptions of body image and patient quality of life before and after bariatric surgery. *Appl Nurs Res.* 2020 June;53:151270.
238. Bryant EJ, Malik MS, Whitford-Bartle T, Waters GM. The effects of bariatric surgery on psychological aspects of eating behaviour and food intake in humans. *Appetite.* 2020 July 1;150:104575.
239. Martinez Motta PM, Campa A, Karas L, Castellanos A. Perceived Stress Levels and Intuitive Eating Scores as a Function of Dispositional Mindfulness and Psychological Flexibility in Bariatric Surgery Patients. *Curr Dev Nutr.* 2024 July;8:103263.
240. Tylka TL, Calogero RM, Danielsdóttir S. Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite.* 2015 Dec;95:166–75.
241. Burnette CB, Mazzeo SE. An uncontrolled pilot feasibility trial of an intuitive eating intervention for college women with disordered eating delivered through group and guided SELF- HELP modalities. *Int J Eat Disord.* 2020 Sept;53(9):1405–17.
242. Richards PS, Crowton S, Berrett ME, Smith MH, Passmore K. Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. *Eat Disord.* 2017 Mar 15;25(2):99–113.
243. Katcher J, Suminski R, Pacanowski C. An Intuitive Eating Intervention Improves Dietary Restraint, Body Appreciation, and Intuitive Eating in Female Undergraduates: A Pilot Study. *Curr Dev Nutr.* 2021 June;5:977.
244. Wnuk SM, Du CT, Van Exan J, Wallwork A, Warwick K, Tremblay L, et al. Mindfulness-Based Eating and Awareness Training for Post-Bariatric Surgery Patients: a Feasibility Pilot Study. *Mindfulness.* 2018 June;9(3):949–60.
245. Cobbaert L, Hay P, Mitchell PB, Roza SJ, Perkes I. Sensory processing across eating disorders: A systematic review and meta- analysis of self- report inventories. *Int J Eat Disord.* 2024 July;57(7):1465–88.
246. Poovey K, Ahlich E, Attaway S, Rancourt D. General versus hunger/satiety-specific interoceptive sensibility in predicting disordered eating. *Appetite.* 2022 Apr;171:105930.

247. Abell TL, Minocha A. Gastrointestinal Complications of Bariatric Surgery: Diagnosis and Therapy. *Am J Med Sci*. 2006 Apr;331(4):214–8.
248. Farooqi S, Montrieff T, Koyfman A, Long B. High risk and low incidence diseases: Bariatric surgery complications. *Am J Emerg Med*. 2025 Jan;87:113–22.
249. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *J Am Diet Assoc*. 2005 June;105(6):929–36.
250. Legenbauer T, Müller A, De Zwaan M, Herpertz S. Body Image and Body Avoidance Nine Years After Bariatric Surgery and Conventional Weight Loss Treatment. *Front Psychiatry*. 2020 Jan 14;10:945.
251. Ivezaj V, Grilo CM. The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2018 Aug;19(8):1116–40.
252. Caetano N, Costa AJRB, Pinto SL. Anxiety and Negative Body Image are Associated with Binge Eating in Patients Who Underwent Bariatric Surgery a Minimum of 2 Years. *Obes Surg*. 2023 Dec;33(12):4058–64.
253. Beintner I, Emmerich OLM, Vollert B, Taylor CB, Jacobi C. Promoting positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention: Results from a pilot feasibility study. *Eat Behav*. 2019 Aug;34:101307.
254. Marchesini SD. Intervention based on mindfulness and body image in patients undergoing bariatric surgery. *Rev Científica Multidiscip Núcleo Conhecimento*. 2022 Feb 25;17–39.
255. Olson KL, Thaxton TT, Emery CF. Targeting body dissatisfaction among women with overweight or obesity: A proof- of- concept pilot study. *Int J Eat Disord*. 2018 Aug;51(8):973–7.
256. Ackard DM, Croll JK, Kearney-Cooke A. Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *J Psychosom Res*. 2002 Mar;52(3):129–36.
257. Conceição EM, Goldschmidt A. Disordered eating after bariatric surgery: clinical aspects, impact on outcomes, and intervention strategies. *Curr Opin Psychiatry*. 2019 Nov;32(6):504–9.
258. Ivezaj V, Carr MM, Brode C, Devlin M, Heinberg LJ, Kalarchian MA, et al. Disordered eating following bariatric surgery: a review of measurement and conceptual considerations. *Surg Obes Relat Dis*. 2021 Aug;17(8):1510–20.
259. Kudlek L, Eustachio Colombo P, Ahern A, Tait S, Reid N, Wickramarachchi M, et al. The impact of behavioral weight management interventions on eating behavior traits in adults with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2024 Nov 21;e13871.
260. Motta PM, George V, Campa A, Castellanos A. A Six-Session Mindfulness-Based Training to Support Weight Management After Bariatric Surgery in Clients of Hispanic Origin. *Curr Dev Nutr*. 2021 June;5:1231.
261. Abbott S, Smith E, Tighe B, Lycett D. Group versus one- to- one multi- component lifestyle interventions for weight management: a systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials. *J Hum Nutr Diet*. 2021 June;34(3):485–93.

262. Street S, Avenell A. Are individual or group interventions more effective for long- term weight loss in adults with obesity? A systematic review. *Clin Obes.* 2022 Oct;12(5):e12539.
263. Shinan-Altman S, Sandbank GK, Natarevich-Katzav H, Soskolne V. Self-management After Bariatric Surgery: a Comparison Between Support Group Participants and Patients Receiving Individual Dietary Follow-Up. *Obes Surg.* 2023 Mar;33(3):826–35.
264. Andreu A, Jimenez A, Vidal J, Ibarzabal A, De Hollanda A, Flores L, et al. Bariatric Support Groups Predicts Long-term Weight Loss. *Obes Surg.* 2020 June;30(6):2118–23.
265. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obes Rev.* 2011 Feb;12(2):142–8.
266. Tolvanen L, Christenson A, Surkan PJ, Lagerros YT. Patients’ Experiences of Weight Regain After Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2022 May 1;32(5):1498–507.
267. Tolvanen L, Svensson Å, Hemmingsson E, Christenson A, Lagerros YT. Perceived and Preferred Social Support in Patients Experiencing Weight Regain After Bariatric Surgery—a Qualitative Study. *Obes Surg.* 2021 Mar;31(3):1256–64.
268. Wang CD, Rajaratnam T, Stall B, Hawa R, Sockalingam S. Exploring the Effects of Telemedicine on Bariatric Surgery Follow-up: a Matched Case Control Study. *Obes Surg.* 2019 Aug;29(8):2704–6.
269. Wright C, Mutsekwa RN, Hamilton K, Campbell KL, Kelly J. Are eHealth interventions for adults who are scheduled for or have undergone bariatric surgery as effective as usual care? A systematic review. *Surg Obes Relat Dis.* 2021 Dec;17(12):2065–80.
270. Voils CI, Adler R, Strawbridge E, Grubber J, Allen KD, Olsen MK, et al. Early-phase study of a telephone-based intervention to reduce weight regain among bariatric surgery patients. *Health Psychol.* 2020 May;39(5):391–402.

8 EKLER

EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu



EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu (devam)



EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu (devam)



EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu (devam)



EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu (devam)



EK 2. Etik Kurul Onayı



EK 2. Etik Kurul Onayı (devam)



EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları

SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ-2'NİN BARIATRİK CERRAHİ POPÜLASYONUNA UYARLANMASI İÇİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

BÖLÜM 1

1. E-mail adresi
2. Hangi tür bariatrik cerrahi operasyonu geçirdiniz?
3. Ne zaman bariatrik cerrahi operasyonu geçirdiniz?

BÖLÜM 2 – Yeme Tutumu Testi Kısa Form (YTT-26)

A. BÖLÜMÜ: Aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

1. Doğum tarihiniz
2. Cinsiyetiniz
☐ Erkek
☐ Kadın
3. Boyunuz (santimetre (cm) olarak belirtiniz)
4. Şuanki kilonuz (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
5. En yüksek kilonuz (hamilelik hariç)- (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
6. Yetişkinlikteki en düşük kilonuz (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
7. İdeal kilonuz (kendiniz için düşündüğünüz bir ideal kilo var ise yazınız)

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

B. BÖLÜMÜ

1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

9. Yemek yedikten sonra kusarım

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri düşünürüm.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

14. Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

15. Yemeklerimi yemek, başkalarinkinden daha uzun sürer.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

16. Şekerli yiyecekler yemekten kaçınırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

17. Diyet (perhiz) yemekleri seçerim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

18. Yaşamımı yiyeceklerin kontrol ettiğini düşünürüm.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

23. Diyet yaparım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

C. BÖLÜMÜ – Davranışsal sorular

1. “Durduramayacağınızı hissettiğiniz tıkinırcasına yeme ataklarınız oldu mu?*

*Tıkinırcasına yeme atakları: aynı şartlarda pek çok kişinin yiyebildiğinden çok daha fazla yemek ve yeme kontrolünü kaybettiğiniz hissi olarak tanımlanmaktadır.”

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ayda bir ya da daha az
- ☐ Ayda 2-3 kez
- ☐ Haftada bir kez
- ☐ Haftada 2-6 kez
- ☐ Günde bir ya da daha çok kez

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

2. Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Ayda bir ya da daha az
 - ☐ Ayda 2-3 kez
 - ☐ Haftada bir kez
 - ☐ Haftada 2-6 kez
 - ☐ Günde bir ya da daha çok kez
3. Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif (bağırsak söktürücü), diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Ayda bir ya da daha az
 - ☐ Ayda 2-3 kez
 - ☐ Haftada bir kez
 - ☐ Haftada 2-6 kez
 - ☐ Günde bir ya da daha çok kez
4. Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Ayda bir ya da daha az
 - ☐ Ayda 2-3 kez
 - ☐ Haftada bir kez
 - ☐ Haftada 2-6 kez
 - ☐ Günde bir ya da daha çok kez
5. Geçtiğimiz 6 ayda 9 kilodan fazla verdiniz mi?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

BÖLÜM 3 – SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ - 2 (IES-2)

Her madde için, sizin tutum veya davranışınıza en uygun olan cevabı işaretleyin.

1. Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
2. Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
3. Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
4. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

5. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
6. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
7. Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
8. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

9. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

10. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

11. Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

12. Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzümlük) baş edebilirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

13. Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

14. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

15. Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

16. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

17. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

18. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

19. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemlerini sağlayacak yiyecekler yerim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

20. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

21. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

22. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

23. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

BÖLÜM 4 – REVİZE EDİLMİŞ ÜÇ FAKTÖRLÜ YEME ANKETİ (TFEQ-R18)

Her madde için, sizin tutum veya davranışınıza en uygun olan cevabı işaretleyin.

1. Yeni yemek yemiş olsam bile, pişen güzel bir et kokusu aldığımda kendimi yememek için zor tutuyorum.
 - ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
2. Kilomu kontrol altında tutmak için küçük porsiyon yemeye çalışırım.
 - ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
3. Huzursuz ve endişeli olduğumda, kendimi yemek yerken buluyorum.
 - ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
4. Bazen yemeğe başladığımda, duramayacakmışım gibi geliyor.
 - ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

5. Yemek yiyen bir kişi ile birlikte olmak, çoğunlukla yemek yiyecek kadar kendimi aç hissetmeme neden oluyor. (?)
- ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
6. Üzgün olduğum zamanlarda, sıklıkla çok fazla yemek yerim.
- ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
7. Lezzetli olan bir yiyecek gördüğümde, o kadar çok acıkırım ki o an yemem gerekir.
- ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
8. O kadar çok acıkıyorum ki doymak bilmiyorum.
- ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış
9. Her zaman o kadar açım ki, tabağımdaki yemeği bitirmeden önce yemek yemeyi durdurmam benim için çok zor.
- ☐ Kesinlikle doğru
 - ☐ Çoğunlukla doğru
 - ☐ Çoğunlukla yanlış
 - ☐ Kesinlikle yanlış

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

10. Yalnızlık hissettiğimde, kendimi yemek yerken buluyorum.

- ☐ Kesinlikle doğru
- ☐ Çoğunlukla doğru
- ☐ Çoğunlukla yanlış
- ☐ Kesinlikle yanlış

11. Öğünlerde kilo almamak için kendimi bilinçli bir şekilde durduruyorum.

- ☐ Kesinlikle doğru
- ☐ Çoğunlukla doğru
- ☐ Çoğunlukla yanlış
- ☐ Kesinlikle yanlış

12. Bazı yiyecekler kilo almama neden olduğu için onları yemem.

- ☐ Kesinlikle doğru
- ☐ Çoğunlukla doğru
- ☐ Çoğunlukla yanlış
- ☐ Kesinlikle yanlış

13. Her zaman yemek yiyecek kadar açım.

- ☐ Kesinlikle doğru
- ☐ Çoğunlukla doğru
- ☐ Çoğunlukla yanlış
- ☐ Kesinlikle yanlış

14. Ne sıklıkla kendinizi aç hissediyorsunuz?

- ☐ Sadece yemek öğünlerinde
- ☐ Bazen öğün arasında
- ☐ Sıklıkla öğünler arasında
- ☐ Neredeyse her zaman

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

15. Yemeyi sevdiğiniz yiyecekleri satın almaktan kendinizi ne kadar sıklıkla durdurabiliyorsunuz?

- ☐ Neredeyse hiç durduramıyorum
- ☐ Nadiren durduruyorum
- ☐ Çoğunlukla durduruyorum
- ☐ Hemen hemen her zaman durduruyorum

16. İsteddiğinizden daha az yemek yemeyi ne kadar ölçüde başarabiliyorsunuz?

- ☐ Hiç başaramıyorum
- ☐ Bazen başarıyorum
- ☐ Arada sırada başarıyorum
- ☐ Çoğunlukla başarıyorum

17. Aç olmadığınız halde, aşırı miktarda yemeye devam eder misiniz?

- ☐ Asla
- ☐ Ender olarak
- ☐ Bazen
- ☐ En az haftada 1 kere

18. 1'den 8'e kadar olan bir derecelendirme yapıldığında, 1 sayısı yemek yemenizde bir kısıtlama yapılmadığını (istediğiniz zaman istediğiniz yiyeceği yemek) ve 8'de tamamiyle yemeğin kısıtlandığını (kesin olarak yemek miktarınızı sınırlamak ve porsiyonunuz bittikten sonra tekrar yememek),kendinize hangi sayıyı vereceğinizi aşağıdaki kutucuklardan size en yakın gelenini işaretleyerek belirtiniz.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

BÖLÜM 5 – ARAŞTIRMANIN 2. AŞAMASINDA YAPILACAK ÜCRETSİZ GÖRÜŞMELER İÇEREN ÇALIŞMA İÇİN KATILIM BİLGİLERİ

Tez araştırmasının 2. aşamasında 6 hafta sürecek ücretsiz bireysel ve grup görüşmelerinden oluşan sezgisel yeme uygulamaları içeren bir çalışma yapılacaktır. Çalışmanın amacı sezgisel yeme uygulamalarının bariatrik cerrahi geçirmiş ve ardından tekrar ağırlık kazanmış kadın hastalarda ağırlık kaybı, beden algısı ve yeme tutumu üzerine etkilerini göstermektir.

Bu çalışmaya katılma kriterleri ve katılımı engelleyen kriterler aşağıdaki gibidir.

Katılma kriterleri

- Bariatrik cerrahi uygulanmasının (Sleeve gastrektomi, RYGB, Mini gastric bypass, ayarlanabilir gastrik band) üzerinden en az 2 yıl geçmiş olması
- 18-65 yaş arasında olmak
- Ameliyat sonrası geri kilo almış olmak

Katılımı engelleyen kriterler

- Ameliyat sırasında ve sonrasında cerrahi operasyona bağlı darlık gelişmiş olmak
- Ameliyat sırasında herhangi beslenmeyi etkileyebilecek bir cerrahi komplikasyon geçirmiş olmak
- Bariatrik cerrahi operasyonu sonrası tekrar bariatrik cerrahi geçirmiş olmak (Revizyon cerrahisi)
- Gebe olmak ya da program süresince gebelik gelişmesi

EK 3. Araştırmanın Birinci Aşaması Anket Soruları (devam)

Yukarıdaki çalışma katılma kriterlerini sağlıyorsanız ve çalışmaya katılmak istiyorsanız aşağıya iletişim bilgilerinizi bırakınız.

Telefon numarası:

Yukarıya mail adresinizi yazmadıysanız lütfen buraya mail adresinizi de yazınız.



EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları

BARIATRİK CERRAHİ SONRASI TEKRAR AĞIRLIK KAZANMIŞ KİŞİLERDE UYGULANAN SEZGİSEL YEME MÜDAHALELERİNİN, VÜCUT AĞIRLIĞINA, BEDEN ALGISINA VE YEME TUTUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

1. E-mail adresi
2. Hangi tür bariatrik cerrahi operasyonu geçirdiniz?
3. Ne zaman bariatrik cerrahi operasyonu geçirdiniz?
4. İkincil bariatrik operasyon (revizyon cerrahisi) geçirdiniz mi?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
5. Cevabınız evet ise ne zaman ve hangi operasyonu geçirdiniz?
6. Sizi bu çalışmaya yönlendiren takipte olduğunuz kliniğin/doktorun ismi nedir?
7. Şu an hangi bir diyet yapıyor musunuz ya da aktif bir şekilde kilo vermeye çalışıyor musunuz/ yakın zamanda başlamayı düşünüyor musunuz?
8. Son 1 yıl içerisinde mide botoksu yaptırdınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
 - ☐ Diğer:
9. Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir hastalığınız var mı? Var ise hastalığınız nedir?
 - ☐ Yok
 - ☐ Diğer:

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

BÖLÜM 2 – Yeme Tutumu Testi Kısa Form (YTT-26)

Aşağıdaki soruları son 1 aydaki genel beslenmenizi göz önüne alarak doldurunuz.

A. BÖLÜMÜ: Aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

1. Doğum tarihiniz
2. Cinsiyetiniz
 - ☐ Erkek
 - ☐ Kadın
3. Boyunuz (santimetre (cm) olarak belirtiniz)
4. Şuanki kilonuz (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
5. Ameliyat öncesi bulunduğunuz en yüksek kilo (hamilelik hariç) - (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
6. Ameliyat sonrası bulunduğunuz en düşük kilo (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
7. Ameliyat sonrası çıktığınız en yüksek kilo (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
8. Ameliyat öncesi yetişkinlikteki en düşük kilonuz (Bilmiyorsanız boş bırakınız)
9. İdeal kilonuz (kendiniz için düşündüğünüz bir ideal kilo var ise yazınız)

B. BÖLÜMÜ

Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz.

1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.
 - ☐ Daima
 - ☐ Çok sık
 - ☐ Sık sık
 - ☐ Bazen
 - ☐ Nadiren
 - ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

9. Yemek yedikten sonra kusarım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri düşünürüm.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

14. Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

15. Yemeklerimi yemek, başkalarinkinden daha uzun sürer.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

16. Şekerli yiyecekler yemekten kaçınırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

17. Diyet (perhiz) yemekleri seçerim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

18. Yaşamımı yiyeceklerin kontrol ettiğini düşünürüm.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

23. Diyet yaparım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.

- ☐ Daima
- ☐ Çok sık
- ☐ Sık sık
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

C. BÖLÜMÜ – Davranışsal Sorular

Geçtiğimiz 6 ayda;

1. Durduramayacağınızı hissettiğiniz tıknırcasına yeme ataklarınız oldu mu?*

* Tıknırcasına yeme atakları: aynı şartlarda pek çok kişinin yiyebildiğinden çok daha fazla yemek ve yeme kontrolünü kaybettiğiniz hissi olarak tanımlanmaktadır.”

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ayda bir ya da daha az
- ☐ Ayda 2-3 kez
- ☐ Haftada bir kez
- ☐ Haftada 2-6 kez
- ☐ Günde bir ya da daha çok kez

2. Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Ayda bir ya da daha az
- ☐ Ayda 2-3 kez
- ☐ Haftada bir kez
- ☐ Haftada 2-6 kez
- ☐ Günde bir ya da daha çok kez

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

3. Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif (bağırsak söktürücü), diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Ayda bir ya da daha az
 - ☐ Ayda 2-3 kez
 - ☐ Haftada bir kez
 - ☐ Haftada 2-6 kez
 - ☐ Günde bir ya da daha çok kez
4. Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Ayda bir ya da daha az
 - ☐ Ayda 2-3 kez
 - ☐ Haftada bir kez
 - ☐ Haftada 2-6 kez
 - ☐ Günde bir ya da daha çok kez
5. Geçtiğimiz 6 ayda 9 kilodan fazla verdiniz mi?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

BÖLÜM 3 – SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ- 2 (IES-2)

Her madde için, sizin tutum veya davranışınıza en uygun olan cevabı işaretleyin.
Beslenme konulu soruları son 1 aydaki genel beslenme düzeninize göre yanıtlayınız.

1. Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
2. Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
3. Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
4. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.
 - ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

5. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
6. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
7. Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum
8. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.
- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
 - ☐ Katılmıyorum
 - ☐ Kararsızım
 - ☐ Katılıyorum
 - ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

9. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

10. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

11. Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

12. Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzümlük) baş edebilirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

13. Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

14. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

15. Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

16. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

17. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

18. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

19. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemlerini sağlayacak yiyecekler yerim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

20. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

21. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

22. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

23. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

BÖLÜM 4 – BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ilgili ifadeler bulunmaktadır. Yapmanız gereken bir vücut özelliğiniz hakkındaki görüşünüzü ‘Hiç Beğenmiyorum’, ‘Pek Beğenmiyorum’, ‘Kararsızım’, ‘Oldukça Beğenmiyorum’, ‘Çok Beğeniyorum’ seçeneklerinden uygun olanına “X” işareti belirtmenizdir. Tüm maddeleri eksiksiz olarak ve içtenlikle cevaplamanız önemlidir.

1. Saçlarım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

2. Yüzümün rengi

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

3. İştahım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

4. Ellerim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

6. Burnum

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

7. Fiziksel Gücüm

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

8. İdrar-Dışkı Düzenim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

9. Kas Kuvvetim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

10. Belim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

11. Enerji/Aktivite

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

12. Sırtım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

13. Kulaklarım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

14. Yaşım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

15. Çenem

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

16. Vücut Yapım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

17. Profilim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

18. Boyum

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

19. Duyularımın Keskinliği

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

20. Ağrıya Dayanıklılığım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

21. Omuzlarımın Genişliği

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

22. Kollarım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

23. Göğüslerim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

24. Gözlerimin Şekli

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

25. Sindirim Sistemim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

26. Kalçalarım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

27. Hastalığa Direncim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

28. Bacaklarım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

29. Dişlerimin Şekli

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

30. Cinsel Gücüm

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

31. Ayaklarım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

32. Uyku Düzenim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

33. Sesim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

34. Sağlığım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

35. Cinsel Faaliyetlerim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

36. Dizlerim

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

37. Vücudumun Duruş Şekli

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

38. Yüzümün Şekli

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

39. Ağırlığım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum

EK 4. Araştırmanın İkinci Aşaması Anket Soruları (devam)

40. Cinsel Organım

- ☐ Çok Beğeniyorum
- ☐ Oldukça Beğeniyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Pek Beğenmiyorum
- ☐ Hiç Beğenmiyorum



9 ÖZGEÇMİŞ



