



**T.C. İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ  
EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BARIATRİK CERRAHİ GEÇİRMİŞ BİREYLER VE GEÇİRMEMİŞ OBEZ  
BİREYLERİN YEME FARKINDALIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**SULTAN YILMAZ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğretim Üyesi Çiğdem Tuba GÜNEBAK**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL,2024**

## **BEYAN**

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

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

Sultan YILMAZ

## İTHAF

Yaptığım bu araştırmayı öncelikle yüksek lisans öğrenimim boyunca bana desteğini hiç esirgemeyen maddi ve manevi yanımda olan canım aileme, en yakın arkadaşım meslektaşım Aleyna BALCIOğLU'na, çok büyük emeği olan danışman hocam Tuba GÜNEBAK hocama ve diğer hocalarıma verdikleri destek için teşekkür ediyorum. Çalışmamı İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesine ithaf ediyorum, emeği geçen herkese şükranlarımı sunuyorum.



## TEŞEKKÜR

Öncelikle danışmanlığımı üstlenen, konu seçiminden araştırmanın yürütülmesine dek beni sınırlamayıp özgür bırakan, doktora öğrencisinin yeterliğini göstermesine olanak tanıyan tez danışmanım Dr. Çiğdem Tuba GÜNEBAK'a çok teşekkür ediyorum. Tez izleme komitemde yer alarak değerli görüşleri ile araştırmanın şekillenmesini sağlayan hocalarıma teşekkür ederim. Bunun yanında tez savunmama katılarak kritik noktalarda yapıcı eleştiriler getirerek tezin son şeklini almasını sağlayan değerli hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.



## İÇİNDEKİLER

BEYAN .....	2
İTHAF .....	3
TEŞEKKÜR .....	4
İÇİNDEKİLER.....	5
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	6
TABLolar LİSTESİ.....	7
ÖZET .....	8
ABSTRACT .....	10
GİRİŞ VE AMAÇ.....	11
1.1.Problemin Tanımı.....	11
1.2.Hipotez ve Araştırma Soruları .....	11
1.3.Bariatrik Cerrahi Nedir? .....	11
1.4.Obezite Nedir?.....	12
Tablo 1. Vücut Kitle İndeksi Sınıfları.....	12
1.5. Yeme Farkındalığı Nedir?.....	13
GENEL BİLGİLER .....	14
2.1.Bariatrik Cerrahi Kimlere Uygulanır? .....	14
2.2.Bariatrik Cerrahi Çeşitleri Nelerdir? .....	15
2.3.Bariatrik Cerrahide İdeal Yöntem Nedir?.....	15
2.4.Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Kaybı ve Beslenme .....	16
2.5. Bariatrik Cerrahi Adayı Hastaların Fizyolojik Değerlendirmesi .....	17
2.6.Bariatrik Cerrahi Adayı Hastaların Psikolojik Değerlendirmesi.....	17
2.7.Bariatrik Cerrahi Hastalarında Beslenme .....	18
2.8.Bariatrik Cerrahi Sonrası Beslenme Önerilerinde Amaçlar.....	18
2.9.Bariatrik Cerrahi Sonrası Beslenme Aşamaları .....	19
2.10.Bariatrik Cerrahi Sonrası Yaşanabilecek Problemler.....	26
2.11.Obezite Tarihine Genel Bir Bakış .....	27
2.12.Obezitenin Nedenleri Nelerdir?.....	28
2.13.VKİ (Vücut Kitle İndeksi) Nedir? .....	28
2.14. Obezitenin Riskleri Nelerdir?.....	28
2.15. Obezitenin Neden Olduğu Hastalıklar .....	29

2.16. Obezite Tedavisinde Kullanılan Yöntemler.....	29
GEREÇ VE YÖNTEM .....	32
4.1.Araştırmanın Evreni .....	32
4.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	32
4.3.Verilerin Toplanması.....	32
4.4.Anket Formu .....	32
İSTATİSTİKSEL ANALİZ .....	33
BULGULAR .....	34
TARTIŞMA.....	40
SONUÇ .....	49
KAYNAKÇA .....	51
EKLER.....	55

## SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

**VKİ: Vücut Kitle İndeksi**

**BMI: Body Mass Index**

**YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği - 30**

**BG: Bariatrik Grup**

**OG: Obez Grup**

**DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü**

**OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development**

**GYS: Gece Yeme Sendromu**

**FKK: Kaybedilen Ağırlık Yüzdesi**

**HHT: Herediter Hemorajik Telanjiektazi**



## **TABLolar LİSTESİ**

Tablo 1. Vücut Kitle İndeksi Sınıfları .....	12
Tablo 2. Demografik özellikler bakımından grup karşılaştırmaları .....	34
Tablo 3. Sağlık durumu bakımından grup karşılaştırmaları .....	35
Tablo 4. Beslenme bilgisi bakımından grup karşılaştırmaları .....	35

Tablo 5. Alışkanlıklar bakımından grup karşılaştırmaları .....	36
Tablo 6. Ana ve ara öğün bakımından grup karşılaştırmaları .....	36
Tablo 7. Beslenme bilinci bakımından grup karşılaştırmaları .....	37
Tablo 8. Ölçek skorları bakımından grup karşılaştırmaları .....	39



## ÖZET

Bu araştırmada 200 kişiye yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) ve sosyodemografik anket uygulanmış olup bu 200 kişinin 100'ünü obez bireyler, 100'ünü bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler olmak üzere iki grup oluşturmuştur. Elde edilen veriler SPSS ve Excell kapsamında değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. Yapılan bu araştırmada

"Bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler ve geçirmemiş obez bireylerin yeme farkındalıklarının karşılaştırılması" konusu incelenmiş olup konu hakkında detaylı bir literatür taraması yapılmıştır. Bariatrik cerrahi kavramı, obezite kavramı ve bu iki terimin birbiri ile ilişkisi ele alınmıştır. Sonrasında ortaya çıkan veriler ve literatür taraması birleştirilerek tez çalışması oluşturulmuştur. Obezite, vücut kitle indeksinin (VKİ) 30 kg/m<sup>2</sup> veya üzerinde olması durumudur. Obezite, kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi gibi pek çok sağlık sorununa yol açabilir. Vücutta aşırı yağ birikmesi sonucu oluşmaktadır. Vücut kitle indeksi (VKİ) adı verilen bir ölçü ile belirlenmektedir. VKİ, boy ve kilo oranına göre hesaplanmaktadır. VKİ'si 25'in üzerinde olanlar fazla kilolu, 30'un üzerinde olanlar ise obez olarak kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahi, obezite tedavisinde kullanılan ve günümüzde oldukça popüler olan bir cerrahi yöntemidir. Bariatrik cerrahi ameliyatı olabilmesi için obez bireylerin vücut kitle indeksinin 40 üzeri olması gerekmektedir. Bariatrik cerrahi, midenin veya bağırsağın boyutunu veya işlevini değiştirerek kilo kaybına yardımcı olmaktadır. Yapılan bu çalışma hem konunun öneminin ortaya koyulması hem de yapılacak diğer çalışmalara ışık tutması açısından büyük bir önem taşımaktadır.

Uygulanan yeme farkındalığı ölçeğinin skorları değerlendirilmiş olup, istatistiksel verileri karşılaştırılmıştır.

Düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, bilinçli beslenme ve enterferans boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması obez grup ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Ama farkındalık boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması ( $2,87 \pm 0,32$ ) ile obez grup ortalaması ( $2,73 \pm 0,66$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p = 0,071$ ).

Anahtar kelimeler: obezite, bariatrik cerrahi, vücut kitle indeksi, yeme farkındalığı

## ABSTRACT

In this research, the eating awareness scale (YFA-30) and sociodemographic survey were applied to 200 people, and two groups were formed: 100 of these 200 people were obese individuals and 100 were individuals who had bariatric surgery. The data obtained was evaluated and interpreted within the scope of SPSS and Excel. In this research, the subject "Comparison of eating awareness of individuals who have undergone bariatric surgery and obese individuals who have not" was examined and a detailed literature review was conducted on the subject. The concept of bariatric surgery, the concept of obesity and the relationship between these two terms are discussed. Afterwards, the thesis study was created by combining the resulting data and literature review. Obesity is a body mass index (BMI) of 30 kg/m<sup>2</sup> or above. Obesity can lead to many health problems such as heart disease, diabetes, hypertension and sleep apnea. It occurs as a result of excessive fat accumulation in the body. It is determined by a measure called body mass index (BMI). BMI is calculated based on height and weight ratio. Those with a BMI over 25 are considered overweight, and those with a BMI over 30 are considered obese. Bariatric surgery is a surgical method used in the treatment of obesity and is very popular today. In order to undergo bariatric surgery, the body mass index (BMI) of obese individuals must be < 40. Bariatric surgery helps with weight loss by changing the size or function of the stomach or intestine. This study is of great importance in terms of both revealing the importance of the subject and shedding light on other studies to be carried out.

The scores of the applied eating awareness scale were evaluated and the statistical data were compared.

The bariatric group average was found to be statistically significantly higher than the obese group average in terms of impulsive eating, emotional eating, eating control, eating discipline, conscious nutrition and interference dimension ( $p < 0.001$ ). However, in terms of awareness dimension, no statistically significant difference was found between the bariatric group average ( $2.87 \pm 0.32$ ) and the obese group average ( $2.73 \pm 0.66$ ) ( $p = 0.071$ ).

Key words: obesity, bariatric surgery, body mass index, eating awareness

## GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1.Problemin Tanımı

Bu çalışmada, “Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireyler ve Geçirmemiş Obez Bireylerin Yeme Farkındalıklarının Karşılaştırılması” konusu üzerinde durulmuştur. Konu hakkında literatür taraması yapılmıştır. 200 kişi üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Anket uygulaması yöntemi ile 100’ü obez 100’ü bariatrik cerrahi hastası olmak üzere toplam 200 bireyden elde edilen veriler SPSS kapsamında değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır

### 1.2.Hipotez ve Araştırma Soruları

Konu araştırılmaya başlanmadan önce konu hakkında bir hipotez oluşturulmuş ve oluşturulan hipotez çerçevesinde araştırma soruları hazırlanmıştır. “Bariatrik cerrahi geçirmiş ve geçirmemiş bireyler arasında yeme farkındalığı açısından fark vardır.” hipotezi belirlenmiştir. Araştırma soruları olarak bariatrik cerrahi hastalarının cinsiyet dağılımları nedir? Obez bireylerde cinsiyet dağılımı nedir? Obez bireylerde beslenmeye bağlı tanısı konulmuş sağlık durumları nelerdir? gibi araştırma soruları belirlenmiştir.

### 1.3.Bariatrik Cerrahi Nedir?

Bariatrik kelimesi İngilizce dilinde “bariatric” olarak bilinmektedir. Bu kelime kök ve eklerine bar-iatr-ic şeklinde ayrılmaktadır. Kelimenin kökü olan “bar” Yunanca kilo anlamına gelmektedir. Yapım eklerinden olan “iatr” tedavi, “ic” ise bir şeye dair anlamına gelmektedir. Bu yüzden bariatrik cerrahi, kilo tedavisine dair cerrahi anlamına gelmektedir (1).

Bariatrik cerrahi, obezite tedavisinde kullanılan bir cerrahi yöntemdir. Obezite, vücut kitle indeksinin (VKİ) 30 kg/m<sup>2</sup> veya üzerinde olması durumudur. Obezite, kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi gibi pek çok sağlık sorununa yol açabilir. Bariatrik

cerrahi, midenin veya bağırsağın boyutunu veya işlevini değiştirerek kilo kaybına yardımcı olur (2).

Özellikle; hastanın, obeziteye bağlı olarak gelişen Tip 2 diyabet veya uyku apnesi gibi önemli sağlık sorunları mevcut ise, bariatrik cerrahi etkin ve kalıcı bir tedavi seçeneğidir (1).

Obez hastalarının, bariatrik cerrahi müdahalelerin ardından; sağlıklı beslenmeyi yaşamlarının merkezlerine alarak, yaşam biçimlerinde ısrarlı iyileştirmeler gerçekleştirmeleri halinde, obeziteye bağlı pek çok risk faktörünün azaldığı bilinmektedir.

#### 1.4.Obezite Nedir?

Obezite, sağlığı tehdit eden bir durumdur. Vücutta aşırı yağ birikmesi sonucu oluşur. Obezite durumunun değerlendirilmesinde en bilinen olarak kullanılan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerdiği ölçüm yöntemi VKİ ve bel çevresinin ölçümüdür. VKİ, vücut ağırlığının (kg), boyun karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesiyle hesaplanır. Uzmanlar, “VKİ değerlerini, “zayıf, normal kilolu, fazla kilolu, obez ve morbid obez ” şeklinde sınıflandırmışlardır. VKİ'si 25'in üzerinde olanlar fazla kilolu, 30'un üzerinde olanlar ise obez olarak kabul edilir (1).

**Tablo 1. Vücut Kitle İndeksi Sınıfları**

Sınıflandırma	Vücut Kitle İndeksi
Zayıf	<18.5
Normal	18.5-24.99
Fazla Kilolu	≥25
Obez	≥30
1. Derece Obez	30-34.99
2. Derece Obez	35-39.99
3. Derece Obez	≥40

Son yıllarda dünyada ve Türkiye’de obezitenin görülme oranları zaman geçtikçe giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 2014 yılı itibariyle 600 milyonun üzerinde obez ve 1.9 milyardan fazla kilolu birey bulunduğunu bildirmiştir. 2017 yılında yayınlanan Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü -Organisation for Economic Co-operation and Development- (OECD) raporuna göre, OECD ülkelerinde toplam nüfusa oranla ortalama yetişkin obezite oranı %19,5 olarak belirtilmiştir. Türkiye’de ise obezite oranı %22,3 ile OECD ortalamasının üzerindedir (3).

Bireylerin günlük vücuda aldıkları kaloringin harcadıkları kaloriden fazla olması durumunda, yakılamayan kalorilerin vücutta yağ olarak depolanarak obezitenin zeminini oluşturur. DSÖ tarafından da obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır. Anlaşılacağı üzere obezite; besinlerle alınan kaloringin, harcanan kaloriden fazla olması ve fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması (%20 veya daha fazla) sonucu ortaya çıkan, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir (4-5).

### **1.5. Yeme Farkındalığı Nedir?**

Bilimsel olarak yeme farkındalığı, yemekle ilgili fiziksel ve duygusal duyuların yargısız bir farkındalığı olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle, yeme farkındalığı, yemek yerken nasıl hissettiğinin farkında olmakla ilgilidir. Yeme farkındalığı, herhangi bir beslenme şekline uyum sağlayabilen bir yaklaşımdır. Araştırmalar, yeme farkındalığının psikolojik iyilik halini, yemekten alınan zevki ve vücut memnuniyetini artırdığını göstermiştir.

Obezite salgını ve toplumumuzda sağlıksız ve düzensiz yemenin yaygınlaşması sebebiyle günümüzde psikolojide yemek ve yemekle bağlantılı yemek seçimleri, porsiyon boyutları, yeme hızı, sosyal adetler ve baskılar, atıştırma yiyecekler, yemekle ilgili bilinçsiz ve üstünde durulmayan düşünce ve duygular gibi bütün davranışlarda yeme farkındalığı uygulaması oldukça faydalı olmaktadır (6).

## GENEL BİLGİLER

### 2.1.Bariatrik Cerrahi Kimlere Uygulanır?

Masa başı işlerin, spora karşı ilginin azalması ve sağlıksız, yanlış beslenme sonucunda obezite hastalığı, günümüzde tüm dünyayı sararak başlıca sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Obezite, sadece yaşam tarzına bağlı değil, psikolojik, hormonal ve genetik faktörlerden kaynaklı da meydana gelebilir. Bu sebeple her geçen gün obezite görülme oranı artış gösterir. Obezite hastalığı beraberinde de birçok hastalığı getirmektedir. Diyabet hastalığı, kalp damar hastalıkları, psikolojik hastalıklar, cinsel sorunlar ve uyku apnesi gibi sağlık sorunları oluşmasına neden olabilir. Ciddi sağlık sorunlarına yol açmaması için fazla kiloya zamanında müdahale edilmesi gerekir. Bariatrik cerrahi de yapılabilecek müdahaleler arasında en etkililerinden biri olur (9).

Obezite cerrahisi, kolaycı bir yaklaşım olarak ele alınmamalıdır. Hastanın hikayesinde mutlaka daha önce kilo vermek için bir çabası olmuş mu sorgulanır. Daha önce diyet, egzersiz gibi yöntemler ile kilo vermiş ancak devam ettirememiş, ya da kilo kaybetmiş ancak tekrar almış olması hastadaki çabayı görmek açısından önemlidir (8). Bu hikaye varlığında kimler ameliyat edilebilir;

- VKİ 40 kg/m<sup>2</sup> den büyük olanlar,
- VKİ 35-40 kg/m<sup>2</sup> aralığında olup, obezite ile ilişkili en az bir hastalığı olanlar (Bu hastalıklar obezitenin neden olduğu hastalıklar başlığı altında ayrıntılı olarak verilmiştir),
- VKİ 30-35 kg/m<sup>2</sup> aralığında ciddi diyabetikler (İnsülin tedavisine rağmen 3 aylık kan şekerini 7.5 altına indiremeyenler),
- VKİ 27.5 kg/m<sup>2</sup> üzerinde ve ciddi metabolik sendromu olanlar.

Günümüzde tüm Dünya'da obezite cerrahisi olarak en çok tercih edilen ve tüm ameliyatların neredeyse %99'unu oluşturan Sleeve Gastrektomi (Tüp mide) ameliyatıdır (13).

Bariatrik cerrahi, aşırı kilolu veya obez olan ve diyet, egzersiz veya ilaç tedavisiyle yeterli kilo veremeyen kişilere uygulanabilen bir tedavi seçeneğidir. Bariatrik cerrahi, mide veya bağırsakların boyutunu veya işlevini değiştirerek yemek yeme ve sindirim sürecini etkiler.

## **2.2.Bariatrik Cerrahi Çeşitleri Nelerdir?**

Bariatrik cerrahi teknikleri, gıda alımını kısıtlama, besin emilimini azaltma (malabsorpsiyon) veya her ikisini birden yapma şeklinde sınıflandırılabilir (11-19).

Bariatrik cerrahi teknikleri arasında en yaygın olanları şunlardır:

Gastrik bypass: Midenin küçük bir bölümünü bağırsaklara bağlayarak hem gıda alımını kısıtlar hem de besin emilimini azaltır.

Tüp mide (sleeve gastrektomi): Midenin büyük bir bölümünü çıkararak gıda alımını kısıtlar.

Gastrik band: Midenin üst kısmına ayarlanabilir bir bant yerleştirilerek gıda alımını kısıtlar.

Duodenal switch: Midenin büyük bir bölümünü çıkararak ve bağırsakların bir kısmını devre dışı bırakarak hem gıda alımını kısıtlar hem de besin emilimini azaltır.

## **2.3.Bariatrik Cerrahide İdeal Yöntem Nedir?**

Bariatrik cerrahinin günümüzde birçok yolu uygulansa da 3 temel uygulama biçimi vardır. Bunlar;

- biliopankreatik diversiyon (BPD),
- gastrik bypass (roux-en-Y) ve
- tüp mide operasyonu (sleeve gastrectomy)

olarak sıralanabilir.

Bariatric cerrahide ideal yöntem, kişinin sağlık durumu, kilo kaybı hedefi, yaşam tarzı ve tercihleri gibi birçok faktöre bağlıdır. Bariatric cerrahi teknikleri arasında en yaygın olanları gastrik bypass, tüp mide, gastrik band ve duodenal switch'tir. Her ameliyatın kendine özgü avantajları ve potansiyel riskleri vardır. Örneğin, gastrik bypass, en etkili kilo kaybı sağlayan ve tip 2 diyabet gibi hastalıkları iyileştirmede en başarılı olan ameliyatlardan biridir. Ancak, gastrik bypass, beslenme yetersizlikleri, ülser, bağırsak tıkanması gibi komplikasyonlara neden olabilir (24).

#### **2.4. Bariatric Cerrahi Sonrası Kilo Kaybı ve Beslenme**

Bariatric cerrahi sonrası, midenin iyileşmesi için ilk birkaç hafta sıvı, püre ve yumuşak gıdalardan oluşan özel bir diyet uygulamanız gerekir. Daha sonra, kalıcı olarak sağlıklı bir beslenme planına geçilmesi önerilir. Sağlıklı bir beslenme planı, şunları içerir:

- Yüksek proteinli gıdaların tercih edilmesi (örneğin; et, yumurta, peynir, yoğurt, baklagiller)
- Yağlı, şekerli ve işlenmiş gıdalardan kaçınılması
- Yeterli miktarda su içilmesi (günde en az 1,5-2 litre)
- Lifli ve çiğ sebze ve meyvelerin yavaş yavaş eklenmesi
- Küçük porsiyonlar halinde ve yavaş yavaş yemek
- Bariatric cerrahi sonrası, besin emilimi azalacağı için, bazı vitamin ve mineral takviyelerine ihtiyaç olabilir (31).

Bariatric cerrahinin kilo verme hızına ve daha sağlıklı olmanıza yardımcı olmasının iki önemli yolu vardır (27).

**1. Kısıtlama:** Küçülen yeni mide, bir oturuşta ne kadar yiyecek yenilebileceğini sınırlar. Ancak kısıtlama zamanla azalacaktır, bu nedenle sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına uyum gösterilmesi gerekmektedir.

**2. Metabolik Değişiklikler:** Mide hormonları ve vücudunuzdaki diğer bazı sinyaller ameliyattan sonra değişir. Bu durum hastaların daha az açlık hissetmelerini sağlayabilir ve diyabet gibi sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olabilir. Ancak vücut zamanla

bağırsak hormonlarındaki bu değişikliğe adapte olabilir ve azalan iştahla zamanla artış görülebilir.

## **2.5. Bariatrik Cerrahi Aday Hastaların Fizyolojik Değerlendirmesi**

Bariatrik cerrahi sonrası kilo kaybınızı sürdürmek için, kalori alımınızı azaltmanız ve düzenli egzersiz yapmanız gerektiğini unutmayın. Kilo kaybınızın hızı, ameliyat türünüze, sağlık durumunuza ve yaşam tarzınıza bağlı olarak değişebilir.

Hastaların cerrahi öncesi süreçte karşılaştıkları damgalanma, utanç, başarısız kilo verme girişimleri, kötü fiziksel görünüm ve sağlık algısı gibi durumların, ameliyat sonrası dönemde beklentilerini etkilediği belirlenmiştir. Yani ameliyat sonrasında kilo kaybına bağlı olarak kazanılan özgüven ve kendilerini beğenme durumlarında olumlu gelişmeler izlenmiştir (34).

## **2.6. Bariatrik Cerrahi Aday Hastaların Psikolojik Değerlendirmesi**

Bariatrik cerrahi hastalarında 5 yıllık kilo kaybı tahminleri için ameliyat öncesi psikolojik değerlendirme büyük bir önem taşımaktadır. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların tedavisi post bariatrik cerrahi ile tamamlanmış olur ve hastalarda hem form hem de fonksiyon açısından bedene şekil verilmesi sağlanır. Bu sayede hem özgüven yeniden sağlanır hem de bedensel deformitelerin yol açtığı psikososyal problemler cerrahi tedavi ile giderilmiş olur. Obezite ve buna bağlı deformiteler nedeniyle uzun süre sosyal hayattan kopan, uzaklaşan hastaların post bariatrik cerrahi ile hayal ettikleri vücuda sahip olmaları sosyal hayata yeniden katılmalarında güçlü bir motivasyon kaynağıdır (39).

Bariatrik cerrahiye aday hastaların büyük çoğunluğunda da psikiyatrik bozukluk bu-lunduğunu gösteren pek çok çalışma günümüze kadar aktarılmıştır. Kalarchian ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bariatrik cerrahi aday hastalarının yaklaşık %66'sının en az bir yaşam boyu, %38'inin halen bir eksen I tanısı olduğu, %29'unun ise eksen II

tanısı bulunduğunu göstermiştir. Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmede en sık rastlanan tanılar sırasıyla; anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, tıknırcasına yeme bozukluğu ve kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarından en sık saptananı kaçınan kişilik bozukluğudur.

## **2.7.Bariatrik Cerrahi Hastalarında Beslenme**

Bariatrik cerrahi (Obezite Cerrahisi), obezitenin tedavisinde sürdürülebilir kilo kaybı sağlayan en etkili tedavi şeklidir. Cerrahi sonrasında görülen uzun süreli kilo kaybı ve de metabolik-hormonal değişiklikler, obezitenin beraberinde getirdiği ek hastalıklarda önemli oranlarda iyileşmeler sağlamaktadır. Ancak bariatrik cerrahiden sonra hastaların aşırı yemek yemesi sonucunda kilo alması mümkündür. Ameliyatla başarılı olunabilmesi için ameliyat öncesinde ve sonrasında sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına (beslenme, fiziksel aktivite) bağlı kalınması gerekmektedir (23).

## **2.8.Bariatrik Cerrahi Sonrası Beslenme Önerilerinde Amaçlar**

Bariatrik cerrahi sonrası beslenme önerilerinde amaçlar, ameliyattan sonra doku iyileşmesi ve kontrollü kilo kaybı sırasında yağsız vücut kütlelerinin korunmasını desteklemek için yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, sıvı tüketimini kontrol altında tutarak dehidratasyon (sıvı kaybı) riskini azaltmak, tüketilen besinlerle daha erken doyum sağlamak, ameliyattan sonra planlanan beslenme programıyla, kilo kaybını en üst düzeye çıkarırken reflü, erken tokluk, kusma, şişkinlik ve dumping sendromu gibi oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmektir (27).

Ameliyat sonrasındaki beslenmedeki başlıca amaçlar:

- Ameliyattan sonra doku iyileşmesi ve kontrollü kilo kaybı sırasında yağsız vücut kütlelerinin korunmasını desteklemek için yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak.
- Sıvı tüketimini kontrol altında tutarak dehidratasyon (sıvı kaybı) riskini azaltmak.
- Tüketilen besinlerle daha erken doyum sağlamak.

- Ameliyattan sonra planlanan beslenme programıyla, kilo kaybını en üst düzeye çıkarırken reflü, erken tokluk, kusma, şişkinlik ve dumping sendromu gibi oluşabilecek komplikasyonları en aza indirmektir.

## **2.9.Bariatrik Cerrahi Sonrası Beslenme Aşamaları**

Ameliyat sonrası hastadan hastaya farklılık göstermekle beraber yaklaşık 2 ay sonra normal standartlarda beslenmeye başlanır. Bu geçiş aşamalarla sağlanmaktadır. Ameliyat sonrası aşamaların geçiş süresinde olduğu gibi tüketilen besinlerde de farklılık gözlemlenebilir. Doktor ve diyetisyen kontrolünde aşamalar arasında geçiş sağlanmalıdır (31).

1. Aşama: Berrak Sıvı Diyet (2-3 gün)
2. Aşama: Sıvı Diyet (1.-2. hafta)
3. Aşama: Püre Diyet (3.-4. Hafta)
4. Aşama: Yumuşak- Katı Diyet (5.-8. Hafta)
5. Aşama: Standart Diyet (9.hafta ve sonrası)

### **1. Aşama: Berrak Sıvı Diyet**

Postoperatif beslenmenin ilk aşaması berrak sıvı diyetidir. Vücuda sıvı, elektrolit ve sınırlı miktarda enerji sağlar. Ayrıca ameliyat sonrası bağırsak aktivitesini başlatmaktadır. Berrak sıvı diyetin 1 ve 2 gün (hastanede yatarken) kullanılması önerilmektedir. Mide hacmi kademeli olarak arttırılarak yarısı su olmak şartıyla yaklaşık 2 litre (8-10 su bardağı) sıvı tüketimine ulaşılmalıdır. Yudum yudum tüketime başlayarak porsiyon başına yarım fincandan fazla olmamak şartıyla tolere edildikçe arttırılmalıdır. Sıvılar çok sıcak veya soğuk olmamalı vücut ısısına uygun olmalıdır. Bu aşamada pipet kullanmaktan kaçının hava yutmak mideyi rahatsız edebilir. Önerilen berrak sıvılar: su, açık çay, komposto suyu, taze sıkılmış ve sulandırılmış meyve suyu (narenciye suları hariç), %100 sulandırılmış meyve suyu (15 dakikada 30 ml (3 yemek kaşığı) önerilen sıvılardan tüketilmelidir) (35).

### **2. Aşama: Sıvı Diyet**

Ameliyattan sonra yapılacak kontrollere bağlı olarak yaklaşık 2 hafta sıvı diyet uygulanmaktadır. Sıvı diyetin berrak diyete göre lif oranı daha yüksektir ve hastanın enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini daha fazla karşılamaktadır. Bu aşamada uygulanan beslenme tedavisinin en önemli amaçları uygun hidrasyon (sıvı desteği) ve proteini sağlamaktır (28).

Aşamanın hedefleri: Günlük 2000 ml (8-10 su bardağı) sıvı tüketimine ulaşmak öncelikli hedefdir. Az miktarda ve yudumlayarak tüketilmelidir. Gereksinimi olan sıvının yarısı sudan karşılanmalıdır. Günde 60-80 gram protein tüketimi sağlanmalıdır. Tüketilen sıvılar çok sıcak veya soğuk olmamalıdır. 3 ana ve 3 ara olmak üzere 2-3 saat aralıklarla besin tüketimi olmalıdır. Her öğün yaklaşık 120-250 ml (1 su bardağı) hacimde sıvı içermelidir. Ve her öğün için yaklaşık 1-1,5 saat zaman harcanmalıdır. Besinlerin tüketimi kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Hastanın tolerasyon durumuna göre deneme yoluyla diyete devam edilmeli ve doktor veya diyetisyen kontrolünde olmalıdır (35).

Önerilen sıvı ve yarı sıvılar:

- Su
- Açık çay, ıhlamur, adaçayı
- Yağsız ve tanesiz çorba
- Yağsız et ve tavuk suyu
- Yağsız peynir (sıvı diyet aşamasının 2. haftasında başlanmalı ve çok çiğneyerek tüketilmelidir)
- Soya/badem/pirinç sütü
- Yağsız ve laktozsuz süt
- Probiyotik süt ve yoğurt
- Şekersiz ve yağsız süttten yapılmış puding
- Yağsız ve laktozsuz yoğurt/ ayran
- Kefir
- Taze sıkılmış ve sulandırılmış (bire bir) meyve suyu, elma veya havuç (en fazla 100 ml)
- Tanesiz ve şekersiz komposto suyu
- Protein takviyeleri (doktor veya diyetisyeninizin önerdiği miktarlarda)

\*Besinlerin tüketimi kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Hastanın tolerasyon durumuna göre deneme yoluyla diyetle devam edilmeli ve doktorveya diyetisyen kontrolünde olmalıdır.

Yasaklanan besinler:

- 4.aşamaya kadar kafein tüketimi yasaktır. Mideyi tahriş edebilir.
- Koyu çay
- Narenciye grubu meyvelerin suyu
- Karbonatlı içecekler ve alkollü içecekler gaz, geğirme, şişkinlik ve mide rahatsızlığına neden olabilir. Bazı hastalar ameliyattan sonra karbonatlı içecekleri asla tolere edemezler.
- Paketlenmiş toz çorbalar
- Çikolatalı süt, milkshake gibi şeker içeriği yüksek ve aromalı içecekler
- Biber ve domates salçası

### 3. Aşama: Püre Diyet

Püre diyet yaklaşık 2 hafta sürmektedir. Bu aşamada hastanın ihtiyacı olan besin ögesi ve enerji gereksinimlerinin beslenmeyle karşılamaya başlamak amaçlanmaktadır ancak özellikle ilk günlerde yeterli tüketim sağlanamadığı için besin takviyeleri ile desteklenmelidir. Aşamaların Hedefleri, sıvı diyet aşamasındaki bütün hedefler bu aşamaya da dâhildir. Bu aşamada bütün besinler püre halinde blenderize edilerek tüketilmelidir. Tamamen pürüzsüz olana kadar karıştırılmalı ve yiyecek parçaları, çekirdekleri süzülmalıdır. Balık çok yumuşak ise (buğulama) çatalla ezilerek blenderdan geçirilmeden tüketilebilir. 3 ana ve 3 ara besin tüketimine devam edilmelidir (28).

Her öğüne 1-2 kaşık yemekle başlanmalı ve aşamalı olarak arttırılmalıdır.

Her öğün yaklaşık 120-250 ml (1 su bardağı) hacimde besin içermelidir ve her öğün için yaklaşık 1 saat zaman harcanmalıdır. Ana öğünlerde yeterli miktarda besin ögesi sağlanamıyorsa et, sebze, tahıl gibi besinler tüketilemiyorsa ara öğünler de ana öğünler gibi tüketilebilir. Ancak ana öğünlerden önerilen besinler tüketilebiliyorsa ara öğünlerde süt, meyve püre gibi atıştırılabilir besinler tüketilmelidir. Açlık hissedilmediği zaman da öğünler düzenli olarak tüketilmelidir. Doğunluk hissi oluştuğunda veya bulantı

hissedildiğinde yemek bırakılmalıdır. İlk aşamalarda 2 kaşık sonrasında bile bu durum gözlemlenebilir (26).

Yavaş yemeyi sağlamak için her lokmadan sonra kaşık masaya bırakılabilir.

Porsiyon kontrolünü sağlamak amacıyla besinler tabağa alınmalı ve ilave yapılmamalıdır. Ayrıca küçük tabak ve bardak kullanılmalıdır. Öğünlerde sıvı ve katı aynı anda tüketilmemelidir. Öğünlerden 30 dakika önce sıvı tüketimi kesilmelidir. Mide hacminin azalmasına karşın besinlerden önce sıvı tüketimi protein ve enerji gereksinimlerinin karşılanamamasına ve malnutrisyona neden olabilmektedir. Öğünlerden sonra da 30 dakika sıvı tüketilmemelidir. Mide kapasitesinin dolmasına karşın fazladan besin göndermek bulantı, kusma, ağrı gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Su tüketimi öğün aralarında 100-150 ml (1-1,5 çay bardağı) kadar olmalıdır (32).

Önerilen Besinler:

- Sıvı diyet aşamasındaki bütün besinler
- Az yağlı süzme peynir
- Az yağlı süt, yoğurt, ayran
- Kefir
- Az yağlı kırmızı et, kümes hayvanları ve balık püresi veya kıyma
- Ton balığı somon gibi konserve balıklar diyetle dahil edilebilir fakat yağ miktarı fazla ise süzülmesi ve iyi çiğnenmelidir.
- Yumurtalar, yumurta akı ve yumurta ikamesi (İlk olarak 1-2 gün yumurtanın beyazı tüketilmeli daha sonra haşlanmış yumurta kahvaltıya eklenmelidir. Hergün bir yumurta tüketimi hayat boyu uygulanmalıdır)
- İyi pişmiş, gaz ve şişkinliğe neden olmayan sebzelerin püresi (kabak, brokoli, ıspanak, taze fasulye, patlıcan, havuç gibi)
- Patates püresi
- Lifli olmayan ve yumuşak meyve püresi (elma, muz, şeftali, armut püresi gibi)
- Yulaf ezmesi
- Tam buğday ve çavdar unları

Bu aşamada beslenmeyle protein gereksinimi karşılanamıyorsa doktor veya diyetisyen kontrolünde protein takviyesine devam edilmelidir.

\* Besinlerin tüketimi kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Hastanın tolerasyon durumuna göre deneme yoluyla diyetle devam edilmeli ve doktor veya diyetisyen kontrolünde olmalıdır.

Yasaklanan besinler:

- Yağlı ve yağda pişirilmiş kırmızı et, kümes hayvanları ve balıklar
- Yağda kızartılmış, çiğ ve sert sebzeler
- Kabuklu, çekirdekli ve sert meyveler
- Makarna, pirinç, ekmek ve unlu mamuller
- Tereyağ
- Fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumluların ezmesi
- Tam yağlı süt ve süt ürünleri
- Hazır gıdalar
- Bulyon tabletler
- Biber ve domates salçası
- Gaz ve şişkinliğe sebep olabilecek sebzeler
- 4.aşamaya kadar kafein tüketimi yasaktır. Mideyi tahriş edebilir.
- Koyu çay
- Narenciye grubu meyvelerin suyu
- Maden suyu, gazlı ve alkollü içecekler
- Çikolatalı süt, milkshake gibi şeker içeriği yüksek ve aromalı besinler
- Püre haline getirilse bile kuru baklagiller

### 3. Aşama Yumuşak- Katı Diyet

Yumuşak diyet aşaması bireysel farklılıklar göstermekle beraber yaklaşık 3-4 hafta sürmektedir. Püre diyetten standart diyetle geçiş aşamasıdır. Protein ve enerji gereksinimi besinlerle karşılandığı için çoğunlukla besin takviyesine gerek kalmamaktadır.

Aşamının hedefleri, püre diyet aşamasındaki bütün hedefler bu aşamaya da dâhildir. Püre diyetle göre daha lifli ve çiğneme gerektirecek besinlerin yer aldığı aşamadır. Bu aşamada besinler çok küçük doğranarak veya ezilerek hazırlanmalıdır. Yemekler yavaş yenmeli ve çok çiğnenmelidir. Çok fazla acıkma yaşanan dönemlerde

büyük lokmalar tüketmekten kaçınılmalıdır. 3 ana ve 3 ara besin tüketimine devam edilmelidir (28). Her öğün yaklaşık 120-250 ml (1 su bardağı) hacimde besin içermelidir. Ana öğünler için yaklaşık 45-60 dakika, ara öğünler için ise yaklaşık 20-30 dakika zaman harcanmalıdır. Bu aşamada 3 ana öğün dengeli olarak tüketilmeli ara öğünlerde ise atıştırılabilir olarak süt, meyve gibi gıdalar tüketilmelidir. Bu aşamada da erken doyumluk hissi devam edebilir. Yeterli proteini tüketmek amacıyla öğünlere protein kaynağı besinlerle başlanmalıdır. Daha sonra sebzeler, meyveler ve son olarak tahıllar tüketilmelidir (43). Pirinç, makarna ve ekmeğin tüketimi hastalar için protein açısından zengin besinlerin tüketimine adapte olana kadar sınırlandırılmalıdır. Sebzelerin protein içeriğini arttırmak için kıyma ilave edilerek pişirilebilir. Sebze ve et yemeklerinin iyi pişmiş olması gerekmektedir. Sebze yemeklerini pişirirken çok az miktarda yağ kullanılmalıdır. Et yemeklerini ise kendi yağında pişirilmelidir. Ancak özellikle etler çok sert olmamalıdır. Hastanın besin tüketimine göre protein takviyesi kesilmeli veya devam edilmelidir (7).

Önerilen yumuşak besinler:

- Püre diyet aşamasındaki bütün besinler
- Küçük parçalara bölünmüş veya ezilmiş, az yağlı kırmızı et, kümes hayvanları ve balık
- İyi pişmiş, gaz ve şişkinliğe neden olmayan sebzeler
- Lifli olmayan ve yumuşak meyveler
- Pirinç, makarna

Bu aşamada beslenmeyle protein gereksinimi karşılanamıyorsa protein takviyesine devam edilmelidir.

Yasaklanan besinler:

- Beyaz ekmeğin
- Kızartmalar
- Şeker ilave edilen meyveler

## **5. Aşama: Standart Diyet**

Bu aşamada normal kıvamdaki besinler tüketilmeye başlanmalı ve tolerasyon durumuna göre besin çeşitliliği sağlanmalıdır. Ancak normal besinlerden kasıt eski beslenme alışkanlıkları olmamalıdır. Unutulmamalıdır ki bariatrik cerrahide başarılı sonuca ulaşmanın en önemli noktalarından birisi yaşam tarzında değişiklik yaratmak ve verilen kiloların geri alınmamasıdır. Aşamanın hedefleri: Günde 60-80 gram protein ihtiyacının tamamen besinlerle sağlanmasıdır. Yemek esnasında sıvı tüketmemeye devam edilmelidir ve yemekten 30 dakika sonra sıvı tüketilmelidir. Bu durum hastanın tolerasyon ve tüketim durumuna göre zamanla değişmektedir. 3 ana ve 3 ara öğün tüketimine dikkat edilmeli ve öğünler dışında atıştırmalıklardan uzak durulmalıdır (19).

Yağsız et, kümes hayvanları, az yağlı süt ürünleri, sebzeler, meyveler ve kepekli tahıllar gibi kaliteli besinler tüketilmeye devam edilmelidir. Bu besinler vücudun ihtiyaç duyduğu enerji, protein, vitaminler ve mineralleri içerir. Bir seferde sınırlı miktarda yiyeceği tolere edilebildiği için, kaliteli besinleri seçmek çok önemlidir. Şeker ve yağ içeriği yüksek ancak herhangi bir besin değeri içermeyen boş enerji kaynaklarından kaçınılmalıdır. Günlük yaklaşık 2 litre kadar su içilmelidir. Çiğ sebze ve meyve kabuklarının ve çekirdeklerinin sindiriminde problem yaşanabileceği için yavaş yavaş besin tüketimine dâhil edilmelidir. İlk olarak günlük tüketime marul, havuç gibi çiğ sebzeler eklenmelidir. Sert kabuklu ve salatalık gibi büyük tohumlulardan bir süre kaçınılmalıdır (31).

Yemek yerken göğüste sıkışma hissedilmesi durumunda su içilmemeli ve hareket edilmelidir. Sıkışmanın hızlı yemek, büyük porsiyonlar tüketmek, yasaklanan besinlerden tüketmek, sıvı ve katıyı aynı anda tüketmek gibi nedenleri olabilir. Nedeni tespit edilmeli ve tekrar edilmemelidir. İlk 4 ay boyunca kafein içeren içecekler yasaktır. İlk 6 ay ise Türk kahvesi, espresso gibi kafein miktarı fazla ve yoğun kahveler tüketilmemelidir. Daha sonra da günde bir fincanı geçmemelidir. Yemek yemek için zaman ayrılmalı ve toleransı arttırmak için çok çiğnenmelidir. Yemekte 30 dakika vakit geçirmek ideal bir süredir. Ancak başka şeylerle meşgul olarak yemek yenildiğinde ne kadar yenildiğinin farkında olmayıp kontrol kaybedilebilir (38).

Ameliyattan sonraki aylarda tolerasyon durumuna bağlı olarak tüketilen besin çeşitliliği artmaktadır. Sağlıklı beslenmenin en önemli noktalarından bir tanesi pişirme teknikleridir. Artan besin çeşitliliğine uygun olarak besinler kızartma yerine haşlama, ızgara ve fırında pişirme teknikleriyle pişirilmeli ve tüketilmelidir. Kuruyemişler

(çekirdek, şamfıstığı vb.) ömür boyu yasak, yalnızca sabah kahvaltılarında 2 adet ceviz ya da 4-5 adet çiğ badem tüketilebilir. Kuruyemişlerin yasak olma nedeni çok küçük partiküller içerdiği için hastalar yeme kontrolünü kaybedip fazla miktarda tüketebilir ve fazla kalori alabilir. Alkollü, gazlı içecekler ömür boyu yasaktır. Sade maden suyu içilebilir. Alkol almak isteyen bireyler haftada 1-2 kadeh kırmızı veya beyaz şarap alabilir. Baharatlı ve acı yiyeceklerden kaçınılmalıdır.

## **2.10.Bariatrik Cerrahi Sonrası Yaşanabilecek Problemler**

Komplikasyonların bütün hastalarda görülmesi beklenmez, ancak eğer olursa, nedenlerini ve nasıl çözeceklerini bilmeleri gerekir. Bulantı ve kusma, ameliyattan sonraki ilk 2-3 ay içinde ortaya çıkabilir. Genellikle çok hızlı yemek, çok büyük ısırıklar almak, yeterli çiğnememek, bir seferde çok fazla hacim tüketmek, çok kuru veya sert yiyecekler yemek gibi nedenlerden dolayı bulantı ve kusma durumlarıyla karşılaşmaktadır. İlk defa denenilen bir yemek tüketildikten sonra bulantı ve kusma meydana gelirse, tekrar denemeden önce birkaç gün beklenmelidir. Şiddetli bulantı ve kusma var ise sıvı veya püre diyetine kısa süreli olarak geri dönülmelidir. Çok sıcak veya soğuk besin tüketilmemesi gerektiği unutulmamalıdır. Dehidratasyon (sıvı kaybı), yetersiz sıvı alımı, aşırı kusma ve ishal ile ortaya çıkmaktadır. Koyu idrar, baş ağrısı, baş dönmesi, dilde kuruma ve halsizlik şeklinde belirti vermektedir. Özellikle kilo kaybının hızlı yaşandığı ilk 2-3 aylık süreçte sıvı tüketimine dikkat edilmelidir. Besin ögesi yetersizliği, ameliyat sonrası 2 aylık dönemde bazı besinler kısıtlanmaktadır (7).

Dolayısıyla protein, vitamin-mineral ve enerji yetersizliği görülebilir. Besin ögesi içeriği yüksek sebze, meyve ve tam tahıl ürünleri tüketilmelidir. Biyolojik protein değeri yüksek yumurta, yağsız veya az yağlı süt ve et tercih edilmelidir. Boş enerji kaynağı olan ve kilo alımına neden olabilecek çikolata, şekerli gıdalar, gazlı içecekler gibi besinler tüketilmemelidir. Vitamin ve mineral eksikliğinde takviyelerle desteklenmelidir. Konstipasyon (kabızlık), ameliyattan sonraki ilk birkaç hafta içinde ortaya çıkabilir. İlaçlar, azalmış sıvı alımı, düşük lifli diyet, kalsiyum ve demir takviyesi kabızlığa neden olabilmektedir. Fiziksel aktivite ve sıvı alımı arttırılmalıdır (24). Diyet aşamasına uygun meyveler, sebzeler ve kepekli tahılların tüketilmesi lif tüketiminin artmasıyla birlikte bağırsak düzenliliğini arttırmaya yardımcı olmaktadır. Ameliyattan

sonra görülebilen laktoz intoleransının belirtileri ishal, gaz, şişkinlik ve krampdır. Laktozsuz süt ve süt ürünleri tüketilebileceği gibi laktaz enzimiyle (laktaid) birlikte de tüketilebilir. Gaz ve şişkinliğin arttığı durumlarda karnabahar, lahana, soğan, enginar gibi gaz yapıcı, yüksek yağlı ve şekerli besinlerinden kaçınınız. Diyare genel olarak başka komplikasyonlara sekonder olarak görülmektedir. Laktoz intoleransına bağlı gelişebilir. Bu durumda laktoz içeren süt ve süt ürünlerini tüketmemek veya laktozsuz olan ürünleri tercih etmek diyareyi sonlandıracaktır. Yüksek yağlı, yüksek şekerli ve baharatlı besinler de diyareye neden olabilmektedir. Bu besinlerin tüketiminden de kaçınılmalıdır. Bazı paketli ürünlerin üzerinde şekersiz etiketi vardır fakat içerisinde şeker alkolleri bulunabilir. Şeker alkolleri diyareyi arttırmaktadır. Hastalığın şiddetini arttırmamak ve sıvı kaybını önlemek için bol miktarda sıvı tüketilmeli, besinler iyi çiğnenmelidir. Lifli yiyeceklerin ve kafeinli içeceklerin tüketimi sınırlandırılmalıdır. Tat değişiklikleri, ameliyat sonrası verilen ilaçlar ve besin tüketiminin azalması sonucu görülmektedir. Beslenme programını takip ederek bir süre sonra geçecektir. Saç dökülmesi ameliyattan sonraki ilk birkaç ay içinde ortaya çıktığında genellikle ameliyattan ve hızlı kilo kaybından kaynaklanır ve tipik olarak kendi kendine düzeler. Besin eksiklikleri ile ilgili saç dökülmesini önlemek için yeterli protein ve önerilen vitamin ve mineraller alınmalıdır (31).

## **2.11.Obezite Tarihine Genel Bir Bakış**

Geçmişte obezitenin tanısı, ilk görülmeye başlaması ve tartışılması 16. yüzyılın sonlarındadır. Diyet kısıtlaması ve egzersiz artışı Hipokrat'tan itibaren ifade edilmiştir. Tarihte şişmanlık ile ilgili pek çok tanım yapılmıştır. İnsanoğlunun tarih boyunca açlık, kıtlık ve yokluklarla mücadele ettiği düşünülürse böyle bir algının olması doğal görülmektedir. Ayrıca şişmanlık, güç, kudret, heybetli gibi terimleri de beraberinde getirmiştir. İlk çağ tanrılarında şişmanlık / şişman kadın / ana tanrıça gücü ve hayatı sembolize ederken, Orta Çağ ve Rönesans dönemlerinde ise zenginlik simgesi olarak görülmektedir. Günümüzde bile bu görüşün bazı bölgelerde devam ettiği görülmektedir. Afrika'da beslenmenin problem olduğu bölgelerde obezite zenginlik göstergesi olarak değerlendirilmektedir (35).

## 2.12. Obezitenin Nedenleri Nelerdir?

Obezite, fiziksel aktivitenin yanında vücudun enerji harcama kapasitesinden daha fazla kalori alınmasıyla ortaya çıkan enerji tutarsızlığından kaynaklanmaktadır. Obezitenin ortaya çıkmasına sebep gösterilen değişkenler; beslenme alışkanlıkları, genetik faktörler, yetersiz fiziksel aktivite, uykusuzluk, bazı ilaçların indüklediği kilo artışı, sigara, endokrin bozukluklar, etnisite ve yaş dağılımındaki değişkenler, gebelik yaşının artması, intrauterin etkiler, yüksek BKİ'li bireylerin genetik olarak eşleşmesi, çeşitli enfeksiyonlar ve çevresel nedenler ile psikososyal etmenler şeklinde sıralanabilir (29). Bireylerin obez olma nedenleri tam olarak açıklanamamış olup, genetik ve çevresel faktörlerin obezitenin oluşumunda katkılarına olduğunu, bunların yanında beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, psikolojik etmenler ve düşük sosyoekonomik seviye gibi faktörlerin de obeziteye neden olduğu bildirilmiştir (14).

Teknolojik çağın gelişmesi de obezite artışlarının sebeplerinden biri haline gelmiştir. Hareket kısıtlılığına bakacak olursak; araba kullanımı, bilgisayardan birçok işlemi aynı anda yapmak veya akıllı telefonlar üzerinden bir tıkla birden fazla işi yerine getirmek gibi. Online alışverişler, online yemek ve market siparişleri artış gösterdikçe insanların hareket kısıtlılığı artmaktadır. İnsan gücünün yerine artık robotik cihazlar ve akıllı cihazlar geçmektedir. Oturdukları yerden bir tuşla işlerin halledilmesi rahatlığıyla insanlarda artık hareketsizlik günlük yaşam biçimi haline gelmiştir. Teknolojinin gelişip ilerlemesiyle geçmişten günümüze obezitenin artış grafiği birçok araştırma sonucunda tespit edilmiştir.

## 2.13. VKİ (Vücut Kitle İndeksi) Nedir?

Vücut Kitle İndeksi, yetişkin bir insanın kütlesinin boyuna göre sağlıklı aralıkta olup olmadığını belirlemeye yarayan bir parametredir. Bu değer için belirlenmiş olan aralığın altında kalınıyorsa sağlık için biraz kilo alınması, üstünde kalınıyorsa biraz kilo verilmesi tavsiye edilmektedir (2).

## 2.14. Obezitenin Riskleri Nelerdir?

Obezite psikolojik bozukluklara ve toplumsal uyumsuzluklara neden olabilir. İskelet ve kaslar üzerinde olumsuz etki oluşturup sağlığı tehdit etmektedir. Obez kişilerde varisler ve varis yaralarının kolay oluşmasına sebebiyet verir. Karın içinde ve duvarında yağ toplanması sonucu karın kasları zayıflar ve kolaylıkla fitik oluşabilir. Endokrin ve metabolik bozukluklara neden olur. Obezite ne kadar ileri derecede ve uzun süreli olursa diyabetin ortaya çıkış oranı o derece artar. Obezitede ürik asit düzeyi de artarak gut hastalığına zemin hazırlar (6).

### **2.15. Obezitenin Neden Olduğu Hastalıklar**

Obezite, kalp hastalıkları, hipertansiyon, şeker hastalığı, karaciğer yağlanması, safra kesesi taşı, kanser, reflü-ülser, felç, psikolojik sorunlar, uyku apnesi, adet düzensizlikleri, gut-artrit gibi hastalıklara neden olmaktadır (20).

1. Metabolik-hormonal komplikasyonlar: Metabolik sendrom, tip 2 diyabet, insülin direnci, hiperinsülinemi, dislipidemi, HHT (Herediter hemorajik telanjiektazi)
2. Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Serebrovasküler hastalık, konjestif kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, HHT (Herediter Hemorajik Telanjiektazi), tromboembolik hastalık
3. Solunum sistemi hastalıkları: Obezite-hipoventilasyon sendromu, uyku apne
4. Sindirim Sistemi Hastalıkları: Safra kesesi hastalığı, karaciğer hastalığı, gastroözofajiyal Reflü Hastalığı
5. Polikistik Over Sendromu
6. İmmün sistem disfonksiyonu
7. Cilt hastalıkları
8. Cerrahi komplikasyonlar
9. Kanser: Meme, kolon, Dişi üreme: serviks, endometrium, over, safra kesesi, prostat
10. Obezitenin mekanik komplikasyonları: Osteoartrit, artmış karın içi basıncı, herni
11. Psiko-sosyal komplikasyonlar

### **2.16. Obezite Tedavisinde Kullanılan Yöntemler**

Obezite tedavisinde 5 farklı yöntem kullanılmaktadır: Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi, Egzersiz Tedavisi, Davranış Değişikliği Tedavisi, Farmakolojik Tedavi, Cerrahi Tedavi.

Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi: Obezitesi olan ve fazla kilolu hastalar için düşük kalorili diyet uygulanır. Tıbbi beslenme tedavisi obezite tedavisinde anahtar rol oynamaktadır. Diyet tedavisinin amacı, vücuda alınan enerji miktarı ile harcanan enerji miktarı arasında bir açık oluşturarak yağ depolanmasını azaltmaktır (4).

Egzersiz Tedavisi: Fiziksel etkinliğin artırılması hem obezite tedavisinde hem de verilen kilonun korunması açısından oldukça önemlidir. Obezitesi olan hastaların fiziksel aktivitelerini arttırırken, yaşam ve beslenme tarzlarında değişiklik yapabilmek, eski beslenme ve yaşam tarzlarındaki alışkanlıklarını azaltabilmek ve daha aktif bir yaşam sürdürebilmelerini desteklemeleri amaçlanmalıdır (4).

Davranış Değişikliği Tedavisi: Obezitenin davranışçı tedavisinde bireylerin günlük yaşam alışkanlıklarının ve davranışlarının değiştirilmesi amaçlanmaktadır. Davranışçı tedavide, obezitesi olan bireylerin gıda alımlarını ve fiziksel aktivite düzeylerini takip etmeleri ve düzenlemelerini hedef almaktadır. Bu hedefin yanı sıra, yemek yemeyi tetikleyen sebeplerin fark edilmesini sağlayarak bunlar üzerinde kontrol ve organizasyonun sağlanması da istenmektedir (4).

Farmakolojik Tedavi: VKİ'si 27 ve üstü olup obezitenin yanında morbid görülen hastalıkları olan, diyet ve fiziksel egzersiz gibi yöntemlerle kilo veremeyen bireyler için kullanılmaktadır. Obezite, metabolik kontrolü sağlamak için kronik ilaç tedavisinin tedavi modalitesi olarak kabul edilen ve tam bir iyileşmenin beklenmediği diyabet ve hipertansiyon hastalıklarına benzetilmektedir. Obezitede kullanılan farmakolojik tedavi birincil bir yöntem olmayıp, tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır (12).

Cerrahi Tedavi: Obezite hastaları cerrahi olmayan geleneksel yöntemlerle kilo verme girişimleri sonucunda orta düzeyde bir kilo kaybı elde etmektedirler. Konu ile ilgili yapılan araştırmalara göre, geleneksel yöntemlerle kilo kaybı yaşayan obez bireylerin kilolarının sadece %10'unu kaybettiğini, 3 yıllık izlem sonuçlarına göre kaybedilen kiloların tekrar geri alındığını göstermiştir (12). Obezitenin tedavisinde kullanılan geleneksel ve alışılmış yöntemlerin yanında yeni yöntemlerin kullanılmaya başlanmasıyla beraber hem dünyada hem de ülkemizde bariatrik cerrahi yöntemleri yaygın olarak tercih edilmeye başlanmıştır. Tıbbi tedaviler tek başına obeziteyi önleyemediği ve tedavi edemediği için bariatrik cerrahinin ortaya çıkmasına yardımcı

olmuştur. Bu anlamda obezite cerrahisi güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahinin tarihçesine baktığımızda, 50 yıldan uzun süredir kullanıldığı bilinmektedir.

Obezitede beslenme tedavisi ile vücut ağırlığı sağlıklı aralığa gelene kadar düşürülmelidir. Bu sağlıklı aralık düzeyi; kişinin olması gereken ideal ağırlığı olabildiği gibi, ideal ağırlığının biraz üzerinde de olabilir. Uygulanacak zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile paralel olarak uyumlu olup kalori hesaplanmalıdır. Bireye yanlış beslenme alışkanlıkları yerine doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılmalıdır (24).

Egzersiz Tedavisi, sadece düzenli fiziksel aktivite ve enerji dengesinin düzenlenmesinde değil ayrıca obezite ile gelişen sağlık risklerini ve bu risklere bağlı ölüm oranlarının azaltılmasında önemli bir yere sahiptir.

İlaç Tedavisi, egzersiz ve diyet tedavisinin etkili olmadığı durumlarda, ameliyat gibi nedenlerle ani zayıflama gerektiğinde, doktor kontrolünde ilaç tedavisi kullanılabilir.

Cerrahi tedavi, BKİ'si 40'ın üzerinde olanlara, en az 3 yıldır obez olanlara, 18-60 yaş arası kişilere, alkol ve ilaç bağımlısı olmayanlara hormonal hastalığı olmayanları, ameliyat riski olmayanlar, ilaç ve diyete rağmen 1 yıldır kilo veremeyenlere uygulanmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1.Araştırmanın Evreni

Yapılan bu araştırmada "Bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler ve geçirmemiş obez bireylerin yeme farkındalıklarının karşılaştırılması" konusu incelenmiş olup konu hakkında detaylı bir literatür taraması yapılmıştır. İlk olarak terimler hakkında tanımlama yoluna gidilmiş sonrasında her konu kendi bünyesinde detaylı olarak araştırılmıştır. Bariatrik cerrahi kavramı, obezite kavramı ve bu iki terimin birbiri ile ilişkisi ele alınmıştır.

### 4.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

200 kişilik anket uygulaması yöntemi ile, 100 obez ve 100 bariatrik cerrahi hastası olmak üzere anket uygulanmış olup; veriler SPSS kapsamında değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. Sonrasında ortaya çıkan veriler ve literatür taraması birleştirilerek tez çalışması oluşturulmuştur.

### 4.3.Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri Diyetisyen Sultan Yılmaz Sağlıklı Beslenme ve Diyet Danışmanlığı Merkezi danışanları, Özel Medline Hastanesi ve Özel Sezar Hastanesi hastalarından toplanmıştır. Anket yapılacak kişilerden anket öncesi gerekli izinler alınmış olup vazgeçmeleri durumunda anketi bırakabilecekleri beyan edilmiştir. Söz konusu anket objektif bir şekilde uygulanmıştır. Bariatrik cerrahi işlem geçirmiş katılımcıların 47'si kadın, 53'ü erkektir. Obez olan katılımcıların ise 47'si erkek, 53'ü kadındır.

### 4.4.Anket Formu

Çalışmada kullanılan anket formu katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, cinsiyetlerini, aç olduklarında yeme ihtiyaçlarını, yeme isteği karşısında kendilerini baskılamalarını, çiğneme yutma durumlarını, ana öğünlerinde ekmek tüketme isteklerini, fastfood tüketimlerini, yeme hızlarını ölçen sorulardan oluşmaktadır.

## İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Kategorik (nitel) veriler sayı ve yüzde, sayısal (nicel) veriler ortalama ve standart sapma ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler bakımından grup karşılaştırmaları ki-kare testleri ile yapılmış ve exact (kesin) p değerleri ile raporlanmıştır. İki'den çok kategoriye sahip nitel değişkenlerde ki-kare testi anlamlı bulunması durumunda nitel değişkenin kategorileri için gruptaki katılımcı yüzdeleri arasında Bonferroni düzeltmesi ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Sayısal değişkenler bakımından grup karşılaştırmaları ise varyans homojenliği sağlandığı durumlarda bağımsız örneklem t testi, sağlanmadığı durumlarda ise Welch t testi ile yapılmıştır. Tüm çözümlenmeler SPSS (versiyon 26) istatistik yazılımıyla yapılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmamızın verileri Diyetisyen Sultan Yılmaz Sağlıklı Beslenme ve Diyet Danışmanlığı Merkezi danışanları, Özel Adana Medline Hastanesi ve Özel Sezar Hastanesi hastaları üzerinden bariatrik cerrahi geçirmiş obez bireyler ve bariatrik cerrahi geçirmemiş obez bireyler olarak toplanmıştır. Veriler toplam 200 kişiye, yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) ve sosyodemografik anket olmak üzere iki farklı anket uygulaması yapılmıştır.

Demografik özellikler bakımından grup karşılaştırmalarına göre Bariatrik grup (BG) ile Obez grup (OG) arasında cinsiyet dağılımları ve boy ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 2,  $p>0,05$ ).

Ancak BG yaş ortalaması ( $35,22\pm5,76$ ) OB yaş ortalamasından ( $38,45\pm11,21$ ), BG VKİ ortalaması ( $29,4\pm5,68$ ) OG VKİ ortalamasından ( $33,77\pm2,51$ ) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (sırasıyla  $p=0,011$  ve  $p<0,001$ ). BG ağırlık ortalaması ( $89,88\pm16,9$ ), OG ağırlık ortalamasından ( $100,15\pm10,84$ ) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (sırasıyla  $p=0,011$  ve  $p<0,001$ ).

**Tablo 2. Demografik özellikler bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG		
	n (%)	n (%)	$\chi^2$	p *
Cinsiyet			0,720	0,480
Kadın	47 (47)	53 (53)		
Erkek	53 (53)	47 (47)		
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	t	p <sup>a</sup>
Yaş	$35,22\pm5,76$	$38,45\pm11,21$	-2,564 <sup>b</sup>	0,011
Ağırlık	$89,88\pm16,9$	$100,15\pm10,84$	-5,115 <sup>b</sup>	<0,001
Boy	$1,73\pm0,091$	$1,72\pm0,099$	0,996	0,321
VKİ	$29,4\pm5,68$	$33,77\pm2,51$	-7,040 <sup>b</sup>	<0,001

\*Ki-kare testi exact p değeri, <sup>a</sup>Bağımsız iki örneklem t testi, <sup>b</sup>Welch t testi,  $\bar{X}$ : Ortalama, s: Standart sapma

Çalışmamıza katılan bariatrik ve obez grupların tanısı konulmuş sağlık problemleri yaşama durumları ve bunların hangi sağlık sorunları olduğu Tablo 3' de gösterilmiştir. Bariatrik grupta tanısı konmuş sağlık sorunu oranı (%34) obez grup oranından (%79) istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (Tablo 3,  $p<0,001$ ).

**Tablo 3. Sağlık durumu bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG	$\chi^2$	p*
	n (%)	n (%)		
Tanısı Konulmuş Sağlık Sorunu			41,196	<0,001
Evet	34 (34)	79 (79)		
Hayır	66 (66)	21 (21)		
Sağlık Sorunu Var İse Hangisi				
Şeker Hastalığı	11 (32,4)	20 (37,7)		
Böbrek Hastalığı	0 (0)	9 (9)		
Diş Problemleri	4 (11,8)	14 (14)		
Kansızlık	4 (11,8)	10 (10)		
Göz Rahatsızlığı	7 (20,6)	16 (16)		
Kalp-Damar Hastalığı	8 (23,5)	8 (8)		
Diğer	0 (0)	2 (2)		

\*Ki-kare testi exact p değeri

Bariatrik ve obez grupların beslenme bilgisi bakımından karşılaştırılması ve beslenme konularına ilgi düzeyleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Bariatrik grupta öğrenim sırasında beslenme konusunda ders alanların oranı (%45) ile obez grup oranı (%33) istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 4, p=0,111).

Bariatrik grupta beslenme konularına ilgi düzeyi dağılımları ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 4, p<0,001). Bariatrik grupta hiç ilgilenmeyenlerin oranı (%5) obez grup oranından (%23) istatistiksel olarak anlamlı düşük iken bariatrik grupta sürekli cevabı verenlerin oranı (%19) obez grup oranından (%4) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

**Tablo 4. Beslenme bilgisi bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG	$\chi^2$	p*
	n (%)	n (%)		
Öğrenim Sırasında Beslenme Konusunda Ders Aldınız Mı			3,026	0,111
Evet	45 (45)	33 (33)		
Hayır	55 (55)	67 (67)		
Beslenme Konularına İlgi			24,314	<0,001
Hiç İlgilenmem	5 (5) <sup>a</sup>	23 (23) <sup>b</sup>		
Fırsat Buldukça	27 (27) <sup>a</sup>	36 (36) <sup>a</sup>		
Gerektiğinde	49 (49) <sup>a</sup>	37 (37) <sup>a</sup>		
Sürekli	19 (19) <sup>a</sup>	4 (4) <sup>b</sup>		

\*Ki-kare testi exact p değeri

Not: Nitel değişkenlerin kategorileri için gruptaki katılımcı yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu gruplara ilişkin istatistikler farklı harf ile indislenmiştir.

Bariatrik ve obez grupları sigara ve alkol kullanımları Tablo 5’de gösterilmiştir. Sigara ve alkol kullanımları bakımından bariatrik grup ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 4, sırasıyla p=0,417 ve p=0,053).

**Tablo 5. Alışkanlıklar bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG	$\chi^2$	p*
	n (%)	n (%)		
Sigara Kullanımı			1,817	0,417
Hiç İçmedim	12 (12)	15 (15)		
Bıraktım	29 (29)	21 (21)		
Halen İçiyorum	59 (59)	64 (64)		
Alkol Kullanımı			7,650	0,053
Hiç Kullanmadım	23 (23)	26 (26)		
Bıraktım	31 (31)	29 (29)		
Arada Sırada	45 (45)	36 (36)		
Sürekli İçerim	1 (1)	9 (9)		

\*Ki-kare testi exact p değeri

BG ve OG gruplarının tükettikleri ana öğün ve ara öğün sayılarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Ana ve ara öğün bakımından bariatrik grup ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 6, sırasıyla p=0,005 ve p<0,001).

Farklılığın kaynağı için ana öğün ve ara öğün sayıları bakımından bariatrik ve obez grup sütun oranları karşılaştırılmıştır.

Bariatrik grupta bir ana öğün oranı (%0) obez grupta bir ana öğün oranından (%11) istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur.

Bariatrik grupta 2 ara öğün oranı (%51) obez grupta 2 ara öğün oranından (%20) istatistiksel olarak anlamlı yüksek iken bariatrik grupta 3 den fazla ara öğün oranı (%1) obez grup oranından (%26) istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu.

**Tablo 6. Ana ve ara öğün bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG	$\chi^2$	p*
	n (%)	n (%)		
Günde Kaç Ana Öğün			12,346	0,005
1 Öğün	0 (0) <sup>a</sup>	11 (11) <sup>b</sup>		
2 Öğün	32 (32) <sup>a</sup>	31 (31) <sup>a</sup>		
3 Öğün	54 (54) <sup>a</sup>	49 (49) <sup>a</sup>		
3+ Öğün	14 (14) <sup>a</sup>	9 (9) <sup>a</sup>		
Günde Kaç Ara Öğün			40,037	<0,001
1 Öğün	22 (22) <sup>a</sup>	34 (34) <sup>a</sup>		
2 Öğün	51 (51) <sup>a</sup>	20 (20) <sup>b</sup>		
3 Öğün	26 (26) <sup>a</sup>	20 (20) <sup>a</sup>		
3+ Öğün	1 (1) <sup>a</sup>	26 (26) <sup>b</sup>		

\*Ki-kare testi exact p değeri

Not: Nitel değişkenlerin kategorileri için gruplardaki katılımcı yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu gruplara ilişkin istatistikler farklı harf ile indislenmiştir.

Etiket okuma alışkanlığı, işlenmiş gıda, besin desteği kullanımı gibi ölçütler gruplar arasında karşılaştırılmış olup Tablo 7’de gösterilmiştir. Etiket okuma alışkanlığı, işlenmiş gıda, besin desteği kullanımı bakımından bariatrik grup dağılımları ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 7, sırasıyla p=0,045, p<0,001 ve p<0,001).

Bariatrik grupta etiket okuma alışkanlığı oranı (%30) obez grup oranından (%17) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Bariatrik grupta işlenmiş gıda tüketenlerin oranı (%36) obez grup oranından (%76) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür.

Bariatrik grupta besin desteği kullanım oranı (%15) obez grup oranından (%46) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür.

**Tablo 7. Beslenme bilinci bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG	$\chi^2$	p*
	n (%)	n (%)		
Etiket Okuma Alışkanlığı			4,700	0,045
Evet	30 (30)	17 (17)		
Hayır	70 (70)	83 (83)		
İşlenmiş Gıda			32,468	<0,001
Evet	36 (36)	76 (76)		
Hayır	64 (64)	24 (24)		
Besin Desteği Kullanıyor Musunuz			22,668	<0,001

Evet	15 (15)	46 (46)
Hayır	85 (85)	54 (54)
Besin Desteğini Ne Sıklıkla Kullanıyorsunuz		
0-1 Gün	1 (6,7)	15 (32,6)
2-3 Gün	8 (53,3)	14 (30,4)
3-4 Gün	1 (6,7)	6 (13)
4-5 Gün	0 (0)	1 (2,2)
5-6 Gün	0 (0)	2 (4,3)
Her Gün	5 (33,3)	8 (17,4)

\*Ki-kare testi exact p değeri

Yeme farkındalığı ölçeğinin (YFÖ-30) ölçek skorları BG ve OG arasında karşılaştırılma yapılarak Tablo 8’de değerlendirilmiştir. Ölçek skorları bakımından yapılan karşılaştırmalara göre ise farkındalık boyutu hariç tüm ölçek skorları bakımından bariatrik grup ortalaması ile obez grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 8).

Düşünmeden yeme boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (4,18±1,04) obez grup ortalamasından (1,68±0,78) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Duygusal yeme boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,28±0,34) obez grup ortalamasından (1,73±0,72) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Yeme kontrolü boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,51±0,42) obez grup ortalamasından (1,95±0,78) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Farkındalık boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (2,87±0,32) ile obez grup ortalaması (2,73±0,66) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,071).

Yeme disiplini boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,71±0,71) obez grup ortalamasından (2,04±0,7) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Bilinçli beslenme boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,51±0,54) obez grup ortalamasından (2,26±0,52) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Enterferans iletişim teknolojisi anlamına gelmektedir. Enterferans boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,7±1,04) obez grup ortalamasından (1,71±0,69) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

**Tablo 8. Ölçek skorları bakımından grup karşılaştırmaları**

	BG	OG	T	p <sup>a</sup>
	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$		
Düşünmeden Yeme	4,18±1,04	1,68±0,78	19,204 <sup>b</sup>	<0,001
Duygusal Yeme	3,28±0,34	1,73±0,72	19,48 <sup>b</sup>	<0,001
Yeme Kontrolü	3,51±0,42	1,95±0,78	17,703 <sup>b</sup>	<0,001
Farkındalık	2,87±0,32	2,73±0,66	1,821 <sup>b</sup>	0,071
Yeme Disiplini	3,71±0,71	2,04±0,7	16,803	<0,001
Bilinçli Beslenme	3,51±0,54	2,26±0,52	16,573	<0,001
Enterferans	3,7±1,04	1,71±0,69	16,008 <sup>b</sup>	<0,001

<sup>a</sup>Bağımsız iki örneklem t testi, <sup>b</sup>Welch t testi,  $\bar{X}$ : Ortalama, s: Standart sapma

## TARTIŞMA

Yapılan araştırma çerçevesinde; “Bariatrik Cerrahi Geçirmiş Bireyler ve Geçirmemiş Obez Bireylerin Yeme Farkındalıklarının Karşılaştırılması” üzerine incelenmiş olup gerekli taramalar ve araştırmalarla desteklenmiştir. 200 kişilik iki farklı anket uygulaması yöntemi ile yapılmış olan çalışmanın; 100’ü obez birey, 100’ü bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler olmak üzere anket uygulanmış olup veriler SPSS ve Excell kapsamında değerlendirilmiştir. 200 kişiye öncelikle sosyodemografik bilgiler için bir anket yapılmıştır. Ardından ‘Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)’ uygulanmıştır. Yeme farkındalığı ölçeğinin puanlama yönergesine göre; düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme ve enterferans ölçümlerine ulaşılarak yorumlanmıştır.

Obezite, sağlığı tehdit eden bir durumdur. Vücutta aşırı yağ birikmesi sonucu oluşur. VKİ adı verilen bir ölçü ile belirlenir. VKİ, boy ve kilo oranına göre hesaplanır. VKİ’si 25’in üzerinde olanlar fazla kilolu, 30’un üzerinde olanlar ise obez olarak kabul edilir. Yapılan bu çalışma hem konunun öneminin ortaya koyulması hem de yapılacak diğer çalışmalara ışık tutması açısından büyük bir önem taşımaktadır (18).

Bariatrik cerrahi operasyonlarının değerlendirilmesinde öncelik kilo kaybına, diğer bir bakış açısıyla da vücut yağ dokusunun azalıp küçülmesi hedef olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda morbid obezite cerrahisi sonrası ağırlık kaybının değerlendirilmesinde en sık kullanılan parametre, fazla kilolardan kaybedilen ağırlık yüzdesidir (%FKK). Eğer hasta fazla vücut ağırlığının %40’ından azını kaybettiyse ameliyatın başarısız, %40-60’ını kaybettiyse orta-iyi düzeyde ve %60’ın üzerinde kaybettiyse ameliyatın başarılı olduğu kabul edilmektedir (51).

Bariatrik cerrahi geçirmiş 292 morbid obez hastanın izlendiği bir çalışmada 2. yılın sonunda ortalama FKK %79 olarak saptanmıştır (27). Yapılan başka bir çalışmada da 260 morbid obez hastaya uygulanan bariatrik cerrahi sonucunda 1. yıldaki ortalama FKK %65 bulunmuştur (27).

Ameliyat sonrası bireylerde psikolojik destek, ameliyat öncesinde teşhisi konulan yeme bozukluklarının tedavisi açısından önemli bir yere sahiptir. Ameliyat öncesi ve sonrasında, multidisipliner bir ekip tarafından yapılan dikkatli bir tarama ve

izlem gereklidir. Ayrıca obezitenin cerrahi tedavisinin diğer yöntemler gibi konservatif bir yöntem olmaması cerrahiye seçilen hastanın özellikle psikiyatrik ve psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesi için önemlidir (44).

Bariatrik cerrahi geçirmiş veya geçirmemiş obez bireylerin kilo artışlarında ki altında yatan sebeplere bakacak olursak psikolojik etkenlerin büyük bir yeri olduğunu görmekteyiz. Yapılan araştırmalarla desteklenmiştir. Psikolojik etkenlerin hormonal dengeyi bozduğu da bilinen diğer bir doğrudur. Bireylerde rastlanan yeme atakları, iştahsızlık veya daha çok iştahın artması gibi durumlar kilo artışını destekler. Bunun beraberinde gelen depresyonla birlikte kişilerin hayattan zevk almaması veya diğer bir deyişle aşırı beslenme göstererek kendilerini dış dünyaya kapatma durumları da obezitenin artış gösterme sebeplerindedir.

Toplumda belirlenen güzellik ölçüleri ve güzel beden algısı da obez bireylerde psikolojik olarak etkilemektedir. Toplumda bilinen güzellik algısı ince bel, ince bacaklar veya kaslı geniş omuzlar, kaslı karın gibi belirtilmektedir. Obez bireylerin bariatrik cerrahiye başvurma sebeplerinden biride hızlı kilo kaybını sağlayarak hayalini kurdukları bedene bir an önce ulaşmaktır.

Bariatrik cerrahinin yeni bir tedavi çeşidi olarak toplumda yayılması ve tüm dünyada hızlı bir artışa sebebiyet vermesiyle bu alanda daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Yapılmış araştırmaların ise bariatrik cerrahi sonrası erken dönem sonuçlarına ve etkilerine odaklanmasından dolayı bu araştırmanın sonuçları, ülkemizde uzun dönem hasta deneyimleri konusunda literatüre katkı sağlayacak olması açısından önemli hale gelmektedir.

Obezitenin kronik bir hastalık olmasının yanı sıra bireylerde kilo kaybının veya korumasının kontrol altında tutulmasının dikkatli ve özenli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar neticesinde ulaşılmış olan bir diğer sonuç ise bariatrik cerrahinin uzun süreli ve başarılı bir şekilde sonuçlanabilmesi adına hasta ömür boyu takip edilmelidir. Katılım sağlamış olan bireylerin dürtü kontrolü can sıkıntısı esnasında yemeğe yönelme durumların değerlendirilmesi ile birlikte bariatrik cerrahi geçirmiş olan bireylerin nadiren yemek yeme yönelimlerinin olduğu, obez bireylerin ise her zaman cevabını çoğunlukla yanıtladığını söylenebilir. Bu sonuçlar çerçevesinde bariatrik cerrahi geçirmiş olan bireylerin direnç ve yeme isteğinin bastırılması konusunda daha da pozitif bir ilerleme kaydettiği açık ve net bir şekilde söylenebilir.

Sağlıklı beslenme durumlarının incelenmesi durumunda ise bireylerin bariatrik cerrahi geçirmiş olan bireylerin sık sık sağlıklı beslenmelerine dikkat ettikleri, obez bireylerin ise nadiren sağlıklı beslemeye dikkat ettiği söylenebilir.

Bariatrik cerrahi özelleşmiş merkezlerde çok düşük risk oranları ile uygulanabilmektedir. Tüm yayınlanmış deneyimlerde %1'in, özelleşmiş merkezlerde ise % 0.35'in altındadır ki; bu oran safra kesesi ameliyatı ile aynıdır (32).

Anket soruları ve ölçek değerlendirmelerine göre bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin obez bireylere oranla çok daha bilinçli ve sağlıklı beslenmeye yöneldiklerini söyleyebiliriz. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin ameliyat olmadan önce genel olarak obez bireylerle cevapları benzer olsa da ameliyat sonrasında ki değişimleri istatistiksel bulgular sonucunda da anlamlı fark içermektedir. Obez bireylerde de bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde de ortak nokta olarak duygusal açlık görülmüştür. Her iki grup da duygusal açlıklarını bir şeyler tüketerek bastırmaya çalışmaktadır. Aslında günümüzdeki çoğu bireyin duygusal açlıklarını beslenerek kapatmaya çalışması ortak problemidir (51).

Bariatrik cerrahi olan bireylerin sağlıklı beslenmeyi yaşam biçimi haline getirerek ameliyat sonrası kaybedilen kilo kaybını kalıcı hale getirmelidir. Midenin esnek yapıda olduğunu ve kişilerin eski beslenme alışkanlıklarına dönmesiyle beraber midenin tekrar genişleyebileceğini bu durumda kilo artışıyla karşılaşacakları bilinmektedir. Yapılmış olan çalışma sonuçlarında ameliyat sonrası tekrar kilo artışının gözlenmesinin sebebi olarak görebilmekteyiz.

Demografik özellikler bakımından grup karşılaştırmalarına göre Bariatrik grup (BG) ile Obez grup (OG) arasında cinsiyet dağılımları ve boy ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 1,  $p>0,05$ ). Ancak BG yaş ortalaması ( $35,22\pm5,76$ ) OB yaş ortalamasından ( $38,45\pm11,21$ ), BG VKİ ortalaması ( $29,4\pm5,68$ ) OG VKİ ortalamasından ( $33,77\pm2,51$ ) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (sırasıyla  $p=0,011$  ve  $p<0,001$ ). BG ağırlık ortalaması ( $89,88\pm16,9$ ), OG ağırlık ortalamasından ( $100,15\pm10,84$ ) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (sırasıyla  $p=0,011$  ve  $p<0,001$ ). Bariatrik cerrahi sonrasında hızlı kilo kaybı gerçekleşmektedir. Bu da obez ve bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler arasında farkı ortaya koymaktadır. Karlsson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi sonrası ilk yıl kilo kaybının ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu, sonraki 6 yıllık takip sürecinde kilo alındığı ve yaşam kalitesinde azalma olduğu saptanmıştır (32). Bariatrik cerrahi sonrası hastalarının yaşam

kalitelerindeki iyileşmeyi sürdürebilmeleri için beslenme ve egzersizi içeren yaşam tarzı değişikliklerini yaşam boyu alışkanlık haline getirebilmeleri istenir (17). Kılıç tarafından yapılan bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitelerinin belirlenip araştırılması hedeflenen çalışmaya göre bariatrik cerrahi geçirmiş 75 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmada %64 kadın, %36 erkektir. Bariatrik cerrahi geçirmiş kişilerin dağılımına bakıldığında çoğunlukla kadın olduğu tespit edilmiştir. Kılıç tarafından yapılan çalışma ile çalışmamızın sonucunun cinsiyet durum açısından ters oran sergilediği görülmektedir (28).

Bariatrik ve obez gruplarda sahip olunan sağlık sorunlarının anket sonuçlarına göre bariatrik grupta tanısı konmuş sağlık sorunu oranı (%34) obez grup oranından (%79) istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (Tablo 2,  $p<0,001$ ). Chang ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada önceden var olan Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) ve hipertansiyon hastalıklarında azalan bir seyir tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra angina, MI ve obstrüktif uyku apnesi gibi hastalıklarda da düşüş seyreden bir tablo ortaya çıkmıştır. Ayrıca bariatrik cerrahinin dislipidemi ve hipertansiyon iyileşme ile birlikte, olumlu endokrin değişiklikler sağladığı ve mortalite riskini azalttığı tespit edilmiştir (24). Kwok 2014 yılında yaptığı çalışmasında, bariatrik cerrahi yapılan hastalarda MI, inme ve kardiyovasküler olaylara bağlı mortalitenin azalmaya doğru gittiğini göstermiştir (24). Zhou ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise bariatrik cerrahinin obez hastalarda mortalite ve kanser riskini azalttığı tespit edilirken, kardiyovasküler etkiler açısından hala net bilgilere ulaşılamadığını bildirilmiştir (25). Yapılan çalışmalarla beraber bulduğumuz sonuçlar birbiriyle uyumlu sonuç vermiştir.

Bariatrik grupta öğrenim sırasında beslenme konusunda ders alanların oranı (%45) ile obez grup oranı (%33) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 3,  $p=0,111$ ). Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin beslenmeye ilgi ve dikkatleri obez bireylere oranla çok daha fazladır. Çalışmamızdaki veri sonucuna göre bariatrik grupta beslenme konularına ilgi düzeyi dağılımları ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 3,  $p<0,001$ ). Bariatrik grupta hiç ilgilenmeyenlerin oranı (%5) obez grup oranından (%23) istatistiksel olarak anlamlı düşük iken bariatrik grupta sürekli cevabı verenlerin oranı (%19) obez grup oranından (%4) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir.

Bireylerin beslenme konusunda kitap, dergi, televizyon veya internet gibi yollardan erişiminin olması sağlıklı beslenmeye olan ilgi ve merakı arttırmaya yardımcı olabilmektedir. Okunan veya duyulan beslenme hakkındaki bilginin kişilerin dikkatini çekip beslenme biçimlerine uyarlamaya çalışmaları karşılaştığımız durumlardandır. Araştırmada anket uyguladığımız kişilerin popüler diyetler veya yağ yakmaya yardımcı besinler gibi konu başlıklarına daha çok dikkat ettiklerini belirtmişlerdir.

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde ameliyattan sonra tüketilen besinlerin kalori içerikleri veya içerisinde bulunan makro-mikro besin öğelerine daha fazla dikkat etmesi de obez bireylerle olan farkları arasında yer almaktadır. Etiket okuma alışkanlığı, işlenmiş gıda, besin desteği kullanımı gibi ölçütler gruplar arasında karşılaştırılmış olup Tablo 6'da gösterilmiştir. Etiket okuma alışkanlığı, işlenmiş gıda, besin desteği kullanımı bakımından bariatrik grup dağılımları ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 6, sırasıyla  $p=0,045$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). Bariatrik grupta etiket okuma alışkanlığı oranı (%30) obez grup oranından (%17) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Bariatrik grupta işlenmiş gıda tüketenlerin oranı (%36) obez grup oranından (%76) istatistiksel olarak anlamlı düşüktür. Bariatrik grupta besin desteği kullanım oranı (%15) obez grup oranından (%46) istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde, biyokimyasal monitorizasyon daha çok önerilmektedir. Bunun için; komple kan sayımı, biyokimya paneli, 25-hidroksi vitamin D, paratroid hormon, B1 vitamini, riboflavin, kobalamin, folik asit, Fe, Çinko, A, D, E, K vitamini ve protein düzeylerinin devamlı olarak takip edilmesi gerektiği bildirilmiştir (28). Bariatrik cerrahi geçiren bireylerde takviye kullanımı önerilmektedir.

Çalışmamızın hipotezini desteklemek amacıyla uyguladığımız yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) ile bariatrik cerrahi geçirmiş ve geçirmemiş obez bireylerin ölçek soklarının karşılaştırılması yapılarak Tablo 7'de değerlendirilmiştir. Ölçek skorları bakımından yapılan karşılaştırmalara göre ise farkındalık boyutu hariç tüm ölçek skorları bakımından bariatrik grup ortalaması ile obez grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 7). Guerdjikova et al.'un bariatrik cerrahi geçirmiş 178 obez hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmaya göre hastaların %38.7'sinde duygusal yeme probleminin olduğu tespit edilmiştir. Walfish tarafından yapılan ve ameliyat öncesi duygusal durum ve yeme ilişkisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise 122 kadın hasta değerlendirilmiş ve "sıkılmış, depresif, kaygılı, kızgın ve yorgun" hissetmenin obez

kadın hastalarda duygusal yeme dönemlerine beraberlik sağlayan başlıca duygular olduğu ifade edilmiştir (29).

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin ameliyattan sonraki ilk süreçlerinde alışkanlıklardan kurtulması zor olsa da bir süreden sonra vücudu az ve sık beslemeye karşı alışkanlık haline getirmişlerdir. Obez bireylerin öğünlerinde bu durum devamlı ve yüksek kalorili sağlıklı besinlerle doludur. Hatta yemeye başlayınca kendini durduramayan bireyler de cabası. Düşünmeden yeme boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (4,18±1,04) obez grup ortalamasından (1,68±0,78) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0,001). Duygusal yeme boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,28±0,34) obez grup ortalamasından (1,73±0,72) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0,001). Yeme disiplini boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,71±0,71) obez grup ortalamasından (2,04±0,7) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0,001).

Bariatrik cerrahi işlemi geçiren bireyler; ameliyat sonrası kişilerin yeniden doğduklarını, ameliyatla birlikte ikinci bir hayatı kazandıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde bir nitel araştırmada bariatrik/metabolik cerrahi geçiren katılımcılarla görüşmeler sonucunda “yeni bir hayat” temasına ulaşılmıştır (52). Liebl ve arkadaşlarının yaptıkları bir nitel çalışmada “hayatımı geri alma” ve “yeni bir hayat” temaları üzerine durulmuş ve kilo kaybıyla birlikte istedikleri hayatı yaşama şansı yakaladıklarını bildirilmiştir (25). Çalışmamızda katılımcıların ameliyat sonrası kilo vermeye bağlı kendilerini mutlu hissettikleri ve ameliyat öncesi depresyonlarının azaldığı ya da yok olduğu da tespit edilmiştir. Enterferans boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,7±1,04) obez grup ortalamasından (1,71±0,69) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0,001). Bariatrik/metabolik cerrahi üstünden beş yıl geçmiş bireylerle yapılan başka bir fenomenolojik çalışmada da “değiştirilen vücut ve vücut fonksiyonları; özgür bırakma ile kontrol arasında” teması altında katılımcılar ameliyat sonrası hayattan zevk alma fırsatı bulduklarını ve mutlu olduklarını belirtirken bazı katılımcılar ise kiloyu geri alma korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (31).

Çalışmamızda obez bireylerin bariatrik cerrahi geçirmiş bireylere oranla yemekleri çiğneme oranlarının ve soğumasını bekleme sürelerinin çok daha az olduğu da tespit edilmiştir. Normal beslenme düzeninde her lokmanın yeterince çiğnenmesi

gerekmektedir. Sıcak yemeklerin ise biraz soğuması beklenecek şekilde tüketilmesi gerekmektedir. Bu durumda obez bireylerin yemeklerdeki ince tatları fark etmeleri de zorlaşmaktadır. Bilinçli beslenme boyutu bakımından bariatrik grup ortalaması (3,51±0,54) obez grup ortalamasından (2,26±0,52) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin ameliyattan sonra uzun bir süre alkol kullanımı da yasaktır. Bu durum da bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin alkol ve sigara kullanımlarını da azaltarak olumlu yönde gelişim sağlamıştır. Obez bireyler de ise bu durum değişiklik göstermemiştir. Sigara ve alkol kullanımları bakımından bariatrik grup ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 4, sırasıyla p=0,417 ve p=0,053). Baş tarafından gerçekleştirilen obezite cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi adlı çalışmaya göre 53 obez hasta çalışmaya katılım sağlamış olup, katılımcıların ameliyat sonrası bulguları ameliyat öncesine göre sigara kullanımı %30,2'den %13,2'ye, alkol tüketimi %15,1'den %3,8'e düştüğü tespit edilmiştir (6). Bireylere bilgilendirmeler yapılsa dahi sigara ve alkol kullanımı azalsa da hala tüketimleri devam etmektedir (22).

Bariatrik cerrahi işlemi geçirmiş bireyler ve obez bireyler arasında; yaptıkları ana ve ara öğün sayıları arasında da ters oranda bir ilişki saptanmıştır. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin çoğunluğu günde 2 ana – 3 ara öğün yaptıklarını söylerken obez bireylerde ise bu durum 3 ve üzerine kadar çıktığı görülmüştür. Çalışmamızda BG ve OG gruplarının tükettikleri ana öğün ve ara öğün sayılarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Ana ve ara öğün bakımından bariatrik grup ile obez grup dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5, sırasıyla p=0,005 ve p<0,001). Yapılan bir başka çalışmada bariatrik cerrahi sonrası bireylerin %71,3'ünün üç ana öğün, %34,5'inin üç ara öğün tükettiği tespit edilmiştir (31). Bu bulgular obez bireylerin düzenli öğün tüketme alışkanlığı olmadığını ve ara öğünlerin de ana öğünleri de zaman zaman atladıklarını göstermiştir. Ayrıca bireylerde açlık durumunun hissedilmemesine karşın atıştırma sıklığı oldukça yüksektir. Yapılan bir çalışmada bireylerin %42'si "Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?" sorusuna, günlük belirli bir öğün tüketim alışkanlığı olmadığını, besin tüketiminin düzensiz olduğu ya da sürekli atıştırma halinde olduğu cevabını vermiştir. Bireylerin yalnızca %3,7'sinin 3 ana öğün ve 1-3 arasında değişen ara öğün tüketmekte olduğu görülmüştür. Bireylerin sadece

%3,7'sinin 3 ana öğün ve 1-3 arasında değişen ara öğün tüketmekte olduğu gözlenmiştir. Bireylerin %29,3'ü ara öğün tüketmeyerek, yalnızca 3 ana öğün tüketirken %19,1'i yalnızca iki ana öğün tükettiklerini belirtmişlerdir (34). Anket sonuçlarımız ve yapılan çalışmalar paralellik göstermektedir.

Bariatric cerrahi geçirmiş bireylerin sağlıklı beslenme basamaklarını obez bireylere oranla daha doğru uyguladığı görülmektedir. Sık sık ve az miktarda beslenme düzeninin sağlıklı kilo verme aşamasında daha etkili olduğu bilinmektedir. Anket uyguladığımız kişilerde diyet yaptıkça kişilerin yaşamlarının daha düzenli hale geldiği ve kendilerini daha rahatlamış hissettiklerini de belirtmişlerdir.

Bariatric cerrahi geçirmiş bireylerde kilo kaybının yaklaşık olarak bir yıl boyunca devam ettiği görülmüştür. Tabii ameliyattan sonra beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve sağlıklı-düzenli beslenme yöntemiyle kilo kaybı devam eder. Bazı bariatric cerrahi geçirmiş bireylerin sonradan kilo almaları olası bir durumdur. Bariatric cerrahi ameliyatı sonrasında hastalar, yeni yeme düzenleri ve alışkanlıkları geliştirmektedirler. Yeni öğün düzenleri ayarlandığı gibi bazı öğünler de atlanıp yapılmamaktadır. Özellikle en çok atlanan öğün olan kahvaltı öğünü araştırmacıların dikkatini çekmiş ve kahvaltı öğününün atlanmasının kilo geri alımına neden olduğu belirtilmiştir. Hastaların çoğunda bu davranışlara çok sık rastlanmaktadır (20).

Gece Yeme Sendromunun (GYS) ameliyat sonrası dönemde görülüp görülmediği yakın zamanda araştırma konularına dahil edilmiştir. Hsu ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi GYS tanısı konmuş 24 hasta takip edilmiş ve operasyon sonrası 12 ve 18 ay kontrollerinde bu hastaların sadece ikisinde gece yeme sendromunun devam ettiğini bildirmişlerdir (39). De Zwaan ve arkadaşları (2015), gastrik by-pass geçirmiş 59 hastanın %4'ünde gece yeme davranışı bildirmişlerdir. GYS'nin bariatric ameliyatlardan sonra görülme sıklığı azalma gösterse de tamamen bittiğini söylenememektedir (51).

Ameliyatın kilo kaybına yardımcı olduğu gerçeğinin yanında olası kötü beslenme durumlarına karşı geri kilo alımı olarak dönüş yapmaktadır. Ameliyatın daha hızlı kilo kaybı sağlayıp psikolojik olarak daha motive edici olması sağlıklı beslenmeden kilo kaybının olmasını desteklemez. Bariatric cerrahi geçirmiş olsa dahi düzenli kilo kaybı için sağlıklı beslenme şarttır. Sağlıklı beslenme ve psikolojik durumlarının da beraber kontrol altında tutulmalıdır. Beslenme ve psikolojik durumlar birbirini

etkilemektedir. Psikolojik durumun iyi olması diyet motivasyonunu ve sürdürülebilirliğini arttırmaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrasında hem diyetisyen hem psikolog destekli bir süreç ilerlenmelidir.

Bariatrik cerrahinin kilo vermede hızlı bir süreç sağlamasının yanında kişilerin yaşam biçimlerini değiştirerek eski beslenme alışkanlıklarını geride bırakmalıdır. Zeminde sağlıklı beslenme yoksa tekrar kilo alımı gerçekleşmektedir. Obezite durumu tekrar görülme olasılığı da artmaktadır.



## SONUÇ

Yapılan bu araştırmada "Bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler ve geçirmemiş obez bireylerin yeme farkındalıklarının karşılaştırılması" konusu incelenmiş olup konu hakkında detaylı bir literatür taraması yapılmıştır.

Obez bireyler ve bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler arasındaki en çok dikkat çeken fark besin tüketimlerinin kalori ölçeklerinin yanı sıra sağlıklı ve sağlıksız beslenme olarak görülmüştür. Bariatrik cerrahi işlemi geçirmiş bireylerin çoğunluğunda sağlıklı beslenmeyi alışkanlık haline getirip yaşam biçimi olarak baz alarak yaşamlarına devam etmektedir. Tabi bunun sebeplerinin en temeli kaybettikleri kiloların kendilerini motive etmesi ve tekrar eski hallerine dönmek istememeleridir.

Obez bireylerde en çok dikkat çeken durumun ruhsal olarak hangi duygu durum içerisinde olurlarsa olsunlar kendilerini yemek masasında bulmaları. Mutluluklarını yemekle taçlandırırken, mutsuzluklarının geçmesi için de yemek yemekle kendilerini motive ettikleri görülmüştür. Duygusal açlıklarının yemek yiyerek düzeldiğini düşünmeleri aslında kilo alımlarının en büyük sebebi olarak görülmüştür. Tabi bunun yanında yemek yemeye başlayınca kendilerinden geçip doyma hissini ulaşamayanlar da o kadar çoğunlukta ki ikinci en büyük sebep olarak gösterilebilir.

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireyler de karşılaşılan bir soruna değinmek gerekirse ameliyat sonrasında kilo kaybı sağlanırken bir süre sonra bu kilo kaybının durması hatta tekrar kilo alımıyla karşılaşmak. Bu durumun en temel sebebinin ameliyat sonrası bireylerin diyetlerini geçici süre olarak görüp sonrasında eski beslenme alışkanlıklarına tekrar dönmesi ve sağlıklı beslenmeyi yaşam tarzı haline getirip devamlılığını sağlayamamasıdır.

Son yıllarda oldukça popüler olan bariatrik cerrahiye kilo kaybı için kesin çözüm olarak görmek değil de kilo kaybı sağlanırken; hızlı kilo kaybı ve motivasyon olarak değerlendirilirse daha sağlıklı sonuçlar doğuracaktır. Çünkü kişinin eski beslenme alışkanlıklarına devam etmesi tekrar obezite ile karşı karşıya kalacağını gösterir. Midenin 'Tela submukoza' tabakası sayesinde esnek yapıda olması ve kişinin eski beslenme alışkanlıklarının devam etmesiyle ameliyat öncesi mide boyutuna tekrar geleceği unutulmamalıdır. Bu yüzden ameliyat sonrasında kişilerin sağlıklı ve düzenli beslenmeyi ömür boyu devam ettirmeleri önemlidir.

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde ameliyat sonrası kısıtlı beslenme ve bazı gelişen komplikasyonlara karşı bireyleri sıkı takip ve gözlem altında tutmakta fayda vardır. Bireylerde eskiden kalma alışkanlıklarını devam ettirme durumu görülebilir. Midenin doymasına rağmen daha fazla besin tüketiminin kusma gibi komplikasyonlara sebep vereceği için kişilerin hem diyet hem psikolojik destek almalarının önemini vurguluyoruz. Kişilerde psikolojik etkenlerden kaynaklı yeme atakları oluşması da sık karşılaşılan durumlardan biridir.

Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde de obez bireylerde de dış görünüş algısı veya beğenilme isteği kişilerde özgüven eksikliğini gösteriyor. Alışlagelmiş beden algılarına bakacak olursak; kadınlarda ince bel ve bacak, erkeklerde sıkı kollar ve geniş, kaslı omuzlar gibi ölçüler güzellik algılarını belirliyor. Ameliyat sonrası bireyler o bedenlerin hayalini kurarken hızlı bir şekilde gerçekleşmesini hayal ediyorlar. Ama bu o kadar kolay değildir. Ameliyat olunsa da olunmasa da obez bireyleri, sağlıklı vücutlara ulaşmak için belirli bir zaman ve sabır gerekmektedir.

Uzman kişilerin desteği ameliyat öncesinde ve sonrasında çok önemlidir. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerin diyetisyen ve psikolog kontrolünde ilerlemesi en sağlıklı kilo kaybı ve ilerlemeyi sağlayacaktır. Bariatrik cerrahinin uzun süreli ve başarılı bir sonuç vermesi için, hastanın hayatı boyunca beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine bağlıdır. Diyetisyenler bariatrik cerrahi ekibinin önemli bir yerini doldurmaktadır. Aynı zamanda, bir hastanın ameliyata alınmadan önce beslenme alışkanlıklarının, sosyal, çevresel ve klinik durumunun multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesi, izlenmesi ve yorumlanması şarttır.

## KAYNAKÇA

1. Akdemir, İ. (2021). Bariatrik cerrahi planlanan hastaların yeme bağımlılığı, depresyon ve beslenme durumunun değerlendirilmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), *Bes Diy Derg* 2021;49(3):19-28
2. Altunkaynak, B, Özbek, E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri, *Van Tıp Dergisi*: 13(4);28-148, 2014.
3. Anuk, T, Köksal, N, Avşar, F, Allahverdi, T, Sülü, B, Çakmur, H. Bariatrik Cerrahi İle İlgili İlk Sonuçlarımız, *Ege Tıp Dergisi*,2017;56(2):82-86.
4. Archer, E, Lavie, C.J, Hill, J.O, The Contributions of 'Diet', 'Genes', and Physical Activity to the Etiology of Obesity: Contrary Evidence and Consilience, *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2018, 61(2), 89–102.
5. Aydın, M., Bozkurt, H. T., Çalışır, A., & Yılmaz, H. (2019). Bariatrik cerrahi adayları hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 29(3).
6. Baş, B. Obezite Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Maltepe Üniversitesi, 2018.
7. Batar, N. (2019). Bariatrik Cerrahide Beslenme İlkeleri. *Medical Journal of Bakirkoy*, 15(4).
8. Batar, N. (2019). Bariatrik cerrahi planlanan obez hastalarda besin tüketimleri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişki.
9. Batar, N. Bariatrik cerrahi sonrası beslenme ilkeleri, *Beslenme ve Obezite*, 145.
10. Baysal A, Merdol T, Sacır H, Ciğirim N, Başoğlu S. Türk Mutfağından
11. Bray, G.A, Obesity: historical development of scientific and cultural ideas, *International Journal of Obesity*,1990, 14(11), 909-926.
12. Conway, B, Rene, A, Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2004, 5(3), 145–151.
13. Coşkun, E., Deveci, E., & Başak, İ. N. C. E. (2020). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Obezite Cerrahisi Tedavi Sürecine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 409-420.
14. Çelik, E., Karabulut, E., & Bilgiç, P. (2017). Bariatrik cerrahi hastalarında beslenme ve davranış tutumu ölçeği. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(2), 107-115.

15. Dikmen, S. N. T., İlkay, Ş., & Şafak, Y. (2022). Bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası benlik saygısı, duygusal yeme, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi: Bir yıllık takip çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 4(2), 140-147.
16. Dizlek, D., Çatal, E. (2018). Morbid obezitede bariatrik cerrahi sonrası hasta sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(2), 501-512.
17. Eker, E, Şahin, M. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, 7 (2012) 246-247.
18. Erbay, L, Akyüz, M, Şahin, İ, Evren, B, Kayaalp, C. Bariatrik Cerrahi Adayı Morbid Obezite Hastalarının Yaşam Doyumunun Beden ve Algısı ve Benlik Saygısı ve İlişkisi. Fırat Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA), Endokrinde Yönelişler.
19. Erdem NZ. Bariatrik cerrahide beslenme durumunun değerlendirilmesi, beslenme desteği ve izlenmesi. In: Alphan met (eds). Hastalıklarda beslenme tedavisi. İkinci baskı. Ankara: Hatipoğlu Basım Ve Yayın Sanayi Tic. Ltd. Şti. Hatipoğlu Yayınları: 168, Beslenme ve Diyetetik Dizisi: 06. Baskı: Alp Ofset Matbaacılık Ltd. Şti. Yayıncı Sertifika No: 13777. ISBN:978-975- 8322-57-2; p. 277-304, 2014.
20. Erdem NZ. Bariatrik cerrahi hastalarında beslenme tedavisi, beslenme kaliteleri ve besin seçimleri (Nutritional treatment, quality of alimentation, and food choices for patients of bariatric surgery). *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics*. 3(1):57-67, 2017.
21. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6:152-157.
22. Genç, V. Obezite Cerrahisi ve Sonrası, Ankara.
23. Güngör, Ş. Obezitenin Tedavisinde Geçmiş ve Güncel Bariatrik Cerrahi Uygulamaları. *MSÜ Fen Bilimleri Dergisi*, 7,2(697-705).
24. Habibi, M., Baygut, H. (2022). Bariatrik cerrahi ve beslenme, *Sağlık ve bilim*, 7.
25. Jackson, V. M, Breen, D.M, et al., Latest approaches for the treatment of obesity, *Expert Opinion on Drug Discovery*, 2015, 10(8), 825– 839.
26. Karaca, G., Önal, H. Y. (2020). Bariatrik Cerrahi Sonrası Beslenme Önerileri. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 24(4), 194-197.
27. Kayar, H, Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 6(2);2013.

28. Kılıç, Y. (2019). Bariatrik cerrahi geçiren hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi (Master's thesis, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
29. Kırkıl C. Bariatrik cerrahi nedir? <https://www.cuneytkirkil.com/kopyasi-altsayfa>. Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2019.
30. Morbid Obezinde Bariatrik Cerrahi Sonrası Hasta Sonuçları, Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, 6 (2018) 501- 512.
31. Müftüoğlu, S., & Küçükağdaş, Ş. (2019). Bariatrik Cerrahi Sonrası Bireylerin İştah Kontrolü ve Yeme Bağımlılıklarının Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 47(2), 30-39.
32. Onat A, Yıldıırım B, Çetinkaya A, Aksu H, Keleş, Sansoy V. Obesity prevalence in Turkey. Turk Kardiyol Dern Ars 1999; 27:209-217.
33. ÖGE, A. Obezite ve Tedavileri.
34. Örnekler. T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları/ 1570, Yayınlar dairesi başkanlığı, tanıtma eserleri dizisi/ 56. ISBN 975-17-1055-3, 3. Baskı, Ankara, 2010.
35. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK ve ark. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2011; 14:210-217.
36. Özen, S. (2016). Morbid obez hastalara uygulanan bariatrik cerrahi işlemlerin yaşam kalitesi üzerine etkileri.
37. Phillips, B.T, Shikora, S.A, The history of metabolic and bariatric surgery: Development of standards for patient safety and efficacy, Metabolism: Clinical and Experimental, 2018, 79, 97–107.
38. Sağlam, F., Güven, H. Obezitenin Cerrahi Tedavisi, Okmeydan Tıp Dergisi 30: 60-65, 2014.
39. Sağlık Bakanlığı. "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık
40. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha
41. Saka, M, Bektaş, A, Bariatri Cerrahi ve Beslenme, Ankara.
42. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-1556.
43. Semerci, C. Obezite ve Genetik, Gülhane Tıp Dergisi 46(4):353-359 (2004).

44. Sevinçer, M, Coskun, H, Konuk, N, Bozkurt, S. Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014;6(1):32-44.
45. Taşkın M, Zengin SÜ, Taşkın HE. Bariatrik ve metabolik cerrahinin tarihçesi. J Gen Surg. 8(3):1-5, 2015.
46. Tıp Dergisi, 2018; 23(1) 1-5.
47. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu,2019.
48. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2009). Obezite tedavi kılavuzu ve yaşam tarzı önerileri.
49. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (2019), Obezite Hakkında OECD Raporu.
50. Ünal, S. G. (2018). Duygusal Beslenme Ve Obezite. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD, 3(2).
51. Ünal, Ş., Sevinçer, G. M., & Maner, A. F. (2019). Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının; gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. Türk Psikiyatri Dergisi.
52. Wright, S.M, Aronne, L.J, Causes of obesity, Abdominal Imaging, 2012, 37(5), 730–732
53. Yüksel, A. Bariatrik Cerrahi Operasyon Geçiren Morbid Obez Bir Hastasının 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Solunumu, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi 2016:1(1);39-45.

## EKLER

### EK 1

### YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

**GK** Gizem Köse 31.03.2022  
Kime: Sultan Yılmaz >

**YFÖ\_30**

Merhaba Sultan,  
Ölçeği ekte gönderiyorum. Puanlandırması da ekin içindedir. Skorlamada aritmetik ortalama alınmakta olup, 3 ve üzeri yeme farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bütün ölçek faktörleri için yüksek puanlar olumlu yönde yorumlanmaktadır (örn duygusal yeme yüksek çıkan birey duygusal yemeye baş edebilmektedir). İyi çalışmalar dilerim.

--

**Gizem KÖSE, PhD**  
Department of Nutrition and Dietetics  
Faculty of Health Sciences  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar University

**Dr. Öğr. Üyesi Gizem KÖSE**  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

Lütfen her bir soruya dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutucukları X işareti koyunuz.

	1	2	3	4	5
	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

	1	2	3	4	5
1. Besinlerin kaliteleri hakkında bilgim vardır.					
2. Ana öğünümü eksiksizce yiyemem.					
3. Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.					
4. Sevdiğim yiyeceklerden birini yemem, doyduğumu fark edemem.					
5. Fast food olmayan bir hayat geçiriyordum.					
6. Cevemdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7. Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçırım.					
8. Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9. Dış ortamda yemek yediğimi hatırlayabilirim.					
10. Bir şey içmem ebediğimde dışarıdan yemem.					
11. Yüksek kaliteli besinlerden uzak durmam.					
12. Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13. Yediğim besinlerdeki tuz miktarı fark ederim.					
14. Birden bir çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15. Yediğim her lokmamın tadına varırım.					
16. Sık sık diyet yaparım.					
17. Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18. Öğün atlatırım beslenirim.					
19. Yemek yerken otal yemek kase kullanırım.					
20. Bir öğünde daha fazla yiyecek hale gelince kadar yerim.					
21. Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da çips varken yemeden durmam.					
22. Masanın boşlanca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23. Canım sıkınca yerim.					
24. Sağlıklı beslenirim.					
25. Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26. Yediğimi fark etmeden atlatırım.					
27. Küçük lokmalarla yerim.					
28. Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29. Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30. Marlı olmak için çikolata yerim.					

Kaynak: Kose G, Taylor M, Birciciglu I, et al. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2016; 5(1): 125-134, doi: 10.5455/OCBPR.250644.

#### PUANLAMA YÖNERGESİ

Ak boyut ve madde sayı: 7 ak boyut ve 30 madde

1. Duygusal Yeme (5 madde) (4, 14, 17, 20, 26)

2. Duygusal Yeme (5 madde) (21, 22, 23, 28, 30)

3. Yeme Kontrolü (4 madde) (3, 6, 27, 29)

4. Farkındalık (5 madde) (8, 9, 12, 13, 15)

5. Yeme Disiplini (4 madde) (1, 18, 24, 25)


6. Bilinçli Beslenme (5 madde) (2, 7, 11, 16, 19)


7. Entereferans (Diş etmenlerden etkilenme) (2 madde) (5, 10)

Ölçeğin bulunan ters maddeleri Ölçekte 20 ters madde bulunmaktadır. 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27 sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ters\* puanlandırılmaktadır. (\*\*Ters Puanlama [1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1])

Ölçeğin Değerlendirilmesi Ölçek sonuçlarına göre bireylerin ve toplumun beslenme davranışlarının değerlendirilmesi için her bir ak boyutundan alınan 7

# BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

	Istanbul Esenyurt Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı	Form No: 5
<b>Girişimsel Olmayan Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)</b>		
Araştırma Projesinin Adı	<b>Başatık Cerrahi Ameliyat Geçirmiş Bireylerin ve Ameliyat Geçirmemiş Obese Bireylerin Yeme Farkındalıklarının Karşılaştırılması</b>	
Sorumlu Araştırmacının Adı	Sultan YILMAZ	
Diğer Araştırmacıların Adı		
<p>Yukarıda bilgileri verilen bilimsel araştırma projesindeki çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Bilimsel araştırmaya projeye destek verip vermemeye veya katılıp katılmama kararı tamamen hür iradenize aittir. Aşağıda, söz konusu araştırma projesine ait detaylı bilgiler tarafınıza sunulmuştur. Lütfen size verilen bilgileri dikkatlice okuyunuz ve katılmaya karar verdiğiniz takdirde "Çalışmaya Katılma Onayı Formu"nda bulunan size ait bölümleri doldurunuz ve imzalayınız. Çalışmaya katılmaya ilk etapta karar vermiş olsanız dahi herhangi bir safhasında ayrılmakta özgürsünüz.</p> <p><b>Çalışmanın Konusu ve Amacı:</b> Araştırma projesindeki çalışmaya davet edilmesinin amacı, yapılacak araştırma projesi kapsamında eğitimsel ve bilimsel olarak elde edilecek verilere katkısını sağlamaktır. Çalışmaya sizin gibi dahil edilmesini düşündüğümüz gönüllü katılımcı sayısı ..... kişi olarak planlanmıştır. <i>(çevre çalışma tekniği da çok merkezli ise belirtilmelidir)</i></p> <p><b>Çalışma İşlemleri:</b> <i>(Çalışmanın süresi, sağlık durumu, çalışmada gönüllüden alınan materyallerin hangi türlerin kullanılacağı, miktarı, kullanılan materyallerin kendisine uygulanacak tona ve tedavi protokolüne etki edip etmeyeceği, gönüllü katılımcıya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılacaksa tam olarak ne bekleyeceği, vs. açıklanmalıdır)</i></p> <p><b>Çalışmada Gönüllü Olarak Yer Almanın Yararları:</b> <i>(Bilimsel araştırma projesindeki çalışmadan verilerin eğitimsel, bilimsel katkıları ile bunun toplum yararına nasıl kullanılacağı açıklanmalıdır)</i></p> <p><b>Çalışmaya Destek Vermenin Maliyeti:</b> Araştırma projesindeki çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacağı gibi sizden herhangi bir maddi katkı da istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.</p> <p><b>Kişisel Bilgilerin Konumması:</b> Araştırma projesindeki çalışmaya katılan / destek veren tüm gönüllülerin kişisel bilgilerine değil, gönüllülerden alınan çeşitli materyallere ve sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışma süresince ve sonrasında gönüllü katılımcıların kişisel bilgileri kesinlikle gizli tutulacak, herhangi üçüncü şahıslar ile paylaşılmayacaktır. Gönüllülerimizden sağlık kurumunda saklanmak üzere alınan kan, genetik materyal, biyopsiler gibi çeşitli materyallerden elde edilen veriler, istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır.</p> <p><b>Gönüllü Katılımcı İmza Parafı:</b> <span style="float: right;"><b>Araştırmacı İmza Parafı:</b></span></p>		
1		

	Istanbul Esenyurt Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı	Form No: 5
<p>Gereği halinde, sizinle ilgili kişisel bilgilerinizin kullanılıp kullanılmadığı, etik kurullar ya da resmi makamlar tarafından incelenebilecektir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınız ve çalışmaya olan katkınıza ilgili bilgileri isteme hakkınız vardır. Çalışma sonucunda elde edilen bilgilerin sonuçları çalışmaya bitiminde ulusal veya uluslararası bilimsel tıbbi literatürde yayımlanabilecektir. Ancak burada da kimliğinizin açıklanması söz konusu değildir.</p> <p>Sorumlunuz için aşağıda adı, soyadı, ünvanı, çalıştığı kurum ve kurumdaki görevi bildirilen sorumlu araştırmacıya danışabilirsiniz. Adı ve Soyadı : Sultan YILMAZ Ünvanı : Diyetisyen Çalıştığı Kurum : Diyetisyen Sultan Yılmaz Sağlıklı Beslenme ve Diyet Danışmanlığı Merkezi Kurumdaki Gösteli : Diyetisyen İletişim Tel.No : 05325702067</p> <p><b>Araştırma Projesindeki Çalışmaya Katılma Onayı</b></p> <p>Yukarıdaki bilgileri yazılı olarak okuduğum gibi, araştırmacının konuya ilişkin sözlü anlatımlarını da dindim ve anladım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmadım. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve başvurduğum sağlık kurumundaki hekimim ile olan ilişkiime bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Aklıma gelen soruları kendisiime sorudum ve tatminlik cevaplar aldım. Sonuç itibarıyla bilgilendirildiğim araştırma projesindeki çalışmaya katılmaya kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, sıklıkla için bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.</p> <p>Tarih: _____</p> <p><b>Gönüllü Katılımcının</b></p> <p>Adı ve Soyadı: _____ İletişim Tel No'su: _____ İmzası: _____</p> <p><b>Gönüllü Katılımcı 18 Yaşından Küçükse Velisinin</b></p> <p>Adı ve Soyadı: _____ İletişim Tel No'su: _____ İmzası: _____</p> <p><b>Araştırmacının</b></p> <p>Adı ve Soyadı: Sultan Yılmaz İmzası: _____</p>		
2		

# YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ

## YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

	1	2	3	4	5
1. Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2. Ana öğünümü ekmecksiz yiyemem.					
3. Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.					
4. Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doydüğümü fark edemem.					
5. Fast food olmayan bir hayat düşünmüyorum.					
6. Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7. Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8. Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9. Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10. Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11. Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12. Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13. Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14. Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15. Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16. Sık sık diyet yaparım.					
17. Tok olsam bile bir yiyeceğin aklıma geldiği olur.					
18. Öğün saatlerim bellidir.					
19. Yemek yerkenatal yerine kaşık kullanırım.					
20. Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21. Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da çips varken yemeden duramam.					
22. Moralin bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23. Canım sıkılınca yerim.					
24. Sağlıklı beslenirim.					
25. Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26. Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27. Küçük lokmalarla yerim.					
28. Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29. Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30. Mutlu olmak için çikolata yerim.					

**Kaynak:** Kose G, Tayfur M, Birincioğlu I, et al. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) Into Turkish, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2016; 5(3): 125-134, doi: 10.5455/JCBPR.250644.

### PUANLAMA YÖNERGESİ

Alt boyut ve madde sayısı: 7 alt boyut ve 30 madde

1. Düşünmeden Yeme (5 madde): 4, 14, 17, 20, 26

2. Duygusal Yeme (5 madde): 21, 22, 23, 28, 30

3. Yeme Kontrolü (4 madde): 3, 6, 27, 29

4. Farkındalık (5 madde): 8, 9, 12, 13, 15

5. Yeme Düşüncesi (4 madde): 1, 18, 24, 25

6. Bilinçli Beslenme (5 madde): 2, 7, 11, 16, 19

7. Enterferans (Diş etmenlerden etkilenme) (2 madde): 5, 10

**Ölçeğin bulunan ters maddeler:** Ölçekte 20 ters madde bulunmaktadır. 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27 sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ters\* puanlandırılmaktadır. (\*Ters Puanlama [1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1])

**Ölçeğin Değerlendirilmesi:** Ölçek puanları her alt boyutların ve toplam puanın aritmetik ortalaması alınmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan 3 ve üzeri puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme farkındalığı puanı vermektedir.

İzin için iletişim adresi: drgjzemkose@gmail.com

## SOSYODEMOGRAFİK ANKET

### Kişisel Bilgiler-Genel Tarama

- 1-Yaşınız:  
2-Vücut Ağırlığı(kg):  
3-Boy Uzunluğu(cm):  
4-Babanızın Mesleği: ( )İŞÇİ ( )MEMUR ( )ESNAF ( )EMEKLİ ( )SERBEST MESLEK ( )DİĞER.....  
5-Babanızın Eğitim Durumu : ( )OKURYAZAR DEĞİL ( )İLKOKUL MEZUNU ( )ORTAOKUL MEZUNU ( )LİSE MEZUNU ( )ÜNİVERSİTE MEZUNU ( )YÜKSEK LİSANS/DOKTORA  
6-Anninizin Mesleği : ( ) EV HANIMI ( ) İŞÇİ ( )MEMUR ( )ESNAF ( )EMEKLİ ( )SERBEST MESLEK ( )DİĞER.....  
7-Anninizin Eğitim Durumu : ( )OKURYAZAR DEĞİL ( )İLKOKUL MEZUNU ( )ORTAOKUL MEZUNU ( )LİSE MEZUNU ( )ÜNİVERSİTE MEZUNU ( )YÜKSEK LİSANS/DOKTORA  
8-Ailenizdeki Birey Sayısı(siz dahil) :  
9-Şu Anda Aileniz İle Yaşayan Çocuk Sayısı :  
10- Beslenmeye bağlı tanısı konmuş sağlık sorununuz var mı?  
( ) EVET ( )HAYIR  
11- Tanısı konmuş sağlık sorununuz var ise en önemlisi hangisidir?  
( )ŞEKER HASTALIĞI ( )BÖBREK HASTALIĞI ( )DİŞ PROBLEMLERİ ( )KANSIZLIK ( )GÖZ RAHATSIZLIĞI ( )KALP DAMAR HASTALIĞI ( )DİĞER.....  
12-Öğreniminiz Sırasında Beslenme Konularında Ders Aldınız Mı ?  
( )EVET ( )HAYIR  
13-Yazılı ve Görsel Basında Beslenmesi İle İlgili Haberleri İzler Misiniz ?  
TELEVİZYON : ( ) ( ) ( )  
RADYO : ( ) ( ) ( )  
GAZETE : ( ) ( ) ( )  
DERGİ : ( ) ( ) ( )  
VIDEO KASET : ( ) ( ) ( )  
KİTAP : ( ) ( ) ( )  
14-Beslenme Konularına İlgili Duyar Mısınız ?  
( ) HİÇ İLGİLENMEM ( ) FIRSAT BULDUKÇA ( ) GEREKTİĞİNDE ( ) SÜREKLİ  
15-Sigara Kullanıyor Musunuz ?  
( ) HİÇ İÇMEDİM ( ) BIRAKTIM ( ) HALEN İÇİYORUM  
16- Alkol Kullanıyor Musunuz ?  
( ) HİÇ KULLANMADIM ( ) BIRAKTIM ( ) ARADA SIRADA KULLANIRIM ( )SÜREKLİ İÇERİM
- #### Beslenme Alışkanlıkları
- 1-Günde kaç ana öğün tüketiyorsunuz?  
( ) 1 öğün ( ) 2 öğün ( ) 3 öğün ( ) 4 öğün ve daha fazla  
2-Günde kaç ara öğün tüketiyorsunuz?  
( ) 1 öğün ( ) 2 öğün ( ) 3 öğün ( ) 4 öğün ve daha fazla  
3-Günde kaç litre su tüketiyorsunuz?  
( ) 1 litreden az ( ) 1-1,5 litre ( ) 1,5-2 litre ( ) 2-2,5 litre ( ) 2.5 litre ve daha fazla  
4-Enerji içeceği tüketiyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır  
5-Etiket okuma alışkanlığınız var mı ?  
( ) Evet ( ) Hayır  
6-İşlenmiş gıda tüketiyor musunuz ?  
( ) Evet ( ) Hayır  
7-Besin desteği kullanıyor musunuz ?  
( ) Evet ( ) Hayır  
8-Kullandığınız besin desteği nedir?  
.....  
9-Besin desteğini ne sıklıkla kullanıyorsunuz ?  
( ) 0-1 gün ( ) 2-3 gün ( ) 3-4 gün ( ) 4-5 gün ( ) 5-6 gün ( ) hergün
- 14-Beslenme Konularına İlgili Duyar Mısınız ?  
( ) HİÇ İLGİLENMEM ( ) FIRSAT BULDUKÇA ( ) GEREKTİĞİNDE ( ) SÜREKLİ  
15-Sigara Kullanıyor Musunuz ?  
( ) HİÇ İÇMEDİM ( ) BIRAKTIM ( ) HALEN İÇİYORUM

- 10- Beslenmeye bağlı tanısı konmuş sağlık sorununuz var mı?  
( ) EVET ( )HAYIR  
11- Tanısı konmuş sağlık sorununuz var ise en önemlisi hangisidir?  
( )ŞEKER HASTALIĞI ( )BÖBREK HASTALIĞI ( )DİŞ PROBLEMLERİ ( )KANSIZLIK ( )GÖZ RAHATSIZLIĞI ( )KALP DAMAR HASTALIĞI ( )DİĞER.....  
12-Öğreniminiz Sırasında Beslenme Konularında Ders Aldınız Mı ?  
( )EVET ( )HAYIR  
13-Yazılı ve Görsel Basında Beslenmesi İle İlgili Haberleri İzler Misiniz ?  
TELEVİZYON : ( ) ( ) ( )  
RADYO : ( ) ( ) ( )  
GAZETE : ( ) ( ) ( )  
DERGİ : ( ) ( ) ( )  
VIDEO KASET : ( ) ( ) ( )  
KİTAP : ( ) ( ) ( )

- 14-Beslenme Konularına İlgili Duyar Mısınız ?  
( ) HİÇ İLGİLENMEM ( ) FIRSAT BULDUKÇA ( ) GEREKTİĞİNDE ( ) SÜREKLİ  
15-Sigara Kullanıyor Musunuz ?  
( ) HİÇ İÇMEDİM ( ) BIRAKTIM ( ) HALEN İÇİYORUM  
16- Alkol Kullanıyor Musunuz ?  
( ) HİÇ KULLANMADIM ( ) BIRAKTIM ( ) ARADA SIRADA KULLANIRIM ( )SÜREKLİ İÇERİM
- #### Beslenme Alışkanlıkları
- 1-Günde kaç ana öğün tüketiyorsunuz?  
( ) 1 öğün ( ) 2 öğün ( ) 3 öğün ( ) 4 öğün ve daha fazla  
2-Günde kaç ara öğün tüketiyorsunuz?  
( ) 1 öğün ( ) 2 öğün ( ) 3 öğün ( ) 4 öğün ve daha fazla  
3-Günde kaç litre su tüketiyorsunuz?  
( ) 1 litreden az ( ) 1-1,5 litre ( ) 1,5-2 litre ( ) 2-2,5 litre ( ) 2.5 litre ve daha fazla  
4-Enerji içeceği tüketiyor musunuz?  
( ) Evet ( ) Hayır  
5-Etiket okuma alışkanlığınız var mı ?  
( ) Evet ( ) Hayır  
6-İşlenmiş gıda tüketiyor musunuz ?  
( ) Evet ( ) Hayır  
7-Besin desteği kullanıyor musunuz ?  
( ) Evet ( ) Hayır  
8-Kullandığınız besin desteği nedir?  
.....  
9-Besin desteğini ne sıklıkla kullanıyorsunuz ?  
( ) 0-1 gün ( ) 2-3 gün ( ) 3-4 gün ( ) 4-5 gün ( ) 5-6 gün ( ) hergün

## CV FORMU

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
<b>AD:</b>	SULTAN
<b>SOYAD:</b>	YILMAZ
<b>TC:</b>	
<b>DOĞUM YERİ:</b>	
<b>DOĞUM TARİHİ:</b>	
<b>ADRES:</b>	
<b>TELEFON:</b>	

<b>İŞ TECRÜBELERİ</b>	<b>GÖREV</b>
ADANA/KOZAN DEVLET HASTANESİ	STAJYER DİYETİSYEN
İAÜ VM MEDICAL PARK	STAJYER DİYETİSYEN
İSS CATERİNG	STAJYER DİYETİSYEN
ARNAVUTKÖY DEVLET HASTANESİ	STAJYER DİYETİSYEN
İSS CATERİNG	DİYETİSYEN
FİZYOEAL SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİ	DİYETİSYEN
DİYETİSYEN SULTAN YILMAZ SAĞLIKLI BESLENME VE DİYET DANIŞMANLIĞI MERKEZİ	KURUCU/DİYETİSYEN

<b>EĞİTİM VE NİTELİKLER</b>	<b>BÖLÜM</b>
<b>KOZAN FEN LİSESİ</b>	FEN LİSESİ
<b>İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ</b>	SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ/BESLENME VE DİYETETİK
<b>İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ</b>	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM/BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

<b>SERTİFİKALAR</b>
PSİKODİYET
METABOLİK SENDROM VE BESLENME
FİTOTERAPİ VE BESİN İLAÇ ETKİLEŞİMİ
VEGAN VE VEJETERYAN BESLENME
TİROİD HASTALIKLARINDA BESLENME VE VAKA SUNUMU
KANSER HASTALARINDA BESLENME VE VAKA SUNUMU
DİYABETTE MELLİTUS VE TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ VE VAKA SUNUMU
BARİATRİK CERRAHİDE BESLENME VE CERRAHİ KOMPLİKASYON YÖNETİMİNDE TIBBİ BESLENME TEDAVİSİ VE VAKA SUNUMU
BARİATRİK CERRAHİ SONRASI GERİ KİLO ALIMI VE VAKA ÇÖZÜMÜ

GEBELİK DÖNEMİNDE BESLENME VE VAKA SUNUMU
SPOR GRUPLARINA GÖRE BESLENME VE VAKA SUNUMU
PSİKODİYET: BESLENMENİN PSİKOLOJİSİ
0-10 YAŞ ARASI BESLENME VE VAKA SUNUMU
10-18 YAŞ ARASI BESLENME VE VAKA SUNUMU
YEME BOZUKLUKLARI: ANOREKSİYA NERVOZA VE BULİMİA NERVOZA
EMZİRME DÖNEMİNDE BESLENME
DÜNYA DİYETLERİNE BAKIŞ: ALKALİ DİYET, KETOJENİK DİYET, İNTERMİTTENT FASTİNG, ELİMİNASYON DİYETİ, ATKİNS

