

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE DÜRTÜSELLİK İLİŞKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Merve BULUT ADAŞ

TRABZON- 2020

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE DÜRTÜSELLİK İLİŞKİSİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Merve BULUT ADAŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Turan SET

TRABZON- 2020

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerinden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum, göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırla mesleki ve kişisel gelişimime katkı sağlayan tez hocam Prof. Dr. Turan SET'e,

Eğitim sürecim boyunca mesleki bakış açımın gelişmesinde sonsuz katkısı olan, bilgi ve deneyimleri ile yetişmemde büyük emeği geçen, desteğini üzerimizden esirgemeyen değerli hocam Doç.Dr. Elif ATEŞ'e,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, eşsiz bir çalışma ortamına sahip olmamızda her birinin ayrı ayrı emeği olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışan tüm arkadaşlarıma,

Her an yanımda hissettiğim, beni yetiştiren ve bugünlere ulaşmamda en büyük role sahip olan annem, babam ve kardeşime,

Sevgisini ve desteğini daima yanımda hissettiğim, biricik oğlumuzun babası sevgili eşim Hakan Adaş 'a ve hayatımın anlamı, en değerli varlığım, canım oğlum Can Adaş 'a

Teşekkürlerimi sunuyorum

ÖZET

Amaç: Obezite ülkemizde ve dünyada giderek artan bir sağlık problemidir. Obezitenin dürtüselliikle ilişkisi bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Dürtüsellik; önceden düşünmeden ya da bilinçli karar almadan hızlı eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanır. Çalışmamızın amacı beden kitle indeksi (BKİ) ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinde gönüllü hastalar arasında Kasım-Aralık 2019 tarihlerinde kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik bilgiler anketi ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu (BIS-11) uygulandı. Boy ve kiloları ölçülerek BKİ'leri kaydedilen toplam 400 katılımcının verileri analiz edildi. Veriler SPSS paket programı ile analiz edildi. Numerik değişkenler normal dağılım açısından Kolmogorov Smirnov-z testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Katılımcıların 274'ü (%68,5) kadın, 126'sı (%31,5) erkek ti. Ortanca yaş 22 (IQR: 20-29) olarak hesaplandı. Katılımcıların BKİ'leri ile toplam dürtüsellik skoru arasında pozitif korelasyon saptandı ($r = 0,442$, $p< 0,001$). Benzer şekilde motor dürtüsellik ($r = 0,358$, $p< 0,001$), dikkat dürtüselliği ($r = 0,274$, $p< 0,001$) ve plan yapmama ($r = 0,398$, $p< 0,001$) puanları ile BKİ değerleri arasında da pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: BKİ ile dürtüsellik arasında kuvvetli pozitif bir ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç obezite temelinde dürtüselliğin önemli bir yer tutabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla dürtüselliğe yönelik tarama ve tedavilerin geliştirilmesi, obeziteyle mücadele açısından faydalı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dürtüsellik, Beden Kitle İndeksi, Obezite,

SUMMARY

Goal: Obesity is an increasing health problem in the world. There are studies show that it is associated with impulsivity and obesity. Impulsiveness; It is defined as the tendency to act quickly illogical. The goal is to investigate the relationship between body mass index (BMI) and impulsivity.

Method: The study was conducted as a cross-sectional descriptive study among volunteer patients at KTU Faculty of Medicine Family Medicine Outpatient Clinic between November-December 2019. Sociodemographic information questionnaire and Barratt Impulsivity Scale-11 Short Form (BIS-11). The data of a total of 400 participants, whose BMIs were recorded by measuring their height and weight, were analyzed. The data were analyzed with SPSS package program. Numerical variables were evaluated in terms of normal distribution by Kolmogorov Smirnov-z test. Descriptive statistics and Spearman correlation analysis were used. Statistical significance level was taken as $p < 0.05$.

Results: 274 of the participants were women (68.5%), 126 were men (31.5%). A positive correlation was found between the BMI of the participants and the total impulsivity score ($r = 0.442$, $p < 0.001$). Similarly, a positive correlation was found between BMI scores and motor impulsivity ($r = 0.358$, $p < 0.001$), attention impulsivity ($r = 0.274$, $p < 0.001$) and not planning ($r = 0.398$, $p < 0.001$).

Conclusion: It was observed that there was positive relationship between BMI and impulsivity so impulsivity plays an important role in obesity. Therefore, development of screening and treatments for impulsivity may be beneficial in combating obesity.

Keyword: impulsivity, body mass index, obesity

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY.....	ii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beden Kitle İndeksi	3
2.2. Obezite	4
2.2.1. Obezite Epidemiyolojisi	4
2.2.2. Obezite Etyolojisi.....	5
2.2.3. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar.....	6
2.2.4. Obezite Tedavisi	8
2.3. Dürtüsellik	9
2.4. Dürtüsellik Obezite İlişkisi	10
GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. Araştırmanın Yapısı.....	12
3.2. Örneklem.....	12
3.3. Veri Toplama Araçları	12
3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi.....	12
3.3.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu	12
3.4. Çalışmanın Yürütülmesi	13
3.5. Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	13
3.6. Sonuç Ölçütü	14
3.7. İstatistiksel Analiz	14
3.8. Etik Kurul	14
BULGULAR	15
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	15
4.2. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu Skorlarının Değerlendirilmesi	17
4.3. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu Skorlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi	18

4.4. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu Skorlarının Beden Kitle İndeksleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	21
TARTIŞMA.....	22
SONUÇ VE ÖNERİLER	25
KAYNAKLAR	26
EKLER.....	32



KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

BDÖ-11 KF : Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu



ŞEKİLLER DİZİNİ

Grafik 1. Katılımcıların BKİ'ye göre antropometrik sınıflandırması

Grafik 2. Katılımcıların BDÖ-11 KF puanlarına göre dağılımı



TABLolar DİZİNİ

Tablo1. Yetişkinlerde BKİ sınıflaması

Tablo 2. Sekonder Obezite Nedenleri

Tablo 3. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetlere göre BDÖ-11 KF puanlarının ve alt grup puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre BDÖ- 11 KF puanlarının ve alt grup puanlarının karşılaştırılması

Tablo 7. Eğitim düzeylerine göre BDÖ-11 KF toplam ve alt grup skorlarının incelenmesi

GİRİŞ

Obezite hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gözlenen küresel bir problemdir (1). Önlenebilir ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (2). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri İşbirliği (Non Communicable Diseases Risk Factor Collaboration: NCD-RisC) Grubu verilerine göre dünyada, 670 milyondan fazla yetişkin obez birey bulunmaktadır (3). Türkiye, Avrupa’da en sık obezite ve tip 2 DM prevalansına sahip olan ülkedir (4).

Bir toplumda obezite tanısını koyma, sıklığını ve ilişkili riskleri tahmin etmede kullanılabilen en faydalı ölçüm Beden Kitle İndeksi (BKİ) dir (1). BKİ değerleri de özellikle çocuk ve genç erişkin yaş grubunda gittikçe artan bir trend sergilemektedir (5).

Tanı ve tedavi yöntemlerinde ilerlemelere rağmen obezite sıklığı ülkemizde ve dünyada artmaya devam etmektedir (1).

Gerek obezite ve ona bağlı diğer hastalıkların oluşmasında, gerek obezite tedavisinin başarısız olmasında en önemli nedenlerden biri de hatalı yemek yeme davranışları olarak görülmektedir (2). Dürtüselliğin hatalı yemek yeme davranışlarına karşı koymayı zorlaştıran, böylece kilo alımına katkıda bulunan bir durum olduğu düşünülmektedir (6).

Dürtüsellik; önceden düşünmeden ya da bilinçli olarak karar almadan hızlı eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanır (7) ve dürtüselliği değerlendirmek için Barrat Dürtüsellik Ölçeği başta olmak üzere çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (8). Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu dürtüselliği toplam 4-60 arası değişen puanlarla ve motor, plan yapmama ve dikkatsizlik olarak 3 alt grupta değerlendirmektedir (8).

Obez bireylerin alışılmış davranışlarını kontrol etmek ve değiştirmekte güçlük çekmesi, ve obezitenin yeme bozuklukları , kumar oynama vb. durumlarla birlikte görülme sıklığı obezite ve dürtüsellik arasında ilişki olduğu düşündürmektedir (9).

BKİ ile dürtüsellik ilişkisini değerlendiren çalışmalar literatürde oldukça kısıtlıdır. Bu sebeple BKİ ile dürtüsellik derecesini ve dürtüsellik alt gruplarının ilişkisini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır (10).

Bizim çalışmamızın amacı Beden Kitle İndeksi değerleri ile Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu skoru arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.



GENEL BİLGİLER

2.1. Beden Kitle İndeksi

Beden Kitle İndeksini Dünya Sağlık Örgütü (WHO) beden kitle indeksini kilogram cinsinden vücut ağırlığının, m cinsinden boyun karesine bölünmesiyle bulunan değer olarak tanımlar (11).

BKİ, kişinin sağlık ve iyilik halinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Daha yüksek BKİ olan kişilerin diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, artritis, astım vb komorbiditeler açısından daha yüksek riske sahip oldukları bilinen bir durumdur (12).

Obezite ve fazla kilo tanısında en sık kullanılan, en pratik yöntemlerden biridir. Boy uzunluğuna oranla vücut ağırlığının tahmin edilmesinde de kullanılabilir (11). Özellikle erişkinlerde vücut yağ yüzdesi tahmininde etkilidir (13).

Obezite tanı tedavi ve öngörülmesinde objektif ölçüm sağlayan önemli bir parametredir (14). Yaş ve cinsiyet farkı gözetmediğinden kolay uygulanabilen standart bir yöntemdir (11).

Erişkin bireylerde BKİ 17 kg/m^2 altı zayıf, $17\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ arası normal, 25 ile $29,9 \text{ kg/m}^2$ olanlar fazla kilolu, 30 kg/m^2 üstünde olanlar obez olarak tanımlanmaktadır (11). Yetişkin bireylerin BKİ değerlerine göre sınıflandırılması Tablo 1’ de gösterilmiştir (2).

Tablo 1: Yetişkinlerde BKİ sınıflaması

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)
Düşük kilolu	< 18.5
Normal kilolu	$18.5\text{-}24.9$
Fazla kilolu	≥ 25
Preobez	$25.0\text{-}29.9$
Obez	≥ 30.0
Obez 1. Derece	$30.0\text{-}34.9$
Obez 2. Derece	$35.0\text{-}39.9$
Obez 3. Derece	≥ 40.0

2.2. Obezite

2.2.1. Obezite Epidemiyolojisi

Dünya çapında BKİ eğilimlerini araştıran 128,9 milyon katılımcının bulunduğu bir çalışmada 1975- 2016 yılları kıyaslandığında yaşa göre standardize edilmiş ortalama BKİ değerlerinin kızlarda 17.2 den 18.6 ya; erkeklerde 16,8 den 18,5 e çıktığı bulunmuştur (5). 1980 yılına kıyasla 2015 yılında fazla kilolu prevalansı %26,5 ten % 39 'a yükselirken, obezite prevalansı %7' den % 12.5 a yükselmiştir(15).

DSÖ 2016 yılı verilerine göre 1,9 milyarın üzerinde fazla kilolu kişi bulunmaktadır ; bunların 650 milyonundan fazlası obez sınıfına girmektedir (11). İngiltere' de erişkinlerin % 50 den fazlasının obez olduğu belirtilmektedir (16).

Dünya nüfusuna bakıldığında yetişkin kadınlarda obezite oranı % 15 iken, erkeklerde bu oran % 11 dir (11). Yine yetişkin kadınların % 40'ı , yetişkin erkeklerin ise %39'u fazla kilolu gruptadır (11).

Dünyanın çeşitli bölgelerinde obezite sıklığı değişmekle birlikte Orta Doğu, Orta ve Doğu Avrupa ve Kuzey Amerika 'da daha yüksek oranlardadır (17).

Obeziteye bağlı ölümler dünya çapında yılda 2,8 milyona varan rakamlara ulaşmaktadır (18).

2005 yılı verilerinden yola çıkılarak yapılan bir çalışmada 2030 yılında dünya genelinde 1.12 milyar obez ve 2.16 milyar fazla kilolu birey olması beklenmektedir(19).

Türkiye ise DSÖ 2016 verilerine göre , %29,5 prevalans ile Avrupa' nın obezite sıklığı en yüksek olan ülkesidir (2).

Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması' na (TOHTA) göre obezite oranı erkeklerde %40, kadınlarda %50 oranındadır (20).

Kardiovasküler risk faktörlerine yönelik çalışmaların derlendiği, 2018 yılında yayınlanan bir metaanalizde, ülkemizdeki obezite sıklığı kadınlarda %30, erkeklerde %17 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, DSÖ 2016 dünya geneli obezite oranlarına göre (kadınlarda %15, erkeklerde %11) oldukça yüksektir (21).

Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırma Girişimi Çalışması 2016 verilerine göre 7-8 yaş grubu çocuklarda obezite oranı % 9,9 dur (22).

2.2.2. Obezite Etyolojisi

Obezite gelişiminde genetik, sosyokültürel, davranışsal ve çevresel çeşitli faktörlerin etkisi vardır (2). Obeziteye neden olabilen diğer risk faktörleri yaş, cinsiyet, doğum sayısı , psikolojik nedenler, ilaç kullanımı, sigara alkol kullanımı, gelir düzeyi vb. olarak özetlenebilir (23).

Altta yatan temel neden alınan enerji miktarının harcanan enerji miktarından fazla olmasıdır (2). Günlük harcanan enerji miktarını bazal metabolizma, gıdalardan alınan enerji ve fiziksel hareket için kullanılan toplam enerji oluşturur(24). Bu nedenle obezitenin temel sebepleri arasında yanlış beslenme ve fiziksel inaktivite bulunmaktadır (25).

Çocuklarda ve gençlerde obezitenin artışı etyolojide genetik faktörlerin yanı sıra yaşam tarzının ve çevresel faktörlerin etkisini göstermektedir (26).

Günlük hayatta hareket azlığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de görülmektedir. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması verileri Türkiye’de fiziksel aktivite yetersizliğinin kadınlarda % 87, erkeklerde ise %77 gibi yüksek oranlarda bulunduğunu göstermektedir (27).

Obezite sıklığındaki artış ayrıca toplumsal yaşamda değişen yemek tercihleri, hızlı ve kolay ulaşılabilen sağlıksız besinlerin artışı ,bazı yemek türlerini hazırlama ve tüketmek için zaman ayırmama gibi faktörlerden de etkilenmiştir (28).

Ülkemizdeki obezite oranlarının artışında sedanter yaşam, karbonhidrat tüketimi, öğün sayısı gibi faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır (29). Yine ülkemizde gelir düzeyi ve eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik faktörler de obezite oranlarında belirleyici rol oynamaktadır (30).

Primer obeziteye oranla çok daha nadir görülmekle birlikte obeziteye yol açan endokrinolojik, genetik ve iatrojenik sekonder nedenler de bulunmaktadır. Sekonder etyolojiler dışlandıktan sonra hastalar primer obezite olarak değerlendirilir (15).

Sekonder obezite nedenleri Tablo 2’ de gösterilmiştir (31).

Tablo 2. Sekonder Obezite Nedenleri

Endokrin Nedenler

Hipotiroidi

Cushing Hastalığı

Polikistik Over Hastalığı

Büyüme Hormon Eksikliği

Hipotalamik Obezite

Hipogonadizm

İnsülinoma

Psödohipoparatiroidizm

Genetik Nedenler

Leptin reseptör defekti

POMC eksikliği

Melanokortin reseptör 4 eksikliği

Prehormon konvertaz eksikliği

Sendromik Obezite Nedenleri

Prader Wili Sendromu

Bardet Biedl Sendromu

Beckwith Wideman Sendromu

Alstrom Hallgreen Sendromu

Carpenter Sendromu

Cohen Sendromu

2.2.3. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar

Yağ doku miktarındaki artışla birlikte obezite çeşitli sistemik komplikasyonlara neden olmaktadır (32). Bu komplikasyonların başlıca nedeni olarak artan yağ dokuya bağlı adipokin salınımının artışı düşünülmektedir(23). BKİ nin 40 ve üzeri olması daha düşük BKİ olan obez bireylere göre diyabet ve diğer tıbbi durumlar için çok daha büyük risk oluşturmaktadır (33).

Başta kardiyovasküler sistem olmak üzere, metabolik, endokrinolojik, romatolojik, gastrointestinal, pulmoner, üriner ve psikolojik pek çok komplikasyona yol açmaktadır (34). Obezitenin neden olduğu komplikasyonlar Tablo 3' te gösterilmiştir.

Tablo 3: Obeziteye eşlik eden hastalıklar

Kardiyovasküler Koroner arter hastalığı, miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetersizliği, ani ölüm, hipertansiyon, serebrovasküler olaylar

Endokrinolojik Polikistik over sendromu, hiperandrojenizm, akantozis nigrikans

Metabolik İnsülin direnci, tip 2 diyabet, dislipidemi, metabolik sendrom,

Pulmoner Dispne, Öksürük, Obstriktif uyku apne sendromu, obezite-hipoventilasyon sendromu, astım

Gastrointestinal Dispepsi, konstipasyon, Kolelitiyazis, hepatosteatoz, pankreatit, gastroözofajiyal reflü hastalığı

Romatolojik Artralji, Kas güçsüzlüğü, Osteoartrit , tuzak nöropatileri, immobilité

Kanser	Özefagus, ince barsak, kolon, rektum, karaciğer, safra kesesi, pankreas, böbrek, lösemi, erkekte prostat, kadında meme, over, endometriyum ve serviks
Üriner	Üriner stres inkontinansı, obezite ile ilişkili glomerülopati, proteinüri, nefrotik sendrom, prolapsus, erektil disfonksiyon
Nöropsikolojik	Özgüvende azalma, apati, irritabilite artışı, kognitif fonksiyonlarda azalma, başağrısı, hiperaljezi, anksiyete ve depresyon, beden imaj bozukluğu, sosyal damgalanma, sosyal yaşamdan uzaklaşma
Dermatolojik	Cilt enfeksiyonları, selülit, akantozis nigricans, hipertrikozis, intertrigo, hişütizm

2.2.4. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisi, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz tedavisi ve davranış tedavisinden oluşan bir kombinasyon tedavisidir (23).

Tıbbi beslenme tedavisinde toplam enerji alımını azaltmak esastır ve bir uzman tarafından kişinin enerji ihtiyacına göre hazırlanmış bir beslenme programından oluşmalıdır (35). Uyumun sağlanabilmesi için kişilerin kültürel ve ekonomik özelliklerine uygun birlikte karar verilmiş programlar olmalıdır böylece kalıcı beslenme alışkanlıkları oluşturulabilir (36). En az kişilerin bazal metabolizması düzeyinde olacak şekilde kalorisi azaltılmış beslenme programları sıklıkla tercih

edilmektedir (37). Genellikle enerjinin %50-60' ı karbonhidrat, %25-30 'u yağ, %15-20' si proteinden oluşacak şekilde kalori hesabı yapılmalıdır (36).

Egzersiz tedavisi de yine bireysel olarak planlanmalı, mümkünse günde en az 30-45 dk ve orta şiddette olmalıdır (27). Egzersizin düzenli yapılması insülin direncini azaltan ve yağ oksidasyonunu artıran etkisinden daha fazla yararlanılmasını sağlamaktadır (38). Egzersizin bu etkilerini görebilmek için maximum nabız düzeyinin %60- 70 ine ulaşacak düzeyde olması ve haftada 150- 180 dk sürelerle ulaşacak şekilde planlanması gereklidir. Bu sürelerle ayrıca 5-10 dk' lık ısınma soğuma süreleri de eklenmelidir (39). Uygun şekilde yapılan düzensiz egzersizle kilo vermenin yanı sıra hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalık, hiperkolesterolemi, osteoporoz gibi pek çok hastalık riski azalmaktadır (40).

Davranış tedavisinde ise amaç hastanın beslenme ve egzersiz uyumunu artıracak yaşam tarzı değişiklikleri yaratmaktır (41). Bu tedavinin basamakları kendini izleme, hedef belirleme, dürtü kontrolü, davranışsal yerine koyma ve pozitif pekiştirme (42).Başta bilişsel davranışçı terapi olmak üzere bireysel ve grup terapileri, motivasyonel görüşme, stres azaltma gibi çeşitli yöntemler bu grup tedaviler içine girmektedir (35). Standart bir davranış tedavisi ile yaklaşık %10 kilo kaybı sağlanabildiği bilinmektedir (43).

Yaşam tarzı değişiklikleri ile yeterli kilo kaybı olmayan hastalarda medikal tedaviler düşünülebilir (44).

Yukarıdaki tedavilere rağmen sonuç alınamayan BKİ 30 un üzerinde ya da BKİ 27 - 29,9 kg/m² değerleri arasında olup ek hastalığı olan hastalarda orlistat ve liraglutid gibi medikal tedaviler düşünülebilir (2).Ancak obezite tedavisinde ilaç kullanımı yaşam tarzı değişikliklerine oranla daha fazla yan etkisi bulunduğundan oldukça kısıtlıdır (45).

Bariatrik cerrahi tedaviler içinse hastanın BKİ değeri 40 kg/m² ve üzerinde olmalı ya da BKİ 35 kg/m² ve üzerinde olup obeziteyle ilişkili ek hastalığı bulunmalıdır (46).

Hızlı kilo kaybı sonrası bireylerin büyük kısmında kiloların geri kazanıldığı gösterilmiştir bu nedenle tedavide kalıcı kilo kaybı sağlamak önemlidir (47).

Sonuç olarak tedavide esas amaç kalıcı yaşam tarzı değişiklikleri sağlayarak kişilerin mortalite ve morbiditesini azaltmaktır (48). Dolayısıyla bu değişiklikleri sağlamada en etkili ve uygun sağlık hizmeti birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilebilir (48).

2.3. Dürtüsellik

Dürtüsellik; önceden sonuçlarını düşünmeden ya da bilinçli olarak karar almadan hızlı eyleme geçme, yeterince düşünmeden davranma veya benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilere göre daha az düşünerek eyleme geçme eğilimi olarak tanımlanır (7). Eylemlerindeki riski önceden farkedemeyen ya da tamamen bilincinde olmasına rağmen aşırı risk alan insanların özelliği olarak görülmektedir (49).

Dürtüsellik ve ilişkili olduğu hastalıklar obsesif kompulsif bozukluklar kapsamında değerlendirilebilir (50). Kompulsivitede abartılmış zarar duygusuna karşı anksiyeteyi azaltmak amaçlı yapılan davranışlar söz konusuysa ; impulsivitede hafif görülen zarar duygusuna karşı zevk alma ve tatmin olma amaçlı davranışlar mevcuttur (50).

Barrat dürtüsellüğün genetik temelleri bulunan bir kişilik özelliği olduğunu ve ölçeklerle tespit edilmesinin oldukça zor olduğunu belirtmektedir (51).

Whiteside ve Lynham dürtüsellliği dört unsurla açıklamaktadır ; olumsuz koşullar altında güçlü dürtülerini yaşama isteği, zorlanılan ve sıkıcı görevlere odaklanma güçlüğü, bir eyleme geçmeden önce sonuçlarını düşünmede güçlük ve son olarak heyecan arayışı ve yeni deneyimlere yatkınlık (52).

Yüksek dürtüsellik düzeyi riskli faaliyetler, yeni deneyimlere ve kendi kendine tatmin etmenin daha kolay yollarına açık olma, bir görevde devam edememe ve daha kısa reaksiyon süreleri ile ilişkili bulunmuştur (53).

Dürtüsellik düzeyinin yüksek olmasının düşük olan kişilere göre daha fazla risk alma davranışı gösterdiğini kanıtlayan çeşitli çalışmalar mevcuttur (54). Yine dürtüsellüğün patolojik kumar oynama, alkol kullanma, intihar girişimi, riskli cinsel davranışlar gibi durumlarla ilişkisi olduğu da gösterilmiştir (55).

2.4. Dürtüsellik Obezite İlişkisi

Davranış teorisine göre yeme davranışının gıda alımıyla neden olduğu olumlu ve haz verici sonuçları pekiştirici özellikleriyle , obeziteye neden oluşturmada kolaylık sağlarken ; uzun dönemde obezitenin getirdiği olumsuz etkilerin önüne geçer (56).

Obez kişilerde uzun vadede olumsuz sonuçlara neden olsa bile ödül arama davranışlarının yüksek olduğu ve bununla ilişkili olarak da aşırı yemenin neden olabileceği sonuçları göz önünde bulundurmama, sunulan çeşitli yiyeceklere karşı koyamama davranışlarının, normal kilolu kişilere oranla daha sık rastlandığı görülmüştür (57).

Aşırı yemenin bir nedeni olarak, inhibitör kontrol yetersizliği de düşünülebilir. Bu durum hızlı ve gereğinden fazla besin alımı, sağlıksız beslenme ve aç değilken yemek yemeye neden olarak görülmektedir (58).

Breat ve arkadaşları fazla kilolu çocukların bir bölümünün normal kilodakilere oranla dürtüsellğe daha eğilimli kişilik özellikleri gösterdiğini belirtmiştir (59).

Pauli-Pott ve arkadaşları 177 çocuk ve ergen ile yaptıkları bir çalışmada yüksek dürtüsellik düzeyi ve yüksek vücut ağırlığı arasında bir ilişki saptamıştır (60).

Çocuklarda yüksek dürtüsellik düzeyinin ek atıştırma alım düzeyiyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada motor dürtüsellik düzeyinin gıda alımına etkisi olduğu görülmüştür (61).

Yine obez kişilerde normal kilolu kişilere oranla olumsuz düşünceleri uzaklaştırma düzeyinin daha düşük olduğu ve buna bağlı olarak kaçınma amaçlı yeme davranışlarının arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (62).

Bir başka çalışmada aşırı kilolu ve obez kadınların gıda seçiminde miktar olarak fazla olmasa da daha yüksek kaloriye sahip , hazır ve paket besinleri tercih etmelerinin dürtüsellikle ilişkili olduğu görülmüştür (63).

Ayrıca okul öncesi çocukları izleyen bir başka çalışmada bir ödülü ertelemekte güçlük çeken çocukların 30 yıl sonrasında daha yüksek BKİ lerine sahip oldukları dikkat çekmiştir (64).

Yine obezite ile bozulmuş inhibitör kontrol ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi fonksiyonel MR görüntüleri ile destekleyen çalışmalar da mevcuttur (9).

Marcus ve Wildes obezitenin kompulsif gıda tüketimi olarak da isimlendirilebileceğini belirtmiştir (65).

Obez bireylerde özellikle duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere çeşitli psikopatolojilerin daha sık görüldüğü bilinen bir gerçektir (66).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve obezite birlikteliğini açıklamaya çalışan bir çalışmada dopaminerjik ödül yollarında yetersizlik olduğu düşünülen dürtüsellik düzeyi yüksek bireylerde bu iki durumun görüldüğü düşünülmektedir (67).

Obezite dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmaların bir kısmında özellikle bulimiya nevroza ve tıknırcasına yeme bozukluğu hastalarında belirgin derecede daha yüksek dürtüsellik düzeylerinin olduğu belirtilmiştir (68).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapısı

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. Çalışmayı 01.10.2019-29.02.2020 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde gerçekleştirdik.

3.2. Örneklem

Araştırmanın evreni Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği' ne başvuran, 18-65 yaş arasındaki gönüllü bireylerden oluşmaktadır.

Sarısoy ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada kontrol grubunun toplam BDÖ-11 skoru $59,3 \pm 10,05$ bulunmuştur. Buna göre bilinmeyen toplum ortalamasını %95 güvenilirlikle, ± 1 lik bir farkla bulabilmek için örneklem hacmi 384 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı OpenEpi Version 3 ile yapılmıştır. (<http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>).

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan 8 soruluk bir ankettir. (Ek 1) İlk 5 soru hastanın yaş,cinsiyet, medeni hal ,öğrenim durumu ve gelir düzeyi bilgilerini sorgularken son 3 soruda boy , kilo ve beden kitle indeksi değerlerini içermektedir.

3.3.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu

Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) normal ve klinik örneklemelerde en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Bu ölçek 50 yıl içinde çok sayıda revizyona uğramış olup en son formu olan BDÖ-11, 1995 yılında geliştirilmiştir. BDÖ -11 in 15 maddelik kısa formunun Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Tamam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek puan 4-60 arasında değişmektedir ve kesme değeri bulunmamaktadır. Dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellik ve plan yapmama olmak üzere 5 er soruluk 3 alt bölümden oluşmaktadır. Her alt boyuttan alınan yüksek puan

ilgili özelliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların kendileri tarafından doldurulacak olup 15 soruluk 4'lü likert ölçek şeklindedir. Plan yapmama alt başlığındaki ters işaretlenmiş 5 soru dışında her sorunun puanı 1'den 4'e kadar artmaktadır. (Ek 2)

3.4. Çalışmanın Yürütülmesi

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylere onamları ve imzaları alındıktan sonra, demografik bilgiler anketini yüz yüze görüşme yöntemiyle uyguladık.

Katılımcıların boy ve kilolarını ölçüp beden kitle indeksi değerlerini hesaplayarak kaydettik. Ardından Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu katılımcılara verilerek kendilerine en uygun seçenekleri hızlı ve dürüstçe işaretlemelerini istedik.

Katılımcıları eğitim durumlarına göre okuryazar değil, okuryazar, ilk-ortaokul mezunu, lise ve üniversite mezunu olarak grupladık.

Sosyodemografik bilgiler anketinde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyleri olmak üzere sosyodemografik özelliklerini sorguladık ve bu özelliklerle BKİ' nin ilişkisini inceledik.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu ile hastaların motor, plan yapmama, dikkatsizlik ve toplam dürtüsellik düzeylerini değerlendirdik ve bu puanlarla BKİ ilişkisini inceledik.

3.5. Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 -65 yaş arası olmak
- Anket sorularını anlayabilecek durumda olmak
- Okur yazar olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel ve/veya ruhsal bozukluğa sahip olmak
- Boy ve kilo ölçümünü engelleyecek düzeyde fiziksel engeli olmak

3.6. Sonuç Ölçütü

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu puanıdır.

3.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel hesaplamaları verileri bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programına girerek yaptık.

Tanımlayıcı analizlerin yanı sıra Spearmen korelasyon analizi ile BKİ ile toplam BIS-11 skoru ilişkisi değerlendirdik. Numerik değişkenlerin normal dağılımını Kolmogorov Smirnov-z testi ile değerlendirdik.

3.8. Etik Kurul

Araştırmaya katılan gönüllü bireylerden araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili açıklama yapılarak yazılı bilgilendirilmiş onam alındı (Ek-3)

Araştırmanın yapılması için; KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 20 Eylül 2019 tarih ve 24237859-654 sayısıyla etik kurul onayı alınmıştır (Ek-4).

BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya alınan toplam 400 kişinin yaş ortancası 22 (IQR=20-29) yıldı.

Gelir düzeyi ortancası 1725(IQR=600-3000) Türk Lirası idi.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Yaş		
18-24	255	63,7
25-40	89	22,25
40-65	56	14
Cinsiyet		
Kadın	274	68,5
Erkek	126	31,5
Medeni durum		
Evli	97	24,3
Bekâr	303	75,8
Eğitim durumu		
İlkokul/ortaokul	19	4,8
Lise	73	18,3

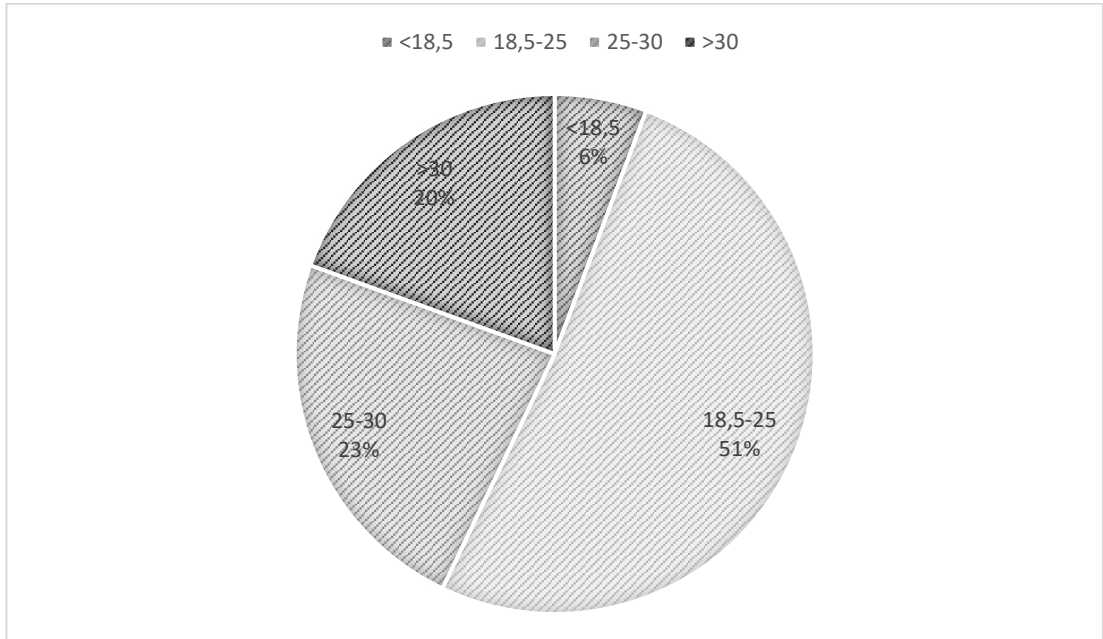
Üniversite	307	76,8
------------	-----	------

Gelir düzeyi

0-600 TL	75	18,75
600-1750 TL	95	23,75
1750 – 3000 TL	66	16,5
3000-5000 TL	59	14,75
5000 TL ve üzeri	44	11

Katılımcıların BKİ ortalaması ise $25,3 \pm 5,7$ kg/m² olarak hesaplandı. Çalışmamıza katılan bireylerin %5,75 i düşük kilolu, %51,5i normal kilolu, %23,5 i fazla kilolu, %19,5 i ise obez bireylerden oluşmaktaydı. Katılımcıların BKİ ne göre sınıflandırılması Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1: Katılımcıların BKİ lerine göre sınıflandırılması

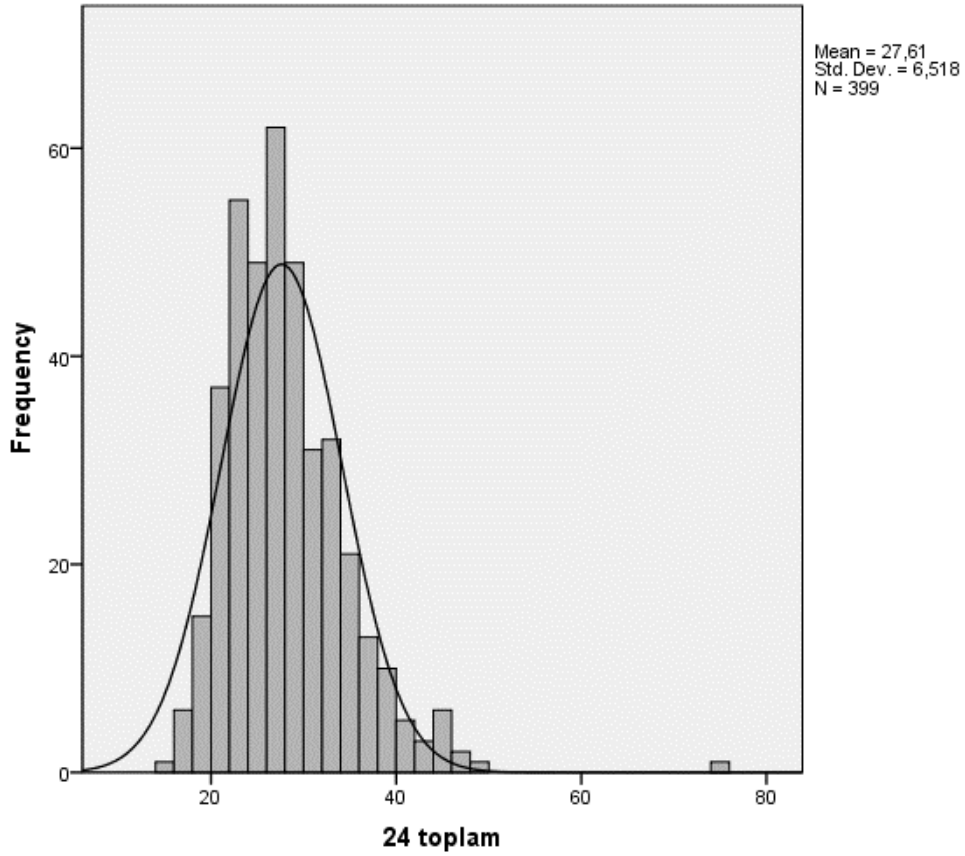


4.2. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu Skorlarının Değerlendirilmesi

BDÖ-11 KF alt gruplarından motor dürtüsellik puanı ortalaması $9,04 \pm 2,9$ olarak hesaplandı. BDÖ-11 KF dikkat dürtüsellik puan ortalaması $9,09 \pm 2,7$ olarak hesaplandı. BDÖ-11 KF plan yapmama ortalama puanı ise $9,46 \pm 2,5$ olarak hesaplandı.

Katılımcıların BDÖ-11 KF toplam puanı ortalaması ise $27,61 \pm 6,5$ olarak hesaplandı. Katılımcıların toplam Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu -11 puanına göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2: Katılımcıların BDÖ-11 KF puanlarına göre dağılımı



4.3. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu Skorlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaşları ile BDÖ-11 KF toplam ve alt grup skorları arasındaki ilişkiyi Spearmen Analizi ile değerlendirdik. Her üç alt grup ve toplam puanların yaş ile pozitif korelasyon gösterdiğini saptadık. Dolayısıyla katılımcıların yaşları arttıkça motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellliği , plan yapmama ve toplam dürtüsellik düzeylerinin anlamlı olarak arttığını tespit ettik.

Katılımcıların gelir düzeyleri ile dürtüsellik toplam alt grup düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde de gelir düzeyi ile BDÖ-11 KF toplam skoru ve dikkat dürtüsellliği arasında pozitif korelasyon saptarken, motor dürtüsellik ve plan yapmama alt grup skorları ile gelir düzeyleri arasında korelasyon göremedik. Dolayısıyla katılımcıların gelir düzeyi arttıkça toplam dürtüsellik düzeylerinin ve dikkat dürtüsellliği düzeylerinin anlamlı olarak arttığını, motor dürtüsellliği ile plan yapmamanın ise değişmediğini gördük.

Toplam BDÖ-11 KF skorları ve alt grup skorlarında kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı fark saptamadık. Cinsiyetlere göre toplam ve alt grup skorları Tablo 5'te gösterildiği gibidir.

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetlere göre BDÖ-11 KF puanlarının ve alt grup puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ortalama puan
Toplam BDÖ-11	Erkek	126	27,29 ±6,05
KF puanı	Kadın	273	27,76 ±6,72
Dikkat dürtüsellliği	Erkek	126	9,02 ±2,74
	Kadın	273	9,12 ±2,68
Motor dürtüsellik	Erkek	126	8,94 ±2,26
	Kadın	274	9,09 ±3,28
Plan yapmama	Erkek	126	9,32 ±2,56
	Kadın	274	9,53 ±2,58

Medeni durumlara göre BDÖ-11 KF skorları ve alt grupları arasında anlamlı fark saptadık. Evli katılımcılarda, bekarlara oranla BDÖ-11 KF ve alt grup skorları

anlamli olarak daha yu'ksek bulundu. Medeni durumlara g'ore BD'-'11 KF skorlari Tablo 6'da g'osterildi'gi gibidir.

Tablo 6. Katilimcilarin medeni durumlarina g'ore BD'-'11 KF puanlarinin ve alt grup puanlarinin kar'silastirilmesi

Medeni Durum		N	Ortalama	Standart Sapma
Toplam skor	Evli	96	29,72	8,2
	Bekar	303	26,94	5,7
Dikkat d'urtuselligi	Evli	96	9,61	3,1
	Bekar	303	8,92	2,5
Motor d'urtusellik	Evli	97	9,82	4,3
	Bekar	303	8,80	2,3
Plan yapmama	Evli	97	10,19	2,9
	Bekar	303	9,23	2,4

E'gitim du'zeylerine g'ore katilimcilarin BD'-'11 KF toplam ve alt grup skorlarini kar'silastirdik. Katilimcilarin e'gitim durumlarini ilkokul/ortaokul, lise ve u'niversite olarak u'c grupta topladik.

Ilkokul/ortaokul mezunlarinin toplam BD'-'11 KF skorlarini ortalama $35 \pm 5,91$ olarak, lise mezunu katilimcilarin toplam BD'-'11 KF skorlarini ortalama $29,3 \pm 7,9$ olarak, u'niversite mezunlarininkini ise $26,7 \pm 5,78$ olarak hesapladik. Bu u'c grup arasinda anlamlı farklar oldu'gunu tespit ettik.

E'gitim du'zeyine g'ore alt grup skorlarini inceledi'gimizde ise dikkat d'urtuselligi skorlari ilkokul/ortaokul mezunu katilimcilara ortalama $11,95 \pm 2,7$; lise mezunu katilimcilara $9,74 \pm 2,7$; u'niversite mezunu katilimcilara $8,76 \pm 2,54$ olarak de'gerlendirdik. Her u'c grubu dikkat d'urtuselligi a'cisindan kendi aralarinda de'gerlendirdi'gimizde anlamlı fark tespit ettik.

Plan yapmama alt grubu skorlarina bakti'gimizde ilkokul/ortaokul mezunu katilimcilarin skoru ortalama $11,8 \pm 3,3$; lise mezunu katilimcilarin skoru $9,9 \pm 3$;

üniversite mezunu katılımcıların skorunu ise $9,18 \pm 2,2$ olarak hesapladık. Yine eğitim düzeylerine göre her üç grup arasında da plan yapmama açısından anlamlı fark saptadık.

Motor dürtüsellik ortalama skorlarını eğitim düzeylerine göre değerlendirdiğimizde ise ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların skoru $11,16 \pm 1,5$; lise mezunu katılımcıların $9,16 \pm 4,6$; üniversite mezunu katılımcıların ise $8,79 \pm 2,4$ olarak hesapladık. Motor dürtüsellik alt grup skorları açısından ilkokul/ ortaokul mezunu katılımcılar ile üniversite mezunu katılımcılar arasında anlamlı fark bulamadık. İlkokul/ ortaokul mezunu katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında ve lise mezunu katılımcılar ile üniversite mezunu katılımcılar arasında ise anlamlı farklar tespit ettik.

Eğitim düzeylerine göre BDÖ-11 KF toplam ve alt grup skorlarının ayrıntılı olarak değerlendirilmesi Tablo 8 de gösterilmiştir.

Tablo 7. Eğitim düzeylerine göre BDÖ-11 KF toplam ve alt grup skorlarının incelenmesi

Eğitim düzeyleri		Ortalama fark (mean difference)	Standart sapma	P değeri	
BDÖ-11 KF toplam skoru	İlkokul / ortaokul	Lise	5,6*	1,6	,001
		Üniversite	8,2*	1,4	,000
	Lise	Üniversite	2,5*	0,8	,005
Dikkat dürtüsellği Skoru	İlkokul / ortaokul	Lise	2,2*	0,6	,003
		Üniversite	3,1*	0,6	,000
	Lise	Üniversite	0,9*	0,3	,012

	İlkokul / ortaokul	Lise	1,5	0,7	,103
Motor dürtüsellik		Üniversite	2,3*	0,6	,002
Skoru	Lise	Üniversite	0,8	0,3	,090

	İlkokul / ortaokul	Lise	1,9*	0,6	,008
Plan yapmama skoru		Üniversite	2,7*	0,5	,000
	Lise	Üniversite	0,7*	0,3	,045

4.4. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu Skorlarının Beden Kitle İndeksleri ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların BKİ leri ile BDÖ-11 KF skorlarını Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirdik. BKİ değerleri ile toplam BDÖ-11 KF skorları arasında pozitif korelasyon saptadık ($r=0,442$, $p<0,001$)

Alt grup skorları açısından değerlendirdiğimizde de BKİ değerleri ile motor dürtüsellik ($r= 0,358$, $p<0,001$) skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptadık. Yine dikkat dürtüsellliği ($r= 0,274$, $p< 0,001$) ve plan yapmama ($r=0,398$, $p<0,001$) alt grup skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptadık.

TARTIŞMA

Obezite her geçen gün artan bir sağlık tehdidi olmaya devam ederken obezite tedavisi ve tedaviye uyumu bozan nedenlerin önemi de gittikçe artmaktadır. Uzun süreli bir tedavi olan obezite tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi, uyum zorluğu yaşanan en önemli basamağı oluşturmaktadır (69).

Obeziteyle mücadelede gerek tedavide diyet uyumunu bozan faktörlerle mücadele etmek, gerekse obezite oluşumunda önemli rolü olan aşırı gıda alımını önlemek oldukça önemlidir. Gıda alımının artışı obezitenin yaygınlaşmasında önemli bir neden olarak görülmektedir (70). Literatürde gıda alımı artışıyla bağımlılık ve dolayısıyla dürtüsellik arasında paralel bir ilişki gösteren çeşitli hayvan ve insan çalışmaları mevcuttur (71).Dürtüsellik , yeme bağımlılığı ve BKİ arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda artan dürtüsellik düzeylerinin gıda bağımlılığı artışı nedeniyle dolaylı olarak BKİ nin artışına katkıda bulunduğu görülmüştür (72). ABD de koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında birinci basamak hekimlerinin toplumu obezite açısından taraması ve davranışsal müdahelerde bulunması tavsiye edilmektedir (73). Bu sebeplerle dürtüsellüğün tespiti ve tedavisi obezite tedavisinde yeni bir katkı sağlayabilir

Tüm bu sebeplerle biz de birinci basamakta obezitenin önlenmesi ve tedavisine katkıda bulunmak amacıyla çalışmamızda Karadeniz Teknik Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği 'ne herhangi bir nedenle başvuran hastaların beden kitle indeksleri ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişki BDÖ-11 KF kullanılarak değerlendirdik. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin dürtüsellik düzeylerine etkisini de inceledik.

Cinsiyetler arası dürtüsellik düzeyleri farkının değerlendirildiği bir metaanalizde, çeşitli yöntemlerle ölçümler sonucunda erkeklerin kadınlara oranla dürtüsel davranışlara daha eğilimli olduğu tespit edilirken ; fazla yeme dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmalarda genellikle tam tersi sonuçlar tespit edilmiştir(74). Nederkoorn ve arkadaşlarının çalışmasında obez kadınların davranışsal yöntemlerle ölçümler yapıldığı takdirde dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (6). Aynı şekilde Chamberlain ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda dürtüsellik düzeylerinin erkeklere oranla anlamlı derece yüksek olduğu gözlenmiştir (9). Bizim çalışmamızda ise kadın ve erkek katılımcılar arasında dürtüsellik açısından anlamlı fark tespit etmedik. Bu durumun nedeni olarak dürtüsellik ilişkili obezite dışı durumlar da dikkate alındığında (DEHB, saldırganlık, kumar bağımlılığı vb) erkek cinsiyet daha ön planda görülürken; yeme bozuklukları ve obezitenin kadınlarda daha sık rastlanması gösterilebilir. Bizim çalışmamızda ise katılımcılar rastgele toplumdan herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran kişiler seçilmiştir. Böyle bir farka rastlanılmaması bu nedenlerle açıklanabilir.

Meule ve Blechert in yaptığı 3073 vakalık bir derlemede katılımcıların çoğunluğu kadın (% 78,60, n = 2414) iken bizim çalışmamızda katılımcıların % 68,5 ini kadınlar oluşturmaktadır (10). Yine aynı çalışmada katılımcıların %6 ,90'unu düşük kilolu, %69,9'unu normal kilolu, %12,2'sini fazla kilolu ve %11'ini de obezler oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %5,75' i düşük kilolu, %51,5'i normal kilolu, %23,5'i fazla kilolu, %19,5'i ise obez bireylerden oluşmaktaydı.

Literatürde obezite dürtüsellik ilişkisine bakıldığında eğitim düzeyi ile BDÖ puanlarının ters orantılı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (75), (76), (77). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça BDÖ toplam puanlarının anlamlı olarak azaldığını tespit ettik. Bu noktada akademik açıdan daha başarılı kişilerde dürtüsellik düzeyinin düşük olduğuna ilişkin geriye dönük çalışmalara sık rastlanırken eğitim düzeyinin dürtüsellik üzerine etkisini inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Dolayısıyla bizim çalışmamızda da eğitim durumunun BDÖ puanlarına etkisinin nedenini tam olarak açıklamak eldeki verilerle mümkün görünmemektedir. Genetik faktörlerin de etkili olduğu düşünüldüğünde dürtüsellik düzeyleri daha düşük kişilerin daha iyi eğitim düzeylerine sahip olduğu düşünülebileceği gibi; daha uzun eğitim almış kişilerin dürtüsellikleriyle baş etme becerilerinin daha yüksek olduğu da söylenebilir.

Katılımcıların BKİ değerleri arttıkça BDÖ-11 KF puanlarının da orantılı olarak arttığını tespit ettik.

Dürtüsellüğün çocuklardaki obezite üzerine etkisini araştıran 2-21 yaş arası 3898 katılımcının değerlendirildiği bir derlemede , aşırı kilolu ya da obez çocuklarda normal kilodaki çocuklara oranla dürtüsellğe daha yüksek oranda karşılaşıldığı sonucuna ulaşılmıştır (78).

Düşük kilolu ve fazla kilolu bireylerin kişilik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada dürtüsellik düzeylerindeki %10' luk artışın ortalama 4 kg fazla kilolu olmaya etki ettiği saptanmış ve yüksek dürtüsellik düzeylerinin 3 yıl sonraki değerlendirmelerde santal obezitenin önemli bir öngörücüsü olduğu belirlenmiştir (79).

UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği kullanılarak yapılan başka bir çalışmada 47 fazla kilolu ve obez kadının dürtüsellik düzeylerinin, 47 normal kilolu kadına göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (57).

Çalışmamızda BDÖ -11 KF alt grup puanlarının her üçü ile BKİ düzeyleri arasında pozitif korelasyon saptadık. Ancak literatürde farklı alt gruplarla korelasyon saptanan ve saptanmayan çeşitli çalışmalar mevcuttur.

Chamberlain ve arkadaşlarının çalışmasında obez ve fazla kilolu katılımcıların BDÖ motor dürtüsellik alt grup puanları normal kilodakilere göre daha yüksek bulunurken diğer alt gruplar ve toplam puan açısından anlamlı fark saptanmamıştır (9).

Nasser ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yeme bozukluğu olan obez kadınlarda BIS-11 KF ölçeğinin motor dürtüsellik alt grubu puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunurken, dikkat ve plan yapmama alt grup puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (80).

Lyke ve Spinella'nın çalışmasında açlık alt ölçeği ile dikkatsizlik alt grup puanı arasında zayıf pozitif korelasyon saptanırken diğer alt gruplarla korelasyon saptanmamıştır (75).

Sarısoy ve arkadaşlarının çalışmasında plan yapmama ve dikkatsizlik alt grup puanlarının morbid obezlerde normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (81).

Meule ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada dikkat dürtüsellliği ve motor dürtüsellliği düzeyleri BKİ değerleri ile korelasyon gösterirken; plan yapmama ile BKİ değerleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (10).

Çalışmaların büyük kısmında toplam dürtüsellik düzeyi BKİ ile korele ya da obez kişilerde anlamlı yüksek bulunurken alt gruplar arasında çeşitli farklılıklar mevcuttur. Bunun nedeni olarak her üç alt grubun da çeşitli şekillerde obeziteye katkıda bulunması ve bunun kişiden kişiye farklılık göstermesi düşünülebilir. Örneğin motor dürtüsellik kişinin açlık hissetmeden fazla ve sağlıksız gıda alımına, atıştırmalık alımının artmasına ve yemek tekliflerine karşı koymada güçlük çekmesine sebep olabilir. Plan yapmama ise tıbbi beslenme tedavisine uyumun azalmasına neden olabilir. Çünkü obezite tedavisi planlı ve sürekli diyet ve egzersiz tedavisine uyum gerektiren bir tedavidir. Ayrıca düzenli beslenme ve sağlıklı yaşam tarzının obeziteyi önlemedeki etkisi bilinen bir gerçektir. Aynı şekilde dikkat dürtüsellliği kişinin aldığı gıdaların içeriğini önemsememesi, daha fazla sağlıksız gıda tüketmesi ve kaçamaklarının ve aldığı gıda miktarına ilişkin farkındalığının azalması sebebiyle kilo artmasına sebep olabilir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı dürtüsellüğün tespitinde katılımcıların kendilerinin cevapladıkları BDÖ-11 KF kullanılmış olmasıdır. Kendini değerlendirme ölçeği yanında davranışsal yöntemlerle dürtüsellik düzeylerinin ölçülmesi daha etkili sonuçlar alınmasına sebep olabilir. Buna ek olarak düşük kilolu ve obez katılımcıların sayılarının az olması kısıtlılıklar arasında değerlendirilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Obeziteyle savaşta koruyucu hekimliğin, dolayısıyla birinci basamağın rolü çok büyüktür. Obezitenin önlenmesinde ve öngörülmesinde dürtüsellik ve ilişkili hastalıklar önemli bir belirleyici olabilir.

Psikiyatrik yaklaşımların özellikle de bilişsel davranışçı terapinin diyet ve egzersiz tedavisine eklendiğinde olumlu sonuçları olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde obezite tedavisinde yeni yaklaşımlar pek çok araştırmanın odak noktasıdır. Gerek obezite tedavisinde kilo kaybı ve verilen kiloların korunmasında, gerekse tedaviye uyumun artmasında dürtüsellik yeni bir tedavi hedefi olarak göze çarpmaktadır.

Bunlara ek olarak obez hastalarda dürtüsellikle ilişkili olduğu düşünölen diğer hastalıkların (alkol, sigara, kumar vb bağımlılıklar, DEHB vb.) aile hekimleri tarafından akılda tutulması erken tanı ve tedavi açısından yol gösterici olabilir.

Kısacası tüm bu sebeplerle beden kitle indeksi ve dürtüsellik ilişkisini ortaya koyan daha fazla sayıda çalışmaya ve dürtüsellik temelli tedavi yaklaşımlarına yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Dürtüsellüğün kontrol altına alınması obeziteyle mücadelede yeni bir yaklaşım sağlayarak faydalı olabilir

KAYNAKLAR

1. Uccioli L, Monticone G, Russo F, Mormile F, Durola L, Mennuni G, Bergamo F, Menzinger G (1994). obesity: preventing and managing the global epidemic. *Diabetologia* 37: 1051–1055.
2. TEMD (2019). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019. BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd Şti.
3. No Title (2020). <http://ncdrisc.org/obesity-population-stacked.html>. Available at: <http://ncdrisc.org/obesity-population-stacked.html>. .
4. Sonmez A, Yumuk V, Haymana C, Demirci I, Barcin C, Kızılcı S, Güldiken S, Örük G, Saydam BO, Baldane S, et al. (2019). Impact of obesity on the metabolic control of type 2 diabetes: Results of the Turkish nationwide survey of glycemic and other metabolic parameters of patients with diabetes mellitus (TEMD Obesity study). *Obesity Facts* 12: 167–178.
5. Bentham J, Di Cesare M, Bilano V, Bixby H, Zhou B, Stevens GA, Riley LM, Taddei C, Hajifathalian K, Lu Y, et al. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 390: 2627–2642.
6. Nederkorn C, Smulders FTY, Havermans RC, Roefs A, Jansen A (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite* 47: 253–256.
7. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 158: 1783–1793.
8. Anxiety I (2016). Barratt Impulsiveness Scale - 11- Short Form (Turkish Version) 11–13.
9. Chamberlain SR, Derbyshire KL, Leppink E, Grant JE (2014). Obesity and dissociable forms of impulsivity in young adults. *CNS Spectrums* 20: 500–507.
10. Meule A, Blechert J (2016). Trait impulsivity and body mass index: A cross-sectional investigation in 3073 individuals reveals positive, but very small relationships. *Health Psychology Open* 3.
11. WHO (2018). No Title. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. .
12. BMI_ Hastalar ve sağlık uzmanları için hayati bir işaret.pdf (n.d.). .
13. Deurengberg P, Weststrate J, Seidell JC (1991). Practiceware Works. *British Journal of Nutrition* 65: 105–114.
14. Prentice AM, Jebb SA (2001). Beyond body mass index. *Obesity Reviews* 2: 141–147.

15. Chooi YC, Ding C, Magkos F (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism: Clinical and Experimental* 92: 6–10.
16. Mercer SW, Tessier S (2001). A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health bulletin* 59: 248–253.
17. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M (2001). The worldwide obesity epidemic. *Obesity research* 9 Suppl 4.
18. WHO (2009). Global Health Risks.
19. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity* 32: 1431–1437.
20. HATEMİ HH (2006). Obezite ve Hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2: 1–3.
21. Ural D, Kiliçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçioğlu M, Özer N, Barçın C, Yılmaz MB, Abacı A, Şengül Ş, et al. (2018). Data on prevalence of obesity and waist circumference in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi* 46: 577–590.
22. Özcebe H, Bağcı Bosı T, Yıldırım N, Yardım M, Gögen S (2017). Türkiye çocukluk çağı.
23. Türkiye BBSKİO ve DKR, Kurumu H (2017). Obezite ve diyabet klinik rehberi.
24. Akkurt S (2012). OBEZİTE VeEgzersiTedavisi. *Spor Hekimliği Dergisi* 47: 123–130.
25. Heshmatpour M (2015). Bell inequalities for arbitrary situations. *Physics Letters, Section A: General, Atomic and Solid State Physics* 379: 870–872.
26. Brand-Miller JC, Griffin HJ, Colagiuri S (2012). The carnivore connection hypothesis: Revisited. *Journal of Obesity* 2012.
27. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2014). .
28. Alston JM, Okrent AM (2017). The Effects of Farm and Food Policy on Obesity in the United States. *The Effects of Farm and Food Policy on Obesity in the United States* 105–134. doi:10.1057/978-1-137-47831-3.
29. هربانی عذرا (1393). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması.
30. Ergin I, Hassoy H, Kunst A (2012). Socio-economic inequalities in overweight among adults in Turkey: A regional evaluation. *Public Health Nutrition* 15: 58–66.
31. Allen G, Safranek S (2011). Secondary causes of obesity. *American Family Physician* 83: 972–973.

32. Tam AA, Çakır B (2012). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım Approach Of Obesity In Primary Health Care. Ankara Medical Journal 12: 37–41.
33. MacMahon S, Baigent C, Duffy S, Rodgers A, Tominaga S, Chambless L, De Backer G, De Bacquer D, Kornitzer M, Whincup P, et al. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. The Lancet 373: 1083–1096.
34. De Lorenzo A, Romano L, Di Renzo L, Di Lorenzo N, Cennamo G, Gualtieri P (2020). Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. Nutrition 71: 110615.
35. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM, Nadolsky K, Pessah-Pollack R, Plodkowski R (2016). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. Endocrine Practice 22: 1–203.
36. Akbulut G, Rakıcıoğlu N (2010). Şişmanlık Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Akbulut ve Rakıcıoğlu Genel Tıp Derg 20: 35–42.
37. Ped G, Beslenme O, Yeni T, Kavram B, Concept N, Therapy N, Obesity C, Index FI (2018). ÖZ : SUMMARY : 16: 205–218.
38. Sigmundsson H, Englund K, Haga M (2017). Associations of Physical Fitness and Motor Competence With Reading Skills in 9- and 12-Year-Old Children: A Longitudinal Study. SAGE Open 7.
39. Elcock D, Shackelford D (2019). The Validity of the Six Minute Walk Test in Determining VO2peak in Cancer Survivors: A Pilot Study 6.
40. Serter R (2004). Obezite Atlası 1. Obezite Atlası Karakter Color Basımevi.
41. Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN, Carraça E V., Santos TC, Sardinha LB (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. Obesity 18: 725–735.
42. Stuart RB (1967). Behavioral control of overeating. Behaviour Research and Therapy 5: 357–365.
43. Fabricatore AN (2007). {A figure is presented} Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy of Obesity: Is There a Difference? Journal of the American Dietetic Association 107: 92–99.
44. Kaur J (2014). A comprehensive review on metabolic syndrome. Cardiology Research and Practice 2014.
45. Bayraktar A (2015). Obezite Tedavisinde Eczacının Rolü ve Katkısı 106–110.
46. Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH (2016). Treatment of obesity. Circulation Research 118: 1844–1855.

47. Toker MK, Altıparmak B, Uysal AI, Demirbilek SG (2019). Comparison of pressure-controlled volume-guaranteed ventilation and volume-controlled ventilation in obese patients during gynecologic laparoscopic surgery in the Trendelenburg position. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)* 69: 553–560.
48. Hensley RD (2018). Primary care management of obesity. *Nurse Practitioner* 43: 41–48.
49. Luengo MA, Carrillo-De-La-Peña MT, Otero JM (1991). The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt impulsiveness scale. *Personality and Individual Differences* 12: 657–667.
50. Hollander E, Rosen J (2000). Impulsivity. *Journal of Psychopharmacology* 14.
51. Barratt ES (2004). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. *The impulsive client: Theory, research, and treatment* 39–56. doi:10.1037/10500-003.
52. Duarte C, Gouveia JP, Mendes A (2016). four factor model of impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 16: 329–341.
53. Mitchell SH (1999). Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers. *Psychopharmacology* 146: 455–464.
54. Stanford MS, Greve KW, Boudreaux JK, Mathias CW, Brumbelow JL (1996). Impulsiveness and risk-taking behavior: Comparison of high-school and college students using the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences* 21: 1073–1075.
55. Martins SS, Tavares H, Da Silva Lobo DS, Galetti AM, Gentil V (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addictive Behaviors* 29: 1231–1235.
56. Butryn ML, Webb V, Wadden TA (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America* 34: 841–859.
57. Mobbs O, Crépin C, Thiéry C, Golay A, Van der Linden M (2010). Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Education and Counseling* 79: 372–377.
58. Smith CF, Williamson DA, Bray GA, Ryan DH (1999). Flexible vs. rigid dieting strategies: Relationship with adverse behavioral outcomes. *Appetite* 32: 295–305.
59. Braet C, Claus L, Verbeken S, Van Vlierberghe L (2007). Impulsivity in overweight children. *European Child and Adolescent Psychiatry* 16: 473–483.
60. Pauli-Pott U, Albayrak Ö, Hebebrand J, Pott W (2010). Association between inhibitory control capacity and body weight in overweight and obese children and adolescents: Dependence on age and inhibitory control component. *Child Neuropsychology* 16: 592–603.
61. Bennett C, Blissett J (2020). Interactive effects of impulsivity and dietary restraint

- over snack intake in children. *Appetite* 146: 104496.
62. Heatherton TF, Baumeister RF (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin* 110: 86–108.
 63. Appelhans BM, Waring ME, Schneider KL, Sherry L, Debiasse MA, Whited MC (2013). Home Foods in Overweight and Obese Women 59: 576–584.
 64. Schlam TR, Wilson NL, Shoda Y, Mischel W, Ayduk O, Author C, Request Author R (2013). Preschoolers' Delay of Gratification Predicts Their Body Mass 30 Years Later \$watermark-text \$watermark-text \$watermark-text. *J Pediatr* 162: 90–93.
 65. Marcus MD, Wildes JE (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders* 42: 739–753.
 66. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Deđirmenci T, Karadađ F, Kalkan-Ođuzhanođlu N, Ateđçi F, Űniversitesi Týp FakŰltesi Psikiyatri Anabilim Dalý P, Hastanesi D (2011). Obez Kadýnlarda Psikiyatrik Taný Sýklýđý The Frequency of Psychiatric Diagnosis in Obese Women.
 67. Liu LL, Li BM, Yang J, Wang YW (2008). Does dopaminergic reward system contribute to explaining comorbidity obesity and ADHD? *Medical Hypotheses* 70: 1118–1120.
 68. Engel SG, Corneliussen SJ, Wonderlich SA, Crosby RD, Le Grange D, Crow S, Klein M, Bardone-Cone A, Peterson C, Joiner T, et al. (2005). Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 38: 244–251.
 69. Dalle Grave R, Melchionda N, Calugi S, Centis E, Tufano A, Fatati G, Fusco MA, Marchesini G (2005). Continuous care in the treatment of obesity: An observational multicentre study. *Journal of Internal Medicine* 258: 265–273.
 70. Swinburn B, Sacks G, Ravussin E (2009). Special Article Increased food energy supply is more than sufficient to explain the. *American Journal of Clinical Nutrition* 90: 1453–1456.
 71. Avena NM, Rada P, Hoebel BG (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 32: 20–39.
 72. Murphy CM, Stojek MK, MacKillop J (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. *Appetite* 73: 45–50.
 73. Wadden, T. A., Tronieri, J. S., & Butryn ML (2020). Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. Wadden, T A, Tronieri, J S, & Butryn, M L (2 3: Wadden, T. A., Tronieri, J. S., Butryn, M. L. (2.
 74. Cross CP, Copping LT, Campbell A (2011). Sex Differences in Impulsivity: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 137: 97–130.

75. Lyke JA, Spinella M (2004). Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *International Journal of Eating Disorders* 36: 229–233.
76. Spinella M (2007). Normative data and a short form of the Barratt Impulsiveness Scale. *International Journal of Neuroscience* 117: 359–368.
77. McLaren L (2007). Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic Reviews* 29: 29–48.
78. Thamotharan S, Lange K, Zale EL, Huffhines L, Fields S (2013). The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 33: 253–262.
79. Terracciano A, Sutin AR, McCrae RR, Deiana B, Ferrucci L, Schlessinger D, Uda M, Costa PT (2009). Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosomatic Medicine* 71: 682–689.
80. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A (2004). Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite* 43: 303–307.
81. Sarisoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O (2013). Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algisi ve benlik saygisi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14: 53–61.

EKLER

Ek-1. Beden Kitle İndeksi ile Dürtüsellik İlişkisi Değerlendirme Anketi

Bu anket Farabi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniğine başvurup kilo kontrol danışmanlığı alan bireylerde dürtüsellik düzeyini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Verileriniz sadece araştırma amacıyla kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak ve kullanılmayacaktır.

Yaşınız?

Cinsiyetiniz?

1) ☐ Erkek 2) ☐ Kadın

Medeni durumunuz?

1) ☐ Evli 2) ☐ Bekar

Eğitim durumunuz?

1) ☐ Okuryazar değil

2) ☐ Okuryazar

3) ☐ İlkokul/ortaokul

4) ☐ Lise

5) ☐ Üniversite

Gelir düzeyiniz?TL

Boy: cm

Kilo: kg

BKİ: kg/m²

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Kısa Formu

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.;

		Nadiren/Hiç bir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/Her zaman
9	İşlerimi dikkatle planlarım				
10	Düşünmeden iş yaparım				
11	Dikkat etmem				
12	Uçuşan düşüncelerim var				
13	Dikkatli düşünen birisiyim				
14	İş güvenliğine dikkat ederim				
15	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
16	Düşünmeden hareket ederim				
17	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
18	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
19	Düşünerek hareket ederim				
20	Düşünmeden alışveriş yaparım				
21	Hobilerimi değiştiririm				
22	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
23	Geleceğini düşünen birisiyim				

Ek – 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Fomu

Araştırmanın Adı: Beden Kitle İndeksi ile Dürtüsellik İlişkisi / The relationship between body mass index and impulsivity

Bu çalışmada boy ve kilo ölçümünüz yapıldıktan sonra size Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu-11 uygulanacaktır. Çalışma sonucunda beden kitle indeksi değerleri ile dürtüsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size kişisel bilgilerinizi sorgulayan bir anket uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı Soyadı / Telefonu:

Merve BULUT ADAŞ / 05303078832

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.” “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı Soyadı :

İmzası :

Araştırmacının

Adı Soyadı: : Merve BULUT ADAŞ

İmzası :

/

Tarih: /

Ek-3 .



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

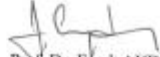
Sayı : 24237859- 654
Konu: Etik Kurul onay belgesi

20.09.2019

Sayın; Prof. Dr. Turan SET
Aile Hekimliği ABD.

"Beden Kitle İndeksi ile Dürtüsellik İlişkisi" başlıklı etik kurul 2019/246 protokol numaralı çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Fırat AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Beden Kitle İndeksi ile Dörtüsellik İlişkisi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2019 / 246		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/AD/SOY/ADI	Prof. Dr. Turan SET		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/AD/SOY/ADI	Arş.Gör.Dr.Merve BULUT ADAŞ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
				Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐				
	SKORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	ILAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SÖZLEŞME RAPYURU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ DİĞER:	☐				

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BEĞİLERİ	Karar No: 12	Tarih: 16.09.2019
	Prof.Dr.Turan SET'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Merve BULUT ADAŞ'a ait "Beden Kitle İndeksi ile Dörtüsellik İlişkisi" başlıklı 2019/246 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığını; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yard.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye	Plastik, Rekon. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hicayin YAMAN Üye	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma