

Gebelik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Fetal ve Maternal Sağlık Üzerine Etkileri

Sümeyye Begüm ATALAN*, Aylin AÇIKGÖZ PINAR**

Öz

Gebelik, maternal metabolizmada meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve çeşitli değişiklikler ile karakterize benzersiz bir metabolik durumdur. Kadınlar arasında yeme bozuklukları yaygın olup, doğurganlık çağındaki ve gebelik dönemindeki kadınlar açısından risk teşkil eder. Gebelik döneminde yeme bozuklukları üreme sağlığı, bir dizi olumsuz doğum sonuçları, fetal büyüme ve gelişmede gerilik ve yeme bozukluklarının nesiller arası geçişinde rol alır. Gebelik öncesi beslenme danışmanlığı, maternal sağlığı optimize etmek ve gebelik öncesi beden kitle indeksini optimal aralıkta tutmak için önemlidir. Özellikle anoreksiya nervozalı kadınların optimal beden kitle indeksi aralığına ulaşmadan gebe kalmaması konusunda dikkatli olunmalıdır. Gebelik döneminde Tıp Enstitüsü tarafından belirlenen sınırlar dahilinde ağırlık kazanımı sağlanmalıdır. Yeme bozukluklarının semptomlarının gebelikte azaldığı, ancak postpartum dönemde tekrar ortaya çıkabileceği bulguları göz önüne alındığında, yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların gebelik sonrası dönemde de izlemi gerekmektedir. Ayrıca anne sütünün uzun vadeli etkileri göz önüne alınarak anne sütünün önemi ve koruyucu özellikleri anlatılarak emzirme için anneler teşvik edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, yeme bozuklukları.

The Effects of Feeding and Eating Disorders on Fetal and Maternal Health During Pregnancy

Abstract

Pregnancy is a unique metabolic state characterized by physiological, psychological, and various changes in maternal metabolism. Eating disorders are common among women and pose a risk for women of reproductive age, including those during pregnancy. Eating disorders during pregnancy play a role in reproductive health, adverse birth outcomes, fetal growth and development retardation, and the intergenerational transmission of eating disorders. Pre-pregnancy nutritional counseling is crucial to optimize maternal health and maintain pre-pregnancy body mass index within the optimal range. Special attention should be given to women with anorexia nervosa, ensuring they achieve an optimal body mass index range before conceiving. Weight gain within the limits set by the Institute of Medicine should be achieved during pregnancy. Considering findings that eating disorder symptoms tend to decrease during pregnancy but may re-emerge in the postpartum period, women with a history of eating disorders require follow-up in the postpartum phase as well. Furthermore, given the long-term benefits of breastfeeding, mothers should be encouraged to breastfeed by highlighting the protective properties and importance of breast milk.

Keywords: Pregnancy, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders.

Giriş

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-DSM-V) tanı kriterlerine göre yeme

Derleme Makale (Review Article)

Geliş / Received: 08.08.2023 & **Kabul / Accepted:** 07.07.2025

DOI: <https://doi.org/10.38079/igusabder.1339464>

* Arş. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Kastamonu, Türkiye.

E-posta: begumatalan@kastamonu.edu.tr [ORCID https://orcid.org/0000-0001-8015-2765](https://orcid.org/0000-0001-8015-2765)

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye.

E-posta: aylenn@hacettepe.edu.tr [ORCID https://orcid.org/0000-0002-8847-9305](https://orcid.org/0000-0002-8847-9305)

bozuklukları, “besin tüketiminin değişmesine neden olan, fiziksel sağlığı ve psikososyal işlevselliği önemli ölçüde bozan yeme davranışında bozukluklar” olarak tanımlanmaktadır. DSM-V’te, “Yeme bozuklukları” terminolojisi “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” olarak değiştirilmiştir¹. Tedavideki ilerlemelere rağmen, dünya çapında yeme bozuklukları nedeniyle tahminen yılda 3,3 milyon sağlıklı yaşam yılı kaybedilmektedir².

Gebelik döneminde ağırlık artışını kontrol altına almak için enerji alımının azaltılması ve aşırı egzersiz yapılması ise pregoreksiya olarak tanımlanmaktadır³. Pregoreksiya literatürde tıbbi bir tanı olarak kabul edilmese de, yeme bozuklukları ile ilişkili semptomların eşlik etmesi nedeniyle gebelikte görülen yeme bozukluğu olarak tanımlanabilmektedir⁴. Yeme bozukluğu olan gebelerde depresyon, anksiyete, kasıtlı olarak kendine zarar verme veya intihara teşebbüs öyküsünün yaygın olduğu ve yeme bozukluklarının belirlenmesinin düşük oranda olduğu bildirilmiştir⁵. Yeme bozukluklarının prevalansının incelendiği sistematik bir derlemede, yaşam boyu yeme bozukluğu sıklığı kadınlarda %8,4, erkeklerde %2,2 olarak belirlenmiş ve bu bozuklukların özellikle kadınlarda yaygın olduğu gösterilmiştir⁶. Londra merkezli bir araştırmada, gebelikte yeme bozukluğu prevalansı %7,5, gebelik öncesi ise %9,2 olarak saptanmıştır⁷. Yeme bozukluğu olan gebeler, eşlik eden ruhsal bozukluklar (psikolojik stres vb.) ve yetersiz beslenme nedeniyle stres yaşamaktadırlar. Stres, fetüsün büyümesini ve nörogelişimini etkileyen artmış glukokortikoidlere maruz bırakmakta ve ilerleyen dönemlerde yeme bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişim riskini artırmaktadır⁸. Yeme bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında beslenme ve yeme davranışlarında daha fazla sorunlar olduğu, yeme bozukluğu semptomlarının daha fazla görüldüğü, psikolojik ve sosyo-duygusal zorlukların olduğu bildirilmektedir⁹. Ayrıca doğum sonrası dönemde anne sütü ile beslenmenin önemi göz önünde bulundurulduğunda, yeme bozukluğu olan kadınların emzirme sürelerine ilişkin bulgular literatürde tutarsız olmakla birlikte, bu bireylerin emzirme sürecinde daha fazla olumsuz deneyim ve duygusal sorunlar gösterdiği saptanmıştır¹⁰.

Bu derleme yazının amacı; gebelik döneminde görülen yeme bozukluklarının fetal ve maternal sağlık üzerine etkilerini güncel literatür eşliğinde incelemektir.

Yeme Bozuklukları Risk Faktörleri

Beslenme ve yeme bozuklukları risk faktörleri arasında; beyaz ırk, ebeveynin yüksek eğitim düzeyi, daha genç anne yaşı, çocukluk döneminde besin güvencesizliği, travmatik bir olay yaşanması, yeme bozukluğu olan bir kız kardeşe sahip olmak ve yüksek fiziksel aktivite düzeyleri yer almaktadır¹¹. Yeme bozukluğunun gelişiminde prenatal ve perinatal risk faktörlerini inceleyen bir sistematik derlemede ise, Anoreksiya Nervoza (AN) ile güçlü ilişki gösteren faktörler arasında farklı olarak; anne yaşının ileri olması, preeklampsi ve eklampsi, multiparite, hipoksik komplikasyonlar, prematürelite veya erken doğum (<32 hafta), gestasyonel yaşa göre küçük doğum ağırlığı (small for gestational age-SGA) ve daha düşük doğum boyutu bulunurken; Bulimia Nervoza (BN) sadece gebelik sürecinde anne stresi ile ilişkilendirilmiştir¹². Ayrıca polikistik over sendromu (PKOS) tanılı kadınlar da yeme bozuklukları açısından yüksek risk altındadır. Geniş örneklemli bir kesitsel çalışmada, PKOS’lu kadınlarda yeme bozukluğu prevalansının, düşük benlik saygısı ve yüksek düzeyde psikolojik sorunlar ile ilişkili

olduğu gösterilmiş ve bu faktörlerin yeme bozukluğu riskini artırdığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda, PKOS'lu bireylerin yeme bozuklukları açısından rutin taranması önerilmektedir¹³.

Gebelik Döneminde Yeme Bozuklukları Semptomlarının Değerlendirilmesi

Gebelikte bozulmuş yeme davranışlarını belirlemenin en zorlu yönlerinden biri, bozulmuş yeme davranışlarının klinik özelliklerini normal gebelik deneyimlerinden ayırmaktır. Çünkü kendi kendini kusturma (ağırlık artışını önlemek veya yemenin etkisini ortadan kaldırmak için), aşırı yeme ve düşük vücut ağırlığına sahip olma gibi yeme bozuklukları semptomlarının, gebelik döneminde görülen kusma ve ağırlık artışı gibi gebeliğin tipik özelliklerinin varlığından dolayı tespit edilmesi daha zor olabilmektedir⁷. Bannatyne ve ark.¹⁴'nın araştırmalarında, gebelikte yeme bozukluğunun olası semptomlarını değerlendirirken dikkate alınması gereken konulara Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Gebelikte Yeme Bozukluğunun Olası Semptomlarını Değerlendirirken Dikkate Alınması Gereken Sorular¹⁴

Semptomlar ne sıklıkla ve hangi yoğunlukta ortaya çıkıyor?
Semptomun içeriği ve/veya amacı nedir? (Örneğin, mide bulantısını azaltmak veya gebelikte ağırlık artışını en aza indirmek için diyet kısıtlaması mı?)
Semptom, gebelik sürecinde klinik önerilerden sapıyor mu? (Örneğin, diyet alımında eksiklikler, egzersiz davranışlarında fazlalık gibi)
Kadının vücut ağırlığı gebeliğin aşamasına göre sağlıklı bir aralıkta mı?
Semptom gebelikte ağırlık artışını olumsuz etkileyebilir mi?
Anne ve/veya çocuk için beklenen bir sağlık riski var mı?
Kadının ailesi semptom/semptomlarla ilgili endişelerini dile getiriyor mu?
Kadının geçmişinde gebelik komplikasyonları var mı? (Örneğin, düşük yapma, erken doğum gibi)
Belirtiler kadın için fiziksel, psikolojik, sosyal ve/veya ilişkisel bozulmaya/zorluğa neden oluyor mu?
Kadın semptomunun/semptomlarının varlığı ve etkisi hakkında fikir sahibi mi?
Kadın endişeyi dile getirmeye açık mı?
Kadının kendi bildirdiği durum ile tıbbi testlerin/gözlemlerin sonuçları arasında bir tutarsızlık var mı?
Kadının bildirdiği durum ile eşin/ailenin bildirdiği durum arasında bir tutarsızlık var mı?
Kadının, özellikle yeme bozuklukları/bozulmuş yeme davranışları olmak üzere zihinsel sağlık sorunları geçmişi var mı?
Kadının ailesinde bozulmuş yeme davranışları öyküsü var mı?

Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin gebelik versiyonunun (Pregnancy Version of Eating Disorder Examination-EDE-PV) kullanımının, gebelikle ilgili normal yeme tutumlarını ve davranışlarını, bozulmuş yeme davranışlarından ayırt etmede olumlu etkisi gösterilmiştir. Emery ve ark.¹⁵'nin bu değerlendirme yöntemini kullanırken dikkat edilmesi gereken dört nokta Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin gebelik versiyonunun kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalar¹⁵

Diyet kısıtlaması	Sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmek için bazı besinlerden kaçınma halini (diyet kısıtlamasını temsil etmeyen) veya sağlık profesyonelleri tarafınca önerilen diyet yönergelerine uymaya yönelik motivasyonu, ağırlık kaybetme veya var olan ağırlığı sürdürme çabasıyla enerji alımını kontrol etme arzusundan (diyet kısıtlamasını temsil eder) ayırt etmek önemlidir.
Ağırlık kaygısı	Kadınlar, gebelikte aşırı veya yetersiz ağırlık kazanımı nedeniyle vücut ağırlıklarından memnun olmadıklarını bildirebilmekte ve fetal gelişim üzerindeki etkilerinden endişe duyabilmektedirler. Ağırlık artışı ile ilgili sıkıntı ve endişelerini fark etmek önemlidir.
Vücut şekli kaygısı	Kaygılar, özellikle gebeliğin ilk aylarında ağırlık artışı yaşamış gibi görünmelerinden kaynaklanabilmektedir. Bu duygularla ilişkili sıkıntı veya rahatsızlık düzeyini değerlendirmek önemlidir. Vücut şeklinin aktif olarak izlenmesi, hamile kıyafetlerini denemek gibi gebelik boyunca meydana gelen vücut değişikliklerini izlemekle karıştırılmamalıdır. Bu izlemin müdahaleci mi (şekil endişesini temsil ediyor) yoksa yalnızca gebelik sürecinde vücut şeklindeki değişikliklerini belirlemek için mi (şekil endişesini temsil etmiyor) olduğunu tespit etmek gerekmektedir.
Yeme kaygısı	Gebelik sürecindeki iştah değişiklikleri, fiziksel koşulların varlığı veya sağlık profesyonellerinin yönergelerine uyma çabası sonucunda yemek yeme ile ilgili endişeler veya suçluluk duygusu ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda, suçluluğun şiddetli olup olmadığı ve yanlış bir şey yaptığının göstergesi mi (yeme endişesini temsil eder) yoksa daha az pişmanlık duygusu mu (yeme endişesini temsil etmeyen) olduğunun belirlenmesi gerekmektedir.

Doğum sonrası dönemde, pregestasyon dönemine göre vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili endişelerin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Gebelik ve postpartum dönem ise pregestasyon dönemi ile karşılaştırıldığında, tıkanırcasına yeme ve kendi kendini kusturma davranışlarının azaldığı görülmüştür¹⁶. Bununla birlikte küçük bir örneklem üzerine yapılan bir araştırmada, yeme bozukluğu öyküsü (AN ve BN) olan ancak tam remisyon dönemindeki kadınların, gebelik sürecinde ve doğumdan sonra yeme bozukluğu nüks oranlarının yüksek olduğu ve doğum sonrası depresyona yatkın oldukları gösterilmiştir. Çalışmanın sonunda yeme bozukluğu öyküsü olan bireylerde hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde yakın izlemin gerekliliği araştırmacılar tarafından savunulmuştur¹⁷. Bu bakımdan erken tanı, malnütrisiyonu, mental ve somatik komorbiditeleri, gebelik sürecinde semptomların nüksünü ve buna bağlı olumsuz obstetrik ve fetal sonuçları önlemek açısından oldukça önemlidir. Erken bir müdahale hem anne hem de fetus için ömür boyu sürececek morbiditeyi önlemeye yardımcı olacaktır¹⁸. Ayrıca sağlık profesyonellerine gebelik döneminde yeme bozukluklarının nasıl belirleneceği konusunda daha fazla eğitim verilmesi, semptomların belirlenmesine ve komorbiditelerden kaynaklanan uzun vadeli hastalık yükünün azaltılmasına yardımcı olabilmektedir¹⁹.

Gebelik Döneminde Pika

Pika, gebeler, çocuklar ve zihinsel engelliler arasında yaygın olan; bireyin, tebeşir, toprak, sabun, buz, kâğıt, saç gibi besin dışı maddelere karşı duyulan yeme isteği olarak tanımlanan bir yeme bozukluğudur²⁰. DSM-V, pikayı en az bir aylık bir süre boyunca besleyici olmayan, besin dışı maddelerin yenilmesi olarak tanımlamaktadır¹. Pika'nın

etiyojisi net olarak bilinmemekle birlikte, pika gelişimi için bildirilen risk faktörleri arasında; stres, kültürel faktörler, öğrenilmiş davranış, düşük sosyoekonomik durum, altta yatan ruh sağlığı bozuklukları, beslenme yetersizliği, çocuk istismarı ve ihmali, gebelik, epilepsi ve ailesel psikopatoloji yer almaktadır²¹.

Dünya çapında gebelik ve postpartum dönemde pika prevalansını araştıran bir meta-analiz çalışmasında, pika prevalansının %27,8 olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada Afrika'da pika prevalansının diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olduğu, prevalansın anemi prevalansı ile pozitif; eğitim düzeyi ile ise negatif ilişkili olduğu saptanmıştır²².

Özellikle toprak yeme davranışı olarak bilinen jeofaji, Afrika'da gebe kadınlarda oldukça yaygın olarak gözlenmektedir. Bu davranışın nedenleri arasında; temel olarak açıklanamayan aşırma bulunmakla birlikte, toprağın bir demir takviyesi görevi gördüğü inancı, gebelikte mide yanması ve sabah bulantılarına yardımcı olduğu düşüncesi gösterilmiştir²³. Gebelerde jeofajinin, potansiyel sağlık risklerini değerlendiren bir araştırmada, Gana'nın Volta adlı bölgesinden alınan beyaz killi toprakta arsenik, kurşun ve civa gibi toksik metallerin bulunduğu ve gebeler tarafından maruz kalınan tahmini ağır metal seviyelerinin, Dünya Sağlık Örgütü/Gıda ve Tarım Örgütü tarafından belirlenen maksimum tolere edilebilir günlük alım miktarının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar, gebelerde uzun süre tüketimi sonucunda potansiyel bir sağlık tehdidi oluşturan biyolojik birikme olasılığının bulunduğunu belirtmiştir²⁴.

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile ilgili yetersiz bilgi düzeyi, bazı toplumlarda pikanın yaygın görülmesinin nedeni olarak gösterilmektedir²¹. Alışkanlığın potansiyel olarak zararlı sağlık etkilerinden kaçınmak için doğum öncesi bakıma dikkat gösterilmeli²³ ve doğum öncesi bakım eğitiminin bir parçası olarak özellikle ilk trimesterde bulantı ve kusmayı önlemenin alternatif yolları, verilen eğitimlere dahil edilmelidir. Sağlık çalışanları, pikanın anne ve fetus sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda sağlık eğitimini yoğunlaştırmalıdır²⁵.

Gebelikte Yeme Bozukluklarının Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkileri

Yeme bozukluklarının genel sağlık ve üreme sağlığı üzerinde uzun vadeli etkilere sahip olabileceği bildirilmektedir¹¹. Aşırı yeme, anksiyete ve depresyon, yeme bozukluklarının en yaygın komorbiditeleri arasında yer almaktadır. Çoğu vakada ağırlık artışına ilişkin aşırı endişe eşlik etmekte ve bu durum da hem anne hem de fetus için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir²⁶.

Yapılan bir çalışmada yeme bozukluklarının gebelik öncesi Beden Kütle İndeksini (BKİ) ve gebelik sürecinde ağırlık artışını etkilediği; doğum komplikasyonlarına ve olumsuz neonatal sonuçlara yol açtığı bildirilmiştir²⁷. Mantel ve ark.²⁸ araştırmalarında, alt tipine bakılmaksızın, aktif veya yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların, olumsuz gebelik ve neonatal sonuçlar açısından yüksek risk altında oldukları ve bu bireylerin doğum öncesi ve doğum sürecinde daha fazla yakın izleme ihtiyaç duyduklarını gözlemiştir. Doğurganlık çağındaki kadınlar arasında yeme bozukluğu öyküsü olan ve olmayanların karşılaştırıldığı bir başka araştırmada ise, gebelik sürecinde kanama, bulantı, kusma, düşük ve istemli düşük yapma olasılığının yeme bozukluğu öyküsü olan kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur¹¹. Başka bir çalışmada da aktif AN'lı kadınlarda gebelikte

anemi riski 2 katına çıkarken; maternal AN, antepartum hemorajinin artmış riski ile ilişkili bulunmuştur²⁸.

Gebelikte aşırı ağırlık artışı, sağlıksız yeme davranışlarının ve diyet bozukluklarının uyarıcı bir göstergesidir²⁹. Maternal obezite, fetüsün büyümesi ve gelişmesi için metabolik olarak zorlu bir ortam yaratmaktadır³⁰. Obezitesi olan ve fazla kilolu kadınlar doğumlarında, mortalite ve morbidite açısından artmış riskle karşı karşıyadır³¹. Aynı zamanda bu durumun fetal, neonatal, çocukluk ve adolesan dönem üzerine hem kısa hemde uzun vadede olumsuz etkileri vardır³⁰. Bunun yanı sıra gebelik döneminde yetersiz ağırlık kazanımının ise ciddi olumsuz doğum sonuçları riskinde artışla ve özellikle anne ölümü ve perinatal ölümle ilişkili olduğu bildirilmiştir ve potansiyel olarak değiştirilebilir bir risk faktörüdür³². Gebelik öncesi BKİ'ye göre gestasyonel ağırlık kazanımının optimal aralıkları Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından bildirilmiştir. Buna göre gebelik öncesi BKİ'si zayıf olan ($BKİ < 18,5 \text{ kg/m}^2$) bireyler 12,5-18 kg; normal ($BKİ \geq 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) olan bireyler 11,5-16 kg; fazla kilolu ($BKİ \geq 25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$) olan bireyler 7-11,5 kg; obez ($BKİ \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) olan bireyler için 5-9 kg total ağırlık kazanımı önerilmektedir³³.

Yeme bozukluklarına sahip gebelerde ise bu durum çok daha düşük BKİ ve gestasyonel ağırlık artışı ile sonuçlanabilmektedir. Boylamsal bir kohort çalışmasında, daha önce AN öyküsü olan kadınların gebelik döneminde, BN öyküsü olanlardan veya kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük BKİ'ye sahip oldukları ve daha düşük gestasyonel ağırlık artışları olduğu gösterilmiştir³⁴. Anne ve term doğan bebek çiftlerini içeren prospektif kohort çalışmasında, postpartum 2. günde annelerin Yeme Tutum Testi-26 (Eating Attitude Test-26-EAT-26) global puanları; sırasıyla yetersiz, yeterli ve aşırı gestasyonel ağırlık artışı olan kadınlarda anlamlı olarak yükselmiştir. Diyet skorlarında da benzer bir eğilimin olduğu gözlenmiştir²⁹.

Pozitif enerji dengesi düzenli menstruasyon için oldukça önemlidir ve özellikle üst düzey sporcular, aşırı egzersiz ve vücudun enerji ihtiyacını karşılayamama durumları nedeniyle hipotalamik amenore geliştirme riski altındadır³⁵. Kadınlarda kronik enerji eksikliği, hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenini bozabilmekte ve zayıf kadınlarda hipotalamik anovulasyona yol açabilmekte; bu durum da özellikle AN'lı kadınlarda infertilitenin en yaygın nedenini oluşturmaktadır³⁶. Yeme bozukluklarının uzun vadede üreme sonuçları üzerine etkilerini inceleyen bir araştırmada doğurganlık oranları; AN için %18, BN için %23,3 ve diğer yeme bozuklukları için %18,6 iken, yaşa göre eşleştirilmiş genel popülasyon kontrol grubunda %48,3 olduğu belirlenmiştir³⁷. İnfertilite tedavisi için sağlık kurumlarına başvuran bireylerde yeme bozukluğu tespit edildiğinde, yeme bozukluğu olan kadınlarda çok sayıda obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlar geliştiğinden hastaların olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi ve gerekli psikolojik desteğe yönlendirilmesi gerekmektedir^{38,39}. Tedavide multidisipliner yaklaşımın, komplikasyonsuz ve başarılı infertilite tedavisi sağlayacağı bildirilmektedir³⁸. Bu bakımdan infertilite tedavisi için yardımcı üreme teknolojilerini uygulamadan önce, infertilitesi ve adet düzensizliği olan tüm kadınlar, mevcut besin ögesi eksiklikleri, uygulanan diyet modelleri ve diğer beslenme alışkanlıkları açısından değerlendirilmelidir³⁶. Egzersiz, beslenme alışkanlıkları, gebelikte kullanımı güvenli olmayan müshil yapıcı etkiye sahip ilaçlar, iştah kesiciler ve idrar söktürücülerin

kullanım durumu gibi ayrıntılı bir tıbbi öykünün alınması, antropometrik ölçümlerin belirlenmesi ve aralıklarla takip edilmesi oldukça önemlidir^{36,40}.

Olumsuz fetal gelişim çok faktörlü olabilse de maternal malnütrisyon, değişen hormonlar, gebelik öncesi düşük BKİ, gebelikte düşük ağırlık kazanımı, maternal psikopatoloji ve stres gebeliğin gelişimini bozabilmektedir. Yetersiz beslenme veya madde kullanımı gibi çevresel faktörler, fetal epigenomda çocuklarda ömür boyu sürecek sağlık sorunlarına yol açabilecek epigenetik değişikliklere neden olabilmektedir¹⁸. İsveç'te yapılan popülasyon temelli bir kohort çalışmasında, maternal yeme bozukluklarının tüm alt tipleri, erken doğum, yenidoğanda mikrosefali ve gebelik sürecinde yaklaşık iki kat artmış hiperemesis riski ile ilişkilendirilmiştir²⁸. Prospektif bir araştırmada ise, gebelik dönemlerine yakın zamanda AN olan kadınlarda erken doğum prevalansının, geçmişte AN öyküsü olan kadınların neredeyse iki katı olduğu belirlenmiştir⁴¹.

Maternal diyet kalitesinin doğum ağırlığını, SGA ve gebelik yaşına göre büyük doğum ağırlığı olan (Large for gestational age-LGA) bebek doğma riskini etkileyebileceği bildirilmiştir⁴². Yaşam boyu AN'lı veya BN'lı kadınların sağlıklı kadınlara kıyasla daha düşük plasenta ağırlığına ve SGA bebeklere sahip olma risklerinin yüksek; LGA bebeklere sahip olma risklerinin düşük olduğu; hem aktif hem de geçmişte AN öyküsü olan kadınların ise kontrol grubuna kıyasla SGA bebeklere sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir⁴¹.

AN'lı bireylerde özellikle kadınların gebelikleri düşük bir BKİ ile başladığında, bebeğin düşük doğum ağırlıklı doğma olasılığının arttığı bulunmuştur²⁷. Gebelik öncesinde düşük vücut ağırlığı olan aktif AN'lı kadınların geçmişte AN öyküsü olan kadınlara kıyasla doğum sonuçlarından; düşük plasenta ağırlığı, bebeklerde düşük doğum ağırlığı, boy uzunluğu, baş ve karın çevresinin görüldüğü bildirilmiştir^{27,41}; bu durum, gebelik öncesi optimal BKİ'nin bu popülasyonda fetal büyüme için önemli bir rol oynadığını göstermektedir⁴¹. Önlenebilir bir risk faktörü olduğu göz önüne alındığında, yeme bozukluğu olan kadınların gebelik öncesi sağlıklı bir vücut ağırlığına sahip olmaları gerekmektedir ve gebelik öncesi düşük BKİ, doğum öncesi dönemde sağlık profesyonelleri için önemli bir risk belirteci olmalıdır^{27,41}.

Yaşamın erken döneminde beslenme, miyelinizasyonu ve dolayısıyla bilişsel gelişimi etkileyen önemli ve değiştirilebilir bir faktördür⁴³. Yeme bozukluğu olan annelerin çocuklarında (18-42 ay) nörogelişimsel sonuçları araştıran bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla annelerinde yeme bozukluğu olan çocukların zihinsel ve psikomotor gelişiminde gecikmeler görülmüştür⁴⁴. Aktif yeme bozukluğu olan annelerin yenidoğan bebeklerinin, sağlıklı kontrollerin yenidoğanlarına kıyasla daha kötü otonomik stabiliteye sahip olduğu, daha zayıf dil ve motor gelişimi olduğu belirlenmiştir⁴⁵. Spektrumun karşıt uçlarında yer almasına rağmen, maternal yetersiz beslenme ve aşırı beslenme, çocuklarda çarpıcı şekilde benzer bilişsel sonuçlar verdiği görülmektedir⁴⁶.

Gebelikteki Yeme Bozukluklarının Uzun Dönem Etkileri

Annelerdeki yeme bozukluğunun, çocuklarda hem çevresel hem de genetik faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan karmaşık bir etki mekanizmasına sahip olduğu ileri sürülmektedir⁴⁷. Ebeveynlerdeki yeme bozukluklarının çocuklarda yeme bozuklukları

için güçlü bir risk faktörü olabileceği ve çocuğun psikolojik, bilişsel ve fizyolojik gelişimi üzerinde bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir^{47,48}. Bu çocuklarda beslenme ve yeme davranışlarında zorluklar, nörogelişimsel düzensizlikler, bilişsel gelişim gerilikleri ve psikopatolojik belirtiler daha sık görülmekte ve sosyo-duygusal gelişimlerinde olumsuz etkiler gözlenmektedir⁴⁷.

Yeme davranış bozukluklarının, çocukluk çağı psikolojik, fiziksel ve ebeveyn risk faktörleri ile ilişkilerinin incelendiği büyük çaplı bir adolesan kohortunda, yeme bozuklukları için risk faktörlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Maternal yeme bozukluğunun, kızlarda beden memnuniyetsizliği ve vücut ağırlığı/şekli kaygısı ile; erkeklerde ise diyet yapma davranışıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir⁴⁹. Başka bir çalışmada da 5-15 yaş arasındaki çocuklar ve ebeveynleri incelenmiş ve tıkanırcasına yeme bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının, obezitesi olan ancak yeme bozukluğu bulunmayan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla daha sık tıkanırcasına yeme bozukluğu geliştirdiği saptanmıştır. Ek olarak aynı çalışmada tıkanırcasına yeme bozukluğu olan ebeveynlerin, çocuklarının beslenmesi hakkında daha fazla sorumlu ve endişeli hissettiği gözlenmiştir⁵⁰. Mevcut bulgular, ebeveynlerdeki yeme bozuklukları ve beslenme uygulamalarının çocukların yeme davranışları ve beden algısı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır^{49,50}.

Bu bağlamda yeme bozukluğu olan annelerin çocuklarının nörogelişimsel işlevlerini etkileyen gelişim süreçlerinin yakından izlenmesi gerekliliği⁴⁴ ve çocukluk döneminde cinsiyete özgü risk faktörlerinin belirlenmesinin, erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir^{49,50}.

Tedavi ve Müdahale

Yeme bozukluğu ve özellikle AN öyküsü olan kadınlar, gebelik sürecinde çeşitli komorbiditeler açısından riskli hastalar olarak kabul edilmeli ve çocuklarda gelişebilecek olumsuz sonuçları önlemek için tedavi edilmelidir³⁴. Aktif bir yeme bozukluğu mevcut iken gebelik gelişmesi durumunda, komplikasyon riskinin daha yüksek olabileceği ve hem utero hem de doğum sonrası dönemde çocuğun gelişiminin olumsuz etkilenebileceği bildirilmiştir³⁹. Bu bakımdan doğurganlık çağındaki kadınlarda değişen yeme alışkanlıklarının saptanması zorunluluk haline gelmektedir. Tanı konulduktan sonra, multidisipliner bir ekibin, tespit edilen yeme bozukluğu için beslenme desteği sağlaması, alkol ve kötüye kullanılan ilaçlarla ilgili bir tarama yapılması, psikoterapötik teknikler ve gerekirse psikotropaların kullanımını içeren tedaviye başlaması konusunda öneriler bulunmaktadır¹⁸. Ayrıca, multidisipliner bir yaklaşımın parçası olarak, yeterli ağırlık kazanımı, mikro ve makro besin öğeleri gereksinimleri ile ilgili beslenme danışmanlığı bir diyetisyen tarafından en erken zamanda yapılmalıdır⁵¹. Sağlık profesyonelleri, bireylerde yeme bozukluklarını remisyon dönemine geçiren ve kadınların gebelikten önce daha sağlıklı bir vücut ağırlığının kazanılmasını, böylelikle doğum sonuçlarını iyileştiren gebelik öncesi müdahaleleri hedeflemelidir²⁷.

Paslakis ve ark.⁵¹ gebelerde yeme bozukluğunun yönetimi için daha önce belirlenen bir algoritmayı esas alarak yeni bir algoritma oluşturmuştur. Bu algoritmada; hızlı ve uygulaması kolay bir tarama aracı kullanılarak yapılan taramada, sonucu negatif olan kadınlarda gestasyonel ağırlık artışının takip edilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Düşük veya yetersiz gestasyonel ağırlık kazanımı olduğunda veya tarama sonucu pozitif

olan kadınlarda, psikiyatri tarafından kapsamlı bir değerlendirme gerekmede ve önerilmektedir. Bu noktada aktif bir yeme bozukluğunun varlığının veya yeme bozukluğunun geçmiş bir öyküsünün olduğunun tespiti oldukça önemlidir. Aktif bir yeme bozukluğu mevcutsa, psikiyatri hekimi tarafından yakın bir izlem ve uyumlu bir tedavi gerekmektedir. Bir yeme bozukluğu öyküsü varsa, ağırlık artışının takibi gibi klinik izlem yeterlidir, ancak akut yeme bozukluklarının veya postpartum depresyonun belirtileri takip edilmelidir.

Yeme bozukluğuna sahip gebelerde, bebeğin optimal büyüme ve gelişimi için sağlıklı beslenmenin önemi vurgulanmalıdır. Bu bireyler, sağlıklı ve dengeli beslenmenin tanımlanmasına, düzenli bir öğünün içeriği, besin öğeleri ile ilgili bilinen yanlışlar ve normal porsiyon boyutu konusunda bilgilendirmeye gereksinim duyabilirler. Ayrıca gebeler ağırlık artışı konusunda endişeli olabileceklerinden, gebelikte kazanılması gereken optimal ağırlık aralıkları konusunda bilgilendirilmelidir⁴⁰.

Sonuç ve Öneriler

Gebelik döneminde yeme bozukluklarının tanısı oldukça zor konulmakta ve düşük oranlardadır, bu durum olumsuz sonuçlarla karşılaşılmasına neden olabilmektedir. Özellikle aktif yeme bozukluğuna sahip bireylerde, olumsuz doğum sonuçları risklerinin yeme bozukluğu öyküsüne sahip bireylerden daha yüksek olduğu bilinmektedir. Aktif yeme bozukluğu olan kadınlara, iyileşene kadar gebeliği ertelemeleri tavsiye edilmeli; özellikle AN için psikiyatri servisine erken sevk ile tedavi önerilmelidir. Özellikle gebelik öncesi dönemde yeme bozukluklarının erken tespiti dolayısıyla sağlanan beslenme desteği ve psikolojik tedaviden oluşan erken multidisipliner bir yaklaşımın hem anne hem de fetus için karşılaşılabilecek olumsuz sonuçların görülme sıklığının azalmasına yardım olacaktır.

Son olarak çocuk gelişimi üzerindeki potansiyel olumsuz etki göz önüne alındığında, sağlık profesyonelleri, annelerdeki yeme bozuklukları öyküsünün bebeğin besleme davranışları üzerindeki etkisi konusunda dikkatli olmalıdır. Bu durumun çocuğun büyüme ve gelişmesini ve daha sonra yeme davranışlarını etkilemesi muhtemeldir ve yeme bozukluklarının nesiller arası geçişini etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
3. Mathieu J. What is pregorexia? *J Am Diet Assoc*. 2009;109(6):976-979.
4. Tuncer E, Gumus AB, Keser A. The importance of pregorexia awareness. *Clin Exp Health Sci*. 2020;10(3):186-190. doi:10.33808/clinexphealthsci.673306.

5. Bye A, Nath S, Ryan EG, et al. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28(2):141-155. doi: 10.1002/erv.2719.
6. Galmiche M, Dechelotte P, Lambert G, Tavoracci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342.
7. Easter A, Bye A, Taborelli E, et al. Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev.* 2013;21(4):340-4. doi: 10.1002/erv.2229.
8. Jones C, Pearce B, Barrera I, Mummert A. Fetal programming and eating disorder risk. *J Theor Biol.* 2017;428:26-33. doi: 10.1016/j.jtbi.2017.05.028.
9. Watson HJ, O'Brien A, Sadeh-Sharvit S. Children of parents with eating disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2018;20(11):101. doi: 10.1007/s11920-018-0970-3.
10. Kass A, Dorsam AF, Weiss M, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2021;24(5):693-708. doi: 10.1007/s00737-021-01103-w.
11. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One.* 2017;12(7):e0181104.
12. Marzola E, Cavallo F, Panero M, Porliod A, Amodeo L, Abbate-Daga G. The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2021;24(2):185-204. doi: 10.1007/s00737-020-01057-5.
13. Tay CT, Teede HJ, Hill B, Loxton D, Joham AE. Increased prevalence of eating disorders, low self-esteem, and psychological distress in women with polycystic ovary syndrome: A community-based cohort study. *Fertil Steril.* 2019;112(2):353-361.
14. Bannatyne AJ, Hughes R, Stapleton P, Watt B, MacKenzie-Shalders K. Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: A delphi consensus study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):262. doi: 10.1186/s12884-018-1849-3.
15. Emery RL, Grace JL, Kolko RP, Levine MD. Adapting the eating disorder examination for use during pregnancy: Preliminary results from a community sample of women with overweight and obesity. *Int J Eat Disord.* 2017;50(5):597-601. doi: 10.1002/eat.22646.
16. Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *Int J Eat Disorder.* 2014;47(4):426-430. doi: 10.1002/eat.22236.
17. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):323.
18. Sebastiani G, Andreu-Fernandez V, Herranz Barbero A, et al. Eating disorders during gestation: Implications for mother's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. *Front Pediatr.* 2020;8:587. doi: 10.3389/fped.2020.00587.
19. Chua YW, Lewis G, Easter A, Lewis G, Solmi F. Eighteen-year trajectories of depressive symptoms in mothers with a lifetime eating disorder: Findings from

- the ALSPAC cohort. *Br J Psychiatry*. 2020;216(2):90-96. doi: 10.1192/bjp.2019.89.
20. Balasundaram P, Santhanam P. *Eating Disorders*. StatPearls. 2023.
 21. Al Nasser Y, Muco E, Alsaad AJ. *Pica*. StatPearls. 2023.
 22. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(3):277-83. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.10.012.
 23. Macheka LR, Olowoyo JO, Matsela L, Khine AA. Prevalence of geophagia and its contributing factors among pregnant women at Dr. George Mukhari Academic Hospital, Pretoria. *Afr Health Sci*. 2016;16(4):972-978. doi: 10.4314/ahs.v16i4.13.
 24. Kortei NK, Koryo-Dabrah A, Akonor PT, et al. Potential health risk assessment of toxic metals contamination in clay eaten as pica (geophagia) among pregnant women of Ho in the Volta Region of Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):160.
 25. Konlan KD, Abdulai JA, Konlan KD, Amoah RM, Doat AR. Practices of pica among pregnant women in a tertiary healthcare facility in Ghana. *Nurs Open*. May 2020;7(3):783-792. doi: 10.1002/nop2.451.
 26. Martinez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-Garcia C, et al. Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: A systematic review. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(7).
 27. Charbonneau KD, Seabrook JA. Adverse birth outcomes associated with types of eating disorders: A review. *Can J Diet Pract Res*. 2019;80(3):131-136.
 28. Mantel A, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(3):285-293.
 29. Zanardo V, Cavaliere A, Giliberti E, et al. Gestational weight gain and eating-related disorders. *J Obstet Gynaecol*. 2021;41(8):1205-1209.
 30. Santangeli L, Sattar N, Huda SS. Impact of maternal obesity on perinatal and childhood outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(3):438-48.
 31. Catalano PM, Shankar K. Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*. 2017;356:j1.
 32. Ukah UV, Bayrampour H, Sabr Y, et al. Association between gestational weight gain and severe adverse birth outcomes in Washington State, US: A population-based retrospective cohort study, 2004-2013. *Plos Med*. 2019;16(12). doi: 10.1371/journal.pmed.1003009.
 33. Institute of Medicine; National Research Council. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
 34. Koubaa S, Hallstrom T, Brismar K, Hellstrom PM, Hirschberg AL. Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:318. doi: 10.1186/s12884-015-0741-7.
 35. Huhmann K. Menses requires energy: A review of how disordered eating, excessive exercise, and high stress lead to menstrual irregularities. *Clin Ther*. 2020;42(3):401-407.

36. Boutari C, Pappas PD, Mintziori G, et al. The effect of underweight on female and male reproduction. *Metabolism*. 2020;107:154229. doi: 10.1016/j.metabol.2020.154229.
37. Tabler J, Utz RL, Smith KR, Hanson HA, Geist C. Variation in reproductive outcomes of women with histories of bulimia nervosa, anorexia nervosa, or eating disorder not otherwise specified relative to the general population and closest-aged sisters. *Int J Eat Disord*. 2018;51(2):102-111. doi: 10.1002/eat.22827.
38. Galiger-Dobos K, Tury F. Eating disorders and fertility. *Psychiatr Hung*. 2018;33(4):331-9.
39. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):260-75. doi: 10.1002/eat.22483.
40. Ward VB. Eating disorders in pregnancy. *BMJ*. 2008;336(7635):93-6.
41. Micali N, Larsen PS, Strandberg-Larsen K, Andersen AMN. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: A prospective population-based study. *Bjog-Int J Obstet Gy*. 2016;123(8):1301-1310. doi: 10.1111/1471-0528.13825.
42. Englund-Ogge L, Brantsaeter AL, Juodakis J, et al. Associations between maternal dietary patterns and infant birth weight, small and large for gestational age in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Eur J Clin Nutr*. 2019;73(9):1270-1282.
43. Deoni S, Dean D, Joelson S, O'Regan J, Schneider N. Early nutrition influences developmental myelination and cognition in infants and young children. *Neuroimage*. 2018;178:649-659. doi: 10.1016/j.neuroimage.2017.12.056.
44. Sadeh-Sharvit S, Levy-Shiff R, Lock JD. Maternal eating disorder history and toddlers' neurodevelopmental outcomes: A brief report. *Eat Disord*. 2016;24(2):198-205.
45. Barona M, Taborelli E, Corfield F, et al. Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(8):931-398. doi: 10.1111/jcpp.12736.
46. Moody L, Chen H, Pan YX. Early-life nutritional programming of cognition-the fundamental role of epigenetic mechanisms in mediating the relation between early-life environment and learning and memory process. *Adv Nutr*. 2017;8(2):337-350.
47. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: A systematic review of the literature. *Arch Womens Ment Hlth*. 2020;23(4):449-467.
48. Bould H, Sovio U, Koupil I, et al. Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(1):51-59.
49. Micali N, De Stavola B, Ploubidis G, Simonoff E, Treasure J, Field AE. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):320-7. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152371.

50. Lydecker JA, Grilo CM. Children of parents with BED have more eating behavior disturbance than children of parents with obesity or healthy weight. *Int J Eat Disord.* 2017;50(6):648-656. doi: 10.1002/eat.22648.
51. Paslakis G, de Zwaan M. Clinical management of females seeking fertility treatment and of pregnant females with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(3):215-223.