

## YEME BOZUKLUKLARININ GEBELİK VE DOĞUM SONU SÜRECE ETKİLERİ

Merve KADIOĞLU\*, ÜMRAN OSKAY\*\*

Yeme bozuklukları, psikiyatrik hastalıklar içinde yer alan ve dünya çapında görülme sıklığı giderek artan bir sorundur. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır ve birçok olgunun gizli kaldığı düşünülmektedir. Yeme bozukluğu tanısı almış kişilerin temel sorunu; kilo almaktan aşırı derecede korkma ve beden imajı ile ilgili gerçekçi olmayan algılamalardır. Beden imajının önemli olduğu adölesan dönem ve doğurganlık çağları bu sorunun en sık yaşandığı yaşam dönemleridir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda yeme bozukluklarının gebelik ve doğum sonu dönemdeki görülme sıklığına ve risklerine dikkat çekilmektedir. Yeme bozukluklarının anne ve fetüsün sağlığı üzerine olumsuz etkileri nedeniyle, gebelik öncesi ve gebelik döneminde saptanması önem taşır. Gebeler ile sağlık personelinde farkındalık oluşturmak amacıyla ele alınan makalede, yeme bozukluklarının doğum öncesi ve doğum sonrası sürece etkileri, fetüsün büyüme / gelişmesi sürecine etkileri ve yeme bozukluklarına yaklaşım güncel literatür ışığında ele alınarak tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yeme Bozuklukları, Anoreksiya Nevroza, Bulimia Nevroza, Gebelik, Doğum Sonu

### ***The Effects of Eating Disorders on Pregnancy and Postpartum Period***

*Eating disorders is a problem which located in psychiatric disorders and getting seen increasingly all across the World. The studies in this area are limited in our country and it is thought that many cases still remain hidden. The main problems of people who have been diagnosed with an eating disorder, are the extreme fear of gaining weight and unrealistic perceptions about body image. The reason why it is seen more often in adolescence and child bearing age is the importance of body image. In recent years the studies have drawn the attention on risks of eating disorders emanating from pregnancy and post-partum period. Because of the negative impacts of eating disorders on both the mother and the fetus health, from the planning of pregnancy point of view, it is crucial to diagnose the eating disorders during the pre-pregnancy and to inform the parents about the possible risks.*

---

\*İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Arş.Gör. e-mail: [kadioglumerve@gmail.com](mailto:kadioglumerve@gmail.com)

\*\* İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Doç.Dr.

*The aim of this article is to create awareness on health staff who work on pregnant and it focuses on effects of eating disorders on antenatal and postnatal period, fetal growth/development and approach to the eating disorders.*

**Keywords:** Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Pregnancy, Postpartum

## **GİRİŞ**

Yeme bozukluğu (YB), bireyin psikolojik nedenlerden dolayı yemek yemeyi reddetmesi/ kısıtlaması, yenen yemeğin hemen atılması (kusma, laksatif, lavman ile) veya karşı konulamaz yemek yeme davranışlarını sergilemesidir (Kadioğlu ve Ergün 2015). Aynı zamanda tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yanlış yeme tutumu davranışlarıdır (Fairburn ve Harrison 2003). Yeme bozuklukları DSM IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre; Anoreksiya Nevroza (AN) ve Bulumiya Nevroza (BN) ve Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (Çağrı, Walsh ve Attia 2013). DSM -IV tanı ölçütlerine göre yeme bozukluğu olan ergenlerin %81'i, erişkinlerin %75'i başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu kriterlerine girmesi nedeniyle DSM-5'de tıkanırcasına yeme bozukluğu sınıflandırmaya dahil edilmiştir (APA 2013, Öztürk ve Uluşahin 2015).

Anoreksiya Nevrozada (AN); hasta zayıf olmasına rağmen kendisini kilolu olarak görür ya da kilo alma korkusu ile yemekten kaçınır. Kiloyu kontrol altında tutabilmek için iki yöntem uygulanır. Biri yiyeceklerin çeşitlerinin ve miktarlarının ciddi şekilde sınırlandırıldığı kısıtlayıcı bir diyet, diğeri ise; kendi kendini kusturma ya da boşaltma (laksatif, diüretik, lavman kullanarak) metodudur. Hasta iştahsızlığı, bir patolojiden ziyade bir başarı olarak görür. Zayıf olan vücudunu, şişman olarak algılar ve bol giysiler ile bedenini gizlemeye çalışır (James 2001).

Bulimiya Nevrozada (BN) ise; aşırı yeme sonrasında yaşadığı pişmanlık nedeniyle, kusma, laksatif ya da diüretik kullanımıyla boşaltım sağlanır. Bu tıkanırcasına yeme ve boşaltma döngüsü, aşırı egzersiz ve açlık ile birbirini takip edebilir. Bulimiya'lı kadınlar zayıf, normal kiloda ya da hafif kilolu olabilir (James 2001). Tıkanırcasına yeme bozukluğu, aşırı yeme ataklarının olduğu, kişinin yemek yeme davranışını dizginleyemediği bir durumdur. Kişi kendini denetleyemez; ne yediğini ve ne kadar yediğini düşünemez. BN'dan farklı olarak sıklıkla tekrarlayan tıkanırcasına yeme dönemlerinde, tıkinmanın olumsuz etkilerini giderebilecek tedbirlere (kusma, laksatif

/diüretik kullanımı ve aşırı egzersiz davranışları) hiçbir şekilde başvurulmamış olmasındadır (Öztürk ve Uluşahin 2015). Bu kişiler alınan kilolara bağlı olarak bedensel kaygılar yaşarlar ve başarısız diyet deneyimleri vardır. TYB'na sıklıkla duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları eşlik edebilir (Herzog ve Eddy 2007).

Yeme bozukluklarının cinsiyet ve yaş üzerindeki görülme sıklığı değerlendirildiğinde; kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görünmekle beraber, adölesan dönemde görülme sıklığı daha fazladır (Smink, Van Hoeken ve Hoek 2012). Ülkemizde Semiz ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada, olguların %5.25'inde yeme bozukluğu (%1.52 AN, %0.63 BN, %0.81 TYB) olduğu ve YB tanısının kadınlarda (%88.2) daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Semiz ve ark. 2013).

Fizyolojik komplikasyonlardan dolayı kayıt altına alınan ölüm oranları, AN için %5,6 ve BN için %1 olarak öngörülmektedir (APA 2000). Modern toplumlarda, genç kadınlarda yaşam boyu yaygınlık açısından AN için %0.5 ile % 1 ve BN için %1 ile %4 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Hoek ve Van Hoeken 2003). Buna ek olarak, bu hastalıkların tam tanı ölçütlerine uymayan subklinik (belirti ve semptomları hafif olduğundan fark edilmeyen) durumların genç kadınlarda 2-5 kat daha fazla ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (APA 2000). Bu nedenle, obstetrik bakım alan her 100 kadından 3 tanesinde makul ve teşhis edilebilir seviyede yeme bozukluğuna sahip olduğu ve bu 100 kadının 15'inin subklinik sendrom yaşayabileceği olası bir durumdur (Chizawsky ve Newton 2007).

Yeme bozukluklarının kadınlarda daha yüksek oranda görülmesi, doğum öncesi/ doğum sonrası sürece ve fetüsün büyüme gelişmesi üzerine olan etkisinden dolayı gebelik döneminde ele alınması gereken ancak göz ardı edilen konular arasında yer almaktadır (Chizawsky ve Newton 2007). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, obezitenin ya da yetersiz ve dengesiz beslenmenin gebelik ve fetüsün üzerine olumsuz etkileri ele alınırken, patolojik ve psikojenik temelli bir sorun olarak yeme bozukluklarının bu sürece etkileri çalışılmamıştır. Gebeler ile çalışan sağlık personelinde farkındalık oluşturmak amacıyla hazırlanan bu makalede, yeme bozukluklarının doğum öncesi ve doğum sonrası sürece etkileri, fetüs ve yenidoğan üzerine etkileri ve yeme bozukluklarına yaklaşım ele alınmıştır.

### **Yeme Bozukluklarının Gebelik Dönemine Etkileri**

Yeme bozukluklarının gelişiminde fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörler rol oynamaktadır (Fairburn ve Harrison 2003). Özellikle gebelik döneminde meydana gelen fiziksel değişimler yeme bozukluğu olan kadınlar için tehdit oluşturmaktadır (Özdemir 2014 ). Gebeliğin oluşmasıyla, beden imajı ve kilosu hakkındaki korkuları giderek artış gösterir (Özgen ve ark 2013, Easter ve ark. 2011). Yeme bozukluğu öyküsü olan kadınlar gebelikteki fiziksel değişimi yönetebilmek için, yiyecek sınırlaması, aşırı yeme sonrasında kusarak boşaltma gibi geçmişte kullandığı yöntemleri gebeliği sırasında da uygulayabilir (Carwell ve Spatz 2011).

Turton ve ark (1999)'nın çalışmasında gebe kadınlarda yeme bozukluğu prevalansı yaklaşık % 4.9 olarak bulunmuştur. Başta tıkanırcasına yeme bozukluğu olmak üzere yeme bozukluklarının gebelikte her 20 kadından birinde görüldüğü belirlenmiştir. Gebelikte BN semptomlarında remisyonlar izlenirken, tıkanırcasına yeme bozukluğuna yatkınlığın arttığı öne sürülmektedir (Easter, Treasure ve Micali 2011).

Stewart ve ark ( 1987) yeme bozukluğu olan 14-23 yaş grubundaki 74 gebe ile yaptığı çalışmada, 11 kadın gebelik süresince BN komplikasyonlarının tedavisi için 3 kez hastaneye yatırılmıştır. Bulimik kadınların %10-25'inde hiperemesis gravidarum tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada; BN'lı kadınlarda yetersiz/aşırı kilo alımı, hipertansiyon ve vajinal kanama gebelikte görülen diğer komplikasyonlar olarak belirlenmiştir (James 2001). Gebelik dönemine ilişkin net verilerin değişkenlik göstermesinde; kadının bu durumu gizleme isteği, YB bulgularının özellikle ilk trimesterde görülen beslenme sorunları (bulantı, iştahsızlık, hiperemesis gravidarum, pika) ile maskelenmesi ve doğum öncesi kontrolde rutin olarak sorgulanmaması gibi nedenler olabilir.

### **Yeme Bozukluklarının Fetüs ve Yenidoğan Üzerine Etkileri**

Yeme bozukluklarının neonatal sonuçlar üzerine etkilerini inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır ve çalışmalar arasında çelişkiler bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda neonatal komplikasyon ve ölümler saptanırken (Steward ve ark. 1987; Brinch ve ark. 1988; Milner ve O'Leary 1988; Mitchell ve ark. 1991-), bazılarında normal sağlıklı bir yenidoğana sahip olduğu belirtilmiştir (Willis ve Rand 1988; Lemberg ve Phillips 1989; Franko ve ark. 2001).

Yeme bozukluğu olan kadınlardan doğan bebeklerin %17'sine yaşamının ilk yılında büyüme geriliği tanısı konulduğu belirtilmektedir (Chizawsky ve Newton 2007). Ayrıca bazı çalışmalarda düşük (abortus) ve erken doğum riskinin yüksek, apgar skorların

ortalamadan daha düşük olduğu bulunmuştur (Bansilve ark. 2008; Franko ve ark. 2001). Bulik ve ark. (2007) ve Micali, Simonoff ve Treasure (2007) çalışmalarında, AN olanlarda düşük doğum ağırlığı (DDA) görülme sıklığının daha fazla olduğu raporlanmıştır. Kullanılan laksatifler, diüretikler ve iştah azaltıcıların fetüs üzerinde teratojenik etki yapabileceği düşünülmektedir (Chizawsky ve Newton 2007).

Conti ve ark. (1998) DDA'lı bebeğe sahip 88 kadın ile normal doğum ağırlığına sahip 86 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; kadınların %32' sinde gebelik öncesi yeme bozukluğu belirlemiştir. YB olan kadınların %9'unun bebeği DDA'lı iken, yeme bozukluğu olmayanların % 5'in de DDA tespit edilmiştir. Yapılan bir sistematik analizde ise YB'nin fetüs üzerine etkileri; yüksek nöro-psikiyatrik hastalık riski, DDA, gecikmiş beyin fonksiyonu, kardiyak anomaliler, merkezi sinir sistemi bozuklukları, bedensel anomaliler (yarık damak, yarık dudak) ve böbrek yetmezlikleri olarak belirtilmiştir (Micali ve Treasure 2009).

Bu sonuçlar YB'nin fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerini ve etki mekanizmasını belirlemeye yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir.

### **Yeme Bozukluklarının Postpartum Dönem ve Emzirmeye Etkisi**

Postpartum dönem, yenidoğanın ve annenin temel gereksinimlerinin karşılanması gereken zorlayıcı bir süreçtir. Özellikle yenidoğanın en temel fiziksel ve duygusal gereksinimlerinden biri, emzirme yolu ile beslenmenin sürdürülmesidir.

Geçmişte YB tanısı alınmasına bakılmaksızın, kadınların pek çoğunun postpartum dönemde beden imajına yönelik kaygılar yaşadığı belirtilmektedir (Hunna ve ark. 2014). Gebelik öncesindeki kilosuna geri dönme takıntısı annenin bebeğini emzirmeye olan isteğini azaltabilir. Emzirme sürecinde kilo alma endişesi, yanlış diyet uygulamaları ve aşırı egzersiz yapma gayreti nedeniyle bebeklerini emzirmeyi erteleyebilmekte ve hatta emzirmeyi sonlandırabilmektedir (Patel ve ark. 2005, Ledarmen 2004).

Norveç'te yapılan Anne ve Çocuk Kohort Çalışması'nda BN'li kadınların gebelik esnasındaki YB semptomlarında önemli bir azalma olmasına rağmen, postpartum ve laktasyon dönemlerindeki YB semptomlarında artış olduğu rapor edilmiştir (Hunna ve ark. 2014). Başka bir çalışmada, BN hastalarının % 57'sinin postpartum dönemde gebelik dönemlerinde olduğundan daha ciddi semptomlar gösterdiği kaydedilmiştir (Morgan, Lacey ve Segwick 1999). Çalışmalarda yeme bozukluğuna sahip ya da

geçmişinde yeme bozukluğu öyküsü olan annelerin doğum sonu dönemde önemli bir oranında yeme bozukluklarının devam ettiği ve daha çok emzirme sorunları, postpartum depresyon, maternal anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Knoph ve ark. 2013; Hunna ve ark. 2014). Kilolarını takıntı haline getiren anneler, Postpartum dönemde, YB ilişkin bir davranışı tekrarlayan ve bu durumdan pişmanlık duyan annelerin %80'ni bu davranışı sadece gebelik sırasında alınan kiloları vermek için tekrarladıklarını belirtmişlerdir (Astrachan- Fletcher ve ark. 2008). Waugh ve Bulik (1999), geçmişinde YB olan ve olmayan 10 anne ile yaptığı görüşmede, AN ve BN olan annelerin daha fazla emzirme problemleri ile karşılaştığı ve emzirmeye yönelik pozitif tutumlarının ve düşüncelerinin daha düşük düzeyde olduğunu bildirmiştir.

Morgan(1999)'un, BN'nın gebelik ve postpartum sürece etkisini belirlemeye yönelik retrospektif olarak 113 gebeyle yaptığı çalışmada, kadınların üçte birinin postpartum depresyon tanısı aldığı, doğumdan bir hafta sonra tıkanırcasına yemek yeme davranışlarının ve haftalık alkol tüketiminin oldukça artmış olduğu bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada kadınlarda postpartum depresyon oranları, aktif YB semptomları olan kadınlarda %50, YB öyküsü olan ancak gebelik döneminde semptomları göstermeyen kadınlarda %29, genel popülasyonda ise %10 olarak bulunmuştur (Astrachan- Fletcher ve ark. 2008).

Kadınların, annelik rollerini yerine getirirken aldıkları kiloları vermek için yaşadıkları yetersizlik ve başarısızlık duygusu postpartum depresyona neden olabilmektedir (Micali ve ark.2011). Prospektif bir çalışmada, postpartum dönemde annede görülen maternal anksiyete ve depresyonun çocuğun emzirme ve beslenme sürecini etkilediği sonrasında ise bu çocukların okul çağına kadar beslenme ile ilgili sorunlar yaşadığı bulunmuştur (Micali ve ark.2011).

Doğum sonu dönemde yeme bozukluğu devam eden kadınlarda anne bebek bağlanmasının olumsuz etkilendiği, bebeklerine karşı olumsuz düşünce ve tavırlar geliştirebildikleri bildirilmiştir (Astrachan- Fletcher ve ark. 2008). Temel fiziksel ve duygusal gereksinimleri yerinde ve zamanında karşılanmayan bebekler ileriki yaş dönemlerinde fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşayabilirler (Squires ve ark. 2014). Çocukların beslenme biçimi ve yeme tutumu davranışları ile tutumunun annenin yeme davranışları arasında ilişki bulunmuştur (Hoffman 2014). Anneler bu süreçte desteklenmeli, cesaretlendirilmeli ve YB açısından değerlendirilmelidir.

## **Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemde Yeme Bozukluklarına Yaklaşım**

Gebelikte yeme bozuklukları antenatal kontrollerde değerlendirilen bir durum değildir ve saptanmasına özgü herhangi bir test yoktur. Bu nedenle sağlık personeli şüpheli durumlarda sorgulamasını derinleştirmelidir. Gebelik öncesi dönemde yeme bozukluğu öyküsü, ikinci trimesterde kilo artışının olmayışı ve hiperemesis gravidarum varlığı gözlemlendiğinde, gebenin yeme bozukluğu açısından değerlendirilmesi önemlidir (Özdemir 2014). Bu değerlendirme için uluslararası dernek ve kuruluşların önerileri doğrultusunda hazırlanan sorular sorunu tanılamada kolaylık sağlar (Tablo 1) (APA,2003).

**Tablo.1. Prenatal Dönemde Yeme Bozuklukları Taramasında Sorulabilecek Örnek Sorular**

<b>Prenatal Taramada Yeme Bozukluğuna İlişkin Bilişsel Göstergeleri Sorgulama;</b>	<b>Prenatal Taramada Yeme Bozukluğuna İlişkin Davranışsal Göstergeleri Sorgulama;</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Her kontrolünüzde kilo takibinin yapılması konusunda ne hissediyorsunuz?</li><li>➤ Kilo alımınız hakkında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?</li><li>➤ Vücudunuzda meydana gelen fiziksel değişiklikler hakkında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?</li><li>➤ Geçmişte kilo vermek için uğraştınız mı?</li><li>✓ Cevabınız “Evet” ise: Bunun için neler yaptınız? Yaptığınız girişimlerin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?</li><li>➤ Geçmişte beden imajınız ile ilgili sorun yaşadınız mı?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Geçmişte, gıda alımını sınırladığınız, diyet yaptığınız ya da beslenmeden kaçındığınız zamanlar oldu mu? Belli besin ya da besin gruplarını tüketmekten kaçınıyor musunuz?</li><li>✓ Cevabınız “Evet” ise: Hangileri ve neden?</li><li>➤ Daha önce aşırı abur cubur ve ya besin tüketiminiz oldu mu?</li><li>✓ Cevabınız “Evet” ise; Aşırı besin ya da abur cubur tüketim periyodlarını biraz açıklayabilir misiniz?</li></ul> <p>(Açıklamalar yeme bozuklukları tanı kriterleri çerçevesinde değerlendirilmeli; “Tıkanırçasına yeme bozukluğu kriterlerini karşılıyor mu? Yoksa gebelik nedeniyle, normale göre daha fazla besin alımı mı? ”)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aşırı besin ya da abur cubur tüketim dönemleriniz ne kadar sıklıkta tekrarlıyor?</li><li>➤ İştah kesici veya laksatif kullanarak, kusarak veya aşırı egzersiz yaparak kilo vermeyi denediniz mi?</li></ul>

Bazı obstetrik komplikasyonların arkasında, annenin yeme bozukluğunun var olabileceği göz önüne alınmalıdır. Bunun için YB'nın tespiti ve alınacak önlemler son derece önemlidir.

Prenatal dönemde hemşireler bu anlamda hayat kurtarıcı rol alabilir. Temel amaç; annenin olumlu benlik saygısını geliştirerek, yanlış yeme tutumu davranışlarını tekrarlamasını ve sürdürmesini önlemek olmalıdır. Bu nedenle YB tanısı alan kadınlara yönelik danışmanlık gebelik öncesinde, gebelik süresince ve sonrasında sürdürülmelidir (Tablo 2) (Chizawsky ve Newton 2007).

Gebeler ile çalışan sağlık personelinin YB'na sahip kadınlara yönelik girişimleri şu şekilde özetlenebilir:

- Yeme bozukluğu olan kadınlarda davranış değişikliği sağlamak için YB'nın fertilité ve bebekleri üzerine etkileri hakkında bilgilendirilmesi yarar sağlayabilir.
- Yeme bozukluğu olan kadınların, tedavisi tamamlanmadan gebelikten korunmak için kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilir.
- Kadının üreme geçmişı hakkında bilgi toplarken AN veya BN tespitine ilişkin sorular sorulabilir.
- YB'nın fetüsün büyüme ve gelişimi üzerine etkisine yönelik farkındalık oluşturmak için fetal süreci gösteren resimler ile sağlıklı beslenme modelleri açıklanabilir.
- YB'lu kadınlar gebe kalmayı düşündüğünde gebelik sırasında meydana gelebilecek vücut değişiklikleri ( kilo artışı, karın büyümesi gibi) ve YB'na bağlı çocukta görülebilecek olası sorunlar hakkında tartışılmalıdır.
- Annenin ve fetüsün kalori alımı ve besin ihtiyacının belirlenmesi ve karşılanması için hemşireler, psikiyatrist, Kadın doğum uzmanı, diyetisyen ve beslenme uzmanları ile işbirliği halinde çalışmalıdır.
- Gebelikte kilo alımı, değişen beden imajı ve sağlıklı fetal gelişimin sürdürülmesine yönelik olumlu pekiştirme sağlanmalıdır.
- Özellikle gebeliği sırasında yaşadığı hiperemesis gravidarum, kilo kaybı yada kilo alamama, sık kusmaya bağlı gelişebilecek diş sağlığı sorunları dikkate alınmalı ve sorgulanmalıdır.



**Tablo. 2. Yeme Bozukluğuna Sahip Kadınlara Amerikan Gebelik Derneği'nin Önerileri**

<b>Gebelik Öncesi</b>	<b>Gebelik Sırasında</b>	<b>Gebelik Sonrasında</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlıklı olan kilo korunmalı,</li><li>• Laksatif kullanarak ve kusma yolu ile boşaltımdan kaçınmalı,</li><li>• Gebe kalmayı düşünmeden önce bir sağlık profesyonelinden danışmalık alınmalı,</li><li>• Gebelik sürecinde gerekli olan vitaminlerin ve besin içeriğinin karşılanmasını sağlamak için bir beslenme uzmanı ile diyet hakkında görüşülmeli,</li><li>• Yeme bozukluğuna neden olan, altta yatan nedenleri belirlenmeli ve anksiteyi gidermek için bireysel ve grup terapilerine katılmalıdır.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebeliğin erken dönemlerinde antenatal ziyaret planlanmalı ve yeme bozukluğu hikâyesi varlığı not edilmeli,</li><li>• Sağlıklı kilo sürdürülmeli,</li><li>• Yeterli ve dengeli beslenme sürdürülmeli,</li><li>• Beslenmenin düzenlenmesi ve sürdürülmesinde beslenme uzmanını desteği sağlanmalı,</li><li>• Laksatif kullanarak ve kusma yolu ile boşaltımdan kaçınmalı,</li><li>• Yeme bozukluğuna neden olan, altta yatan nedenler belirlenerek ve anksiteyi gidermek için bireysel ve grup terapilerine dahil edilmelidir.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beden ve ruh sağlığının sürdürülmesi için danışmanlık sürdürülmeli,</li><li>• Doğum sonunda meydana gelen postpartum depresyon veya yeme bozukluğunun tekrarlaması durumunda sağlık personeli ile iletişim sürdürülmeli,</li><li>• Emzirmenin erken dönemde başlaması ve sürdürülmesi için emzirme danışmanı tarafından desteklenmeli,</li><li>• Sağlıklı kilo yönetiminin sürdürülmesinde diyetisyen desteğine başvurulmalıdır.</li></ul>

- Gebeliği sırasında ortaya çıkan beslenme sorunları ile yeme bozukluğu ile ilişkili yeme tutumu davranışları arasındaki farklılıklar saptanmalıdır.
- Gebelerin kilo almaya yönelik kaygılarını ifade etmeleri ve beslenme alışkanlıklarını anlatmaları için desteklenmelidir.
- Doğum ncesi takiplerde fundal yksekliliğin gebelik haftası ile uyumu, ultrason ile fetüsün gelişimi değerlendirilir.
- Uzun süreli emzirmenin olumlu anne- ocuk bağlanmasını geliştirdiğine, doğumsonu kilo vermeye yardımcı olduğuna ve anneye sağlıklı yeme alışkanlıklarını yeniden kazanması için bir fırsat sağladığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu nedenle lohusalara emzirmenin olumlu etkileri bu açıdan da açıklanmalıdır.
- YB olan annelerin önceki gebeliklerindeki emzirme süreleri ve yaşadıkları emzirme sorunları ipucu verebilir. Emzirmenin kısa sürede sonlandırılmasının altındaki temel nedenler de sorgulanabilir.
- Bu bozukluklar çıplak gözle her zaman grnemeyeceği için, hemşireler konuya daha fazla ilgi göstererek kendi yapmış oldukları değerlendirmeleri standart bir uygulama haline getirmelidir.

### **Sonuç ve neriler**

Yeme bozuklukları; fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerinin yanı sıra fetüs ve yenidoğan üzerine etkilerinden dolayı obstetrik bakımın bir parçası olarak, multidisipliner ekip anlayışı çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkemizde, doğum öncesi ve sonrası süreçte yeme bozukluklarının tanılanmasına yönelik ölçeklerin geliştirilmesi, gebelerin yeme tutumu davranışlarının gebelik sürecinde ve doğum sonrası takiplerde sorgulanmasının riskli grupların belirlenmesi ve olası komplikasyonların nlenmesinde etkili olacağı dşnlmektedir

## **KAYNAKLAR**

American Psychiatric Association. (2000). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders (revision). American Journal of Psychiatry, 157: 1-39.  
American Academy of Pediatrics. (2003). Identifying and Treating Eating Disorders. Pediatrics, 111: 204-211.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Astrachan-Fletcher, E., Veldhuis, C., Lively, N., Fowler, C., Marcks, B. (2008). The Reciprocal Effects of Eating Disorders and The Postpartum Period: A Review Of The Literature And Recommendations For Clinical Care. Journal of Women's Health (Larchmt), 17(2): 227-239.

Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK. (2008). Eating Disorders Among Delivery Hospitalizations: Prevalence and Outcomes. J Womens Health (Larchmt), 17: 1523-8.

Brinch M, Isager T, Tolstrup K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproductional patterns and mothering behavior of 50 women. Acta Psychiatr Scand, 77: 98-104.

Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. (1999). Fertility and Reproduction in Women with Anorexia Nervosa: A Controlled Study. J Clin. Psychiatry, 60: 130-135.

Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns of Remission, Continuation, and incidence of Broadly Defined Eating Disorders During Early Pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Psychological Medicine, 37(8): 1109-1118.

Çağrı, C. , Walsh, B.T. , Attia E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to Eating Disorder Diagnoses. Curr Opin Psychiatry, 26: 532-536.

Carwell, M.L., Spatz, D.L. (2011). Breastfeeding. MCN, 36(2): 112-117.

Lederman, S. A. (2004). Influence of Lactation on Body Weight Regulation. Nutrition Reviews, 62: 112-119.

- Conti J, Abraham S, Taylor A. (1998). Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res*, 44: 465–477.
- Easter,A.,Treasure, J., Micali, N. (2011). Fertility and Prenatal Attitudes Towards Pregnancy in Women with Eating Disorders: Results From the Avon Longitudinal Study of Parentsand Children. *BJOG* 118:1491–1498.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. *EatingDisorders* (2003). *Lancet*, 361:407-416.
- Franko, D.L.,Blais, M.A., Becker, A.E., Delinsky, S.S., Greenwood, D.N., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Eddy, K.T., Herzog, D.B. (2001). Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 158:1461–1466.
- Herzog, D.B.,Greenwood D.N., Dorer D.J. (2000). Mortality in EatingDisorders: A DescriptiveStudy. *Int J EatDisord.*, 28:20–26.
- Herzog, D.B., Eddy K.T. (2007). Diagnosis,epidemiology and clinical course of eating disorders. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers):1-31. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Hoek, H. W., Van Hoeken, D. (2003). Review of The Prevalence and incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 383-396.
- Hoffman, E.R., Bentley, M.E., Hamer, R.M. (2014). A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders. *Matern Child Nutr*, 10:360.
- Hunna, J. W., Leila, T., Stephanie, Z., Ted R.K., Cecilie, K., Camilla, S., Anna Maria, S.R., Ann, V.H., Robert, M. H., Helle, M.M., Elizabeth, H. F., Margaretha, H. (2014). Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Norsk Epidemiologi*, 24 (1-2): 51-56.
- James, D.C. (2001) . *Eating Disorders, Fertility, and Pregnancy: Relationships and Complications*. *J Perinat Neonat Nurs*, 15(2): 36–48.
- Kadioğlu, M., Ergün, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz- Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 96-104.

- Knoph C., Von Holle, A., Zerwas, S., Torgersen, L., Tambs, K., Stoltenberg, C., Bulik, C.M., Reichborn-Kjennerud, T. (2013). Course and Predictors of Maternal Eating Disorders in the Postpartum Period. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4): 355-368.
- Lemberg, R., Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 8: 285–295.
- Leska L.K., Chizawsky, Mandi S. Newton (2007). Eating Disorders Identification and Treatment in Obstetrical Patient. *AWHONN Lifelines*, 10(6): 484-488.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M. (1991). 50-Year Trends in The Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn: A Population-Based Study. *Am J Psychiatry*, 148: 917-922.
- Micali, N., Simonoff, E., Treasure, J. (2007). Risk of Major Adverse Perinatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 190: 255-259.
- Micali, N., Treasure, J. (2009). Biological Effects of a Maternal ED on Pregnancy and Foetal Development: A review. *European Eating Disorders Review*, 17(6): 448-454.
- Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., Treasure, J. (2011). Maternal Eating Disorders and Infant Feeding Difficulties: Maternal and Child Mediators in a Longitudinal General Population Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7): 800–807.
- Micali, N., Simonoff, E., Treasure, J. (2011). Pregnancy and Post-partum Depression and Anxiety in a Longitudinal General Population Cohort: The Effect of Eating Disorder and Past Depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3):150- 157.
- Milner, G., O'Leary, M. M. (1988). Anorexia nervosa occurring in pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*, 77: 491–492.
- Mitchell, J. E., Seim, H.C., Glotter, D., Soll, E.A., Pyle, R. L. (1991). A retrospective study of pregnancy in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 10: 209–214.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., & Sedgwick, P. M. (1999). Impact of Pregnancy on Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174: 135-140.

Özdemir, A. (2014). Lise Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi İle Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Doktora tezi.

Özgen, L., Kınacı, B., Arlı, M. (2012). Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 45(1): 229-247.

Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevi 13. Baskı, 465-475.

Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J., Stein, A. (2005). Concerns About Body Shape and Weight in the Postpartum Period and Their Relation to Women's Self-identification. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23(4): 347-364.

Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G. ve Kuğu, N. (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 24(3):149-157.

Smink, F.R., Van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr. Psychiatry Rep., 14:406–414.

Stewart,D.E., Raskin, J., Garfinkel,P.E. (1987). Anorexia nervosa, bulimia, andpregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 157:1194-1198.

Squires,C.,Lalanne,C., Murday,N., Simoglou, V., Vaivre-Douret, L.(2014). The Influence of Eating Disorders on Mothers' Sensitivity and Adaptation During Feeding: A Longitudinal Observational Study. BMC Pregnancy and Childbirth, 14(274): 1-9.

Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P.(1999). Incidence and Demographic Correlates of Eating Disorders. Int J EatDisord.,26:448–452.

Waugh, E.,Bulik, C.M. (1999). Offspring of Women With Eating Disorders. Int J Eat Disord. 25: 123–133.

Willis, D. C., Rand, C. S. W. (1988). Pregnancy in bulimic women. Obstet Gynecol, 71: 708–710