

Yetişkin Kadınlarda Dikotomi Düşünme Ölçeğinin (DTEDS) Yeme Bağımlılığı, Yeme Bozuklukları ve Obezite ile İlişkisinin Saptanması

Determination of the Relationship between Nutritional Status and The Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale (DTEDS) in Adult Women

Gülberk Kütahya¹, Betül Kişioğlu Halis², Aslı Akyol Mutlu³

Geliş tarihi/Received: 31.08.2022 • Kabul tarihi/Accepted: 02.12.2022

ÖZET

Amaç: Yeme bozuklukları; yeme davranışları ile ilişkili düşünceler, tutumlar ve duygularla oluşan fizyolojik bozukluklardır. Katı bir kognitif düşünme tarzı olan dikotomik düşünme aşırı yeme ve vücut ağırlığının artması ile ilişkilendirilmektedir. Buna dayanarak bu çalışmada, obez veya fazla kilolu olan yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeği'nin (DTEDS) beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bireyler ve Yöntem: Gözlemsel araştırma türündeki bu çalışma Ankara ilinde Ocak 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür ve Beden Kütle İndeksi'ne (BKİ) göre fazla kilolu veya obez olarak sınıflandırılan 110 kadını (36.8±12.03 yıl) kapsamaktadır. Tanımlayıcı ve antropometrik bulgular ile birlikte bireylere yeme bozuklukları ile ilişkili Yeme Tutum Testi (EAT-26), Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği (YALE) ve DTEDS içeren soru kağıdı uygulanmıştır. Ayrıca 30 bireye tekrar test yöntemi uygulanarak DTEDS'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Bulgular: DTEDS'nin Türkçe uyarlama çalışmasına göre geçerlilik (coefficient=0.075; t=0.940, p=0.355) ve güvenilirliği (cronbach alfa=0.808) uygun düzeyde bulunmuştur. Ortalama BKİ 30.3±4.8 kg/m² olup fazla kilolu olan 61 kadın, obez olan 49 kadın bulunmaktadır. BKİ ile YALE puanı negatif yönlü düşük korelasyon göstermektedir (p=0.008). DTEDS açısından riskli sayılan fazla kilolu kadınların %55.8'inde, şişman kadınların ise %44.2'sinde dikotomik düşünme bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu riski olduğu görülmüştür. Dondurma, çikolata, yağda kızarmış hamur ve tatlı, poğaç, pirinç pilavı, kraker, tuzlu simit, kurabiye, kek-pasta, şekerleme, pizza, gazoz, biftek, pastırma, muz gibi besinlerin yeme bozukluğuyla ilişkili olabileceği görülmüştür (p<0.05). Yapılan egzersiz türüyle DTEDS (p=0.027), EAT-26 (p=0.036) ve YALE (p=0.007) arasında, düzenli egzersiz yapma durumu ile EAT-26 (p=0.046) arasında da anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Sonuç: Sonuç olarak, Türkçe uyarlama çalışmasına göre geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilen DTEDS'nin yeme bozukluğu ile ilgili araştırmalarda ve obezite ile ilişkili yeme tutum davranışlarının incelenmesinde kullanılabileceği belirlenmiştir. Fazla kilolu/obez kadınlarda BKİ değerlerinin dikotomik düşünme ile ilişkili olabileceği ve yeme bozukluğunun enerji/şeker/yağ içeriği yüksek besinleri tüketme eğilimine katkıda bulunabileceği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Dikotomik düşünme, beslenme bozuklukları, obezite, beslenme alışkanlıkları

1. Bağımsız araştırmacı, Türkiye • <https://orcid.org/0000-0002-4923-5519>

2. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye • <https://orcid.org/0000-0002-7158-9524>

3. **İletişim/Correspondence:** Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye
E-posta: asli.akyol@hacettepe.edu.tr • <https://orcid.org/0000-0001-6301-6358>

ABSTRACT

Aim: Eating disorders are physiological disorders caused by eating behaviors and related thoughts. Dichotomous thinking which is a rigid cognitive thinking style has been associated with excessive eating and increased body weight. The aim of this study was to evaluate the relationship between the Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale (DTEDS) and nutritional status in overweight/obese adult women.

Subjects and Method: This observational study was conducted on January 2018- July 2019 in Ankara with 110(36.8±12.03 years) women who were overweight or obese according to their body mass index (BMI). A questionnaire examining descriptive and anthropometric information along with Eating Disorders Associated Eating Attitude Test (EAT-26), Yale Food Addiction Scale (YALE) and DTEDS were applied. The validity and reliability of the Turkish version of DTEDS were performed by the re-testing method.

Results: The Turkish version of DTEDS validity (coefficient = 0.075; t=0.940, p = 0.355) and reliability (cronbach's alpha = 0.808) were appropriate. The average BMI was 30.34±4.8 kg/m². There was a negative correlation between BMI and YALE (p<0.05). According to DTEDS, 55.8% of the overweight women and 44.2% of the obese women had a higher risk of dichotomous thinking and related eating disorder. Ice cream, chocolate, fried dough and dessert, donut, rice, crackers, salted pretzels, cookies, cake-bakery, confectionery, pizza, soda, steak, bacon, banana consumption may be associated with eating disorders (p<0.05). Relationships between the exercise type and DTEDS, EAT-26 scores and between regular exercise and YALE, EAT-26 scores were detected (p<0.05).

Conclusion: In conclusion, the Turkish version of DTEDS was valid and reliable. DTEDS can be used in studies examining eating disorders and obesity related eating behaviors. This study showed that dichotomous thinking may be associated with BMI in overweight/obese women and eating disorders may lead to a higher consumption of foods high in energy/sugar/fat.

Keywords: Dichotomous thinking, eating disorders, obesity, nutritional habits

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, yeme davranışlarında şiddetli ve devamlı rahatsızlık ile birlikte karmaşık düşünce ve duygularla karakterize olan davranışsal durumlardır (1). Obez bireylerin çoğunluğu şiddetli derecede tıknırcasına yeme problemi gibi yeme bozukluğu davranışı göstermektedir (2). Obezite ve depresyon gibi duygular durum bozuklukları arasındaki ilişkiyi düzenleyen bir potansiyel faktör ise “siyah ya da beyaz” kognitif düşünme tarzı olarak tanımlanan dikotomik düşünmedir (3-5).

Dikotomik düşünme, depresyon, yeme bozuklukları, tıknırcasına yeme alışkanlığı olan ve diyet yapan bireylerde yaygın olarak görülmektedir. Yemek yeme ve vücut ağırlığı ile ilgili dikotomik düşünme biçimine sahip bireyler besinleri “iyi” ya da “kötü”, kendilerini “diyet yapan” ya da “diyet yapmayan”, vücut ağırlıklarını “kabul edilebilir” ya da “kesinlikle kabul edilemez” olarak tanımlamaktadır (3-5). Vücut ağırlığı

ve yemek yeme ile ilgili endişeli bireylerde sıklıkla diyet kurallarının devamında “ya hep ya da hiç” düşünme biçimleri görülmektedir (4). Dikotomik düşünme katı diyet kurallarının gelişimine ve/veya tıknırcasına yeme davranışı gelişimini arttırması sebepleriyle yeme bozukluğu gelişimine neden olabilmektedir (5).

Dikotomik düşünmenin depresyon, obezite ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiye düzenleyici etkisi henüz anlaşılmamıştır (3). Bu sebeple, Byrne et al. (5) dikotomik düşünme tarzını ölçen kısa, kişinin kendi beyanına dayalı Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeğini (Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale-DTEDS) geliştirmiştir. Diyet yapan, fazla kilolu/obez ve yeme bozukluğuna sahip hastalarda kullanılmak üzere geliştirilen bu ölçek ile yeme ile ilişkili problemlerde dikotomik düşünmeyi tespit edebilmek amaçlanmıştır.

Bugüne kadar çok az sayıda çalışmada kullanılan DTEDS henüz yeni bir ölçek olup yeme bozuklukları ve obezite arasındaki ilişkiyi aydınlatılabilmek için bir araç olabilir. Bu çalışmada, DTEDS'nin Türkçe geçerlilik, güvenilirlik testlerini yapmak ve fazla kilolu/obez yetişkin kadınlarda bu ölçeğin beslenme durumu, antropometrik ölçümler ve diğer yeme bağımlılığı ölçekleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

BİREYLER VE YÖNTEM

Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Gözlemsel araştırma türündeki bu çalışma, Ankara'da Ocak 2018-Temmuz 2019 tarihlerinde evrenden gelişigüzel seçilen, yaşları 19-64 arasında değişen, 110 fazla kilolu veya obez kadınla yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik, güvenilirlik testleri öncelikle 30 kişilik bir grupta gerçekleştirilmiştir. Bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Bu çalışma, 05.12.2017 tarihinde GO 17/855 sayılı karar ile Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Komisyonu tarafından etik açıdan uygun bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Kadınların genel bilgileri, antropometrik ölçümleri ve besin tüketim sıklıkları alınmış; sonrasında DTEDS, Yeme Tutum Testi-26 (EAT-26) ve Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği (YALE) ölçekleri uygulanmıştır. Kadınların genel bilgileri sorgulanırken düzenli egzersiz yapma durumları (egzersiz yaptığı sayı ve süre/hafta), egzersizin türü, sigara ve alkol kullanım durumları da sorgulanmıştır.

Antropometrik Ölçümler

Kadınların vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm) antropometrik ölçümleri alınmıştır. Bel çevresi değerlendirilirken kadınlarda ≥ 80 ve ≥ 88 cm sırasıyla riskli ve yüksek riskli olarak kabul edilmiştir (6). Bel/kalça oranı ise >0.85 olması riskli olarak kabul edilmektedir (6).

Bel çevresi/boy uzunluğu oranı ise <0.4 dikkat edilmesi gereken sınır, $0.4-0.5$ uygun aralık iken $0.5-0.6$ ve >0.6 eyleme geçme değerleridir (6).

Beden Kütle İndeksi Hesaplaması

Beden kütle indeksi toplam vücut yağı ile korelasyon gösteren bir şişmanlık değerlendirme ölçüsüdür. Aşağıda verilen formülle hesaplanan BKİ; ≥ 25.0 , $30.0-34.9$, $35.0-39.9$, ≥ 40.0 kg/m² olan bireyler sırasıyla fazla kilolu, birinci derece obez, ikinci derece obez ve üçüncü derece obez olarak sınıflandırılmaktadır (7).

$$BKİ \left(\frac{kg}{m^2} \right) = \frac{Vücut \ ağırlığı \ (kg)}{Boy \ uzunluğu \ (m^2)}$$

Besin Tüketim Sıklığı Anketi

Kadınlara besin tüketim sıklığı anketi uygulanmıştır. Bu ankette bireylere tüm besin gruplarını son bir ayda ne sıklıkla tükettikleri, miktarları ile birlikte sorgulanmıştır. Bu besin grupları süt ve süt ürünleri, et, yumurta, kurubaklagiller, sebze ve meyveler, ekmek ve tahıllar, yağ, şeker, tatlılar ve içeceklerdir. Her besin grubunun tüketimi kendi alt bileşenleri (4-18) ile birlikte sorgulanmıştır (6).

Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi

DTEDS araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen maddeler alanında uzman (diyetisyen, ölçme değerlendirme uzmanı, psikolog) olan üç kişi tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiş ve ölçeklerin orijinal formuyla karşılaştırılmıştır. Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği için faktör analizinden yararlanılmıştır. Güvenirlik için de test tekrar test yönteminden yararlanılmıştır (5). Son hali oluşturulan anketin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi için ölçeğin madde sayısının 10 katı kadar bireye (110 kişi) anket yapılması planlanmıştır. Test tekrar test yönteminde testin uygulandığı 110 kişiden, 30 kişiye DTEDS 15 gün sonra tekrar uygulanmıştır. Her iki ölçüm arasındaki sonuçların

tutarlılığının değerlendirilmesinde Pearson korelasyon ve sınıf içi korelasyon katsayılarından ve Bland-Altman grafiğinden yararlanılmıştır (8).

Yeme Tutum Testi-26 (EAT-26)

Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği (Cronbach alfa=0.94) Savaşır ve Erol tarafından 1989'da yapılan EAT-26 Garner ve Garfinkel tarafından 1979'da geliştirilmiştir (9). Bireylerde yeme bozukluğu riski olup olmadığına dair ipucu vermektedir, yeme tutumu alışkanlıklarını ele almaktadır (10). Toplam 3 alt boyutu (diyet yapma davranışı, bulimik davranış, oral kontrol davranışı) olan bu testte 26 soru bulunmaktadır ve 6 maddelik likert tip ölçek ile değerlendirilmektedir. Elde edilen puan 20'ye ulaştığında bireylerde yeme bozukluğu olduğu düşünülmektedir.

Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği (YALE)

Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği (Cronbach alfa=0.93) Bayraktar ve ark. (11) tarafından 2012'de yapılan YALE, Davis ve Carter tarafından 2009'da besin bağımlılığını değerlendirebilmek için geliştirilmiştir (10). Toplamda 27 sorudan oluşan bu ölçek beşli likert, evet-hayır soruları ve bireylerin bağımlılık taşıdığı besinleri tanımlayan sorular içermektedir. Bu ölçekte 3 üzeri olan semptomlar yeme bağımlılığını işaret etmektedir.

Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeği (DTEDS)

Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeği 2008 yılında Byrne et al. (5) tarafından geliştirilmiştir, 11 maddeden oluşmaktadır ve katılımcılar cevapları doğrultusunda soru başına 1-4 arası puan almaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen toplam puanlar kendi içinde soru sayılarına bölünerek ortalamaları hesaplanmaktadır. Daha sonra iki alt ölçeğin puanlarının ortalaması alınarak 1-4 arasında olan genel puan elde edilmektedir. Bu puan 2'nin ne kadar üzerine çıkarsa obez bireylerde dikotomi düşünme bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu olabilir sonucuna ulaşılmaktadır (5) (Şekil 1).

Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Bulgular, uygun korelasyon katsayılarına bakılarak ve uygun istatistiksel testlerle Statistical Package for Social Sciences 23.0 (SPSS 23.0, IBM, ABD) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği için faktör analizinden yararlanılmıştır. Nicel veriler, ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Bağımsız gruplar arasındaki farkı tespit etmek için Mann Whitney U ve Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır. İki değişken arasında ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının değerine göre

| | Benim için tamamen doğru değil | Benim için biraz doğru | Benim için oldukça doğru | Benim için çok doğru |
|--|--------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. Bir besini "iyi" ya da "kötü" olarak düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Olayları "siyah ve beyaz" terimleri ile düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Kendimi iyi ya da kötü olarak düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Diyet ile ilgili çabalarımı başarı ya da başarısızlık olarak görürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Kendimi ya kontrol altında ya da kontrol dışında olarak düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Diyet yaparken planlamadığım bir şeyi yersem, başarısız olduğumu düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Kendimi ya akıllı ya da aptal olarak düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Diyet yaparken beslenmemi iyi ya da kötü olarak görürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. İnsanlarla ya çok iyi geçinirim ya da hiç geçinemem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Kendimi çirkin ya da iyi görünümlü olarak düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Yaptığım şeyleri ya çok iyi ya da çok kötü olarak düşünürüm. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Yemek alt ölçeği = maddeler 1, 4, 6, 8; Genel alt ölçeği = maddeler 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11.

Şekil 1. Yeme bozukluklarında dikotomi düşünme ölçeği

korelasyonun gücü düşük, düşük-orta, orta, iyi, çok iyi ve mükemmel olarak yorumlanmıştır. Tüm istatistik testlerde, $p < 0.05$ istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir (12).

BULGULAR

Bu çalışmada Türkçe'ye uyarlaması yapılan, geçerlilik ve güvenilirliği test edilen DTEDS Şekil 1'de gösterilmektedir. DTEDS'nin iç tutarlılık değeri 0.808 olarak iyi düzeyde kabul edilebilir olduğu görülmüştür. Cronbach alfa değeri ≥ 0.70 kabul edilir olarak; ≥ 0.80 iyi düzeyde kabul edilebilir olarak bilinmektedir (13). Lineer regresyon prosedürü ve t testi sonuçlarına göre ölçek ile edilen sonuçların referans değerler arasında kaldığı ve ölçümlerin uyumluluğunun yüksek olduğu, dolayısıyla testin oluşturulan Türkçe uyarlamasının güvenilir olduğu anlaşılmıştır (Şekil 1).

Araştırmaya katılan 110 kadının BKİ sınıflamasına göre şişmanlık durumu dağılımlarına bakıldığında %55.5'i fazla kilolu %44.5'i obez olarak saptanmıştır. Bel/kalça oranına göre %56.4'ü, bel/boy oranına göre %86.4'ü metabolik riskli bir durumdadır (Tablo 1).

Kadınların EAT-26, YALE ve DTEDS ortalama puanlarının sırasıyla 26.15 ± 10.50 , 3.05 ± 1.37 ve 2.42 ± 0.53 olduğu tespit edilmiştir. Tüm ölçeklerde fazla kilolu bireylerin ölçek puanı obez bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu fark YALE ve EAT-26'da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 2).

Kadınların EAT-26'ya göre riskli olanları dondurma, çikolata, yağda kızarmış hamur ve tatlı, kurabiye, kek ve pasta, şekerleme, pirinç pilavı, pizza ve gazoz tüketimi ile daha fazla sorun yaşamaktadır ($p < 0.05$). Yağda kızarmış hamur ve tatlı, poğaç, pirinç pilavı, kraker, tuzlu simit, biftek ve pastırma gibi besinler ile YALE açısından riskli sayılan kadınların

Tablo 1. Kadınların antropometrik ölçümleri, antropometrik ölçümlere göre risk değerlendirmesi ve BKİ sınıflamasına göre dağılımları

| Antropometrik Ölçümler | $\bar{X} \pm SS$ |
|--|------------------|
| Boy uzunluğu (cm) | 161.5±4.87 |
| Vücut ağırlığı (kg) | 79.2±12.61 |
| Beden kütle indeksi (kg/m ²) | 30.3±4.8 |
| Bel çevresi (cm) | 92.5±13.35 |
| Kalça çevresi (cm) | 104.9±10.45 |
| Bel/kalça oranı | 0.8±0.16 |
| Bel/boy oranı | 0.5±0.09 |
| Antropometrik Ölçümler | n (%) |
| Bel Çevresi (cm) | |
| Risk yok (<80) | 10 (9.0) |
| Riskli (≥80) | 35 (31.8) |
| Yüksek riskli (≥88) | 65 (58.2) |
| Bel/Kalça Oranı | |
| Risk yok (<0.85) | 48 (43.6) |
| Riskli (≥0.85) | 75 (56.4) |
| Bel/Boy Oranı | |
| Uygun (<0.5) | 15 (13.6) |
| Eylem düşünülmeli (≥0.5) | 95 (86.4) |
| BKİ (kg/m²) | |
| Fazla kilolu (25.0-29.9) | 61 (55.5) |
| Obez (≥30.0) | 49 (44.5) |

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 2. Kadınların BKİ, bel/kalça oranı, bel/boy oranı sınıflamalarına göre DTEDS, YALE, EAT-26 ortalama ($\pm SS$) puanları

| Ölçekler | Ölçek Puanları | BKİ | | Bel/Kalça Oranı | | Bel/Boy Oranı | |
|----------|------------------|---------------------|--------------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | Fazla kilolu (n=61) | Obez (n=49) | Risk Yok (n=48) | Risk/yüksek riskli (n=62) | Risk Yok (n=15) | Risk/yüksek riskli (n=95) |
| DTEDS | 2.42±0.53 | 2.45±0.54 | 2.38±0.51 | 2.38±0.47 | 2.45±0.57 | 2.35±0.45 | 2.43±0.54 |
| YALE | 3.05±1.37 | 3.41±1.43 | 2.61±1.17* | 3.15±1.30 | 2.98±1.43 | 3.13±1.60 | 3.04±1.34 |
| EAT-26 | 26.15±10.50 | 28.49±9.63 | 23.22±10.90* | 27.60±10.89 | 25.02±10.13 | 26.00±13.54 | 26.17±10.03 |

Mann Whitney U testi uygulanmıştır. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeği; YALE: Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği; EAT-26: Yeme Tutum Testi.

*: $p < 0.05$

Tablo 3. Kadınların sorun yaşadığı besinlerin, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve egzersiz durumlarının EAT-26, YALE ve DTEDS sınıflamasına göre dağılımları

| Besinler | | EAT-26 | | YALE | | DTEDS | | TOPLAM (n=110) % |
|----------------------------------|--------------|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| | | Risk var (EAT-26 ≥20) (n=78) % | Risk yok (EAT-26 <20) (n=32) % | Risk var (YALE ≥3) (n=64) % | Risk yok (YALE <3) (n=46) % | Risk var (DTEDS ≥2) (n=86) % | Risk yok (DTEDS <2) (n=24) % | |
| | | Dondurma | 24.4 | 6.3* | 18.8 | 19.6 | 18.6 | |
| Çikolata | 53.8 | 28.1* | 50.0 | 41.3 | 46.5 | 45.8 | 46.4 | |
| Elma | 5.1 | 0.0 | 3.1 | 4.3 | 4.7 | 0.0 | 3.6 | |
| Yağda kızarmış hamur ve tatlılar | 44.9 | 15.6* | 46.9 | 21.7* | 32.6 | 50.0 | 36.4 | |
| Brokoli | 2.6 | 6.3 | 3.1 | 4.3 | 3.5 | 4.2 | 3.6 | |
| Kurabiye | 34.6 | 15.6* | 31.3 | 26.1 | 29.1 | 29.2 | 29.1 | |
| Kekler ve pastalar | 47.4 | 21.9* | 43.8 | 34.8 | 37.2 | 50.0 | 40.0 | |
| Şekerleme | 46.2 | 5.6* | 45.3 | 26.1 | 36.0 | 41.7 | 37.3 | |
| Beyaz ekmek | 19.2 | 15.6 | 21.9 | 13.0 | 19.8 | 12.5 | 18.2 | |
| Poğaç | 19.2 | 15.6 | 28.1 | 4.3* | 20.9 | 8.3 | 18.2 | |
| Marul | 2.6 | 0.0 | 0.0 | 4.3 | 2.3 | 0.0 | 1.8 | |
| Makarna | 5.1 | 6.3 | 9.4 | 0.0* | 3.5 | 12.5 | 5.5 | |
| Çilek | 2.6 | 0.0 | 0.0 | 4.3 | 2.3 | 0.0 | 1.8 | |
| Pirinç pilavı | 25.6 | 3.1* | 29.7 | 4.3* | 18.6 | 20.8 | 19.1 | |
| Krakerler | 16.7 | 3.1 | 18.8 | 4.3* | 9.3 | 25.0 | 12.7 | |
| Cips | 47.4 | 31.3 | 46.9 | 37.0 | 43.0 | 41.7 | 42.7 | |
| Tuzlu simit | 21.8 | 15.6 | 26.6 | 10.9* | 17.4 | 29.2 | 20.0 | |
| Patates kızartması | 30.8 | 15.6 | 29.7 | 21.7 | 30.2 | 12.5 | 26.4 | |
| Havuç | 2.6 | 0.0 | 0.0 | 4.3 | 2.3 | 0.0 | 1.8 | |
| Biftek | 5.1 | 6.3 | 9.4 | 0.0* | 5.8 | 4.2 | 5.5 | |
| Muz | 9.0 | 9.4 | 9.4 | 8.7 | 11.6 | 0.0 | 9.1 | |
| Pastırma | 19.2 | 21.9 | 28.1 | 8.7* | 22.1 | 20.8 | 20.0 | |
| Hamburger | 23.1 | 18.8 | 25.0 | 17.4 | 22.1 | 20.8 | 21.8 | |
| Çizburger | 15.4 | 15.6 | 17.2 | 13.0 | 15.1 | 16.7 | 15.5 | |
| Pizza | 32.1 | 12.5* | 25.0 | 28.3 | 26.7 | 25.0 | 26.4 | |
| Gazoz | 23.1 | 43.8* | 20.3 | 41.3 | 29.1 | 29.2 | 29.1 | |
| Sigara kullanımı | İçmeyen | 70.5 | 81.3 | 68.8 | 80.4 | 79.1 | 54.2 | 73.6 |
| | İçip bırakan | 19.2 | - | | | | | |
| | İçen | 10.3 | 18.8 | | | | | |
| Alkol kullanımı | Yok | 82.1 | 100.0 | 87.5 | 87.0 | 93.0 | 66.7 | 12.7 |
| | Var | 17.9 | - | | | | | |
| Düzenli egzersiz yapma durumu | Evet | 30.8 | 12.5 | 29.7 | 19.6 | 25.6 | 25.0 | 23.6 |
| | Hayır | 69.2 | 87.5 | | | | | |
| Egzersiz türü | Yürüyüş | - | 25.0 | 12.5 | - | 5.0 | 12.5 | 30.8 |
| | Pilates | 2.6 | 6.3 | | | | | |
| | Yüzme | - | 6.3 | | | | | |
| | Yoga | - | 6.3 | | | | | |
| | Esnetme | - | 6.3 | | | | | |
| | Diğer | - | 25.0 | | | | | |

Veriler yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Sağ köşeli ayraçların bulunduğu yerlerde Pearson ki-kare testine göre $p < 0.05$ 'tir. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeği; YALE: Yale Besin Bağlılığı Ölçeği; EAT-26: Yeme Tutum Testi. *: $p < 0.05$

riskli sayılmayan kadınlara göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür ($p<0.05$). DTEDS ölçek puanları ile kadınların sorun yaşadığı besinler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmamıştır ancak yağda kızarmış hamur ve tatlılar, kraker ve muz gibi besinler ile DTEDS açısından riskli kadınların, DTEDS için riskli sayılmayan kadınlara göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür (Tablo 3).

Kadınların hem sigara kullanımı hem de alkol kullanımı ile DTEDS (sırasıyla; $p=0.025$, $p=0.001$) ve EAT-26 (sırasıyla; $p=0.020$, $p=0.010$) arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür, özellikle EAT-26 için risk olmayan gruptaki bireylerin alkol tüketmediği görülmektedir. Bunun yanında, düzenli egzersiz yapma durumu ile EAT-26 arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir, egzersiz yapmayanların EAT-26 puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0.006$). Yapılan egzersiz türüyle DTEDS ($p=0.027$), EAT-26 ($p=0.036$) ve YALE ($p=0.007$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Pilates, pilates/yürüyüş/yoga/esnetme ve pilates/esnetme/diğer egzersiz türlerini yapan bireyler sırasıyla EAT-26, YALE ve DTEDS ölçek puanlarına göre riskli grupta yer almaktadır ($p<0.05$, Tablo 3).

Kadınların YALE puanı ile EAT-26 puanı arasında pozitif yönlü düşük seviyede güçlü korelasyon mevcuttur ($p=0.015$ $r=0.231$). Ayrıca, YALE puanı ile BKİ arasında negatif yönlü düşük seviyede güçlü bir korelasyon bulunmuştur ($p=0.008$ $r=-0.251$) (Tablo 4).

Tablo 4. DTEDS ölçek puanları ile EAT-26, YALE ölçekleri ve BKİ arası korelasyon

| Değişkenler | BKİ | DTEDS | YALE | EAT-26 |
|-------------|----------------------|---------------------|---------------------|--------|
| BKİ | r=1 | | | |
| DTEDS | p=0.132 r=-0.145 | r=1 | | |
| YALE | p=0.008* r=-0.251 | p=0.207 r=0.121 | r=1 | |
| EAT-26 | p=0.417 r=-0.078 | p=0.220 r=-0.118 | p=0.015* r=0.231 | r=1 |

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. BKİ: Beden Kütle İndeksi;

DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünme Ölçeği;

YALE: Yale Besin Bağlılığı Ölçeği; EAT-26: Yeme Tutum Testi

TARTIŞMA

Dikotomik düşünme, obezite ile ilişkili olabilen yeme bozukluklarına (14) ve gelişimine neden olabilmektedir (5). Fazla kilolu veya obez kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için yapılan bu çalışmada ölçümler arası orantısal bias olmadığı görülmüştür. Sonuçların referans değerler arasında kaldığı (coefficient=0.075; $t=0.940$, $p=0.355$) ve ölçümlerin uyumluluğu (cronbach alfa=0.808) ile testin güvenilir olduğu görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan kadınların yeme tutum bozukluğu ve dikotomik düşünmeye sahip oldukları görülürken yeme bağımlılığı sınırda bir değer göstermiştir (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda fazla kilolu/obez bireylerde yeme tutum bozukluğu ve düşük oral kontrol, yüksek BKİ değerleri ile ilişkili bulunmuştur (15-17). Bu bulgular (EAT-26 ve BKİ) ile fazla kilolu/obez bireylerin yeme bozukluğu geliştirme riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir (17). Ancak, çalışmalarda yeme bağımlılığını ölçmek için kullanılan ölçütlerin farklılığı, çalışmaya katılan bireylerin şişmanlık derecesi ve araştırılan yeme bozukluğuna göre BKİ ile ilişki değişebilmektedir (15).

Yeme bağımlılığı semptomları, normal vücut ağırlığında ve altında olan bireylerde sabit kalırken, fazla kilolu/obez aralıkta artış gösterebilmekte ve ileri düzeydeki obezite azalabilmektedir (15,16). Bu araştırmada fazla kilolu kadınların DTEDS, EAT-26 ve YALE puanları obez kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 2) ve yeme bağımlılığı olan kadınların BKİ değeri daha düşük çıkmıştır (Tablo 4). Obezitesi olan bireylerde yeme davranışları değişse bile toplam besin ve enerji alımının değişmemesi, yeme bozukluğuna rağmen BKİ'de daha fazla bir artış gözlenmemesinin nedeni olabilir (15). Bunun yanında normal veya normalin altında vücut ağırlığına sahip yeme bağımlısı olan bireylerde tıknırçasına yeme bozukluğu olsa da bu bireylerin BKİ'lerini arınma, aralıklı diyet (15,18) veya laksatif kullanımı (19) gibi davranışlarla sabit tuttıkları varsayılmaktadır (15,18).

Sonuç olarak, çalışmalarda gözlenen farklılıklar obezitenin derecesi ve cinsiyet ile ilişkili olabilirken (20, 21) BKİ değerleri yeme bağımlılığı/bozukluğunu gizleyebilmektedir (19).

Yeme davranışı ile BKİ arasındaki ilişki bireylerin dikotomik düşünme özelliklerinden etkilenebilir (5,22). Vücut ağırlığını kaybetmiş olan obez kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada sonrasında gelişen vücut ağırlığı kazanımı ile dikotomik düşünmenin ilişkili olduğu bulunmuştur (22). Dikotomik düşünme yaklaşımı olan bireyler, enerji kısıtlamasına yönelik diyetin kısıtlayıcı ve sıkı tutumları karşısında uzun dönemde vücut ağırlığı kaybını koruyamamaları veya kısa dönemde diyeti bırakmaları ile sonuçlanabilmektedir (3,5,21). Aynı diyetleri uygulayan bireylerin diyetle bulunan kısıtlayıcı tüketime karşı gösterdikleri davranış normal veya fazla kilolu bireylerde farklılık göstermiştir (21).

Yeme bozukluğu gelişimine yol açabilen bir faktör lezzetli besinlerin tüketimi iken (19) diyetin içerisinde yağlı ve şekerli besinlere yönelmek obezite ile ilişkilendirilmektedir (23). Bu çalışmada kullanılan EAT-26, YALE ve DTEDS'ye göre riskli grupta bulunan kadınlar karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinleri sıklıkla tüketme eğilimindedirler (Tablo 3). Zayıflama diyeti uygulayan bireylerde uzun dönemde kontrolsüz ve özellikle yüksek enerjili besin alımına yol açan faktörlerden birinin depresif duygu durumunun olabileceği düşünülmektedir (21). Yapılan bir çalışmada kadınların karbonhidrat ve yağ içeriği daha yüksek besinleri tercih etmesi ile dikotomik düşünmeye bağlı yeme bozukluğu arasında bir ilişki görülmüştür (5), dolayısıyla yeme bozukluğu ve dikotomik düşünme besin tercihi ile ilişkili olabilir.

Yeme bozuklukları ve obezite çalışmalarında sıklıkla incelenen fiziksel aktivite (24,25) yeme bozukluğuna yönelik tedavilerde oldukça önemlidir (25). Depresyon puanlarını düşürebilen fiziksel aktivite (26), beslenme müdahalesi ile beraber obez kadınlarda yeme bozukluklarını azaltmış, dolayısıyla yeme tutumlarını iyileştirmiştir (27). Bu çalışmada

düzenli egzersiz yapma durumu ile EAT-26 arasında ilişki (Tablo 3), başka bir çalışmada artan fiziksel aktivite düzeyi ile EAT-26 ilişkili yeme bozukluğu puanının artışı benzerdir (17). Bunun yanında, EAT-26, YALE ve DTEDS'ye göre riskli grupta yer alan bireylerin farklı egzersiz türlerini daha çok tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 3). Yapılan bir çalışmaya göre yoga yapan bireylerin daha sağlıklı yeme davranışı sergilediği görülmüştür (28). Yeme bozukluğu ve egzersiz türleri arasındaki ilişkinin açıklanabilmesi, çalışmalarda egzersiz türü, süresi, egzersiz alışkanlığının uzunluğu gibi faktörlerdeki farklılıklardan dolayı zorlaşmaktadır.

Obeziteye yol açan sağlıksız beslenme davranışlarıyla ilişkili olarak gösterilen diğer faktörler ise sigara (29) ve alkol (30) kullanımınıdır. Bu çalışmada ise sigara içen veya içip bırakan kadınların veya alkol tüketen kadınların EAT-26 ve DTEDS'ye göre riskli grupta yer aldıkları bulunmuştur (Tablo 3). Sigara içenlerin, içmeyenlere göre yüksek yağ ve şeker içerikli fast food ürünlerine daha fazla istek duyduğu ve sık sık acıktıkları bildirilmiştir ve bu durum nikotin bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (29). Alkol tüketimi ve yeme bozuklukları arasında ilişkiyi etkileyen birçok bireysel faktör bulunmasına rağmen (30) alkol kullanımının bireylerde yeme tutum bozukluklarına neden olabileceği gösterilmiştir (30-32). Ancak bu çalışmadaki birey sayısının az olması ve sigara/alkol kullanım durumlarındaki dengesiz dağılım, çıkarım yapılmasını zorlaştırmaktadır.

Sonuç olarak, birçok psikiyatrik bozukluğun altında yatan dikotomik düşünme, yeme bozukluklarının altında yatan bir davranış biçimi olarak da tanımlanabilmektedir. DTEDS'nin Türkçe geçerlilik, güvenilirlik testlerinin yapıldığı bu çalışmaya göre dikotomik düşünme fazla kilolu/obez kadınlarda yaygındır, BKİ ile ilişkili olabilir ve kadınların enerji, şeker ve yağ içeriği yüksek besinleri tüketme eğilimini arttırabilir. Bunun yanında, dikotomik düşünmeye sahip kadınlarda alkol ve sigara kullanımı ile düzensiz fiziksel aktivite ve yapılan egzersizin türü yeme bozukluğu ile ilişkili olabilir.

Obez kadınlarda BKİ ile ilişki göstermeyen yeme bozuklukları puanları var olan yeme bozukluğunu gizleyebilir. Zayıf ve normal BKİ'ye sahip bireylerde ise yeme bağımlılığı ve ilişkili problemlerin saptanması, obezite ve yeme bozukluklarının gelişiminde azımsanmayacak düzeyde önleyici bir role sahiptir. Toplumda yeme bozukluğu olan veya yeme bozukluğu gelişimine yatkın bireyleri tespit etmek için kullanılacak olan bu ölçek, dikotomik düşünme ile ilişkili yeme bozuklukları ve obezitenin önlenmesi için ilk adımdır. Bu araştırmanın sınırlılıkları normal BKİ'ye sahip kadınlara uygulanmaması ve tüm yeme bozukluklarını birlikte analiz etmesidir. Gelecek çalışmalarda bu ölçeğin erkek, tüm BKİ değerlerine sahip, diyet yapan bireylerde incelenmesi ve dikotomik düşünme biçimine sahip bireylerin uzun dönemde zayıflama diyetlerine uyumlarının incelenmesi oldukça önemlidir.

Yazarlık katkısı • Author contributions: Çalışmanın tasarımı: AA, GK; Çalışma verilerinin elde edilmesi: GK; Verilerin analiz edilmesi: AA, GK, BK; Makale taslağının oluşturulması: BK; İçerik için eleştirel gözden geçirme: AA, BK; Yayınlanacak versiyonun son onayı: AA, GK, BK. • Study design: AA, GK; Data collection: GK; Data analysis: AA, GK, BK; Draft preparation: BK; Critical review for content: AA, BK; Final approval of the version to be published: AA, GK, BK.

Etik Kurul Onayı • Ethics approval: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Komisyonu tarafından 05.12.2017 tarihinde GO 17/855 sayılı karar ile onay alınmıştır. • The ethical approval was obtained by Hacettepe University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee dated 10.05.2017 and numbered GO 17/855.

Çıkar çatışması • Conflict of interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler. • The authors declare that they have no conflict of interest.

KAYNAKLAR

- Guarda A. What Are Eating Disorders? American Psychiatric Association; 2021. Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>. Accessed November 2, 2022.
- Seamoore D, Buckroyd J, Stott D. Changes in eating behaviour following group therapy for women who binge eat: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(3):337-46.
- Dove ER, Byrne SM, Bruce NW. Effect of dichotomous thinking on the association of depression with BMI and weight change among obese females. *Behav Res Ther*. 2009;47(6):529-34.
- Antoniou EE, Bongers P, Jansen A. The mediating role of dichotomous thinking and emotional eating in the relationship between depression and BMI. *Eat Behav*. 2017;26:55-60.
- Byrne SM, Allen KL, Dove ER, Watt FJ, Nathan PR. The reliability and validity of the dichotomous thinking in eating disorders scale. *Eat Behav*. 2008;9(2):154-62.
- Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Baysal A ve ark, editör. *Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2008. s.67-141.
- (WHO) WHO. A healthy lifestyle - WHO recommendations 2010. Available at: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>. Accessed November 2, 2022.
- Bozan N. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenirliğinin sınanması [Bilim Uzmanlığı Tezi] Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2009.
- Savasir I, Erol N. Yeme tutum testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:19-25.
- Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*. 2009;52(2):430-6.
- Bayraktar F, Erkman F, Kurtulus E. Adaptation study of Yale Food Addiction Scale. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2012;22(1):S38.
- Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara, Turkey: Omega Araştırma. 2011:29-30.
- Cohen DL, Petrie TA. An examination of psychosocial correlates of disordered eating among undergraduate women. *Sex Roles*. 2005;52(1):29-42.
- Baysal A. Beden ağırlığının denetimi. Baysal A ve ark, editör. *Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2008:s.39-65.
- Meule A. Food addiction and body-mass-index: A non-linear relationship. *Med Hypotheses*. 2012;79(4):508-11.
- Lopez-Lopez DE, Saavedra-Roman IK, Calizaya-Milla YE, Saintila J. Food addiction, saturated fat intake, and body mass index in Peruvian adults: A cross-sectional survey. *J Nutr Metab*. 2021;2021:9964143.

17. Haleama Al S, Shatha M. Disordered eating attitudes and exercise behavior among female emirati college students in the United Arab Emirates: A cross-sectional study. *AJNE*. 2017;1(2).
18. Reichenberger J, Schnepfer R, Arend AK, Richard A, Voderholzer U, Naab S, et al. Emotional eating across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and binge eating. *Int J Eat Disord*. 2021;54(5):773-84.
19. Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):808-16.
20. Raymond NC, Bartholome LT, Lee SS, Peterson RE, Raatz SK. A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *Int J Eat Disord*. 2007;40(1):67-71.
21. Rodríguez Santamaría A, Amigo Vázquez I, Paz Caballero D, Fernández Rodríguez C. Eating habits and attitudes and their relationship with Body Mass Index (BMI). *Eur J Psychiatry*. 2009;23(4):214-24.
22. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther*. 2004;42:1341-56.
23. Miller R, Benelam B, Stanner S, Buttriss J. Is snacking good or bad for health: An overview. *Nutrition Bulletin*. 2013;38(3):302-22.
24. Barber JA, Ivezaj V, Barnes RD. Comparing physical activity in individuals with overweight/obesity with and without binge eating disorder. *Obes Sci Pract*. 2018;4(2):134-40.
25. Carr MM, Lydecker JA, White MA, Grilo CM. Examining physical activity and correlates in adults with healthy weight, overweight/obesity, or binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2019;52(2):159-65.
26. Grilo CM, Kerrigan SG, Lydecker JA, White MA. Physical activity changes during behavioral weight loss treatment by Latinx patients with obesity with and without binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. 2021;29(12):2026-34.
27. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, de Campos-Ferraz PL, Roble OJ, Modesto BT, et al. "Now I Can Do Better": A study of obese women's experiences following a nonprescriptive nutritional intervention. *Clin Med Insights Womens Health*. 2015;8:13-24.
28. Ramos-Jiménez A, Wall-Medrano A, Corona-Hernández RI, Hernández-Torres RP. Yoga, bioenergetics and eating behaviors: A conceptual review. *Int J Yoga*. 2015;8(2):89.
29. Chao AM, White MA, Grilo CM, Sinha R. Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress. *Eating Behaviors*. 2017;24:61-5.
30. Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger JI, Jr. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry*. 1996;153(1):74-82.
31. Traversy G, Chaput JP. Alcohol consumption and obesity: An update. *Current Obesity Reports*. 2015;4(1):122-30.
32. Castela-Naval O, Blanco-Fernández A, Meseguer-Barros CM, Thuissard-Vasallo IJ, Cerdá B, Larrosa M. Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019;29(5):280-90.