

Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları**Pregnancy And Eating Behavior Disorders**Menşure Nur ÇELİK¹, F. Gülhan SAMUR²¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Samsun, Türkiye²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye**ÖZ**

Gebelik; sosyal, psikolojik ve fiziksel değişimleri içeren bir süreçtir. Bu değişim süreci yeme davranış bozukluklarının iyileşmesi ya da olumsuz bir şekilde başlangıç/nüksetmesi için bir dönüm noktası olabilmektedir. Pregoreksiya, gebe kadınlarda görülen enerji alımını azaltıp aşırı egzersiz yaparak kilo artışını kontrol edilmesine dayanan bir yeme davranış bozukluğudur. Yeme bozuklukları ergenlik ve genç erişkinlikte psikiyatrik ve medikal komorbiditeler ile ilişkili olup gebelik üzerine önemli etkileri vardır. Yeme bozukluğunun belirgin belirtileri; kişinin vücudundan memnuniyetsizliği, kilo alma korkusu ve bozulmuş yeme davranışı olup gebelik ve postpartum dahil olmak üzere yaşam döngüsünün farklı zamanlarında kadınları etkileyebilmektedir. Gebelik sırasında çoğu kadın normal yeme alışkanlıklarından rahatsızlık duyabilmektedir. Gebelik döneminde görülebilen pika; besin olarak tanımlanmayan maddelerin tüketilmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Pika davranışının varlığı, perinatal ve yaşamı tehdit eden sonuçların olasılığının arttığı, fetus ve anne için istenmeyen sonuçları içeren yüksek riskli gebeliklerle sonuçlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, yeme bozukluğu, pika**ABSTRACT**

Pregnancy is a time when social, psychological and physical change. This can be a turning point for eating disorder recovery or in a negative way in the beginning/ recurrence. Pregorexia is an eating disorder in pregnant women that is based on controlling weight gain by reducing energy intake and excessively exercising. Eating disorders in adolescence and young adulthood is associated with psychiatric and medical comorbidities and has a significant impact on pregnancy as well. Obvious symptoms of eating disorder include the person's body dissatisfaction, the fear to gain weight and disordered eating behaviors and may affect women at different times during the life cycle, including pregnancy and postpartum. Many women experience discomfort in their normal eating habits during pregnancy. The pica seen during pregnancy is a eating disorder characterized by the consumption of substances not identified as nutrients. The presence of pica behavior may result in a high-risk pregnancy with increased risk of perinatal and life-threatening consequences and undesirable consequences for the fetus and the mother.

Keywords: Pregnancy, eating disorder, pika**GİRİŞ**

Gebelik; yeme davranış bozukluklarının iyileşmesi ya da başlangıç/nüksetmesi için dönüm noktası olabilen sosyal, psikolojik ve fiziksel değişimleri içeren bir süreçtir (1) Pregoreksiya, gebelikteki kilo artışını kontrol altına almak için enerji alımını azaltan ve aşırı egzersiz yapan gebe kadınlar için kullanılan bir tanımlamadır (2,3).

Gebelikte obezite, pregoreksiyadan daha yaygın görülmekle birlikte beslenme uzmanlarının kadının vücut imajına fazla odaklanmış olup olmadığına ve yeme davranış bozukluğu geçmişine dikkat etmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (4). Yeme davranış bozukluklarına, daha çok ergenlik ve doğurganlık çağındaki kadınlarda rastlanılmaktadır (5,6). Gebelik üzerine önemli etkileri olan yeme bozukluklarının anne ve bebek için önemli sonuçları bulunmaktadır (7). Doğurganlık çağındaki kadınlarda ve gebelerde yeme en belirgin bozukluğu

belirtileri; kişinin vücut memnuniyetsizliği, kilo alma korkusu ve bozulmuş yeme davranışlarını içermektedir (8). Hollanda'da yeme bozukluğu öyküsü olan gebe kadınlarda yapılan bir çalışmada; yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların, yeme bozukluğu öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek bir diyet kalitesine sahip oldukları ve yeme bozukluğu öyküsü olan annelerin emzirme sıklıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (9).

Yeme bozukluğu olan kadınlarda en çok görülen obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlar; infertilite, plansız gebelik, düşük yapma, gebelik sırasında yetersiz beslenme, baş çevresi küçük bebek sahibi olma, hamilelik sırasında kadınların iştah, kilo ve vücut şeklinde görülen değişiklikler nedeniyle doğum sonrası depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu ve jinekolojik kanserlere kadar uzanmaktadır. Anoreksiya nervoza (AN) da emzirmenin daha erken bırakılması, bulimia nervoza (BM) da polikistik over sendromu ve aşırı yeme bozukluğu sonucu obezite görülmesi de diğer bazı komplikasyonlardır (10-12).

Yazışma adresi/ Correspondence Address:

Menşure Nur ÇELİK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 55139 Kurupelit/Samsun

E-mail: mensurenur.celik@omu.edu.tr

Tel/Phone: 0362 457 60 20- 6395

Geliş Tarihi : 22/06/2017

Kabul Tarihi : 10/07/2017

Gebelik döneminde beslenme bebeğin hem annenin hem bebeğin genel sağlık durumu ve büyüme-gelişmesi için uzun vadeli sonuçlar doğurabileceğinden bu konuya önem verilmelidir.

1. YEME DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI ve GEBELİK

Yeme bozuklukları; düzensiz beslenme ve bozuk vücut görüntüleri ile karakterize zihinsel rahatsızlıklar olup (5,6) özellikle ergenlik ve doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülmektedir (7,8). Yeme davranış bozuklukları besinler ve vücut ağırlığı ile ilgili bilişsel bozuklukları içeren, dengesiz yeme davranışları ile önemli medikal/nutrisyonel komplikasyonlara neden olan kompleks psikiyatrik bir sendrom olarak değerlendirilmekte ve tedavi yaklaşımları multifaktöriyel olarak değerlendirilmektedir (6).

Yeme bozukluğu DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine göre AN, BN ve özelleşmemiş yeme bozuklukları olarak (EDNOS) tanımlanmıştır (13).

Tablo 1: DSM-V kriterlerine göre yeme davranış bozukluğunun sınıflaması

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine göre Sınıflanması
■ Anoreksiya Nervosa (AN)
■ Bulimia Nervosa (BN)
■ Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)
✓ Binge Eating Disorder (Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu) (BED)
✓ Pika
✓ Ruminasyon
✓ Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) (Sınırlayıcı/kısıtlayıcı besin alımı ile ilgili hastalıklar)
✓ Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED) (Diğer Belirlenmiş Beslenme ya da yeme Bozukluğu)
✓ Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED) (Belirlenmemiş beslenme ya da yeme bozukluğu)

DSM-V kriterlerine göre yeme bozukluğu;

- Belirgin olarak düşük vücut ağırlığına neden olacak şekilde enerji alımının sürekli kısıtlanması,
- Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma ya da sürekli olarak kilo almasına engel olacak bir davranış sergileme,
- Kişinin vücut ağırlığı ve algılamasında bozukluk olması,
- Kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin aşırı derecede etkili olması, ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının ciddiyetinin farkında olamama durumu olarak tanımlanmaktadır (6).

Gebelik, değişen vücut biçimi ve ağırlığı hakkında artmış endişelerin yoğun yaşandığı bir dönem olduğu için yeme bozuklukları hikayesi olanlar için gebelik daha az tolere edilebilmektedir (14). Yeme bozukluğu yaşayan kadınlarda depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıklar daha yaygın görülmektedir. Özellikle gebelikte fetüs sağlığı ve ağırlık kazanımı nedeniyle yeme bozukluğu olan kadınlarda gebeliğe bağlı endişeler daha fazla görülmektedir (10). Gebelikte yeme bozukluğu için başlıca risk faktörleri:

- Yaş <30 yıl,

- Gebelik öncesi teşhis edilmiş yeme bozukluğu olması,
- Cinsel istismar öyküsü ve
- Geçmişte yaşanmış önemli bir olay ya da psikolojik travmalardır (13).

2. GEBELİK ve POSTPARTUM DÖNEMDE YEME BOZUKLUĞUNUN GENEL ETKİLERİ

Yeme bozuklukları, gebelik ve postpartum dahil olmak üzere yaşamın farklı zamanlarında kadınların çok yönlü olarak etkilemektedir. Gebelik ve doğum sonrası uygunsuz beslenme davranışları ve yeme bozukluklarının ortaya çıkması gebelik komplikasyonları, perinatal sonuçlar ve bebek beslenme güçlükleri gibi klinik ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır (10). Bu dönemde yeterli beslenme ve uygun ağırlık kazanımı fetal gelişim için önemlidir (8).

Yeme bozukluklarının perinatal ve maternal etkileri, 2257 yeme bozukluğu olan ve 9028 sağlıklı kadın üzerinde kohort bir çalışmada araştırılmıştır. Yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların (AN ve BN' lı) sağlıklı kadınlara göre daha düşük doğum ağırlığına sahip bebekler dünyaya getirdikleri gözlenmiştir. Sahip olunan yeme bozuklukları türlerine göre de perinatal ve maternal etkilerin farklı olduğu gösterilmiştir. Örneğin; AN' lı kadınlarda daha çok anemi, yavaş fetal büyüme, erken kasılmalar, erken doğum, küçük gebelik yaşı, düşük doğum ağırlığı ve perinatal ölümlere rastlanırken, BED' li annelerde maternal hipertansiyon, doğumun 1. ve 2. evresinin uzaması ve bebeklerin uzamış gestasyonel yaş (sürmatürasyon) ile doğum arasında pozitif ilişkili sonuçlar ve BN' lı annelerde ise erken kasılmalar, yenidoğan canlandırma ve çok düşük appgar skorları daha çok görülmüştür (8).

Gebelikte bozulmuş yeme davranış ve tutumları, gebelik sonuçları ve yenidoğan sağlığını etkileyebileceğinden erken tanı ve müdahaleyi kolaylaştırmak için bu konulara odaklanmak amacıyla perinatal danışmanlık ve obstetrik bakım önemli bir boyut kazanmaktadır (7). Gebelikte yeme bozukluklarının erken tanısı ve perinatal danışmanlık çerçevesinde özellikle beslenme uzmanlarının, kadının vücut imajına fazla odaklanmış olup olmadığına dikkat etmeleri ve bazı noktaları değerlendirerek yeme bozukluğu eğilimini saptamaları gerektiği vurgulanmaktadır. Buna göre uzmanların, kadınların yeme bozuklukları geçmişine, genel sağlık yerine kalori sayımına odaklanma davranışı içinde olma durumuna, yalnız başına yemek yemeği tercih etmesine, öğün atlamak ve ağırlık kazanmaktan korkmak gibi beslenme ile ilgili durumlara daha fazla odaklanması gerekmektedir. Beslenme uzmanları, bu profile uyan kadınları psikolojik sağlık danışmanına ve destek grubuna yönlendirerek, ayrıntılı besin tüketim kayıtlarını ve beslenme alışkanlıklarını belirleyerek ve gebelik süresince düzenli beslenme takiplerinin yapılması gibi yeme bozukluklarının yönetiminde yer alan temel yolları izlemelidir (4).

Gebelikteki çok yönlü değişikliklere bağlı olarak yeme bozukluğu belirtileri düzelebilir veya azalabilir. Gebelik sırasında yaşanan iştah değişikliği, hormonal değişiklikler ve bebeğe zararlı olabilecek davranışları durdurmak için bir motivasyon olmasından kaynaklanarak yeme bozukluğu belirtileri azalabildiği düşünülmektedir (15, 16). Ancak bunun tersine bazı çalışmalarda gebeliğin, yeme bozukluğu semptomlarının kötüleşmesi, gebelik sırasında sabit kalması ya da yeni yeme bozukluğu davranışlarının başlamasında bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, yeme bozukluğu olan kadınlar gebelik sırasında yeme bozukluğu belirtilerini yüksek düzeyde yaşamaya devam edebilmekte veya semptomlarının hafif-orta düzeyde devam ettiği düşünülmektedir (17,18).

Norveç'te 1999-2009 yılları arasında yapılan bir kohort çalışmasında gebelik öncesinden başlayarak ve gebelik süresince (n=100.000 gebe) takip edilen

kadınlarda yeme davranış bozuklukları ve gebelik üzerine etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre gebelik öncesinde BN kriterlerini karşılayan kadınların oranı % 1 iken gebelikte bu oran % 0.1 olarak belirlenmiştir. Gebelik öncesinde BN' lı kadınların % 33'ü gebelikte kısmi olarak iyileşirken, % 37'sinde ise tam iyileşme saptanmıştır. İyileşme gebelik sırasında daha yüksek benlik saygısı, yüksek yaşam doyumu ve daha düşük anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (1).

Yeme bozuklukları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde yeme davranışını etkileyebilecek postpartum depresyon ve anksiyete yaşanabildiği için bu kadınlar yüksek risk altındadırlar (19). Yeme bozuklukları olan gebe kadınlarda depresyon görülme durumunu araştıran bir çalışmada AN' lı kadınların % 39'unda ve BN' lı kadınların % 59'unda depresyon yaşandığı bildirilmiştir (20). Benzer başka bir çalışmada da gebelik sırasında yeme bozukluğu olan ve geçmişte depresyon öyküsü olan kadınlarda depresyon ve anksiyete görülme oranı yüksek bulunmuştur (10).

Brezilya'da yaşayan kadınlarda gebelik ve doğum sonrası yeme bozukluğu davranışları üzerine yapılan prospektif bir çalışmada (21); vücut şekil endişe skorları % 11.5' ten % 4.2' ye, kilo endişeleri de % 10.3' ten % 4.6' ya gerilediği gösterilirken doğum sonrası dönemde ise tam tersi olarak vücut şekil endişeleri skorları % 19' a, kilo endişeleri skorları % 16.9' a yükseldiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada gebelikte ağırlık kazanım kategorileri doğum sonrası EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) alt ölçekleri ile karşılaştırılmış ve sonuçta doğum sonrasında gebelik öncesine göre daha fazla sayıda kadında vücut şekli ve ağırlık ile ilgili endişeler gözlenmiştir. Gebelikteki hormonal durumların yeme bozukluğu semptomları üzerine olumlu bir etkiye sahip olabildikleri ve doğumdan sonra bu durumun olumsuz yönde değiştiği bildirilmiştir. Doğum sonrası dönemde endokrinolojik ve sosyopsikolojik etkiler (anksiyete, yenidoğan bakımının nasıl olacağı endişesi, insanların beklentileri gibi) yeme bozukluğu semptomlarını tetikleyebilmektedir (21).

Gebelikte kadınların iştahı, ağırlık ve vücut şekli önemli oranda değişiklik göstermektedir. Bu nedenle yeme bozukluğu öyküsü olan kadınlarda gebelik sırasında ya da doğum sonrası dönemde eşlik eden psikopatoloji düzeyinin daha yüksek olma ya da tekrarlama riski bulunmaktadır (10).

2.1. Pika Davranışının Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Etkileri

Pika; besin olarak tanımlanmayan maddelerin (toprak, kil, tebeşir, çamur ya da toprak yeme (jeofaji), nişasta (amylophagia), buz/dondurucu maddeler yeme (pagophagia), kömür, kabartma tozu, kül, silgi, sigara izmaritleri, sabun, karbonat, yanmış kibrit başları, saç, kağıt parçaları, tebeşir ve kahve telvesi vb.) yenmesi ile karakterize bir yeme davranış bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (11,22,23). Pika etiyojisi genellikle bilinmemekle birlikte olası açıklamalar; kültürel beklentiler, strese yanıt, açlık, gastrointestinal sıkıntı, mikrobese eke sıklığı (demir, çinko, kalsiyum, vb.), patojenler ve toksinlere maruziyet olarak bildirilmektedir (11,24).

Gebelik sırasında pikanın yaygınlığı; tanı kriterleri, ölçüm farklılıkları, raporlanmamış pika vakaları, bölgesel farklılıklar, kültürel uygulamalar ve örneklenmiş toplumlar (etnik, sosyo-demografik olarak) dahil olmak üzere birden çok faktöre bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (11). Yayınlanmış verilere göre gebelikte pika prevalansı % 0.02 ile % 74 arasında değişmektedir (22, 24). Kaliforniya'da Meksika asıllı 65 göçmen aile arasında yapılan bir çalışmada pika prevalansı gebe kadınlarda % 58.5, gebe olmayan kadınlarda % 23.1 olarak bulunmuştur (23).

Yüksek riskli gebeliklerde pika ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi açıklamak ve gebelik sırasında pika yaygınlığının belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada gebe kadınların % 5.7'sine pika tanısı konulmuş ve en sık görülen tipinin % 57.7 ile jeofaji olduğu bildirilmiştir. Pika ve yeme tutumları arasındaki ilişki, hem pikanın AN riski hem de BN riski ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (24). Pika davranışına neden olan başlıca faktörler; paraziter enfeksiyonlar, elektrolit bozuklukları, gastrointestinal komplikasyonlar, ağız ve diş yaralanmaları, kurşun zehirlenmesi, ve demir eksikliği anemisi olarak sıralanabilir (22). Ayrıca, gıda dışı maddeler için kalıcı veya yoğun istek, koku aşermesi, diğer duyuşsal durumlar ve/veya vitamin/mineral eksikliklerinden de kaynaklanabilmektedir (25).

Pika davranışının gebelik ve postpartum üzerine etkileri; bulantı, karın ağrısı ve kabızlık, besin dışı maddelerin tüketimi ile besin öğeleri alımı yetersizliği, perinatal ve yaşamı tehdit eden sonuçların artması, fetus ve anne için yüksek riskli gebelikler, prematüre doğumlar, düşük doğum ağırlığı, mikrosefali ve perinatal mortalitede artış olarak sıralanabilir (22,24).

Meksikalı gebe ve son iki yılda doğum yapmış kadınlarda pika davranışlarını tanımlamak, pika sonuçlarını ve etiyojisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, gebelik sırasında % 29'unda pika geliştiği ve % 37'sinde ise hiç pika görülmediği gösterilmiştir. Pika gelişiminde bu maddelerin özellikle tat ve kokusunun çekici gelmesinin birincil neden olduğu düşünülmektedir (23).

Yeni doğum yapmış kadınlarda gebelik ve ilgili risk faktörlerinin pika görülme durumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise; pika prevalansı % 8.33 (en yaygın pika türü pagofajidir) bulunmuştur. Pika ile yaş, çalışma durumu, gebelik evreleri, düşük veya ölü doğum öyküsü, bebeğin cinsiyeti, gebelik öncesi demir suplementasyonu arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, gebelik sırasında demir takviyesinin pikaya karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (22).

Brezilya' da yapılan kesitsel bir çalışmanın sonuçlarına göre; gebelik sırasında yeme bozukluğu prevalansı % 7.6, pika için prevalans % 5.7 olarak bildirilmiş; anksiyete ve depresif belirtiler yeme bozukluğu olanlarda anlamlı derecede artmıştır (26). Gebelik süresince optimum beslenmenin hem anne sağlığı hem de fetal gelişim açısından önemi göz önüne alındığında, gebelik sırasında yeme bozukluğunun teşhisi önem taşımaktadır.

2.2. Yeme Davranış Bozukluklarının Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Vücut Ağırlığı Üzerine Etkileri

Yeme bozuklukları olan kadınlar gebelik ve doğum sonrası dönemde çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bunların başında sağlıklı bir fetüsün gelişimi için gerekli gebelik ağırlık kazanımı ve doğum sonrası dönemde fazla ağırlık birikimi gelmektedir (19). Gebe kadınların optimum ağırlık artışı sürdürmesi konusunda bilgilendirilmesi gebelik öncesi beden kütle indeksi (BKİ)' ne dönmesi ve normal yeme alışkanlıkları ile önceki "beden imajı" nı yeniden kazanmasına yardımcı olmaktadır (13).

2.2.1. Gebelik Dönemi

Gebelik ağırlıkta adaptif değişikliklere yol açabilecek olsa da bu değişikliklerin doğum sonrası dönemde korunup korunmadığı tam olarak bilinmemektedir. Norveç'te yapılan bir çalışmada; gebelikten hemen önce ve gebelik sırasında yeme bozukluğu olan kadınlar, gebelik sırasında yeme bozuklukları olmayan kadınlardan önemli ölçüde ortalama daha fazla ağırlık (1.9-2.9 kg) kazandığı gösterilmiştir (19).

Sağlıklı bebekler doğuran annelere kıyasla yenidoğan bakım ünitesinde bakım gerektiren yenidoğanların annelerinin bozulmuş yeme tutumlarını belirlemek ve yaygınlığını araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada; 127 sağlıklı yenidoğan (>2500 g) annesi ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan 199 yenidoğan annesi Yeme Tutum Testi-26 (EAT-26) ve diğer perinatal sağlık sorunları ile ilgili bir anket ile değerlendirilmiştir. Sonuçta; sağlıklı yenidoğanlara kıyasla, yoğun bakımda yatan yenidoğanlara sahip kadınların gebelik sırasında önemli ölçüde daha az ağırlık kazandığı, gebelik sırasında kilo alımından korkan kadınların daha genç ve daha yüksek EAT-26 puanına sahip olduğu ve sezaryen doğum oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (13).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada; AN' lı kadınların yeme bozuklukları olmayan kadınlara kıyasla gebelik sırasında önemli ölçüde daha hızlı kilo aldığı belirtilmiştir (haftada % 0.07 daha yüksek). Buna karşılık, BN' lı kadınlar yeme bozuklukları olmayan kadınlardan önemli ölçüde daha yavaş oranda ağırlık kazandığı (haftada % 0.05 daha az) gösterilmiştir (19).

2.2.2. Doğum Sonrası (Postpartum) Dönem

Postpartum dönemine önemli fiziksel değişiklikler eşlik etmektedir. Artmış vücut yağ ve karın kas kaybı sonucunda vücut şekli ve kompozisyonundaki memnuniyetsizlik şiddetlenebilir veya hızlanabilir. Yeni doğum yapmış anneler çoğu zaman evde yalnız olduklarından bu durum yeme davranışı bozuklukları için gerekli fırsatı sunmuş olmaktadır. Doğumdan sonraki ilk ayda, kadınların % 75' i ağırlık fazlalığı ile meşgul olmakta ve doğum sonrası 4 aya kadar kadınların % 70' i kilo vermeye çalışmaktadır. Bu sürede, kadınların ağırlık ve vücut şekil kaygıları ve özel gıdalara bağlılık ve/veya gıdadan kaçınma gibi gıda kısıtlamalarında artış olmaktadır (19).

Yeme bozukluğu olan ve olmayan kadınlarda gebelik boyunca vücut memnuniyetsizliğindeki gelişmelere rağmen, birçok çalışma doğum sonrası dönemde vücut memnuniyetsizliğinin arttığı dönem olarak tanımlamaktadır. Vücut ağırlığı ve şeklinde memnuniyetsizlik, gebeliğin üçüncü trimesterine kıyasla doğum sonrası ilk 6 aylık dönemde (özellikle doğum sonrası 4 haftada gebelik öncesi kilosundan daha fazla olan kadınlarda) daha yüksek olduğu bildirilmektedir (19, 27).

Norveçli anne çocuk kohort çalışması örneğinde yeme bozuklukları olan ve olmayan annelerde gebelik öncesi, gebeliğin 17 ve 29. haftaları, doğum ve doğum sonrası 6, 18, ve 36 ay yeme bozuklukları olan ve olmayan annelerin ağırlık değişimi karşılaştırıldığında; AN, BN, BED ve EDNOS olan annelerin gebelik sırasında BKİ daha fazla artış göstermiş ve doğum sonrası ilk 6 ayda çok fazla düşüş gözlenmiştir. Gebelikte, AN' lı kadınlar için ağırlık artışı Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine/IOM) ile uyumlu (BKİ 18.5'den daha az olan kadınlar için 12.7 ila 18 kg kilo artışı önerilmektedir) bulunmuştur (19).

2.3. Yeme Davranış Bozukluklarının Doğumsal ve Jinekolojik Sorunlar Üzerine Etkileri

Yeme bozukluğundan etkilenen kadınların sayısı göz önüne alındığında obstetrik ve jinekolojik problemleri anlamak sağlık profesyonelleri için daha da önem kazanmaktadır. Kadın üreme sistemi ile iştah ve yemeyi düzenleyen sistemler yakından ilişkili olduğu için bu sistemlerin nasıl bir uyum içinde çalıştığını bilmek etkili bir yeme bozukluğu tedavisine olanak sağlamaktadır. Yeme bozukluğu olan bir kadın düzensiz regl olabilir, gebeliğin olası olmadığı/

imkansız olduğu inancı ile doğum kontrolü konusunda daha az tedbirli olabilir. Bu nedenle yeme bozukluğu ile mücadele eden bir kadının gebe kalması hem intrauterin ve hem de postpartum dönemde çocuğunun gelişimini olumsuz etkileyecek gebelik komplikasyonları için risk olarak bildirilmektedir (28).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikte bozulmuş yeme tutumları gebelik sonuçlarını ve yenidoğan sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, erken tanı ve müdahaleyi kolaylaştırmak amacıyla bu konulara odaklanmada perinatal danışmanlık ve obstetrik bakım hayati önem taşımaktadır. Gebelik sırasında ve öncesinde yeme bozuklukları; düşükler, fetal büyüme problemleri, perinatal mortalite, düşük ya da yüksek doğum ağırlığı, erken doğum ve doğum kusurları gibi gebelik komplikasyonları ve olumsuz doğum sonuçları riskini artırmaktadır. Gebelik sırasında yeme bozukluğu ve özellikle önerilen ağırlığın üzerinde ağırlık artışı olan kadınlar üzerine odaklanmak gerekmektedir. Yeni doğum yapmış kadınlar çoğu zaman evde yalnız olduklarından bu durum yeme davranışı bozukluğuna yeterli fırsat sunmaktadır. Bu kadınlar, doğum sonrası yeme davranışını etkileyebilen doğum sonrası depresyonu ve anksiyetesi yaşandığı için yüksek risk altındadırlar.

Yeterli ve dengeli beslenme hayatın her döneminde olduğu gibi sağlıklı bir gebelik için en önemli faktörlerden birisidir. Prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelik süresince ve postpartum dönemde enerji ve besin öğelerinin yeterli düzeylerde alımı ile anne ve bebek sağlığı arasındaki kanıtlanmış ilişkiye dayanarak, yeme davranış bozukluklarının gebelikte ve sonrasında ortaya çıkarılabileceği komplikasyonlarının önlenmesinde ve tedavisinde beslenme ile ilgili gerekli uygulamalar araştırılmalı ve dikkatle değerlendirilmelidir.

Gebelik öncesi ve/veya gebelik döneminde yeme davranış bozukluğu gelişen kadınlarda yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak erken doğum (prematüre), intrauterin büyüme geriliği (IUBG), düşük doğum ağırlıklı bebek ve neonatal ölüm riski artırmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu oluşabilecek bu sorunlar, özellikle 18 yaş altı adolesan gebelerde ve genç yetişkin kadınlarda, daha fazla görülmektedir. Gebelikte, maternal metabolizma üzerine fetal metabolizmanın eklenmesiyle birlikte artan gereksinimlerin karşılanabilmesi için yeterli ve dengeli beslenme büyük önem kazanmaktadır.

Gebelikte ve gebelik öncesindeki vücut ağırlığı doğum öncesi sonuçları etkileyen en önemli etkin faktördür. Anne ve bebek sağlığı açısından en iyi sonuçların elde edilebilmesi için annenin hem gebeliğe normal vücut ağırlığıyla başlaması hem de gebelik süresince önerilen altında veya üzerinde vücut ağırlığındaki artışın önlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda DSM-V kriterlerine göre yapılan değerlendirme ile yeme davranış bozukluğu şüphesi olan gebeler, kadın doğum uzmanları tarafından diyetisyene yönlendirilmelidir. Yeme davranış bozukluğu şüphesi olmasa bile; gebelik ve postpartum süresince sosyal, psikolojik ve fiziksel değişiklikler yaşanması sebebiyle bu dönemlerde multidisipliner çalışma oldukça önemlidir. Yeme davranış bozukluğu hikayesi olan ve/veya gelişen kadınların ağırlık kazanımları yakından izlenmeli ve erken beslenme müdahaleleri, maternal vitamin-mineral suplementasyonları yapılmalıdır. Yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalarda gebelik dönemlerine ilişkin besin tüketimlerinin çok ayrıntılı alınmaması, erken/geç dönem yeme bozukluğu riskinin ortaya çıkışında pre/perikonsepsiyonel besin öğelerinin suplementasyonları ve ilişkili kofaktörlerin etkisinin tam olarak aydınlatılmaması gebelik ve postpartum dönemde yeme bozukluklarının etkilerini gösteren daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Watson HJ, Holle AV, Knoph C, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, et al. Psychosocial Factors Associated with Bulimia Nervosa during Pregnancy: An Internal Validation Study. *Int J Eat Disord* 2014; 48: 654–662.
2. CBS News. "Pregorexia" inspired by thin celebs. CBS News Web site. Erişim tarihi: 14.06.2017. <http://www.cbsnews.com/stories/2008/08/11/earlyshow/health/main4337521.shtml>.
3. Abraham L. The perfect little bump. New York Magazine Web site. Erişim tarihi: 14.06.2017. <http://nymag.com/nymetro/health/features/9909/>.
4. Mathieu J. What is pregorexia?. *Journal of the American Dietetic Association* 2009; 109(6): 976-79.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) . Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.2013.
7. Lowes H, Kopeika J, Micali N, Ash A. Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2012; 14: 179–187.
8. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, Obstetric, And Perinatal Health Outcomes In Eating Disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 392.e1-8.
9. Nguyen AN, de Barse LM, Tiemeier H, Jaddoe VW, Franco OH, Jansen PW, et al. Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite*. 2017; 109:108-14.
10. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U. Antenatal and Postnatal Psychopathology Among Women with Current and Past Eating Disorders: Longitudinal Patterns. *Eur. Eat. Disorders Rev* 2015; 19–27.
11. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2015.
12. Kolko RP, Emery RL, Marcus MD, Levine MD. Loss of control over eating before and during early pregnancy among community women with overweight and obesity. *International Journal of Eating Disorders* 2016.
13. Czech-Szczapa B, Szczapa T, Merritt TA, Wysocki J, Gadzinowski J, Ptaszysk T, Drews K. Disordered eating attitudes during pregnancy in mothers of newborns requiring Neonatal Intensive Care Unit admission: a case control study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015; 28(14): 1711–1715.
14. Erginbas Kender E, Yüksel G, Ger C, Özer U. Eating attitudes, depression and anxiety levels of patients with hyperemesis gravidarum hospitalized in an obstetrics and gynecology clinic. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015; 28: 119-126.
15. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. 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* 2007;37(8):1109–1118.
16. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 2007;63(3):297–303.
17. Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2013;92(12):1407–1413.
18. Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics* 2003;44(1):76–78.
19. Watson HJ, Holle AV, Knoph C, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, et al. Psychosocial Factors Associated with Bulimia Nervosa during Pregnancy: An Internal Validation Study. *Int J Eat Disord* 2014; 48: 654–662.
20. Zerwas SC, Holle AV, Perrin EM, Skinner AC, Reba-Harrelson L, Hamer RM at al. Gestational and Postpartum Weight Change Patterns in Mothers with Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev* 2014; 397–404.
21. Mazzeo, S. E., Slof-Op't Landt, M. C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders* 2006; 39(3):202–211.
22. Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. Eating Disorders Symptoms in Pregnancy and Postpartum: A Prospective Study in a Disadvantaged Population in Brazil. *International Journal of Eating Disorders* 2014; 47: 426-430.
23. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A Meta-Analysis Of The Worldwide Prevalence Of Pica During Pregnancy And The Postpartum Period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 133: 277–283.
24. Ezzeddin N, Zavoshy R, Noroozi M, Jahanihashemi H, Riseh SH. Prevalence and risk factors for pica during pregnancy in Tehran, Iran. *Eat Weight Disord* 2015; 20: 457–463.
25. Lin JW, Temple L, Trujillo C, Mejia-Rodriguez F, Rosas LG, Fernald L, Young SL. Pica During Pregnancy Among Mexican-Born Women: A Formative Study. *Maternal And Child Nutrition* 2015; 11: 550–558.
26. Santos AM, Benute GRG, Nomura RMY, Santos NO, Lucia MCS, Francisco RPV. Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. *Matern Child Health J* 2016; 20: 577–582.
27. dos Santos, AM, Benute GRG, dos Santos NO, Nomura RMY, de Lucia MCS, Francisco RPV. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery* 2017;51,;12-15.
28. Knoph C, Von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord*. 2013;46(4):355-68.
29. Coker E, Abraham S. Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eat Weight Disord* 2015; 20: 71–79.