Araştırma / *Original article*

Bariyatrik cerrahi adaylarında yaşam kalitesi ve benlik saygısı

Meliha ZENGİN EROĞLU,[1] Sencan SERTÇELİK,[1]
Anıl GÜNDÜZ,[1] Mehmet Emin DEMİRKOL[2]

ÖZ

Amaç: *Bu çalışmanın temel amacı bariyatrik cerrahi adayları (BCA) ile kontrol grubu arasında benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki farklılığı saptamaktır. İkinci amacımız, BCA'da yaşam kalitesi ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.* ***Yöntem:*** *Çalışma Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde BCA olarak değerlendirilen bir grup hasta ile yapıldı. Kontrol grubu ve ardışık başvuru yapan 61 BCA Kısa Form-36 (KF-36), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. Kontrol grubu aynı hastanede çalışan 61 normal kilolu bireyden oluşturuldu.* ***Sonuçlar:*** *BCA grubu 50 kadın 11 erkekten oluştu. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında BCA KF-36'nın tüm alt ölçeklerinden, RBSÖ ve BDÖ'den istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puanlar aldı. BCA grubunda yaşam boyu bir psikiyatrik bozukluğa sahip olma ve herhangi bir eş tıbbi tanıya sahip olma oranları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Regresyon analizi sonucunda BCA grubunda benlik saygısına en çok KF-36'nın mental sağlık alt ölçek puanının ve BDÖ puanının etki ettiği saptandı.* ***Tartışma:*** *BCA'da benlik saygısı ve yaşam kalitesi birbiriyle ilişkili kavramlardır. Benlik saygısı beklenildiği üzere en çok mental sağlık ve depresyon düzeyi ile ilişkilidir. Bu grup hastaların değerlendirme ve tedavi sürecinde psikiyatrik izleme önem taşımaktadır.* ***(Anadolu Psikiyatri Derg 2019; 20(1):20-28)***
Anahtar sözcükler: *Bariyatrik cerrahi adayı, benlik saygısı, yaşam kalitesi, psikiyatrik bozukluklar*

Self-esteem and quality of life in bariatric surgery candidates

ABSTRACT

Objective: *The basic aim of this study was to explore the differences between bariatric surgery candidates (BSC) and control group in self-esteem and quality of life. In addition, our secondary aim is to find out the relationship between self-esteem and quality of life in bariatric surgery candidates.* ***Methods:*** *The study involves a group of BSCs screened at Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. Sixty-one consecutive BSCs and control group assessed by Short Form-36 (SF-36), Rosenberg Self-Esteem Scale and Beck Depression Inventory (BDI). Control group was constituted from 61 normal-weight employees from the same hospital.* ***Results:*** *BSCs group consisted from 50 women and 11 men. BSCs scored statistically lower on all the SF-36 subscales, BDI and self-esteem scale compared with controls. The rates of having a lifetime psychiatric disorder and having any comorbid medical condition in the BSCs were statistically significantly higher than the control group. Because of regression analysis, mental health subscale score of SF-36 and BDI score were found to have the most effect on self-esteem in BSCs group.* ***Conclusion:*** *Self-esteem and quality of life are interrelated concepts in BSCs. Self-esteem is most commonly associated with mental health and depression levels as expected. Psychiatric follow-up has a great importance in evaluation and treatment of these patients.* ***(Anatolian Journal of Psychiatry 2019; 20(1):20-28)***

Keywords: *bariatric surgery candidate, self-esteem, quality of life, psychiatric disorder*

[1] Uzm. Dr., Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul
[2] Uzm. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana
Yazışma adresi / *Correspondence address:*
Uzm. Dr. Meliha ZENGİN EROĞLU, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Selimiye Mah., Tıbbiye Cad., No:23, 34668 Üsküdar/İstanbul
E-mail: melihazengin@gmail.com
Geliş tarihi: 10.05.2018, Kabul tarihi: 06.07.2018, doi: 10.5455/apd.298864

GİRİŞ

Morbid obezite tüm dünyada ruhsal ve fiziksel sağlığı tehdit eder şekilde hızla artmaktadır.[1] Obezitenin kalp-damar hastalıkları, metabolik sendrom ve kanser gibi birçok tıbbi sorun için önemli bir risk etkeni olduğu bilinmektedir. Obezite sınıflamasında en ağır basamakta yer alan morbid obezite hem psikiyatrik, hem tıbbi, hem de toplumsal sorunlara yol açan bir durumdur. Morbid obezlerde görülen tıbbi sorunlar arasında uyku apnesi, dislipidemi, hipertansiyon, osteoartrit, tip-2 diyabet, gastroözefagial reflü ve safra kesesi hastalıkları gibi hastalıklar yer alır.[2]

Bu hasta grubunda tıbbi durumlar dışında psikiyatrik bozuklular da sık görülmektedir.[3,4] Duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozukluları, alkol kullanım bozuklukları ve düşük benlik saygısı bariyatrik cerrahi adaylarında (BCA) en sık görülen psikiyatrik durumlardır.[5-8] Obezitenin özellikle erkeklerde depresyondan koruyucu bir etken olduğunu destekleyen bazı çalışmalar olsa bile, depresyon, anksiyete bozukluğu ve tıkınırcasına yeme bozukluğu bariatrik cerrahiye aday olan hastalarda görülen psikiyatrik bozukluklar listesinin en başında yer almaktadır.[4]

Obeziteye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, tıbbi durumlar, beden imgesi memnuniyetsizlikleri, başarısız kilo verme girişimleri ve kilo vermeyle ilgili çevresel baskılar bu hastalarda benlik saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etkenlerdir. Literatürde obez hastaların benlik saygısının normal kilolulara göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra, tersini gösteren çalışma sonuçları da vardır.[9-17]

Araştırmalarda özellikle Beden Kitle İndeksindeki (BKİ) artış eş organik hastalıklar ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir.[18,19] BKİ ile fiziksel kısıtlılık ve yorgunluk arasında ilişki olduğu,[20,21] BKİ arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir.[22,23] Morbid obezite tedavisinde diyet, iştah kesici ilaçlar, bilişsel davranışçı terapi ve egzersiz gibi birçok yaklaşımla birlikte bariyatrik cerrahi yöntemleri de önemli bir yer tutmaktadır. Düşük yaşam kalitesi BCA'larında bu yöntemi seçmede en önemli neden olarak gösterilmiştir.[24,25] BCA'ları, bariyatrik cerrahi geçirmiş bireylerle karşılaştırıldığında, bariyatrik cerrahi geçirenlerin genel benlik saygısı, fiziksel aktivite, toplumsal ilişkiler ve yeme davranışı üzerine odaklanma gibi yaşam kalitesi alt ölçeklerinde çok daha iyi puanlar aldıkları görülmüştür.[26] Tüm bu nedenlerden dolayı hem Türkiye'de, hem de dünyada bariyatrik cerrahiye olan ilgi ve istek gün geçtikçe artmaktadır.

Obezitede yaşam kalitesi konusunda çok sayıda araştırma yapılmasına rağmen, Türkiye'de BCA'ların yaşam kaliteleri konusundaki yayın azdır. Bu çalışmada hastanemize başvuran bir grup BCA'da yaşam kalitesi, benlik saygısı ve ilişkili etkenlerin değerlendirilmesini amaçladık. Çalışmayla ilgili ilk hipotezimiz BCA'da yaşam kalitesinin ve benlik saygısının kontrol grubundan daha düşük olduğu ikinci hipotezimiz ise BCA'da psikiyatrik hastalık sıklığının daha yüksek olduğudur.

YÖNTEM

Çalışmaya 01.10.2015-31.12.2015 tarihleri arasında hastanemize BCA olarak başvuran toplam 73 hasta davet edildi. Tüm BCA'ları genel cerrahi, endokrinoloji, psikiyatri ve diyetetik bölümleri tarafından değerlendirildikten sonra bir psikiyatrist, bir endokrinolog ve en az bir genel cerrahın bulunduğu bir konsey tarafından multidisipliner açıdan da değerlendirildi. Çalışma verileri cerrahi öncesi değerlendirme aşamasında toplandı. BCA'nın boy ve ağırlıkları aynı cihazla ölçülüp BKİ (kg/m^2) hesaplandı.

Çalışmaya alınma ölçütleri grade 2 obezite (BKİ 35.0-39.9 kg/m^2) ve obezite ile ilişkili en az bir eş tıbbi sorunun olması veya grade 3 (BKİ≥40.0 kg/m^2) obezite olmasıydı. 18 yaşından küçük 1, 65 yaşından büyük 1, alkol/madde kullanım bozukluğu olan 1, zeka geriliği olan 2 ve psikozu olan 1 BCA çalışmadan dışlandı. İkinci kez bariyatrik cerrahi için başvuran 3 BCA da çalışma dışı bırakıldı. Üç BCA da kendi isteğiyle çalışmaya katılmadı. Çalışma grubu 61 ardışık BCA'dan oluştu.

Tüm BCA'ları diğer bölümler tarafından değerlendirildikten sonra bir psikiyatrist tarafından psikiyatrik görüşme ile değerlendirildi. Veriler BCA'nın hastanemizdeki sağlık kayıtlarından elde edildi. Tüm BCA'larla ilgili tıbbi kayıt sonuçları gerekli tetkikler yapıldıktan sonra çalışmaya alındı.

Kontrol grubu, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Klinikleri'nde çalışan sağlık personeli arasından, çalışmaya girmeyi kabul edenlerden oluşturuldu. Kontrol grubuna, BCA'ları ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş BKİ 18.1-24.9 kg/m^2 olan kişiler alındı.

Hem BCA grubu, hem de kontrol grubu ile aynı psikiyatrist psikiyatrik görüşme (DSM-IV Eksen I

bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) yaptı ve aynı ölçekler (Kısa Form-36, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği) uygulandı.

Çalışmayla ilgili etik onay Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından verildi. Tüm katılımcılar çalışmayı kabul ettiklerine ilişkin bir onam belgesi imzaladı.

Değerlendirme araçları

Sosyodemografik Form: Çalışmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Formda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim düzeyi, klinik özellikleri, önceki psikiyatrik tanıları, şimdiki psikiyatrik tanıları ve diğer tıbbi durumları gibi bilgileri değerlendiren sorular yer almaktadır.

DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I): DSM-IV Eksen I ruhsal bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir. SCID-I tanısal değerlendirmenin uygun bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin artırılması ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliğinin arttırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.[27]

Kısa Form-36 (KF-36): Çalışmada KF-36'nın sekiz alt ölçekten oluşan Türkçe sürümü kullanıldı.[28] Bu alt ölçekler fiziksel işlev, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite (enerji), mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısından oluşur. Her alt ölçek 0-100 arasında puanlanır. Yüksek puanlar daha yüksek sağlık düzeyini ve işlevselliğini gösterir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ): Atmış üç madde ve 12 alt ölçekten oluşur. Çalışmada sadece benlik saygısı alt ölçeği kullanıldı. Değerlendirmeye göre bu alt ölçekten 0-6 arasında puan alınmaktadır. Alınan puan 0-1 ise benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise düşük kabul edilir. Türkçeye uyarlaması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır.[29]

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Yirmi bir sorudan oluşan ve 0-3 arasında puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puan 0-63 arasındadır. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Hisli ve arkadaşları yapmıştır.[30,31]

Beden Kitle İndeksi (BKİ): BKİ, hastanın ölçülen kilosunun boyunun karesine bölünmesiyle kg/m^2 cinsinden hesaplandı.

İstatistik

Analizler MedCalc Statistical Software version 12.7.7 programı kullanılarak yapılmıştır.[32] Bağımsız ve normal dağılıma uygunluk göstermeyen ikiden fazla değişkenin karşılaştırması Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Bağımsız ve normal dağılıma uymayan iki değişkenin karşılaştırması Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Bağımsız ve normal dağılıma uyan iki değişkenin karşılaştırması Student's t testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan iki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi analiz etmek için Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin sürekli bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.

SONUÇLAR

Hem BCA grubu, hem de kontrol grubu 50 kadın (%82) ve 11 erkekten (%18) oluşmuştu. İki grup yaş açısından da eşleştirilmişti (p=0.864). BCA'da yaş ortalaması 38.9±8.7 yıl, kontrol grubunda 38.7±8.7 yıldı (p=0.864). BCA'da ağırlık 120.1±15.7 kg, kontrol grubunda 91.06±31.8 kg (p<0.001) idi. BCA'da BKİ ortalama 44.8±4.2 kg/m^2, kontrol grubunda 22.5±1.1 kg/m^2 (p<0.001) olarak saptandı. Atmış bir BCA'nın sadece biri grade 2 obez, geri kalan 60 aday grade 3 obezdi. Bu nedenle grade 2 ve 3 obezler arasında bir karşılaştırma yapılmadı.

BCA'da yaşam boyu psikiyatrik bozukluk oranı %55.7, kontrol grubunda %21.3 olarak bulunmuştur (p<0.001). BCA'da yaşam boyu en sık birden çok psikiyatrik bozukluk tanısına sahip olma (%24.6) saptandı (Tablo 1).Eş psikiyatrik bozukluk varlığı BCA'da daha yüksekti (p=0.114) ve en sık yeme bozukluğu (s=11) saptandı. Her iki grupta antidepresan ve antianksiyete kullanımı vardı, ancak antipsikotik veya duygudurum dengeleyici ilaç kullanan olgu yoktu.

Herhangi bir eş tıbbi durumu olan 46 BCA'dan 32'sinde en az iki veya daha çok çeşit eş tıbbi durum vardı. Böylece BCA grubunda en az iki veya daha çok tıbbi durum bulunma oranı %52.5 olarak bulundu (p<0.001). Polikistik over sendromu dışında tüm diğer eş tıbbi hastalıklar BCA'da daha sık bulunmuştur (%4.9'a karşılık %0.0, p=0.244). BCA'da görülen eş hastalıklardan diyabetes mellitus %50.8, hiperlipidemi %14.8, hipertansiyon 27.9%, tiroit hastalıkları %21.3 ve diğerleri %36.1 oranındaydı; bu oranlar kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla p<0.001, p=0.003, p<0.001, p=0.014, p=0.006).

Tablo 1. BCA ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri

		Total		Kontrol		BCA		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p
Cinsiyet	Kadın	100	82.0	50	82.0	50	82.0	1.00
	Erkek	22	18.0	11	18.0	11	18.0	
Medeni durum	Bekar	33	27.0	17	27.9	16	26.2	0.584
	Evli	81	66.4	41	67.2	40	65.6	
	Boşanmış	7	5.7	2	3.3	5	8.2	
	Dul	1	0.8	1	1.6	0	0	
Eğitim düzeyi	İlkokul	16	13.1	0	0	16	26.2	<0.001
	Ortaokul	8	6.6	2	3.3	6	9.8	
	Lise	38	31.1	25	41.0	13	21.3	
	Üniversite	60	49.2	34	55.7	26	42.6	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	31	25.4	0	0	31	50.8	<0.001
	Çalışıyor	91	74.6	61	100.0	30	49.2	
Yaşam boyu psikiyatrik bozukluk öyküsü	Yok	75	61.5	48	78.6	27	44.3	<0.001
	Var	47	38.5	13	21.3	34	55.7	
Yaşam boyu psikiyatrik tedavi öyküsü	Yok	90	73.8	47	77.0	43	70.5	0.537
	Var	32	26.2	14	23.0	18	29.5	
Eş psikiyatrik hastalık	Yok	85	69.7	47	77.0	38	62.3	0.114
	Var	37	30.3	14	23.0	23	37.7	
Eş psikiyatrik tedavi	Yok	98	80.3	47	77.0	51	83.6	0.494
	Var	24	19.7	14	23.0	10	16.4	
Eş tıbbi durum	Yok	64	52.5	49	80.3	15	24.6	<0.001
	Var	58	47.5	12	19.7	46	75.4	

BCA: Bariyatrik cerrahi adayları

BCA'ları ve kontrol grubu karşılaştırıldığında KF-36'nın tüm alt ölçek puanları, BDÖ puanları ve benlik saygısı puanları arasında belirgin istatistiksel farklılıklar vardır (Tablo 2).

BCA'ların RBSÖ puanı eş psikiyatrik bozukluğu olma ve psikiyatrik tedavi görme ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur (p=0.019. p=0.008). Her iki grupta RBSÖ puanı ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, eş tıbbi durum varlığı veya çoklu eş tıbbi durum varlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

BCA'da BKİ ile KF-36 emosyonel rol alt ölçeği arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0.01, r=0.330). Kontrol grubunda ise BKİ ile KF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçeği arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (p<0.01, r=-0.353). BCA'da ve kontrol grubunda BKİ ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamadı (sırasıyla r=-0.145 ve r=-0.157). BCA'da ve kontrol grubunda BKİ ile RBSÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamadı (sırasıyla r=-0.053 ve r=-0.072).

BCA grubunda ve kontrol grubunda RBSÖ'nin KF-36 alt ölçek puanları ile korelasyonları Tablo 3'te gösterilmiştir.

BCA'larında parametrelerin benlik saygısına daha çok etki ettiğini anlamak için yapılan regresyon analizinde BDÖ puanı p<0.05, mental sağlık puanı p<0.10 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Mental sağlık puanındaki bir birimlik değişim RBSÖ puanını 0.011 kat azaltırken, (β=-0.011, p=0.071), BDÖ puanındaki bir birimlik değişim 0.060 kat artırmıştır (β=0.060, p<0.001).

BCA grubunda BDÖ puanı ile KF-36 alt ölçek puanları korelasyonları Tablo 4'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Obezite tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. TURDEP (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon,

Tablo 2. BCA'nın KF-36 alt ölçek puanları, BDÖ ve RBSÖ puanının kontrol grubuyla karşılaştırılması

	BCA Ort.±SS Med (min-maks)	Kontrol Ort.±SS Med (min-maks)	Total Ort.±SS Med (min-maks)	p
KF-36 alt ölçekleri				
Fiziksel işlev	38.8±23.3 30 (0-95)	89.9±11.1 95 (45-100)	64.3±31.4 75 (0-100)	<0.001*
Fiziksel rol güçlüğü	27.0±35.7 0 (0-100)	86.1±24.8 100 (0-100)	56.6±42.6 75 (0-100)	<0.001*
Ağrı	56.6±27.2 55 (10-100)	83.1±15.9 90 (33-100)	69.8±25.9 78 (10-100)	<0.001*
Genel sağlık	47.4±21.9 50 (0-90)	70.8±17 75 (25-100)	59.1±22.8 60 (0-100)	<0.001*
Vitalite	54.0±20.2 55 (0-90)	63.2±17.8 65 (25-90)	58.6±19.5 65 (0-90)	0.013*
Sosyal işlev	59.2±26.2 63 (0-100)	78.0±19.6 75 (38-100)	68.6±24.9 63 (0-100)	<0.001*
Emosyonel rol	55.3±43.5 67 (0-100)	76.8±30.6 100 (0-100)	66.1±38.9 75 (0-100)	0.011*
Mental sağlık	66.4±18.6 72 (16-100)	75.1±13.7 76 (40-100)	70.8±16.8 76 (16-100)	0.012*
RBSÖ	1.2±0.9 1 (0.25-5.2)	0.68±0.4 0.5 (0-2.5)	0.9±0.8 0.7 (0-5.2)	<0.001*
BDÖ	13.5±9.1 12 (0-53)	5.8±4.9 5 (0-20)	9.6±8.3 8 (0-53)	<0.001*

**: Mann-Whitney U; BCA: Bariyatrik cerrahi adayları; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği*

Tablo 3. BCA ve kontrol gruplarında RBSÖ'nin KF-36 alt ölçek puanları ile korelasyonları

		Bariyatrik cerrahi adayları		Kontrol	
		r	p	r	p
KF-36 alt ölçek puanları	Fiziksel işlev	-0.171	0.187	-0.060	0.781
	Fiziksel rol güçlüğü	-0.128	0.327	0.084	0.521
	Ağrı	-0.085	0.517	0.014	0.916
	Genel sağlık	-0.299	0.019	0.027	0.837
	Vitalite	-0.336	0.008	-0.201	0.121
	Sosyal işlev	-0.381	0.002	-0.146	0.261
	Emosyonel rol	-0.390	0.002	-0.137	0.293
	Mental sağlık	-0.568	<0.001	-0.262	0.041
Beck Depresyon Ölçeği		0.567	<0.001	0.369	0.003

Spearman's rho p; BCA: Bariyatrik cerrahi adayları; RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans) verilerine göre Türkiye'de obezite oranı %31.2; cinsiyete göre obezite yaygınlığı kadınlarda %44.2, erkeklerde %27.3'tür.[33] Bu durum çalışmamıza da yansımış, BCA'nın %82'sini kadınlar oluşturmuştur. BCA'nın kontrollerden daha eğitimli ve daha çok iş sahibi oldukları görüldü (Tablo 1). Kontrol grubunun hastane çalışanları arasından seçilmiş olması bu kişilerin profesyonel bir meslek sahibi olmak için daha çok eğitim almaları gerekliliğini de beraber getirmektedir. Türkiye'de BCA'lar ile normal kilolu olguların karşılaştırıldığı bir çalışmada saptanan sosyodemografik özellikler de çalışmamıza benzemektedir. Bu çalışmada BCA'nın %66.2'sini kadınlar oluşturmuş ve eğitim düzeyi de BCA'larda kont-

Tablo 4. Bariyatrik cerrahi adayları grubunda BDÖ puanı ile KF-36 alt ölçek puanları korelasyonları

	Bariyatrik cerrahi adayları	
	r	p
SF-36 alt ölçekleri		
Fiziksel işlev	-0.250	0.052
Fiziksel rol güçlüğü	-0.216	0.056
Ağrı	-0.259	0.044
Genel sağlık	-0.420	0.001
Vitalite	-0.428	0.001
Sosyal işlev	-0.349	0.006
Emosyonel rol	-0.380	0.003
Mental sağlık	-0.548	<0.001

Spearman's rho p; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

rollerden belirgin derecede düşük bulunmuştur.[10] Düşük eğitim düzeyi ve çalışmama obezite için risk etkenleridir.[34, 35] Öte yandan, bu durum obezitenin bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Obez bireyler işverenlerin ayırımcı tutumlarına maruz kalmaktadırlar. Bu farklılığın ortaya çıkması kültürel ve ekonomik nedenlerle de ilişkilidir. Norveç'te yapılan bir çalışmada morbid obezlerin %37.3'ünün 12 yıl ve üzerinde eğitim aldığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki BCA'larda üniversite mezunlarının oranı %42.6'dır. Bu durum Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden yararlanmak için daha eğitimli grubun arayış içinde olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmaya göre morbid obezlerin %53.1'i ücretli bir işte çalışırken, çalışmamızda %49.2'si çalışmaktaydı.[36] (Tablo 1)

Literatürde BCA'da görülen eş psikiyatrik bozukluklar sıklıkla ele alınmış bir konudur.[4,37-39] BCA'larda psikiyatrik bozukluklar obezitenin ciddiyeti ve azalmış işlevsel sağlık durumuyla ilgilidir. Bu çalışmada operasyon öncesi dönemde en sık anksiyete bozukluklarının (%24.0), yaşam boyu ise en sık duygudurum bozukluklarının (45.5%) görüldüğü saptanmıştır. Majör depresif bozukluğun yaşam boyu oranı %42.0 ve operasyon öncesi oranı %10.4 olarak bulunmuştur.[3] Aynı çalışmada hem eksen I, hem de eksen II psikopatolojilerinin azalmış işlevsel sağlık durumuyla (KF-36'nın sekiz alt ölçeğinin hepsinde) ilişkili olduğu, ayrıca eksen I bozukluklarının artmış BKİ ile de ilişkili olduğu görülmüştür.[3] Çalışmamızda BCA'da en sık yeme bozukluğu (s=11), yaşam boyu ise en sık birden çok eş psikiyatrik bozukluk görülmüştür. Daha önce BCA'da yeme bozukluğu sıklığını araştırdığımız bir başka çalışmamızda eş hastalık olarak en sık yeme bozukluklarının (%23.1) ve depresif bozukluğun (%19.4) eşlik ettiğini saptamıştık.[8] Eş psikiyatrik bozukluğu olma ve tedavi görme oranı açısından BCA'lar ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Bu sonucun BCA'ların operasyon onayı alma kaygısıyla ruhsal bozukluklarını gizleme eğiliminden kaynaklandığını düşünüyoruz. Çalışmada görüşmeleri yapan ve uygunluk onamı veren psikiyatrist aynı kişiydi. Tüm adaylara elde edilen verilerin bilimsel çalışmada kullanılacağına ilişkin bilgi verildi.

BCA'larda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kontrol grubundan çok daha kötüydü. Ayrıca BCA'lar kontrollere göre hem daha depresifti, hem de benlik saygıları daha düşüktü (Tablo 2). Kontrol grubunda benlik saygısı KF-36'nın sadece mental sağlık alt ölçeğiyle ilişkili iken, BCA'larda mental sağlık dışındaki genel sağlık, vitalite, sosyal işlevsellik, emosyonel rol gibi alanlardaki kayıplarla da ilişkiliydi (Tablo 3). Benlik saygısı, depresyon ile yakından ilişkili bir kavramdır. Depresyon döneminde kişilerin hem benlik saygısı, hem de mental sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düşer. Bu ilişki çalışma sonuçlarımızda da görülmektedir. RBSÖ puanı her iki grupta KF-36'nın mental sağlık alt ölçeği ve BDÖ puanları ile ilişkiliydi (Tablo 3). İleri istatistikler BCA'larda benlik saygısının depresyonla daha fazla ilişkili olduğunu göstermiştir (β=0.060, p<0.001). Ancak diğer etkenlerin göz ardı edilmesi olası değildir. Bu grupta benlik saygısı eş psikiyatrik bozukluğu olma ve psikiyatrik tedavi görme ile ilişkiliydi (sırasıyla p=0.019, p=0.008).

Çalışmamızda benlik saygısı ile sosyodemografik özellikler ve eş tıbbi durum arasında BCA'larda ilişki bulunamamasını açıklamak oldukça güçtür. Özellikle eş tıbbi durumların getirdiği güçlüklerin benlik saygısında düşmeye yol açmasını beklerdik. BCA grubunda psikiyatrik tedavi görenlerin de bulunması hastaların benlik saygısını bir miktar yükseltmiş olabilir. Eskiden beri bilinen neşeli şişman (jolly fat) varsayımına göre orta yaş grubu obez kadınlarda anksiyete, erkeklerde hem anksiyete, hem de depresyonun düşük olduğu öne sürülmüştür.[40] Bu durum özellikle diyet yaparak yemeyi kısıtlamanın depreşyon için ciddi bir tetikleyici olduğu şeklinde açıklanmaktadır. Çin'de yapılan bir çalışma BKİ arttıkça depresif belirtilerin azaldığını göstererek bu varsayımı yeniden gündeme taşımıştır.[41] Çalışmamızda her iki grupta BKİ ile depresif belirtiler arasında doğrudan bir ilişki bulunmadı. Her iki grupta benlik saygısı ile BKİ arasında da korelasyon saptanmadı. Buna göre, benlik saygısını doğrudan salt obez olmak etkilemiyordu.

KF-36'nın fiziksel işlevsellik, fiziksel rol ve ağrı ölçek puanlarının iki grupta da RBSÖ puanı ile arasında korelasyon olmaması bu etkenlerin benlik saygısını çok da etkilemediğini ve bu durumun da kişinin obez veya normal kiloda olmasından bağımsız olduğunu göstermektedir. Literatürde birçok çalışmada sonuçlarımıza benzer sonuçlara dikkat çekilmiştir. Norveç'te morbid obezlerle yapılan bir çalışmada, hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri toplumdan tüm alt ölçekler açısından daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada benlik saygısı, öz yeterlilik, tutarlılık duygusu ve baş etme stili gibi kişisel etkenlerin KF-12'nin (Kısa Form-12) fiziksel kısım özet ölçeği ile %3.6, mental kısım özet ölçeği ile %41.6 oranında varyans gösterdiği saptanmıştır. Sonuç olarak fiziksel ve mental hastalıkların mental sağlıkla ilgili yaşam kalitesine etki eden etkenler olduğu gösterilmiştir.[36] Yaşam kalitesi ölçeğinin farklı bir sürümünü (KF-36) kullandığımız için söz edilen çalışma ile sonuçlarımızı bire bir karşılaştırmak olası değildi. Hem o çalışmada, hem de bizim çalışmamızda benlik saygısı BDÖ ve mental sağlık alt ölçeği gibi parametrelerle ilişkiliydi. Başka bir çalışmada bir grup morbid obezde benlik saygısının mental sağlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir.[42] Abiles ve arkadaşlarının bir çalışmasında BCA'nın normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek, benlik saygıları ve yaşam kaliteleri düşük bulunmştur.[5]

Çalışmamızın sınırlılıklarından biri, kesitsel özellikte olması ve örneklem grubunun küçük olmasıdır. Kadın-erkek sayısının birbirine yakın olmaması da cinsiyet temelinde karşılaştırma yapmamızı engelledi. Bazı verilerin yüz yüze görüşme ile toplanmasının hastaların kendilerini yeterince ifade etmesini engellemiş olabileceği görüşündeyiz. BCA grubundan psikiyatrik tedavi görenler çıkarılmadığı için sonuçlarımız bundan etkilemiş olabilir. Kontrol grubunun hastane çalışanlarından oluşturulmuş olması da çalışmamızın diğer bir kısıtlılığıdır. Hastane çalışanı olmaları sağlıkla ilgili duyarlılıklarını artırmış ve çalışma sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Sonuçlarımız üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran bir grup BCA'nın sonuçlarını ortaya koymaktadır, BCA olan bir grup hastanın verilerinden elde edildiği için tüm obez bireylere genellenemez,

Bazı sınırlılıkları olsa da, çalışmamız Türkiye'de BCA'nın yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının ne denli düşük olduğunu, eşlik eden eş tıbbi hastalık oranın yüksekliğini göstermiştir. Literatürde benlik saygısı ve obezite arasındaki ilişkinin genellikle obez hasta grubunda çalışıldığı, morbid obez hasta grubunda çok az çalışıldığı görülmektedir. BCA morbid obezlerdeki benlik saygısı ve yaşam kalitesi verilerini sunması çalışmamızın bir üstünlüğüdür. Sonuçlarımız BCA morbid obezlerde benlik saygısı ve yaşam kalitesinin düşüklüğünün sadece BKİ'deki artışla ilgili olmadığını aynı zamanda obezitenin getirdiği diğer güçlüklerle de ilişkili olduğuna dikkat çekmektedir. Bu hasta grubunun değerlendirilmesinin ve cerrahi sonrası izlenmelerinde psikiyatristlerin sürece katılması önemlidir. Sonuç olarak daha büyük örneklem gruplarıyla ve psikiyatrik tedavi gören hastalar dışlanarak yapılacak olan bariyatrik cerrahi sonrası izleme çalışmalarının bu konuya ışık tutacağını düşünüyoruz. BCA'da obezite veya bariyatik cerrahi tipine göre beslenme, duygudurum ve yaşam doyumu gibi özelliklerindeki değişimin yaşam kalitesiyle birlikte ele alındığı izleme çalışmaların yapılmasını öneriyoruz.

Yazarların katkıları: *M.Z.E: Konuyu bulma, araştırmanın deseni, literatür taraması, istatistik, makalenin yazımı; S.S.: Konuyu bulma, literatür taraması, veri toplama, makalenin yazımı; A.G.: Literatür taraması, istatistik, makalenin yazımı; M.E.D.: Literatür taraması, istatistik, makalenin yazımı.*

KAYNAKLAR

1. *Organization WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000.*
2. *Twells LK, Driscoll S, Gregory DM, Lester K, Fardy JM, Pace D. Morbidity and health-related quality of life of patients accessing laparoscopic sleeve gastrectomy: a single-centre cross-sectional study in one province of Canada. BMC Obes 2017; 4:40.*
3. *Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. Am J Psychiatry 2007; 164:328-334.*
4. *Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis. JAMA 2016; 315:150-163.*

5. *Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, De La Cruz AP, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. Obes Surg 2010; 20:161-167.*
6. *Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. J Obes 2013; 2013:837989.*
7. *Pull CB. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. Curr Opin Psychiatry 2010; 23:30-36.*
8. *Eroğlu MZ, Sertçelik S, Tamam L. Eating disorders in bariatric surgery candidates admitted to Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19:355-361.*
9. *Wilfley DE, Friedman MA, Dounchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA. Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. J Consult Clin Psychol 2000; 68:641-649.*
10. *Gönenir EL, Akyüz M, Şahin İ, Evren B, Kayaalp C, Karlıdağ R. The relation of life satisfaction with body perception and self esteem in morbid obesity patients which are candidates for bariatric surgery. Firat Med J 2018; 23:1-5. (Turkish)*
11. *Hesketh K, Wake M, Waters E. Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28:1233-1237.*
12. *Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2006.*
13. *Küçük N, Kaydirak MM, Bilge ÇA, Şahin NH. Evaluation of the effect of obesity on self-respect and sexuality in women. Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19:126-134. (Turkish)*
14. *Sarisoy G, Atmaca A, İş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Impulsivity in patients with obesity and correlations with body perception and self-esteem. Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:53-61. (Turkish)*
15. *Pınar R. Depression, self-esteem and body image in obese people: a comparative study. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6:30-41. (Turkish)*
16. *Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Psychopathology, alexithymia and self-esteem in obese patients. Anadolu Psikiyatri Derg 2005; 6:84-91. (Turkish)*
17. *Kılıçarslan S, Sanberk İ. The study of the relationship between the self esteem, body mass index and life quality of adolescents. Journal of Human Sciences 2016;13(2): 3211-3220. (Turkish)*
18. *Andersen JR, Aasprang A, Karlsen T-I, Natvig GK, Våge V, Kolotkin RL. Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. Surg Obes Relat Dis 2015;11:466-473.*
19. *Sevinçer GM, Coskun H, Konuk N, Bozkurt S. Psychiatric and psychosocial aspects of bariatric surgery. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014; 6:32-44. (Turkish)*
20. *Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life—a Swedish population study. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26:417-424.*
21. *Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JE, Willett WC, et al. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. JAMA 1999; 282:2136-2142.*
22. *Sullivan PW, Ghushchyan VH, Ben-Joseph R. The impact of obesity on diabetes, hyperlipidemia and hypertension in the United States. Qual Life Res 2008; 17:1063-1071.*
23. *Sach T, Barton G, Doherty M, Muir K, Jenkinson C, Avery A. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. Int J Obes (Lond) 2007; 31:189-196.*
24. *Price HI, Gregory DM, Twells LK. Weight loss expectations of laparoscopic sleeve gastrectomy candidates compared to clinically expected weight loss outcomes 1-year post-surgery. Obes Surg 2013; 23:1987-1993.*
25. *Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, et al. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. Obes Surg 2007; 17:1487-1491.*
26. *Janik MR, Rogula T, Bielecka I, Kwiatkowski A, Paśnik K. Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. Obes Surg 2016; 26:2849-2855.*
27. *Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı E, Köroğlu E. Adaptation and reliability study of structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:233-236. (Turkish).*
28. *Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK. Turkish validity and reliability of Short Form-36. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-106. (Turkish)*
29. *Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 1986.*
30. *Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.*
31. *Hisli N. A study on the validity of the Beck Depression Inventory. Türk Psikoloji Dergisi 1988; 6:118-122. (Turkish)*

32. *MedCalc Statistical Software version 12.7.7 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; https://www.medcalc.org/; 2016).*

33. *Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, Tütüncü Y, Çolak N. Satman I, et al. TURDEP II Sonuçları Özeti. http://www.itf.istanbul.edu.tr/ attachments/ 021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf.*

34. *Status WP. The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1995.*

35. *Özkahraman Ş, Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir Sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (23-27 Eylül 2002, Diyarbakır) Tam Metin Kitabı, Diyarbakır, 2002, s.738-740,*

36. *Lerdal A, Andenæs R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B, et al. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. Qual Life Res 2011; 20:1187-1196.*

37. *Alciati A, D'Ambrosio A, Foschi D, Corsi F, Mellado C, Angst J. Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. J Affect Disord 2007; 101:131-138.*

38. *Gade H, Rosenvinge JH, Hjelmesæth J, Friborg O. Psychological correlates to dysfunctional eating patterns among morbidly obese patients accepted for bariatric surgery. Obes Facts 2014; 7:111-119.*

39. *Baldofski S, Tigges W, Herbig B, Jurowich C, Kaiser S, Stroh C, et al. Nonnormative eating behavior and psychopathology in prebariatric patients with binge-eating disorder and night eating syndrome. Surg Obes Relat Dis 2015; 11:621-626.*

40. *Crisp AH, McGuiness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. BMJ 1976; 1:7-9.*

41. *Qian J, Li N, Ren X. Obesity and depressive symptoms among Chinese people aged 45 and over. Sci Rep 2017; 7:45637.*

42. *Lerdal A, Gay CL, Bonsaksen T, Fagermoen MS. Predictors of physical and mental health in persons with morbid obesity attending a patient education course–a two-year follow-up study. Health Qual Life Outcomes 2017; 15:103.*