



T.C.

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBE OLAN VE OLMAYAN YETİŞKİN KADINLARDA
ORTOREKSİYA NERVOZA, YEME TUTUMU VE ANKSİYETE
DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

İLAYDA SENA BALKI

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi PINAR GÖBEL

ANKARA – 2021



T.C.

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBE OLAN VE OLMAYAN YETİŞKİN KADINLARDA
ORTOREKSİYA NERVOZA, YEME TUTUMU VE ANKSİYETE
DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

İLAYDA SENA BALKI

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi PINAR GÖBEL

ANKARA - 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik
Öğrenci : İlayda Sena BALKI
Tez Başlığı : Gebe Olan ve Olmayan Yetişkin Kadınlarda Ortoreksiya
Nervoza, Yeme Tutumu ve Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması
Sınav Yeri : Ankara Medipol Üniversitesi Anafartalar Kampüsü
Sınav Tarihi : 30.11.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÖBEL

Kurumu

Ankara Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

Ankara Medipol Üniversitesi

Doç. Dr. Sinem BAYRAM

Başkent Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile
şekil

yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

İlayda Sena BALKI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansımın ve tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve tamamlanması aşamalarında fikirleri, bilimsel katkıları, hoşgörüsü ile bana yol gösteren tez danışman hocam Dr.Öğretim Üyesi Pınar GÖBEL'e,

Özel Adana Metro Hastanesi'nde gebe bireylere ulaşmama destek olan Op.Dr.Erkan ÖZER ve zaman ayırarak çalışmama yardımcı olan başta yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire arkadaşlarım olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tez sürecimde hem motivasyon kaynağım hem manevi destek ekibim olan arkadaşlarım Merve YİĞİT, Fadime Seda APAYDIN ve akademik sorularımın biricik yanıtlayıcısı olup, aynı zamanda yüksek lisans yolcuğuna adım atmama vesile olan canım meslektaşım Uzm.Dyt.Mihriban ALEMDAR'a,

Eğitim hayatım boyunca her zaman bana destek olan, sevgi ve emeklerini bir an olsun esirgemeyen sevgili annem İlknur BALKI, sevgili babam Kenan BALKI, canım kardeşlerim Ali Ata BALKI ve Aybüke Nisa BALKI'ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ONAY FORMU	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Gebelik Dönemi	5
4.1.1. Gebelik döneminde vücut ağırlığı kazanımı	5
4.1.2. Gebelik döneminde görülen yakınmalar	6
4.1.3. Gebelik döneminde kullanılan besin takviyeleri	7
4.1.4. Gebelik döneminde yeme tutum ve davranış bozuklukları	8
4.1.5. Gebelik döneminde anksiyete bozuklukları	9
4.2.Yeme Tutum ve Davranış Bozuklukları	10
4.2.1.Anoreksiya nervoza	11
4.2.2.Bulimiya nervoza	12
4.2.3.Tıkınırcasına yeme bozukluğu	13
4.2.4.Ortoreksiya nervoza	14
4.2.4.1.Ortoreksiya nervoza epidemiyolojisi	15
4.2.4.2.Ortoreksiya nervoza tanı kriterleri	15
4.2.4.3.Ortoreksiya nervoza belirtileri	16
4.2.4.4.Ortoreksiya nervoza tedavisi	16
4.2.5.Kaçıngan/Kısıtlayıcı besin alım bozukluğu	17
4.2.6.Pika	18
4.2.7.Ruminasyon sendromu	19
4.3.Anksiyete Bozuklukları	20

4.3.1. Anksiyete bozuklukları epidemiyolojisi	20
4.3.2. Anksiyete bozuklukları tanı kriterleri	21
4.3.3. Anksiyete bozuklukları belirtileri	21
5. GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1. Evren ve Örneklem	22
5.2. Veri Toplama Yöntemi	23
5.2.1. Anket formu	23
5.2.2. Ölçekler	24
5.2.2.1. ORTO-15 Ölçeği	24
5.2.2.2. Yeme Tutum Testi-26	24
5.2.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	25
5.3. Antropometrik Ölçümler	26
5.4. Verilerin Analizi	27
6. BULGULAR	28
6.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	28
6.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgiler	29
6.3. Bireylerin Gebeliğe İlişkin Bilgileri	30
6.4. Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bilgileri	33
6.5. Bireylerin Uyku, Ağırlık Takibi ve Egzersiz Alışkanlıkları	34
6.6. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Değerleri	35
6.7. Bireylerin Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26), ORTO-15 ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular	38
6.7.1. Bireylerin genel özellikleri ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular	38
6.7.2. Bireylerin sağlık durumları ve beslenme alışkanlıkları ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular.....	45
6.7.3. Bireylerin tartılma sıklıkları ve egzersiz durumları ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular	52
6.7.4. Bireylerin gebelik dönemi verileri ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular	57
6.7.5. Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre ölçek puanlarına ilişkin bulgular	61

6.7.6. Bireylerin YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiye dair bulgular	65
7.TARTIŞMA	69
7.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgilerin Değerlendirilmesi	69
7.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi	71
7.3. Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi ...	73
7.4. Bireylerin Uyku Süresi, Tartılma Sıklığı ve Egzersiz Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi	74
7.5. Bireylerin Gebelik Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi	75
7.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	80
7.7.Bireylerin YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ Puanlarının Değerlendirilmesi	81
7.7.1. Bireylerin genel özellikleri ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarının değerlendirilmesi	83
7.7.2. Bireylerin sağlık durumları, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, uyku durumları ve tartılma sıklığı ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi	84
7.7.3. Bireylerin gebelik bilgilerine göre YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarının değerlendirilmesi	87
7.7.4. Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarının değerlendirilmesi	89
7.8. Bireylerin YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	91
8.SONUÇ	93
9.KAYNAKLAR	104
10.EKLER	128
11.ETİK KURUL ONAYI	135
12.ÖZGEÇMİŞ	138

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

%	Yüzde
ACSM	American College of Sport Medicine (Amerikan Spor Hekimliği Koleji)
AN:	Anoreksiya Nervoza
ARFID:	Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (Kaçınan Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu)
BAÖ:	Beck Anksiyete Ölçeği
BKİ:	Beden Kütle İndeksi
BN:	Bulimiya Nervoza
DSM-V:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
IOM	Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
IVF:	In Vitro Fertilizasyon
kg	Kilogram
KKYB:	Kaçınan Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
m	Metre
NSF	National Sleep Foundation (Ulusal Uyku Vakfı)
n	Sayı
ON:	Ortoreksiya Nervoza
ROMA-IV:	Roma Vakfı Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar: Bağırsak-Beyin Etkileşimi Bozuklukları
RS:	Ruminasyon Sendromu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TBSA:	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TYB:	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YB:	Yeme Bozukluğu
YTT-26:	Yeme Tutum Testi-26

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 4.1. IOM'a Göre Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlık Kazanım Önerileri	6
Tablo 5.1. Dünya Sağlık Örgütü Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması	26
Tablo 5.2. IOM'a Göre Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlık Kazanım Önerileri	27
Tablo 6.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Gebelik Durumlarına Göre Dağılımı ...	28
Tablo 6.2. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre Sağlık Bilgilerinin Dağılımı	29
Tablo 6.3. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 6.4. Bireylerin Gebelik Bilgilerinin Dağılımı	31
Tablo 6.5. Gebelikte İlaç ve Besin Takviyesi Kullanımı Dağılımı.....	32
Tablo 6.6. Gebelikte Yaşanan Yakınmaların Dağılımı	33
Tablo 6.7. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre Beslenme Alışkanlıkları Dağılımı	34
Tablo 6.8. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre Uyku, Ağırlık Takibi ve Egzersiz Alışkanlıkları Dağılımı	35
Tablo 6.9. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Aritmetik Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	36
Tablo 6.10. Gebelerin Vücut Ağırlığı Değişimi ve Gebelik Haftası Değerlerinin Aritmetik Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	36
Tablo 6.11. Bireylerin Beden Kütle İndeksi (BKİ) Sınıflamasına Göre Dağılımı	37
Tablo 6.12. Gebelerin IOM Kriterlerine Göre Ağırlık Kazanım Durumları	38
Tablo 6.13. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre YTT-26, ORTO-15 Testi ve BAÖ Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	40
Tablo 6.14. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ Puan Sonuçlarının Gruplaması	41
Tablo 6.15. Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	43
Tablo 6.16. Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$),	

Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	44
Tablo 6.17. Bireylerin Hastalık Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	46
Tablo 6.18. Bireylerin Sigara Kullanımlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	48
Tablo 6.19. Bireylerin Öğün Atlama Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	49
Tablo 6.20. Bireylerin Ara Öğün Sayılarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	51
Tablo 6.21. Bireylerin Tartılma Sıklıklarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	53
Tablo 6.22. Bireylerin Tartılma Sıklık Durumlarına Göre Yeme Tutum Testi (YTT-26) Gruplarının Dağılımları	54
Tablo 6.23. Bireylerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	56
Tablo 6.24. Bireylerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Yeme Tutum Testi (YTT-26) Gruplarının Dağılımları	57
Tablo 6.25. Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri	58
Tablo 6.26. Bireylerin Önceden Düşük/Kürtaj Yapma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	58
Tablo 6.27. Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri	59
Tablo 6.28. Gebelerin Gebelikte Yakınma Sayılarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	60
Tablo 6.29. Gebelerin Gebelikte İlaç Kullanımlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri	60
Tablo 6.30. Gebelerin Bazı Gebelik Parametrelerine Göre YTT-26 Toplam ve Alt, ORTO-15 ve BAÖ Puanı Korelasyon Analizi	62
Tablo 6.31. Bireylerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Yeme Tutum Testi Gruplarının Dağılımı	63
Tablo 6.32. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre ORTO-15 Testi Gruplarının	

Dağılımı	64
Tablo 6.33. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre Beck Anksiyete Testi Gruplarının Dağılımı	64
Tablo 6.34. Bazı Parametreler İle Ölçek Toplam ve Alt Puanları Arasında Korelasyon Analizi	66
Tablo 6.35. Bireylerin YTT-26 Ölçeği Alt Boyutları İle ORTO-15 ve Beck Anksiyete Puanları Arasında Korelasyon Analizi	68



1.ÖZET

GEBE OLAN VE OLMAYAN YETİŞKİN KADINLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA, YEME TUTUMU VE ANKSİYETE DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışma gebe olan ve olmayan kadınların, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme bozuklukları ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Bu araştırmaya, yaşları 20-45 arasında değişen 131 gebe kadın ve 162 gebe olmayan kadın olmak üzere toplam 293 yetişkin gönüllü birey katılmıştır. Bireylere dair genel bilgiler, gebelik bilgileri, beslenme ve egzersiz durumuna dair bilgiler anket formu aracılığı ile edinilmiştir. Ayrıca ORTO-15, Yeme Tutum Testi (YTT-26) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %44.7'si gebe kadınlardan ve %55.3'ü gebe olmayan kadınlardan oluşmaktadır. Gebelerin yaş ortalaması 29.23 ± 5.52 yıl iken gebe olmayan kadınların yaş ortalaması 27.54 ± 5.77 yıldır. Bulimik davranış alt boyutu ve YTT-26 toplam puanı gebe olmayan kadınlarda daha yüksek iken, BAÖ toplam puanı gebelerde daha yüksektir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). ORTO-15 toplam puanı yönünden ise iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Gebe kadınların %64.1'i ve gebe olmayan kadınların %57.4'ünde yeme tutumunda bozukluk yoktur. Gebe kadınların %76.3'ü ve gebe olmayan kadınlardan %82.1'i ortorektik gruptadır. Gebe olmayan kadınların Beck Anksiyete grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmezken, gebeler arasında Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Çalışmanın sonuçlarına göre yeme bozukluğu eğilimi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Gebe olmayan kadınların yeme tutum bozukluğu ve gebe kadınların anksiyete düzeyleri daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, gebelik, ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme bozukluğu

2. ABSTRACT

THE COMPARISON OF ORTHOREXIA NERVOSA, EATING ATTITUDES AND ANXIETY SITUATIONS OF PREGNANT AND NON-PREGNANT WOMEN

This study was planned and conducted to compare the healthy eating obsession, eating disorders and anxiety status of pregnant and non-pregnant women. A total of 293 adult volunteers, 131 pregnant women and 162 non-pregnant women, aged between 20-45 participated in this study. General information, pregnancy information, nutrition and exercise status about individuals were obtained through a questionnaire. In addition, ORTO-15, Eating Attitude Test (EAT-26) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were applied. Of the individuals participating in the study, 44.7% were pregnant and 55.3% were non-pregnant women. While the mean age of pregnant women is 29.23 ± 5.52 years and the mean age of non-pregnant women is 27.54 ± 5.77 years. While the bulimic behavior subscale and EAT-26 total score were higher in non-pregnant women, the BAI total score was higher in pregnant women, and the difference between the two groups was statistically significant ($p < 0.05$). There was no significant difference between the two groups in terms of ORTO-15 total score ($p > 0.05$). In 64.1% of pregnant women and 57.4% of non-pregnant women, there is no disorder in eating attitude. In 76.3% of pregnant women and 82.1% of non-pregnant women are in the orthorexic group. While there is no statistically significant difference between Beck Anxiety groups of non-pregnant women, there is a significant difference between Beck Anxiety Inventory scores among pregnant women ($p < 0.05$). According to the results of the study, as the tendency to eating disorders increases, the level of anxiety also increases. Eating attitude disorder in non-pregnant women and anxiety levels of pregnant women are higher.

Keywords: Anxiety, eating disorder, healthy eating obsession, orthorexia nervosa, pregnancy

3.GİRİŞ

Yeme tutum ve davranış bozuklukları, bireylerin duygusal, psikososyal ve fiziksel iyi hâlini önemli düzeyde etkileyen, yeme davranışında bozukluklar ile karakterize zihinsel sağlık sorunlarıdır [1]. Yeme tutum ve davranış bozuklukları anemi, konstipasyon, vitamin ve mineral eksiklikleri, osteopeni, bradikardi, saç dökülmesi, cilt problemleri, böbrek yetmezliği gibi birçok sağlık problemine yol açabilmektedir [2-3]. Yeme bozuklukları, beden sağlığını olumsuz etkileyerek mortalite riskinde artışa neden olabilir [4]. Yeme bozuklukları en çok üreme çağındaki kadınlarda görülmektedir [5]. Gebelik, yoğun psikolojik ve biyolojik dönüşümlerin gerçekleştiği, yeme davranışını etkileyen bir durumdur. Gebelik döneminde aşırı yeme, belirli yiyecek ve içeceklerin şiddetle reddi ve bedendeki farklılaşmalar sağlıklı gebelerde yeme bozukluğu görülmesini tetikleyebilir [6]. Gebelik dönemindeki kadınların %7.5'inde yeme bozukluğu görülmektedir [7]. Yeme bozuklukları psikososyal komorbiditeler, düşük yaşam kalitesi ve prematüre ölümler ile ilişkilidir. Gebelik döneminde yeme bozuklukları, yüksek düşük riski ve bebeğin düşük doğum ağırlıklı olmasına neden olmaktadır [8]. Araştırmalara göre, vücut ağırlığındaki dalgalanmalar ve yeme bozuklukları, gebelik sürecinde olumsuz etkilere yol açmaktadır [9].

Sağlıklı beslenme takıntısı olarak da bilinen Ortoreksiya Nervoza (ON), henüz ayrı bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmemiştir [10]. Ortoreksiya Nervoza çoğunlukla bir hastalığı önlemek veya tedavi etmek veya ağırlık kaybı sağlamak amacıyla başlayıp, zamanla sağlıklı olmayan bir takıntıya dönüşmektedir [11]. Ortoreksiya Nervozaya rastlanma sıklığı artsa da henüz kesinleşmiş tanı kriterleri bulunmamaktadır [12]. Yiyecek seçimi konusunda patolojik düzeyde meşgul olma, diyet kurallarına uyulmadığında kendini cezalandırma, önemli psikososyal ve fizyolojik bozukluklar, tanı koymada değerlendirilen temel kriterlerdir [13]. Gebelerde ON konusunda yeterli araştırma bulunmamaktadır. Yapılan güncel bir çalışmada gebelerde ON görülme sıklığı %21.4 olarak saptanmıştır [14].

Yeme bozukluğu olan bireylerin %70'inden fazlası, komorbid bir psikiyatrik hastalığa da sahiptir [15]. Anksiyete bozuklukları en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasındadır [16]. Anksiyete bozuklukları biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerle ilişkilidir [17]. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılı verilerine göre dünya genelinde anksiyete görülme sıklığı %3.6'dır [18]. Gebelik süreci, ruhsal hastalıkların tetiklenebileceği stresli bir dönemdir [19]. Gebe kadınların yaklaşık %21.7'sinde anksiyete görülmektedir [20]. Fibromiyalji, epilepsi gibi nörolojik bozukluklar, kardiyak olmayan göğüs ağrısı, diyabet, gastroözofajial reflü ve irritabl barsak sendromu gibi gastrointestinal hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve astım gibi respiratuar hastalıklar anksiyete ile ilişkilidir [21]. Ayrıca anksiyete bozukluğu, yeme tutum ve davranış bozukluğu olan bireylerde komorbid bir hastalık olarak yer almaktadır [22].

Bu çalışma gebe olan ve olmayan kadınların, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme tutum ve davranış bozuklukları ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Gebelik Dönemi

Gebelik, kadınlarda fizyolojik ve hormonal değişikliklerin gözlemlendiği bir dönemdir [23]. Gebelik 40 hafta süren ve üç aylık dönemlerle izlenen bir süreçtir. Üç aylık bu süreçler trimester olarak adlandırılır. İlk üç aylık dönem ilk trimester, 4-6.aylar ikinci trimester ve 7-9.aylar üçüncü trimester dönemleridir [24]. Gebelik döneminde anne ve bebek sağlığı annenin yaşı, gebelik sayısı, hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, fiziksel aktivite sıklığı, beslenme durumu gibi birçok faktöre bağlıdır [25].

4.1.1 Gebelik döneminde vücut ağırlığı kazanımı

Anne ve bebeğin sağlığı için gebeliğe uygun ağırlıkta başlanması ve gebelik süresince de yeterli ağırlık artışı sağlanması gereklidir. Gebelik döneminde haftada 1 kilogramdan fazla ağırlık kazanımı aşırı, ayda 1 kilogramdan az ağırlık artışı ise yetersiz beslenmeyi gösterir [26]. Fazla kilolu/obez olmak ve gebelik döneminde olması gerekenden fazla ağırlık artışı kısa ve uzun dönemde komplikasyonlara yol açabilir [27]. Bu kişilerde gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi görülme riski daha fazladır [28].

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) gebelik başlangıcındaki beden kütle indeksine (BKİ) göre gebelik boyunca görülmesi gereken ağırlık artışını belirlemiştir. BKİ sınıflaması Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre yapılmıştır [29]. Güncel IOM rehberine göre gebelik döneminde uygun ağırlık kazanımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. IOM'a Göre Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlık Kazanım Önerileri

Gebelik Öncesi BKİ Sınıflandırması (kg/m²)	Gebelik Süresince Toplam Ağırlık Kazanımı (kg)	2. ve 3. Trimesterda Ağırlık Kazanımı (kg/hafta)
Zayıf (<18.5)	12.5-18	0.51 kg
Normal (18.5-24.9)	11.5-16	0.42 kg
Fazla Kilolu (25-29.9)	7-11.5	0.28 kg
Obez (≥30)	5-9	0.22 kg

4.1.2. Gebelik döneminde görülen yakınmalar

Gebelik döneminde bulantı, bel ağrısı, konstipasyon, ödem gibi birçok sorun yaşanabilir. Bu dönemde en sık görülen gastrointestinal sorunlar bulantı ve ardından konstipasyondur [30]. Bulantı ve kusma, gebelerin %50-80'inde görülmektedir [31]. Kusma iştah, hidrasyon ve besin ögesi alımını ters yönde etkiler. Bulimiya Nervoza'nın arındırıcı tipi ile gebeliğe bağlı bulantının, ortak nörobiyolojik ve psikolojik substratlara bağlı olarak ilişkili olabileceği gösterilmiştir [32]. Bulantı ve kusma sıklıkla gebeliğin 6-9.haftalarında başlar ve 12.haftada pik yapar, gebelerin %50'sinde 14.haftadan sonra hafifler [33]. Konstipasyon, azalan su içeriği nedeniyle dışkının tipik olarak sert olmasıyla birlikte bağırsak hareketinde zorlanma ve dışkılama sıklığındaki azalmadır [34]. Konstipasyon gebeliğin iki ve üçüncü trimesterında daha sık görülür [35].

Gebelerin neredeyse yarısında bel ağrısı ve pelvik ağrı görülmektedir ve ağrıları önlemek için egzersiz önerilmektedir [36]. Birçok fizyolojik faktör gebelik döneminde bel ağrısı oluşmasını tetikleyebilir. Bir araştırmaya göre gebelerin yaklaşık %50'sinde bel ağrısı görülmektedir [37]. Mide ekşimesi/yanması, boğaz da dahil olmak üzere üst sindirim yolunda oluşan yanma hissidir ve gebeliğin herhangi bir döneminde görülebilir. Mide ekşimesi gebe kadınların üçte ikisinde görülür ve yemekten sonra uzanma davranışıyla beraber kötüleşir [38]. Gebelikte mide yanması/ekşimesi çoğunlukla ilk veya ikinci trimesterda meydana gelir [39].

Varis, kan damarı duvarında zayıflama ile dolaşım sorunlarına ve ödeme yol açar. Gebelik döneminde varis riski artar [40]. Gebelik döneminde vücut suyu 6-8 litre artar ve bunun 2-3 litresi dokular arasındadır. Gebelik dönemindeki 10 kadından 8'inde klinik ödem görülür [41-42]. Bacak krampları, bacak kaslarının ani, yoğun ve istemsiz kasılmaları ile görülür. Gebeliğin özellikle son trimesterında sık yaşanır. Bacak krampları çoğunlukla gece vakti görülür ve uyku ile günlük aktiviteleri etkiler [43].

4.1.3. Gebelik döneminde kullanılan besin takviyeleri

Gebelik döneminde yeterli enerji ve besin öğelerini içeren sağlıklı bir beslenme düzeni gereklidir ancak çoğu gebe için günlük diyet alımlarıyla ihtiyacı karşılamak mümkün olmamaktadır [44]. Besin takviyesi kullanımı, mikro besin ögesi durumunun iyileşmesi ve günlük alınması gereken miktarlara ulaşmakta etkilidir. Dünya genelinde, gebelikten en az 4 hafta önce folik asit takviyesi alınması önerilmektedir [45]. Gebelik döneminde besin takviyesi kullanımı oldukça yaygındır. Nöral tüp defektini önlemesiyle gebelik döneminde alınan en önemli takviyelerden biri folik asittir [46]. En yaygın önerilen folik asit miktarı günlük 400 mikrogramdır [44].

Demir bir mikro besin ögesidir ve vücuttaki birincil görevi, eritropoezi desteklemektir. Gebelik döneminde demir ihtiyacı artmaktadır ve demir eksikliği anne ve bebek üzerinde negatif etkilere yol açmaktadır [47]. Demir takviyesine çoğunlukla gebeliğin 20.haftasından önce başlanıp, doğuma kadar devam edilir. En yaygın günlük demir önerisi 60 miligramdır ve öneriler 30-240 mg arasında değişmektedir [44]. Kemik mineralizasyonunda görev alan kalsiyum, anne ve bebek için önem taşıyan bir mineraldir [46]. Kalsiyum yetersizliği, gebelikte preeklampsi ve düşük riskini arttıran bir faktördür ve bu riski önlemek için diyetle kalsiyum alımı düşük olan bölgelerde, günde 1.5-2 gram elemental kalsiyum takviyesi önerilmektedir [48-49]. 19-50 yaş aralığındaki kadınlar için günlük kalsiyum alım önerisi 1000 miligramdır ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadınlar, önerilen miktarın %60-80'ini almaktadır [50].

İyot, tiroid hormonlarının üretimi ile fetal büyüme ve gelişme için elzem bir mineraldir [46, 51]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebelik döneminde günde 250 µg iyot alınması gerektiğini bildirmiştir [52]. D vitamini kemik gelişimi ve immün sistemin güçlenmesi için önemlidir ve eksikliğinde preeklamps, düşük doğum ağırlığı, neonatal hipokalsemi görülebilir [53–55]. Gebe kadınlar, en önemli D vitamini kaynağı olan güneş ışığından yararlanmalıdır. D vitamini yetersizliği olan gebelere günlük 200 IU (5 µg) D vitamini takviyesi önerilmektedir [56]. Günlük D vitamini takviyesi alan gebelerin kan 25(OH)D seviyeleri daha yüksek bulunmuştur [57].

B₁₂ vitamini hücre bölünmesinde önemli bir rol oynar ve gebelikte hayati öneme sahiptir [58]. B₁₂ eksikliği doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülür ve gebelikle beraber günlük alınması gereken B₁₂ vitamini miktarı da artar [59]. B₁₂ vitamini eksikliğinde düşük doğum ağırlıklı bebek (<2.500 g) ve prematüre doğum (<37 gestasyon haftası) yapma riski yüksektir [60]. Magnezyum, 300'den fazla enzim için önemli rol oynayan ve vücutta en fazla bulunan beş mineralden biridir [61]. DSÖ rehberine göre, gebelik döneminde bacaklarında kramp yaşayan gebelere magnezyum ve kalsiyum takviyesi önerilir [44]. Gebe kadınlara haftada iki kez yağlı balık tüketmeleri önerilmektedir ancak batı diyetleri ile yeterli omega-3 alınamamaktadır. Omega-3 takviyesi, erken doğumu önlemede etkilidir [62]. Omega-3 yağ asitleri fetal büyüme ve gelişmede kritik rol oynar. Yapılan bir araştırmada, gebelerin %9.0'ı omega-3 takviyesi almaktadır [63].

4.1.4 Gebelik döneminde yeme tutum ve davranış bozuklukları

Gebelik döneminde maternal beslenme, optimum fetal sağlık için çok önemli bir konudur. Gebelikte yeme bozuklukları, fetal gelişim ve bebeğin erken dönem gelişimi için zararlı etkilere yol açabilir [9]. Gebelik döneminde vücut ağırlığı artışıyla beraber beden imajına dair endişeler ve yeme davranışında farklılıklar görülme sıklığı artabilir [25]. Gebeliğin 20.haftasından sonra görülen hiperemesis gravidarum, depresyon veya diyet yapma bulguları, ağırlık kazanımında duraklama gebelik döneminde görülen yeme bozukluğu bulgularındandır [64].

Gebeler ile yürütülen bir araştırmada, bireylerin %3'ünde yeme bozukluğu olduğu görülmüştür [65]. Ülkemizde yürütülen bir araştırmada, gebelerin %28.6'sında yeme tutum ve davranış bozukluğu riski saptanmıştır [14]. Başka bir araştırmada ise gebelerin %0.5'inde Anoreksiya Nervosa, %0.1'inde Bulimiya Nervosa, %1.8'inde tıkinircasına yeme bozukluğu saptanmıştır [7]. Gebelik boyunca yeme bozukluğu olan gebelerde, sağlıklı gebelerden daha fazla ağırlık kazanımı görülmektedir [8]. Gebelerde yeme bozukluğu varlığında en sık görülen semptomlar tıkinircasına yeme atakları ve anksiyetedir [66].

4.1.5 Gebelik döneminde anksiyete bozuklukları

Gebelik dönemi her kadının farklı yaşadığı, bazılarının ruh sağlığının olumsuz etkilendiği bir dönemdir [67]. Doğum sonrası döneme göre gebelik döneminde anksiyete daha sık görülmektedir [68].

Japonya'da yapılan bir çalışmada, gebelikte yaygın anksiyete görülme sıklığı %2.8 olarak saptanmıştır [69]. Brezilya'da 209 gebe ile yapılan bir başka araştırmada, gebelerde anksiyete görülme sıklığı %26.8 olarak saptanmış ve üçüncü trimester döneminde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu açıklanmıştır [70]. Gebeliğinin 3.trimesterında olan 720 kadın ile yapılan bir çalışmada, doğum öncesi anksiyete semptomlarının %29 olduğu görülmüştür [71]. Türkiye'de gebe kadınların %28.8'inde anksiyete saptanmıştır [72]. Çin'de yapılan araştırmada anksiyete varlığı, ilk trimesterdaki gebelerde %22.7, ikinci trimesterdaki gebelerde %17.4 ve üçüncü trimesterdaki gebelerde %20.8 saptanmıştır [73].

Gebelikte anksiyete prematüre doğum, preeklampsi, bebekte düşük doğum ağırlığı, gestasyonel hipertansiyon ile ilişkilidir [74]. Gebeliğin ilk ve üçüncü trimesterlarında anksiyete görülen düzeyi, ikinci trimestera göre daha yüksektir [75]. İlk gebeliği olan kadınlarda anksiyete düzeyi, önceden gebelik yaşamış kadınlardan daha yüksektir [76].

4.2.Yeme Tutum ve Davranış Bozuklukları

Yeme tutum ve davranış bozuklukları, anormal yeme ve ağırlık kontrol davranışı ile karakterize ciddi psikiyatrik bozukluklardır. Ağırlık, vücut şekli ve yeme davranışındaki rahatsız edici tutumlar, yeme bozukluklarında anahtar rol oynamaktadır [77]. Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-V) [78] beslenme ve yeme bozuklukları aşağıdaki alt gruplara ayrılmıştır:

1. Anoreksiya Nervosa (AN)
2. Bulimiya Nervosa (BN)
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)
4. Kaçınan/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozukluğu (ARFID)
5. Pika
6. Ruminasyon Sendromu
7. Diğer Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozuklukları:
 - Arınma (Purging) Bozukluğu
 - Gece Yeme Sendromu
 - Atipik Anoreksiya Nervosa
 - Eşik Altı Bulimiya Nervosa ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
 - Ortoreksiya Nervosa (ON)
8. Tanımlanamayan Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bir derleme çalışmada, kadınlarda yeme bozukluğu prevalansının %8.4 olduğu belirtilmiştir [79]. Konstipasyon, menstrüel düzensizlik, menopoza öncesi düşük kemik yoğunluğu, egzersiz tolerasyonunda azalma kadınlarda yeme

bozukluğu belirtileri arasındadır [64]. Avustralya’da yeme bozukluğu prevalansı %9 iken, bu grupta çoğunlukla doğurganlık çağındaki kadınlar yer almaktadır [80].

4.2.1. Anoreksiya nervoza (AN)

Anoreksiya Nervoz, ağırlık kazanımına dair yoğun korku veya bozulmuş beden imajı veya ikisinin de dahil olduğu, ciddi düzeyde diyetel kısıtlama veya ağırlık kaybı için arınma, aşırı fiziksel aktivite gibi çabaların görüldüğü ciddi bir zihinsel bozukluktur [77]. Anoreksiya Nervoz görülme sıklığı erkeklere nazaran kadınlarda daha yüksektir. Anoreksiya Nervoz risk faktörleri arasında genetik yatkınlık, kadın cinsiyeti, çocukluk çağı obezitesi, duygudurum bozuklukları, dürtüsellik veya mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri, cinsel istismar, akranlar veya aileye karşı vücut ağırlığıyla ilgili endişeler yer alır [81–84]. Tahmini Anoreksiya Nervoz sıklığı İngiltere’de yapılan 9 senelik insidans çalışmasında kadınlarda %3.64 olarak saptanmıştır [85]. Kadınlarda yapılan prevalans çalışmalarında ise oran %1.2-2.2 arasında değişmektedir [84, 86-87].

DSM-V [78] Anoreksiya Nervoz tanı kriterleri:

1. Yaş ve cinsiyet bağlamında belirgin düzeyde düşük ağırlığa yol açan enerji alımındaki kısıtlamalar
2. Ağırlık kazanımı veya vücudun yağlanmasına karşı yoğun düzeyde korku duyma veya belirgin şekilde düşük ağırlıkta olunmasına karşın devamlı ağırlık kazanımına karşı davranışlar sergilemek
3. Kişinin vücut şekli veya ağırlığına karşı rahatsızlık duyması, öz değerlendirme vücut şekli veya ağırlığının kişiyi etkilemesi, mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin farkına varılmaması

DSM-V [78] Anoreksiya Nervoz alt grupları:

1. Kısıtlayıcı tip; son 3 ayda, tekrarlayan ataklar şeklinde aşırı yeme veya arınma davranışı (kendini kusturma, laksatif, diüretik veya lavmanın yanlış

kullanımı) görülmez. Vücut ağırlığında azalma diyet, oruç, aşırı egzersiz veya bunların bir arada olmasıyla sağlanır.

2. Aşırı yeme ve arınma tipi; son 3 ayda, tekrarlayan ataklar şeklinde aşırı yeme veya arınma davranışı görülür.

Anoreksiya Nervoza’da görülen başlıca semptomlar; amenore, soğuğa karşı intolerans, konstipasyon, ekstremitelerde ödem, yorgunluk ve sinirlilik hâlidir. Ayrıca kişilerde kalori sayma veya porsiyon kısıtlaması, şiddetli veya uzun süreli egzersiz yapma, kendini kusturma, laksatif veya diüretik kullanma gibi arınma davranışları görülür [81]. Majör depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, travmayla ilişkili bozukluklar Anoreksiya Nervoza’ya eşlik eden psikiyatrik durumlardır [88]. Anoreksiya Nervoza hastalarının %25-75’i hayatlarında en az bir kez anksiyete bozukluğu yaşamaktadır [89].

Gebelik döneminde Anoreksiya Nervoza tanısıyla hastanede tedavi edilen kadınlarda prematüre doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek veya gestasyonel yaşına göre küçük bebek sahibi olma riski daha yüksektir [90].

4.2.2.Bulimiya nervoza (BN)

Bulimiya Nervoza, tekrarlayan aşırı yeme atakları ve ağırlık kazanımına karşı telafi edici davranışlar ile karakterize bir yeme bozukluğudur [91]. Bulimiya Nervoza ilk kez 1979 yılında İngiliz psikiyatrist Gerald Russell tarafından, hastalarda fazla yemenin ardından kendini kusturma, laksatif kullanma veya uzun süreli aç kalma gibi telafi edici mekanizmaların kullanıldığı “Anoreksiya Nervoza’nın kronik fazı” olarak tanımlanmıştır [92].

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre Bulimiya Nervoza görülme sıklığı %0.8'dir [93]. Bulimiya Nervoza tanılanmasında üç temel kriter bulunmaktadır. Bunlar:

1. Aşırı yeme atakları (2 saat içerisinde büyük porsiyonlarda yeme)
2. Aşırı yeme ataklarını telafi davranışları (arınma, oruç tutma, fiziksel egzersiz veya Tip 1 diyabet varlığında insülin dozunu azaltma)
3. Vücut ağırlığı ve şekline verilen önemin aşırı düzeyde artması [91]

Tanı koymada, aşırı yeme atakları ve telafi davranışlarının 3 ay boyunca haftada bir kez tekrarlanması aranmaktadır [78]. Bulimiya Nervoza'da görülen başlıca semptomlar; dehidratasyon, aritmi, şiddetli bradikardi, hipokalemi, ortostatik hipotansiyon, kontrol edilemeyen aşırı yeme ve arınma davranışıdır [94].

4.2.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB)

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Bulimiya Nervoza'ya göre daha az telafi edici davranış görülen, tekrarlayan aşırı yeme atakları ile karakterize bir yeme bozukluğudur [95]. Aynı zamanda yeme bozukluklarının en yaygın görülenidir [95]. DSÖ verilerine göre yaşam boyu Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu görülme prevalansı 1.4'tür [93].

DMS-V [78] Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri:

1. Aşağıdaki kriterlerden ikisi görülür:
 - a. Benzer koşullarda ve benzer sürede, başkalarının yiyebileceğinden daha fazla besin alımı
 - b. Besin alımında kontrolsüzlük ve yeme sonrası suçluluk hissetme
2. Aşağıdaki kriterlerden üçü veya daha fazlası görülür:
 - a. Normalden çok daha hızlı yeme
 - b. Rahatsız edici bir şekilde tok hissedene kadar yemek yeme

- c. Açlık hissi olmasa bile çok miktarda yeme
 - d. Yenilen yemek miktarından utanma ve bu yüzden yalnız yemek yeme
 - e. Yeme sonrası kendinden tiksınme, depresyon veya suçluluk duyma
3. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin sıkıntı duyulur.
 4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ortalama 3 ay boyunca haftada en az bir kez gerçekleşir.
 5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nda, Bulimiya Nervoza'da olduğu gibi uygun olmayan telafi edici davranışlar görülmez ve TYB, sadece Bulimiya Nervoza veya Anoreksiya Nervoza seyrinde ortaya çıkmaz.

Aşırı yeme, beden memnuniyetsizliği, diyet yapma ve mental bozukluklar genç kadınlarda tıkınırcasına yeme bozukluğu başlangıcında görülen risk faktörleridir [96]. TYB kriterlerini sağlayan bireylerin yarısından fazlası Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflamasına göre hafif şişman veya obez grubundadır [97].

Gebelik, Anoreksiya Nervoza veya Bulimiya Nervoza'ya karşı koruyucu olabilirken, bu dönemde tıkınırcasına yeme bozukluğuna karşı eğilim artar [98]. Gebelikte Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, aşırı gestasyonel ağırlık kazanımı ve hipertansiyon ile ilişkilidir [99-100]. Yapılan bir araştırmada, gebelerin %17.3'ünde TYB görülmüştür [101]. Ayrıca bir çalışmada TYB tanısı olan bireylerin %65'inde anksiyete bozukluğu görülmüştür [102].

4.2.4.Ortoreksiya nervoza (ON)

Ortoreksiya Nervoza terimi ilk kez 1997 yılında Bratman [103] tarafından, sağlıklı olmak adına yapılan ancak yetersiz beslenmeye ve/veya günlük yaşamda sorunlara yol açan aşırı diyetler yapan kişileri tanımlamak için kullanılmıştır. Ortoreksiya terimi, Yunanca'da "doğru" anlamına gelen "ortho" ve "iştah" anlamına

gelen “orexi” kelimelerinden türetilmiştir. Kelime anlamının aksine Ortoreksiya Nervoza, temel semptomu sağlıklı olarak algılanan yiyecekleri yemeye saplantılı ve güvensiz odaklanma içeren bir yeme bozukluğunu belirtmek için türetilmiştir [12]. Diyabetik hastalarla yapılan bir çalışmada eğitim durumu, beden kütle indeksi ve Ortoreksiya Nervoza arasında bir ilişki görülmemiştir [104]. Başka bir çalışmada ise obez bireylerde Ortoreksiya Nervoza görülme riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür [11].

4.2.4.1.Ortoreksiya nervoza epidemiyolojisi

Ortoreksiya Nervoza sıklığını araştırmada ORTO-15 ve uyarlamaları kullanılarak elde edilmiş sınırlı literatür bulunmaktadır. Prevalans çalışmalarının çoğunda Ortoreksiya Nervoza sıklığı %30-70 aralığında bildirilmektedir [105]. Fidan ve arkadaşlarının [106] tıp öğrencileri ile yaptığı araştırmada, ON prevalansı %43.6 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada erkek öğrencilerde ON görülme sıklığının kız öğrencilerden daha yüksek olduğu, beden kütle indeksi azaldıkça ON riskinin arttığı ve Yeme Tutum Testi-40 puanlarına göre yeme bozukluğuna yatkın öğrencilerin ortoreksiya davranışına da daha eğilimli olduğu bulunmuştur.

4.2.4.2.Ortoreksiya nervoza tanı kriterleri

Ortoreksiya Nervoza tanılanmasında iki temel kriter bulunmaktadır. Bu kriterler:

1. Sağlıklı beslenme aracılığı ile optimum iyilik hâli sağladığına inanılan diyet uygulamalarına takıntılı düzeyde odaklanma (katı diyet kuralları, besinlerle ilgili tekrarlayan ve kalıcı meşguliyetler, kompulsif davranışlar)
2. Klinik olarak önemli bozulmalar (tıbbi veya psikolojik komplikasyonlar, günlük işleyişe dair önemli sıkıntılar ve/veya bozulmalar) [105]

4.2.4.3.Ortoreksiya nervoza belirtileri

Amerikan Ulusal Yeme Bozuklukları Derneği'ne göre, Ortoreksiya Nervozası genellikle sağlığın iyileştirilmesi amacıyla daha sağlıklı beslenme girişimiyle başlar ve zamanla katı yeme kurallarına uymaya ve yeme davranışında bir saplantıya dönüşür. Ortoreksiya Nervozası varlığında sağlıklı beslenmede doğruculuk ile beraber diğer sağlık inançlarına karşı tahammülsüzlük görülebilir. Ayrıca ON davranışları sergilemek ve sağlık konusunda bilinçli olmak ile övgü almak, bozulmuş yeme davranışının sosyal olarak kabul edilebilir bir ifadesi haline gelir [107]. Ortoreksiya Nervozası ve Anoreksiya Nervozası'nda mükemmeliyetçilik ve yüksek kaygı görülen ortak bulgulardır. Ortorektik bireyler besinlerin miktarından çok kalitesiyle ilgilenir [108]. Ayrıca bireyler besinleri araştırma, sınıflama, gelecek öğünleri planlama konularında ekstra zaman harcar [109]. Ortoreksiya Nervozası varlığında malnutrisyon ve endokrin hastalık görülme riski artar [110]. Ortoreksiya Nervozası tanınmasında hâlâ fikir birliğine ihtiyaç vardır [111].

4.2.4.4.Ortoreksiya nervoza tedavisi

ON tedavisi için öneriler bulunsa da, tedavi etkinliğine dair hiçbir çalışma yapılmamıştır. İdeal müdahalede doktor, psikoterapist ve diyetisyenlerin yer aldığı multidisipliner bir ekip olmalıdır [108]. Erken tanılama ve hastalığın yönetimi, komplikasyonları azaltmada önemlidir [110]. Ortoreksiya Nervozası tedavisinde amaç, saplantılı olmadan sağlıklı beslenmeyi sağlamak ve semptomların ortadan kaldırılmasıdır [109]. ON tedavisinde hasta yakından izlenerek ilaç tedavisi, bilişsel-davranışçı terapi ve psikoeğitim uygulanmalıdır [112]. Psikoterapi müdahaleleri bireyin semptomlarına göre kişiselleştirilmelidir. Beslenme bilimi hakkında verilen psikoeğitim ile ortoreksik bireylerin yanlış beslenme inançları düzeltilebilir [108].

Gebelerde Ortoreksiya Nervoza sıklığı konusunda yeterli araştırma bulunmamaktadır. Türkiye’de 70 gebe ile yürütülen güncel bir çalışmada gebelerin %21.4’ünde Ortoreksiya Nervoza belirtileri saptanmıştır [14].

4.2.5.Kaçıngan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu (ARFID)

Kaçıngan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu Amerikan Psikiyatri Derneği’nin ilk kez 2013 yılında DSM-V düzenlemesinde açıklanmıştır. Yaşları 14-50 arasındaki kadınlarla yapılan bir çalışmada, bireylerin %11’i ARFID kriterlerini sağlamıştır [113]. Genel popülasyonda ARFID insidans ve prevalansına dair çalışmalar kısıtlıdır [114].

DSM-V [78] Kaçıngan/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozukluğu tanı kriterleri:

1. Aşağıdaki kriterlerden biri veya daha fazlası ile ilişkilidir:
 - a. İleri düzey ağırlık kaybı
 - b. İleri düzey beslenme yetersizliği
 - c. Enteral beslenme veya oral besin desteğine bağımlılık
 - d. Psikososyal fonksiyonda belirgin sorunlar

Kaçıngan/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozukluğu dışlama kriterleri:

- 1.Bozukluk, mevcut besin eksikliği veya kültürel açıdan onaylanmış bir uygulama ile açıklanamaz.
- 2.Kaçıngan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu, sadece Anoreksiya Nervoza veya Bulimiya Nervoza seyrinde oluşmaz.
- 3.Yeme bozukluğu, eşzamanlı tıbbi bir durum veya başka bir zihinsel bozuklukla açıklanamaz.

Kaçıngan/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozukluğu olan bireylerde genellikle yiyecek alımını etkileyen çeşitli psikiyatrik risk faktörleri bulunabilir ancak beden

imajıyla ilgili endişeler bulunmaz [115]. ARFID, bebeklik veya çocukluk döneminde başlayıp, yetişkinlik döneminde devam edebilir [116]. ARFID hastaları, anksiyete bozuklukları veya komorbid tıbbi durumlar görülebilir [117]. AN hastalarıyla karşılaştırıldığında, ARFID kriterlerine uyan bireylerde anksiyete bozukluğu görülme sıklığı daha yüksektir [118].

4.2.6.Pika

Pika, bir ay veya daha uzun bir süre boyunca besleyici olmayan veya besin harici maddelerin yenmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur [77]. Besin olmayıp tüketilen maddeler temelde toprak, çığ nişasta, buz, odun kömürü, kül, kâğıt, tebeşir, kumaş, kahve telvesi ve yumurta kabuklarıdır [119]. Pika, toksik maddelerin kazara yutulması için bir risk faktörüdür [120].

Pika sıklıkla çocuklarda ve gebelerde görülmektedir [121]. Pika gelişiminin nedeni net olarak bilinmemektedir ancak stres, kültürel faktörler, öğrenilmiş davranışlar, düşük ekonomik düzey, altta yatan zihinsel bozukluklar, besin ögesi yetersizlikleri, gebelik, epilepsi risk faktörleri arasındadır [122]. Fawcett ve arkadaşlarının [123] meta-analiz çalışmasına göre gebelik döneminde Pika görülme prevalansı %27.8'dir. Aynı çalışmada, anemi ile beraber Pika görülme sıklığının arttığı ve eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde Pika görülme sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır. Pika sonucunda bağırsak obstrüksiyonu, obezite, ağır metal toksisitesi, ülser, konstipasyon, demir yetersizliği gibi komplikasyonlar görülebilmektedir [122]. Mireku ve arkadaşlarının [124] yaptığı araştırmada, gebelerde Pika görülme prevalansı %31.9 olarak saptanmış ve bu gebelerin çocuklarının motor fonksiyonunda gecikme olduğu görülmüştür.

4.2.7.Ruminasyon sendromu

Ruminasyon Sendromu bir besinin yendikten sonra bulantı, istemsiz öğürme veya tiksime olmadan geri çıkarılması ile karakterize bir yeme bozukluğudur [77].

DSM-V [78] Ruminasyon Sendromu kriterleri:

1. En az bir ay tekrarlayan regürjitasyon görülmesi
2. İstemsiz öğürme, mide bulantısı, iğrenme olmadan besinlerin tekrar çiğnenip, ardından tekrar yutulup tükürülmesi
3. Tekrarlayan regürjitasyonun gastroözofagial reflü veya pilorik stenoz gibi medikal durumlara dayandırılmaması
4. Ruminasyon Sendromu'nun yalnızca Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu veya Kaçınan/Kısıtlayıcı Besin Alımı Bozukluğu'nun seyrinde oluşmaması
5. Eğer semptomlar başka bir zihinsel bozuklukla ilişkili olarak ortaya çıkarsa, semptomların klinik müdahale gerektirecek şiddette olması

Roma Vakfı Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar: Bağırsak-Beyin Etkileşimi Bozuklukları-IV (Roma-IV) kriterlerine göre [125] yetişkinler için belirlenmiş ruminasyon sendromu:

1. Yutulan gıdanın ağza sürekli veya tekrarlayan regürjitasyonu ve ardından tükürme veya yeniden çiğneme ve yutma
2. Regürjitasyondan önce öğürme olmaması

Semptomla birlikte son 3 ayda karşılanan kriterler tanıdan en az 6 ay önce başlar. Regürjitasyondan önce genelde mide bulantısı olmaz. Tadı hoş olan gıdalar da geri çıkarılabilir. Regürjitasyona uğrayan materyal asidik hale geldiğinde süreç durma eğilimindedir. Regürjitasyon genellikle öğünden 10-15 dakika sonra olur

ancak öğün sonrası 1-2 saate kadar devam edebilir [126-127]. Bazı hastalarda semptomlar aralıklı görülebilir veya öğün porsiyonuna ve içeriğine bağlı olabilir [126]. Ruminasyon Sendromu olan hastaların yaklaşık %40'ında ağırlık kaybı gözlenmiştir, ancak elektrolit bozuklukları ve yetersiz beslenme gibi komplikasyonlar yetişkin hastalarda çok daha az görülmektedir [128].

4.3.Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete terimi, darlık anlamına gelen “angh” kökünden türetilip, Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir [67]. Anksiyete bozukluklarında aşırı düzeyde veya sık görülen kaygı vardır [129]. Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, spesifik fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu gibi alt türleri bulunmaktadır [130]. Anksiyete bozuklukları çoğunlukla çocukluk, ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır [131]. Anksiyete bozukluğu tedavisinde psikoterapi ve farmakoterapi yer almaktadır [16]. Bilişsel davranışçı terapi ilk tedavi seçeneği kabul edilmektedir [17].

4.3.1.Anksiyete bozuklukları epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, dünya genelinde %7.3 prevalans ile en sık görülen psikiyatrik bozukluktur [16]. Avrupa’da 14-65 yaşlarında, bir yıllık izlemde görülme sıklığı %14’tür [132]. İsveç’te yapılan bir çalışmada kadınların %40’ında anksiyete semptomları görülmüştür [133]. DSÖ’nün 2015 yılı raporuna göre anksiyete bozuklukları, mental ve somatik hastalıklar içinde dünya genelinde 6.sıradadır [18]. Kadın cinsiyeti ve genç yaş grubunda anksiyete görülme sıklığı daha yüksektir [134]. Yapılan bir araştırmada, yeme bozukluğu olan bireylerde anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %53 olarak saptanmıştır [15].

4.3.2. Anksiyete bozuklukları tanı kriterleri

DSM-V [78] yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri:

1. En az altı aylık sürecin çoğunda bazı olaylar ya da etkinliklerle ilgili aşırı kaygı ve kuruntu görülür.
2. Kişi, kuruntularını kontrol etmekte zorlanır.
3. Kaygı ve kuruntuya aşağıdaki belirtilerden üçü veya daha fazlası eşlik eder:
 - a. Huzursuz veya gergin ya da sürekli diken üzerinde olma,
 - b. Kolay yorulma,
 - c. Odaklanmada zorlanma ya da zihin boşalması,
 - d. Kolay öfkelenme,
 - e. Kas gerginliği,
 - f. Uyku bozukluğu
4. Kaygı, kuruntu ya da fiziksel bulgular, klinik yönden belirgin probleme ya da toplum veya iş ile ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye yol açar.
5. Yaygın anksiyete bozukluğu, bir maddenin ya da farklı bir sağlık durumunun etkilerine bağlanamaz.
6. Yaygın anksiyete bozukluğu başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

4.3.3. Anksiyete bozuklukları belirtileri

Bireylerde aşırı ve kalıcı korku, endişe ve algılanan iç ve dış tehditlerden kaçınma görülür [130]. Kişilerde çarpıntı, nefes almada güçlük, hızlı nefes alma, el ve ayaklarda titreme, aşırı terleme, sıkıntı, çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu görülebilir. Kişilerdeki gerginlik genellikle titreme ve baş ağrıları ile ortaya çıkar [135].

5.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, gebe olan ve gebe olmayan kadınların, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme bozuklukları ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

5.1.Evren ve Örneklem

Bu çalışma, Ankara Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının 74791132-604.01.01/503 sayılı, 09.12.2020 tarihli onayı ile 15.12.2020-15.06.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada örneklem sayısını belirlemede güç analizi yöntemi uygulanmıştır. Güç analizini gerçekleştirmede G-Power programı kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda tüm hipotezleri kapsayacak şekilde üst örneklem sınırı içerisinde toplam 254 kişi örneklem sayısı olarak belirlenmiştir.

Bu çalışma, 20-45 yaşları arasında 131 gebe ve 162 gebe olmayan kadın olmak üzere 293 yetişkin ile yürütülmüştür. Bireyler çalışmaya katılmadan önce bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri, kadın olmak ve 20-45 yaş arasında olmaktır. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri ise 20 yaşın altında, 45 yaşın üzerinde olmak ve anksiyete ve/veya yeme bozukluğu tanısı almış olmak olarak belirlenmiştir. Eksik veya yanlış doldurulan anketler çalışmaya dahil edilmemiştir.

5.2. Veri Toplama Yöntemi

Koronavirüs hastalığı 2019 (Coronavirus disease-Covid-19) pandemisi nedeniyle yüz yüze yapılması planlanan veri toplama süreci çevrimiçi form da hazırlanarak iki şekilde yürütülmüştür. Anket formu Özel Adana Metro Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 131 gebe kadın ve Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran 66 gebe olmayan kadın ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Gebe olmayan 96 kadına ise araştırmacı tarafından hazırlanan çevrimiçi anket formu iletilerek katılımcıların formu eksiksiz doldurması sağlanmıştır. Pandemi nedeniyle bireylerle kısa süreli görüşme sağlandığından bireylerden besin tüketim kaydı alınamamıştır.

Veriler genel bilgiler, gebelik bilgileri, beslenme ve egzersiz durumuna dair bilgilerin yer aldığı anket formu (EK-2) ile ayrıca ORTO-15 Testi (EK-3), Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) (EK-4) ve Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) (EK-5) ile elde edilmiştir.

5.2.1. Anket formu

Anket formunda bireylerin genel özellikleri (yaş, boy uzunluğu, güncel vücut ağırlığı, eğitim düzeyi, hastalık durumu, sigara-alkol tüketim durumları), gebeliğe dair bilgileri, beslenme alışkanlıklarına ve fiziksel aktivitelerine dair bilgiler içeren 29 soru yer almaktadır. Gebelik döneminde yaşanan yakınmalar kişilerin beyanına göre belirlenmiş olup bunlar; bulantı/kusma, mide yanması/ekşimesi, baş dönmesi, konstipasyon, diyare, ödem, bel ağrısı, karın ağrısı, baş ağrısı, kramp, hâlsizlik, nefes darlığı ve eklem ağrısıdır. Bireylerin uyku süresi Ulusal Uyku Vakfı (National Sleep Foundation- NSF) [136] önerileri temel alınarak yetişkinler için 7 saat ve üzeri yeterli olarak belirlenmiştir. Amerikan Spor Hekimliği Koleji (American College of

Sport Medicine- ACSM) [137] verileri doğrultusunda haftada 150 dakika ve üzeri yeterli egzersiz olarak belirlenmiş ve anket formunda yer almıştır.

5.2.2.Ölçekler

5.2.2.1.ORTO-15 ölçeği

Ortoreksiya Nervosa riskini saptamak amacıyla ORTO-15 Ölçeği'nden yararlanılmıştır. ORTO-15 ölçeği ilk kez, 2005 yılında Donini ve arkadaşları [138] tarafından, Bratman'ın teorisinin geliştirilmesiyle hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan sorular 4'lü likert formundadır. Ölçekte duygusal, bilişsel ve klinik alanda sorular yer almakta olup her soruya karşılık olarak "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Ölçeğin puanlaması her madde için 1-4 puan arasındadır.

ORTO-15 Ölçeği'nde maddelerden 2, 5, 8, 9.maddelere verilen yanıt "her zaman=4 puan, sık sık=3 puan, bazen=2 puan, hiçbir zaman=1 puan" verilerek, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 numaralı sorulara verilen yanıtlar ise tersten puanlandırılmalı, 1 ve 13. soru ise "her zaman=2 puan, sık sık=4 puan, bazen=3 puan ve "asla=1 puan" verilerek değerlendirilmelidir. Ölçekteki puan aralığı 15-60 arasındadır. Ölçek puanlamasında kesim noktası 40 puandır. Ortoreksiya Nervozaya yatkınlığı olan bireylerin ölçek puanı daha düşüktür. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Arusoğlu [139] tarafından, 2006 yılında yapılmıştır. Gebe örnekleminde Ortoreksiya Nervosa bulgularını saptamak amacıyla kullanılan geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış herhangi bir ölçek olmadığından bu çalışmada ORTO-15 Ölçeği tercih edilmiştir.

5.2.2.2.Yeme tutum testi-26 (YTT-26)

Yeme Tutum Testi-40, ilk kez Garner ve Garfinkel [140] tarafından, 1979 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı Anoreksiya Nervoza belirtilerini objektif olarak değerlendirmektir. Her soruya karşılık olarak “her zaman”, “genellikle”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. YTT-40’ın kısa şekli olan YTT-26 güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak tasarlanmıştır [141]. YTT-26’nın Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Değirmenci [142] tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 6’lı likert formda, 26 soru içermektedir. YTT-26 ölçeğinde diyet yapma davranışı, bulimik davranış ve oral kontrolü değerlendiren sorular bulunmaktadır.

YTT-26 puanlanmasında kesim noktası 20 puandır. Ölçekten alınan 20 ve üzerindeki puanlar, yeme tutumunda bozukluğu işaret etmektedir. Ölçekte yer alan ilk 25 soruda “her zaman=3 puan, genellikle=2 puan, sık sık=1 puan”, diğer cevaplar “bazen, nadiren, hiçbir zaman=0 puan” verilerek, 26.soru ise tersine puanlama ile yani “bazen=1 puan, nadiren=2 puan, hiçbir zaman=3 puan” ve diğer cevaplar “sık sık, genellikle, her zaman=0 puan” verilerek değerlendirilmektedir. Ölçek alt boyutlarından diyet yapma alt boyutu 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26.soruların; bulimik davranış alt boyutu 3, 4, 9, 18, 21 ve 25. soruların; oral kontrol davranış alt boyutu ise 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.soruların puanlarının toplanmasıyla bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0.76 olarak bulunmuştur.

5.2.2.3.Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği ilk kez 1988 yılında Beck ve arkadaşları [143] tarafından, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. BAÖ en çok anksiyetenin fizyolojik yönüne odaklanmaktadır.

Türkiye’de geçerlilik güvenirlik çalışması Ulusoy, Şahin ve Erkmen [144] tarafından yapılmıştır.

Ölçek 4’lü likert tipinde 21 sorudan oluşmaktadır. Bireylerden son bir haftayı göz önüne alarak, maddelerdeki durumları ne düzeyde yaşadıklarını belirtmeleri istenmektedir. Ölçeğin puanlamasında “hiç=0, hafif düzeyde=1, orta düzeyde=2 ve ciddi düzeyde=3 puan” verilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 63 puan alınabilmektedir. Ölçek toplam puanı 0-7 puan ise düşük, 8-15 puan arası ise hafif anksiyete, 16-25 puan arası ise orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan arası ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur.

5.3.Antropometrik ölçümler

Katılımcıların boy uzunluğu (m) ve vücut ağırlığı (kg) bilgileri katılımcıların kendi beyanlarına göre kaydedilmiştir. Beden kütle indeksi (BKİ) değerleri ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre araştırmacı tarafından hesaplanmıştır [145]. BKİ değeri bireyin vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine (m^2) bölünmesi ile hesaplanmaktadır. DSÖ’nün BKİ sınıflandırması Tablo 5.1’de verilmiştir.

Tablo 5.1. Dünya Sağlık Örgütü Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması

BKİ (kg/m^2)	Sınıflandırma
<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Fazla Kilolu
≥ 30	Obez

Gebelerin gebelikteki vücut ağırlık artışını değerlendirmede Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) [29] kriterleri kullanılmıştır. Gebeler trimesterlarına göre ayrılmış ve BKİ gruplaması yapıldıktan sonra vücut ağırlık artışı hesaplanmıştır. İlk iki trimesterdaki gebeler için 2-3.trimesterde haftalık beklenen vücut ağırlık artışı mevcut kazanılan vücut ağırlığına eklenerek hesap yapılmıştır.

Tablo 5.2. IOM'a Göre Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlık Kazanım Önerileri

Gebelik Öncesi BKİ Sınıflandırması (kg/m²)	Gebelik Süresince Toplam Ağırlık Kazanımı (kg)	2. ve 3. Trimesterde Ağırlık Kazanımı (kg/hafta)
Zayıf (<18.5)	12.5-18	0.51 kg
Normal (18.5-24.9)	11.5-16	0.42 kg
Fazla Kilolu (25-29.9)	7-11.5	0.28 kg
Obez (≥30)	5-9	0.22 kg

5.4.Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS Statistics 23.0 sürümü kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Yapılan analizlerde ORTO-15, YTT-26 ve BAÖ puan türleri bakımından çeşitli değişkenlerin düzeyleri arasında fark olup olmadığı test edilmiştir.

6.BULGULAR

Bu araştırma, yaşları 20-45 arasında değişen 131 gebe kadın (%44.7) ve 162 gebe olmayan kadın (%55.3) olmak üzere toplam 293 yetişkin gönüllü birey ile yürütülmüştür.

6.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması ise 29.23 ± 5.52 yıl iken gebe olmayan kadınların yaş ortalaması 27.54 ± 5.77 yıldır. Tablo 6.1’de bireylerin genel özelliklerinin gebelik durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %66.9’u üniversite ve üzeri, %33.1’i lise ve altında eğitim almıştır. Ayrıca, gebelerin %32.1’i çalışmakta iken gebe olmayan kadınların %67.9’u çalışmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin mesleklerine bakıldığında %16.7’si serbest meslek sahibi iken, %16.5’i sağlık çalışanı ve %10.8’i memurdur.

Tablo 6.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Gebelik Durumlarına Göre Dağılımı

Genel Özellikler	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)	
	n	%	n	%	n	%
Eğitim Durumu						
Lise ve altı	70	53.4	27	16.6	97	33.1
Üniversite ve üzeri	61	46.6	135	83.4	196	66.9
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	42	32.1	110	67.9	152	51.9
Çalışmıyor	89	67.9	52	32.1	141	48.1
Meslek Durumu						
Serbest meslek	18	13.7	31	19.2	49	16.7
Sağlık çalışanı	7	5.4	41	25.2	48	16.5
Memur	6	4.6	26	16.1	32	10.8
Diğer	11	8.4	12	7.4	23	7.9
Çalışmıyor	89	67.9	52	32.1	141	48.1

6.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgiler

Tablo 6.2’de bireylerin gebelik durumlarına göre sağlık bilgileri dağılımları verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunda (%60.1) herhangi bir hastalık bulunmamaktadır. Gebe kadınların %64.9’unda, gebe olmayan kadınların ise %56.2’sinde herhangi bir hastalık yoktur. İki grup arasında hastalık varlığı yönünden anlamlı bir farklılık yoktur. Gebelerde en sık görülen hastalık türü endokrin hastalıkları iken gebe olmayan kadınlarda vitamin ve mineral yetersizlikleri daha sık görülmektedir. Diğer hastalıklar arasında polikistik over sendromu (PCOS), Akdeniz anemisi, astım ve çölyak yer almaktadır.

Tablo 6.2. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre Sağlık Bilgilerinin Dağılımı

	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Hastalık Durumu								
Var	46	35.1	71	43.8	117	39.9	2.29	0.150
Yok	85	64.9	91	56.2	176	60.1		
Hastalık Adı								
Vitamin, mineral yetersizlikleri	19	30.6	47	45.2	66	39.8		
Endokrin hastalıkları	28	45.2	16	15.4	44	26.6		
Sindirim sistemi hastalıkları	2	3.2	10	9.6	12	7.2		
Kalp-damar hastalıkları	3	4.8	9	8.6	12	7.2		
Ruhsal sorunlar	0	0	10	9.6	10	6.0		
Kas-iskelet hastalıkları, romatolojik hastalıklar	2	3.2	8	7.7	10	6.0		
Diğer hastalıklar	8	13.0	4	3.9	12	7.2		

χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 6.3'te bireylerin sigara ve alkol kullanım durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Gebe kadınların %86.3'ü sigara, %97.7'si alkol ve gebe olmayan kadınların %76.5'i sigara, %74.7'si alkol kullanmamaktadır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.001$). Gebelerin %30.5'i gebelikten önce sigara kullanırken, gebelikte sigara kullananlar %13.7'dir. 22 gebe, gebelik döneminin başlamasıyla sigara kullanmayı bırakmıştır. Gebelerin %13.0'ı gebelikten önce alkol tüketirken, gebelikte alkol tüketimi %2.3'tür. 14 gebe, gebelik döneminin başlamasıyla alkol tüketimini sonlandırmıştır.

Tablo 6.3. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Sigara Kullanma								
Kullanır	18	13.7	38	23.5	56	19.1	4.42	0.037*
Kullanmaz	113	86.3	124	76.5	237	80.9		
Gebelik Öncesi Sigara Kullanma								
Kullanır	40	30.5	-	-	-	-	-	-
Kullanmaz	91	69.5	-	-	-	-	-	-
Alkol Tüketimi								
Tüketir	3	2.3	41	25.3	44	15.0	30.07	0.000**
Tüketmez	128	97.7	121	74.7	249	85.0		
Gebelik Öncesi Alkol Tüketimi								
Tüketir	17	13.0	-	-	-	-	-	-
Tüketmez	114	97.0	-	-	-	-	-	-

χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

6.3. Bireylerin Gebeliğe İlişkin Bilgileri

Bireylerin gebeliğe ilişkin bilgileri Tablo 6.4'te gösterilmektedir. Gebelerin çoğunluğu (%98.5) doğal yollarla gebe kalmıştır. Gebelerden 63 kişinin (%48.1) ilk gebeliği iken, 31 kişinin (%23.7) ikinci gebeliğidir. Gebelerin %73.3'ü daha önce

düşük/kürtaj yaşamamışken, bir kez düşük/kürtaj yaşayan 21 gebe bulunmaktadır. Gebelerin %95.4'ü daha önce ölü doğum yaşamamışken, bir kez ölü doğum yaşamış 6 gebe bulunmaktadır. Gebelerden %29.8'i daha önce bir sağ doğum, %16.0'ı daha önce iki ve üzerinde sağ doğum yapmıştır. Araştırmaya katılan gebelerden 82'si (%62.6) üçüncü trimester döneminde iken, 25'i (%19.1) ilk trimester ve 24'ü (%18.3) ikinci trimester döneminde dir.

Tablo 6.4. Bireylerin Gebelik Bilgilerinin Dağılımı (n=131)

Değişkenler	n	%
Gebe Kalma Yöntemi		
Doğal	129	98.5
IVF	2	1.5
Gebelik Sayısı		
İlk	63	48.1
İkinci	31	23.7
Üç ve üzeri	37	28.2
Önceden Düşük/Kürtaj Durumu		
Var	35	26.7
Yok	96	73.3
Düşük/Kürtaj Sayısı		
Bir kez	21	60.0
İki kez	11	31.4
Üç kez ve üzeri	3	8.6
Önceden Ölü Doğum Durumu		
Var	6	4.6
Yok	125	95.4
Ölü Doğum Sayısı		
Bir kez	5	83.3
İki kez	1	16.7
Sağ Doğum Sayısı		
İlk gebelik (sıfır)	71	54.2
Bir sağ doğum	39	29.8
İki ve üzeri sağ doğum	21	16.0
Gebelik Haftası		
İlk trimester	25	19.1
İkinci trimester	24	18.3
Üçüncü trimester	82	62.6

Tablo 6.5'te gebelik döneminde ilaç ve besin takviyesi kullanım yüzdeleri verilmiştir. Gebelerin %76.3'ü gebelik döneminde herhangi bir ilaç kullanmazken, en çok kullanılan ilaç grubu ise tiroid ilaçlarıdır. Diğer ilaçlar arasında hormon ilaçları, bulantıya ve mide yanmasına karşı ilaçlar ve sistit ilaçları yer almaktadır. Gebelik döneminde kullanılan vitamin ve mineral takviyelerine bakıldığında, gebelerden 90'ı demir, 87'si folik asit, 62'si D vitamini, 48'i çoklu vitamin, 37'si kalsiyum, 31'i omega-3 takviyesi almaktadır.

Tablo 6.5. Gebelikte İlaç ve Besin Takviyesi Kullanımı Dağılımı (n=131)

Değişkenler	n	%
Gebelik Süresince İlaç Kullanımı		
Var	31	23.7
Yok	100	76.3
Kullanılan İlacın Türü*		
Tiroid ilacı	14	38.8
Kan sulandırıcı	9	25.1
Diğer	13	36.1
Kullanılan Vitamin ve Mineral Takviyeleri*		
Demir	90	23.0
Folik asit	87	22.1
D vitamini	62	15.7
Çoklu vitamin takviyesi	48	12.2
Kalsiyum	37	9.4
Omega-3	31	7.9
B ₁₂	21	5.3
Magnezyum	16	4.1
İyot	1	0.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6.6'da gebelik döneminde yaşanan yakınmalar gösterilmiştir. Gebelerin %54.2'sinde mide yanması/ekşimesi, %53.4'ünde bulantı/kusma, %47.3'ünde bel ağrısı, %33.6'sında ödem, %26.0'ında karın ağrısı, %25.2'sinde konstipasyon, %19.1'inde baş dönmesi, %12.2'sinde diyare görülmektedir. Diğer belirtilen yakınmalar arasında baş ağrısı, kramp, hâlsizlik, nefes darlığı ve eklem ağrısı yer almaktadır.

Tablo 6.6. Gebelikte Yaşanan Yakınmaların Dağılımı (n=131)

Yakınmalar ¹	Yakınma Var		Yakınma Yok	
	n	%	n	%
Bulantı/kusma	70	53.4	61	46.6
Baş dönmesi	25	19.1	106	80.9
Mide yanması/ekşimesi	71	54.2	60	45.8
Bel ağrısı	62	47.3	69	52.7
Karın ağrısı	34	26.0	97	74.0
Konstipasyon	33	25.2	98	74.8
Diyare	16	12.2	115	87.8
Ödem	44	33.6	87	66.4
Diğer	7	5.3	124	94.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

¹Satır yüzdesi düzenlenmiştir.

6.4. Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bilgileri

Bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bilgileri Tablo 6.7’de gösterilmektedir. Gebe kadınların %16’sı günde 1-5 su bardağı, %35.1’i günde 6-10 su bardağı ve %48.9’u günde 10 ve daha fazla su bardağı su tüketirken, bu oranlar gebeler olmayan kadınlar için sırayla %33.3, %37.7 ve %29’dur. İki grubun su tüketimi arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Gebe kadınların %73.3’ü, gebe olmayan kadınların ise %87’si öğün atlamaktadır. İki grup arasında öğün atlama yönünden anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). İki grupta da en sık atlanan öğün öğle öğünüdür. Gebe kadınların %13.5’i ve gebe olmayan kadınların %34.8’i sabah öğününü atlamaktadır. İki grup arasında atlanan ana öğün yönünden anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0.001$). Bir günde yapılan ara öğün sayılarına bakıldığında, gebe kadınların %38.9’u günde bir kez ara öğün yaparken, %17.6’sı hiç ara öğün yapmamaktadır, gebe olmayan kadınlarda ise bu değerler sırayla %35.8 ve %24.1’dir. İki grup arasında yapılan ara öğün sayısı istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6.7. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Günlük Su Tüketimi								
1-5 su bardağı	21	16.0	54	33.3	75	25.6	16.12	0.000**
6-10 su bardağı	46	35.1	61	37.7	107	36.5		
+10 su bardağı	64	48.9	47	29.0	111	37.9		
Ana Öğün Atlama								
Atlar	96	73.3	141	87.0	237	80.9	14.21	0.001*
Atlamaz	35	26.7	21	13.0	56	19.1		
Atlanan Ana Öğün								
Sabah	13	13.5	49	34.8	62	26.2	19.31	0.000**
Öğle	80	83.3	79	56.0	159	67.1		
Akşam	3	3.2	13	9.2	16	6.7		
Ara Öğün Sayısı								
Hiç	23	17.6	39	24.1	62	21.2	7.16	0.067
1 kez	51	38.9	58	35.8	109	37.2		
2 kez	37	28.2	54	33.3	91	31.1		
3 kez ve üzeri	20	15.3	11	6.8	31	10.5		
χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi								
		*p<0.05		**p<0.001				

6.5. Bireylerin Uyku, Vücut Ağırlığı Takibi ve Egzersiz Alışkanlıkları

Bireylerin uyku, vücut ağırlığı takibi ve egzersiz alışkanlıklarına ilişkin bilgileri Tablo 6.8'de gösterilmektedir. Gebe kadınların %72.5'i ve gebe olmayan kadınların %85.8'i günde 7 saat ve üzerinde uyku süresine sahiptir. İki grup arasında uyku süresi yönünden anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Gebe kadınların %58.8'i ve gebe olmayan kadınların %45.7'si ayda 1-3 kez tartılmaktadır. Günde 1 kez ve üzeri tartılan, 18 gebe ve 24 gebe olmayan kadın bulunurken, 8 gebe ve 12 gebe olmayan kadın hiç tartılmamaktadır. Tartılma sıklığı yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Haftada 150 dakika ve üzeri egzersiz yapma durumlarına bakıldığında iki grupta da egzersiz yapmayanlar çoğunluktadır. Gebe kadınların %84.7'si ve gebe olmayan kadınların %72.8'i belirtilen düzeyde egzersiz yapmamaktadır. İki grup arasında egzersiz yapma yönünden anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$).

Tablo 6.8. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre Uyku, Vücut Ağırlığı Takibi ve Egzersiz Alışkanlıkları Dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Ortalama Uyku Saati								
<7 saat	36	27.5	23	14.2	59	20.1	7.94	0.005*
≥7 saat	95	72.5	139	85.8	234	79.9		
Tartılma Sıklığı								
Günde 1 kez ve üzeri	18	13.7	24	14.8	42	14.3	5.95	0.202
Haftada 1-6 kez	28	21.4	52	32.1	80	27.3		
Ayda 1-3 kez	77	58.8	74	45.7	151	51.6		
Hiç	8	6.1	12	7.4	20	6.8		
Egzersiz Yapma								
Yapar	20	15.3	44	27.2	64	21.8	6.00	0.016*
Yapmaz	111	84.7	118	72.8	229	78.2		

χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi,

*p<0.05

6.6. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Değerleri

Araştırmaya katılan bireylerin beyanlarına göre verdikleri boy uzunluğu, vücut ağırlığı ile beden kütle indeksi (BKİ) ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$), alt ve üst değerleri Tablo 6.9’da verilmiştir. Boy uzunluğu ortalaması gebelerde 164.1 ± 0.05 cm ve gebe olmayan kadınlarda 164.4 ± 0.05 cm’dir. Güncel vücut ağırlığı ortalaması gebelerde 75.7 ± 15.35 kg ve gebe olmayan kadınlarda 62.3 ± 12.25 kg’dır. Beden kütle indeksi (BKİ) değeri, gebeler için gebelik öncesi vücut ağırlığı üzerinden hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi ortalaması gebelerde 24.9 ± 5.98 kg/m² iken gebe olmayan kadınlarda 24.6 ± 5.60 kg/m²’dir.

Tablo 6.9. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Aritmetik Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri

Ölçümler	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)	
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst
Boy uzunluğu (cm)	164.1 $\pm$ 0.05	151.0-178.0	164.4 $\pm$ 0.05	149.0-180.0
Vücut ağırlığı (kg)	75.7 $\pm$ 15.35	47.0-139.0	62.3 $\pm$ 12.25	44.0-117.0
Beden kütle indeksi (kg/m ²) ¹	24.9 $\pm$ 5.98	17.1-51.1	24.6 $\pm$ 5.60	17.5-51.3

¹Gebe kadınlar için gebelik öncesi vücut ağırlığı ile BKİ hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelikte görülen vücut ağırlığı değişimi ve gebelik haftası değerlerinin ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$), alt ve üst değerleri Tablo 6.10'da verilmiştir. Gebe kadınların gebelik öncesi vücut ağırlığı ortalaması 67.0 $\pm$ 15.79'dur. Gebelerin ortalama vücut ağırlık artışı 8.7 $\pm$ 6.12 kg'dır. Gebeliğin başlamasıyla beraber 2.0 kg ağırlık kaybeden gebe olduğu gibi 28.0 kg ağırlık artışı yaşayan gebe kadın da bulunmaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik süresi ortalama 27.6 $\pm$ 11.38 haftadır. Bireylerin gebelik süresi 5.0-39.0 hafta aralığındadır.

Tablo 6.10. Gebelerin Vücut Ağırlığı Değişimi ve Gebelik Haftası Değerlerinin Aritmetik Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri (n=131)

	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst
Gebelik öncesi vücut ağırlığı (kg)	67.0 $\pm$ 15.79	44.0-136.0
Gebelikte ağırlık değişimi (kg)	8.7 $\pm$ 6.12	(-2.0)-(+28.0)
1.trimesterdaki gebelerin ağırlık değişimi (kg)	1.1 $\pm$ 1.60	(-2.0)-(+4.50)
2.trimesterdaki gebelerin ağırlık değişimi (kg)	5.6 $\pm$ 3.48	(-2.0)-(+13.0)
3.trimesterdaki gebelerin ağırlık değişimi (kg)	11.9 $\pm$ 5.01	5.0-28.0
Gebelik süresi (hafta)	27.6 $\pm$ 11.38	5.0-39.0

Tablo 6.11'de bireylerin BKİ sınıflamasına göre dağılımı sunulmuştur. Gebelerin gebeliğe başladıkları BKİ gruplarına göre 76 kişi (%58.0) normal sınıfta

iken, 24 kişi (%18.3) fazla kilolu ve 23 kişi (%17.6) obez sınıfındadır. Gebe olmayan kadınların ise %56.7'si normal, %18.7'si fazla kilolu ve %16.6'sı obez gruptadır. İki grup arasında BKİ sınıfı yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6.11. Bireylerin Beden Kütle İndeksi Sınıflamasına Göre Dağılımı

BKİ Sınıfı ¹	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Zayıf	8	6.1	13	8.0	21	7.2	0.426
Normal	76	58.0	92	56.7	168	57.3	
Fazla kilolu	24	18.3	30	18.7	54	18.4	
Obez	23	17.6	27	16.6	50	17.1	

² Ki-kare bağımsızlık testi

¹Gebe kadınlar için gebelik öncesi ağırlık ile hesap yapılmıştır.

Tablo 6.12'de gebelerin gebelikteki ağırlık kazanımlarının Tıp Enstitüsü (IOM) kriterlerine göre değerlendirmesi yer almaktadır. Gebeliğe başlangıç BKİ sınıfı zayıf olan gebelerin %62.5'i önerilen düzeyde ve %37.5'i önerilenin üzerinde vücut ağırlığı artışı yaşamıştır. BKİ değeri normal gruptaki gebelerin %57.9'u önerilen düzeyde, %22.4'ü önerilenin altında ve %19.7'si önerilenin üzerinde vücut ağırlığı artışı yaşamıştır. Fazla kilolu gruptaki gebelerin yarısı önerilenin üzerinde, %37.5'i önerilen düzeyde ve %12.5'i önerilenin altında vücut ağırlığı kazanırken bu değerler obez gebeler için sırayla %47.8, %43.5 ve %8.7'dir. Gebelerden 68'inde önerilen düzeyde, 41'inde önerilenin üzerinde ve 22'sinde önerilenin altında vücut ağırlığı artışı görülmüştür.

Tablo 6.12. Gebelerin IOM Kriterlerine Göre Ağırlık Kazanım Durumları

Gebelik Öncesi BKİ Sınıflaması (kg/m ²)	Önerilenin altında (n=22)		Önerilen düzeyde (n=68)		Önerilenin üzerinde (n=41)	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf (<18.5)	-	-	5	62.5	3	37.5
Normal (18.5-24.9)	17	22.4	44	57.9	15	19.7
Fazla Kilolu (25-29.9)	3	12.5	9	37.5	12	50.0
Obez (≥30)	2	8.7	10	43.5	11	47.8

*Satır yüzdesi alınmıştır.

6.7. Bireylerin Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26), ORTO-15 ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarına İlişkin Bulgular

6.7.1. Bireylerin genel özellikleri ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin gebelik durumlarına göre uygulanan Yeme Tutum Testi (YTT-26)'nin alt boyut, toplam puan ve ORTO-15 ile Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) toplam puanlarının ortalama ve alt-üst değerleri Tablo 6.13'te verilmiştir. YTT-26 kesim noktası 20 puandır. Gebe kadınlarda diyet yapma alt boyutu 10.5 ± 6.37 , bulimik davranış alt boyutu 1.7 ± 2.20 , oral kontrol davranış alt boyutu 4.3 ± 3.28 , YTT toplam puanı 16.6 ± 8.58 iken gebe olmayan kadınlar için sırayla 11.9 ± 7.37 , 2.6 ± 3.14 , 5.1 ± 4.17 ve 19.7 ± 10.34 'tür. Gebe kadınlarda bulimik davranış alt puanı ile YTT-26 puanı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$).

ORTO-15 puanlamasında 40 puan ve altı Ortoreksiya Nervoza riskinin yüksek olduğunu ifade eder. Gebe kadınlarda ORTO-15 toplam puan ortalaması 37.5 ± 3.68 iken gebe olmayan kadınlarda 36.9 ± 3.74 ile daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel yönden anlamlı değildir.

Beck Anksiyete Ölçeği'nde 0-7 puan düşük, 8-15 puan hafif, 16-25 orta ve 26-63 puan şiddetli anksiyete düzeyini belirtmektedir. BAÖ puan ortalaması gebe kadınlarda 16.4 ± 10.44 iken gebe olmayan kadınlarda ortalama 14.6 ± 11.43 ile daha düşüktür. Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması yönünden iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 6.14'te bireylerin gebelik durumlarına göre ölçek puan gruplarının dağılımına yer verilmiştir. Gebelerin ise %64.1'inde ve gebe olmayan kadınların %57.4'ünde yeme tutumunda bozukluk yoktur. Gebe kadınlardan 100'ü (%76.3) gebe olmayan kadınlardan 133'ü (%82.1) ve ortorektik gruptadır. Beck Anksiyete gruplarına bakıldığında gebe kadınların %20.6'sı düşük, %16.8'i şiddetli anksiyete bulguları gösterirken, gebe olmayan kadınlarda bu oranlar sırayla %32.7 ve %16.7'dir. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır.

Tablo 6.13. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre YTT-26, ORTO-15 Testi ve BAÖ Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri

Ölçekler	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		MWU	p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst		
Diyet yapma alt boyutu	10.5±6.37	1-29	11.9±7.37	0-31	11.3±6.97	0-31	-1.492	0.136
Bulimik davranış alt boyutu	1.7±2.20	0-11	2.6±3.14	0-13	2.2±2.79	0-13	-2.265	0.024*
Oral kontrol davranış alt boyutu	4.3±3.28	0-15	5.1±4.17	0-20	4.8±3.81	0-20	-1.087	0.277
YTT-26 toplam puan	16.6±8.58	1-46	19.7±10.34	4-51	18.3±9.70	1-51	-2.167	0.030*
ORTO-15 toplam puan	37.5±3.68	28-46	36.9±3.74	26-46	37.1±3.72	26-46	-1.350	0.177
BAÖ toplam puan	16.4±10.44	0-57	14.6±11.43	0-57	15.4±11.02	0-57	-1.978	0.048*
^{MWU} Mann-Whitney U testi *p<0.05								

Tablo 6.14. Bireylerin Gebelik Durumlarına Göre YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ Puan Sonuçlarının Gruplaması

Ölçekler	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
YTT-26								
Bozukluk var (≥ 20)	47	35.9	69	42.6	116	39.6	1.36	0.28
Bozukluk yok (< 20)	84	64.1	93	57.4	177	60.4		
ORTO-15								
Sağlıklı (> 40)	31	23.7	29	17.9	60	20.5	1.47	0.24
Ortorektik (≤ 40)	100	76.3	133	82.1	233	79.5		
BAÖ								
Düşük (0-7)	27	20.6	53	32.7	80	27.3	5.76	0.12
Hafif (8-15)	41	31.3	42	25.9	83	28.3		
Orta (16-25)	41	31.3	40	24.7	81	27.6		
Şiddetli (26-63)	22	16.8	27	16.7	49	16.7		

χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi

Tablo 6.15'te araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre ölçek puanlarının ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri sunulmuştur. Lise ve altında eğitim alan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 18.0 ± 8.92 iken üniversite ve üzeri eğitim alan gebe kadınların puanı 15.0 ± 7.96 'dır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Lise ve altında eğitim alan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 18.5 ± 11.76 iken üniversite ve üzeri eğitim alan gebe kadınların puanı 13.9 ± 8.12 olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu durumda eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin yeme tutum bozukluğu ve anksiyete riski daha düşüktür. Gebe kadınlar arasında eğitim durumlarına göre ORTO-15 puan ortalaması yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Gebe olmayan kadınlar arasında ölçek puanları yönünden anlamlı bir fark yoktur.

Lise ve altında eğitim alan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 18.5 ± 11.76 iken lise ve altında eğitim alan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 13.7 ± 10.29 olup bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Üniversite ve üzeri eğitim alan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 15.0 ± 7.96 iken üniversite ve üzeri eğitim alan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 19.2 ± 9.78 'dir ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Lise ve altında eğitim alan kadınların BAÖ puan ortalaması 17.1 ± 11.52 iken üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların puan ortalaması 14.5 ± 10.68 olup bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). ORTO-15 puan ortalaması gebe olan ve olmayan kadınlar arasında eğitim durumu yönünden anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma durumlarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.16'da verilmiştir. Çalışan gebe kadınların ORTO-15 puan ortalaması 38.9 ± 3.42 , çalışmayan gebe kadınların ise 36.8 ± 3.61 olup bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Çalışan gebeler arasında YTT-26 ve BAÖ puanları yönünden anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışan gebe olmayan kadınların BAÖ puan ortalaması 15.9 ± 12.16 iken çalışmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 11.7 ± 9.16 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Çalışan gebe olmayan kadınlar arasında YTT26 ve ORTO-15 puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışan gebelerin ORTO-15 puan ortalaması 38.9 ± 3.42 iken çalışan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 36.6 ± 3.81 'dir ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Çalışmayan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 17.3 ± 11.09 iken çalışmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 11.7 ± 9.16 'dır ve bu fark anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 6.15. Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri

Ölçekler	Lise ve altı			Üniversite ve üzeri			p_1	p_2	p_3	p_4	p_5
	Gebe Kadınlar (n=70)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=27)	Toplam (n=97)	Gebe Kadınlar (n=61)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=135)	Toplam (n=196)					
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	18.0±8.92 (1-46)	22.2±12.69 (4-51)	19.2±10.22 (1-51)	15.0±7.96 (1-40)	19.2±9.78 (4-51)	17.9±9.43 (1-51)	0.029*	0.324	0.203	0.005*	0.194
ORTO-15 toplam puanı	37.2±4.04 (28-46)	36.3±3.35 (30-44)	36.9±3.86 (28-46)	37.8±3.21 (32-44)	37.0±3.82 (26-46)	37.2±3.65 (26-46)	0.397	0.400	0.305	0.174	0.535
BAÖ toplam puanı	18.5±11.76 (0-57)	13.7±10.29 (0-39)	17.1±11.52 (0-57)	13.9±8.12 (0-36)	14.7±11.67 (0-57)	14.5±10.68 (0-57)	0.034*	0.868	0.037*	0.776	0.047*

^{MWU}: Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

*p<0.05

 p_1 : Gebelerin eğitim durumuna göre karşılaştırılması p_2 : Gebe olmayan kadınların eğitim durumuna göre karşılaştırılması p_3 : Lise ve altı eğitim alan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılması p_4 : Üniversite ve üzeri eğitim alan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılması p_5 : Lise ve altı eğitim alan kadınlar ile üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların karşılaştırılması

Tablo 6.16. Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri

Ölçekler	Çalışan			Çalışmayan			p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
	Gebe Kadınlar (n=42)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=110)	Toplam (n=152)	Gebe Kadınlar (n=89)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=52)	Toplam (n=141)					
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	16.0±8.37 (3-40)	19.4±9.89 (4-51)	18.4±9.59 (3-51)	16.9±8.71 (1-46)	20.5±11.28 (5-51)	18.2±9.85 (1-51)	0.425	0.768	0.058	0.171	0.935
ORTO-15 toplam puanı	38.9±3.42 (32-46)	36.6±3.81 (26-46)	37.2±3.84 (26-46)	36.8±3.61 (28-45)	37.4±3.56 (28-45)	37.0±3.59 (28-45)	0.002*	0.163	0.001*	0.295	0.606
BAÖ toplam puanı	14.3±8.70 (0-36)	15.9±12.16 (0-57)	15.5±11.30 (0-57)	17.3±11.09 (0-57)	11.7±9.16 (0-35)	15.2±10.74 (0-57)	0.206	0.044*	0.800	0.002*	0.979

MWU: Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

*p<0.05

p₁: Gebelerin çalışma durumuna göre karşılaştırılmasıp₂: Gebe olmayan kadınların çalışma durumuna göre karşılaştırılmasıp₃: Çalışan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₄: Çalışmayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₅: Çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

6.7.2. Bireylerin sağlık durumları ve beslenme alışkanlıkları ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık durumlarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.17’de incelenmiştir. Gebe kadınlar arasında hastalık durumu yönünden ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hastalığı olan gebe olmayan kadınların YTT-26 puan ortalaması 22.9 ± 11.26 ve BAÖ puan ortalaması 18.9 ± 13.23 iken hastalığı olmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması sırayla 17.2 ± 8.85 ve 11.2 ± 8.42 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$, $p < 0.001$).

Hastalığı olan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 17.6 ± 7.97 iken hastalığı olan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 22.9 ± 11.26 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$). Bu durumda hastalığı olan bireyler arasında gebe olmayan kadınlar yeme tutum bozukluğu yönünden daha riskli gruptadır. Hastalığı olmayan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 16.7 ± 11.42 iken hastalığı olmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 11.2 ± 8.42 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$). Bu durumda hastalığı olmayan bireyler arasında anksiyete yönünden gebe kadınlar daha yüksek risk grubudur.

Hastalığı olan kadınların YTT-26 puan ortalaması 20.8 ± 10.39 iken hastalığı olmayan kadınlarda ortalama 16.7 ± 8.87 ile anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalığı olan kadınların ORTO-15 puan ortalaması 36.5 ± 3.42 iken hastalığı olmayan kadınlarda ortalama 37.5 ± 3.86 ’dır. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Hastalığı olan kadınların BAÖ puan ortalaması 17.7 ± 11.64 iken hastalığı olmayan kadınların puan ortalaması 13.8 ± 10.32 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$). Bu durumda hastalık varlığı yeme tutum bozukluğu, sağlıklı beslenme takıntısı ve anksiyete bozuklukları için bir risk faktörüdür.

Tablo 6.17. Bireylerin Hastalık Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri

Ölçekler	Hastalık var			Hastalık yok			p_1	p_2	p_3	p_4	p_5
	Gebe Kadınlar (n=46)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=71)	Toplam (n=117)	Gebe Kadınlar (n=85)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=91)	Toplam (n=176)					
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	17.6±7.97 (3-32)	22.9±11.26 (6-51)	20.8±10.39 (3-51)	16.1±8.90 (1-46)	17.2±8.85 (4-44)	16.7±8.87 (1-46)	0.244	0.001*	0.022*	0.533	0.001*
ORTO-15 toplam puanı	36.7±3.66 (29-44)	36.4±3.28 (29-44)	36.5±3.42 (29-44)	37.9±3.64 (28-46)	37.2±4.05 (26-46)	37.5±3.86 (26-46)	0.067	0.124	0.752	0.286	0.013*
BAÖ toplam puanı	15.8±8.44 (3-36)	18.9±13.23 (0-57)	17.7±11.64 (0-57)	16.7±11.42 (0-57)	11.2±8.42 (0-39)	13.8±10.32 (0-57)	0.977	0.000**	0.366	0.001*	0.003*

MWU: Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

*p<0.05

**p<0.001

 p_1 : Gebelerin hastalık durumuna göre karşılaştırılması p_2 : Gebe olmayan kadınların hastalık durumuna göre karşılaştırılması p_3 : Hastalığı olan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılması p_4 : Hastalığı olmayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılması p_5 : Hastalığı olan ve olmayan kadınların karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanma durumuna göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.18’de incelenmiştir. Sigara kullanan gebelerin ORTO-15 puan ortalaması 39.2 ± 2.79 iken sigara kullanmayan gebelerin puan ortalaması 37.2 ± 3.74 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$). Gebe olmayan kadınların sigara kullanma yönünden ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Sigara kullanan gebe kadınların ORTO-15 puan ortalaması 39.2 ± 2.79 iken sigara kullanan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 37.1 ± 3.45 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$). Sigara kullanmayan gebelerin BAÖ puan ortalaması 15.7 ± 9.75 iken sigara kullanmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 13.7 ± 11.10 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$). Sigara kullanan kadınların BAÖ puan ortalaması 18.3 ± 12.61 iken sigara kullanmayan kadınların puan ortalaması 13.7 ± 11.10 ’dur ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin öğün atlama durumlarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.19’da gösterilmiştir. Öğün atlayan gebelerin YTT-26 puan ortalaması 17.6 ± 8.75 iken öğün atlamayan gebelerde ortalama 14.0 ± 7.64 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$). Gebe olmayan kadınlar arasında öğün atlama yönünden ölçek puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

Öğün atlayan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 17.1 ± 10.91 iken öğün atlayan gebe olmayan kadınlarda puan ortalaması 14.9 ± 11.67 ’dir. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Öğün atlamayan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 14.0 ± 7.64 iken öğün atlamayan gebe olmayan kadınlarda YTT-26 puan ortalaması 19.9 ± 10.41 ’dir. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$). Öğün atlayan kadınların ORTO-15 puan ortalaması 36.9 ± 3.68 iken öğün atlamayan kadınlarda ortalama 38.1 ± 3.73 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 6.18. Bireylerin Sigara Kullanımlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt ve Üst Değerleri

Ölçekler	Sigara kullanan			Sigara kullanmayan			p_1	p_1	p_3	p_4	p_5
	Gebe Kadınlar (n=18)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=38)	Toplam (n=56)	Gebe Kadınlar (n=113)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=124)	Toplam (n=237)					
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	13.2 $\pm$ 7.31 (1-29)	18.7 $\pm$ 10.51 (4-51)	16.9 $\pm$ 9.87 (1-51)	17.2 $\pm$ 8.67 (1-46)	20.0 $\pm$ 10.31 (4-51)	18.7 $\pm$ 9.65 (1-51)	0.07	0.42	0.07	0.07	0.17
ORTO-15 toplam puanı	39.2 $\pm$ 2.79 (34-46)	37.1 $\pm$ 3.45 (30-45)	37.7 $\pm$ 3.38 (30-46)	37.2 $\pm$ 3.74 (28-45)	36.8 $\pm$ 3.84 (26-46)	37.0 $\pm$ 3.79 (26-46)	0.04*	0.75	0.03*	0.48	0.20
BAÖ toplam puanı	20.2 $\pm$ 13.74 (4-57)	17.5 $\pm$ 12.13 (0-57)	18.3 $\pm$ 12.61 (0-57)	15.7 $\pm$ 9.75 (0-46)	13.7 $\pm$ 11.10 (0-48)	14.7 $\pm$ 10.51 (0-48)	0.24	0.05	0.49	0.02*	0.04*

MWU: Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

*p<0.05

 p_1 : Gebelerin sigara kullanımına göre karşılaştırılması p_2 : Gebe olmayan kadınların sigara kullanımına göre karşılaştırılması p_3 : Sigara kullanan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılması p_4 : Sigara kullanmayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılması p_5 : Sigara kullanan ve kullanmayan kadınların karşılaştırılması

Tablo 6.19. Bireylerin Öğün Atlama Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	Öğün Atlayan			Öğün Atlamayan			p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
	Gebe Kadınlar (n=96)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=141)	Toplam (n=237)	Gebe Kadınlar (n=35)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=21)	Toplam (n=56)					
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$					
	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	17.6±8.75 (1-46)	19.7±10.36 (4-51)	18.8±9.78 (1-51)	14.0±7.64 (3-32)	19.9±10.41 (5-44)	16.2±9.15 (3-44)	0.03*	0.83	0.30	0.03*	0.05
ORTO-15 toplam puanı	37.1±3.72 (28-46)	36.7±3.66 (26-46)	36.9±3.68 (26-46)	38.3±3.48 (32-44)	37.9±4.19 (31-45)	38.1±3.73 (31-45)	0.10	0.33	0.42	0.64	0.03*
BAÖ toplam puanı	17.1±10.91 (0-57)	14.9±11.67 (0-57)	15.8±11.40 (0-57)	14.2±8.84 (3-46)	12.4±9.58 (0-39)	13.5±9.08 (0-46)	0.15	0.52	0.04*	0.50	0.28

MWU: Mann Whitney-U Testi

*p<0.05

p₁: Gebelerin öğün atlama durumlarına göre karşılaştırılmasıp₂: Gebe olmayan kadınların öğün atlama durumlarına göre karşılaştırılmasıp₃: Öğün atlayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₄: Öğün atlamayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₅: Öğün atlayan ve atlamayan kadınların karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bireylerin ara öğün sayılarına göre ölçek toplam puan ortalaması farklılıkları Tablo 6.20’de gösterilmiştir. Gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması hiç ara öğün yapmayanlarda 17.9 ± 10.83 , günde 1 kez ara öğün yapanlarda 16.9 ± 7.60 , günde 2 kez ara öğün yapanlarda 15.9 ± 8.43 ve günde 3 ve üzerinde ara öğün yapanlarda 15.8 ± 8.80 ’dir. Bu oranlar gebe olmayan kadınlar için sırayla 22.1 ± 11.37 , 16.8 ± 7.55 , 20.0 ± 11.14 ve 25.3 ± 11.88 ’dir. Gebe kadınlar arasında ara öğün sıklığı yönünden ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur. Ayrıca gebe olmayan kadınlar arasında ara öğün sıklığı yönünden ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Ara öğün yapmayanlar arasında gebe ve gebe olmayan kadınların ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Aynı şekilde günde 1 kez ve günde 2 kez ara öğün yapanlar arasında gebe ve gebe olmayan kadınların ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Günde 3 kez ve üzerinde ara öğün yapan bireyler arasında ise gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 15.8 ± 8.80 iken gebe olmayan kadınların puan ortalaması 25.3 ± 11.88 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$). Günde 3 kez ve üzerinde ara öğün yapan gebelerin ORTO-15 ortalaması 36.6 ± 3.74 , BAÖ ortalaması 16.6 ± 8.82 iken bu değerler gebe olmayan kadınlar için sırayla 34.2 ± 3.37 ve 21.5 ± 12.33 ’tür. Bireyler toplamına bakıldığında ara öğün yapma sıklığı ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6.20. Bireylerin Ara Öğün Sayılarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	Ara öğün yapmıyor			Günde 1 kez ara öğün yapıyor			Günde 2 kez ara öğün yapıyor			Günde 3 kez ve üzeri ara öğün yapıyor			p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
	Gebe Kadınlar (n=23)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=39)	Toplam (n=62)	Gebe Kadınlar (n=51)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=58)	Toplam (n=109)	Gebe Kadınlar (n=37)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=54)	Toplam (n=91)	Gebe Kadınlar (n=20)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=11)	Toplam (n=31)				
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$				
	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)				
YTT-26 toplam puanı	17.9±10.83 (1-46)	22.1±11.37 (5-51)	20.6±11.27 (1-51)	16.9±7.60 (3-38)	16.8±7.55 (4-36)	16.8±7.54 (3-38)	15.9±8.43 (3-40)	20.0±11.14 (4-51)	18.3±10.27 (3-51)	15.8±8.80 (1-32)	25.3±11.88 (11-44)	19.2±10.84 (1-44)	0.85	0.05	0.03*	0.28
ORTO-15 toplam puanı	37.6±3.61 (31-43)	37.3±4.04 (26-46)	37.4±3.86 (26-46)	37.3±4.08 (28-46)	37.2±3.53 (30-45)	37.2±3.78 (28-46)	38.0±3.11 (31-43)	36.8±3.69 (29-45)	37.3±3.50 (29-45)	36.6±3.74 (29-42)	34.2±3.37 (28-38)	35.8±3.74 (28-42)	0.59	0.12	0.11	0.27
BAÖ toplam puanı	15.3±8.18 (3-33)	15.2±13.20 (0-57)	15.2±11.52 (0-57)	16.5±12.90 (0-57)	13.3±9.71 (2-48)	14.8±11.38 (0-57)	16.6±8.93 (3-39)	14.1±11.37 (0-43)	15.1±10.47 (0-43)	16.6±8.82 (0-33)	21.5±12.33 (4-48)	18.3±10.27 (0-48)	0.79	0.18	0.25	0.19

^{KW}: Kruskal Wallis Testi

*p<0.05

p₁: Gebelerin ara öğün sıklığına göre karşılaştırılmasıp₂: Gebe olmayan kadınların ara öğün sıklığına göre karşılaştırılmasıp₃: Günde 3 kez ve üzeri ara öğün yapan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₄: Öğün atlayan ve atlamayan kadınların karşılaştırılması

6.7.3. Bireylerin tartılma sıklıkları ve egzersiz durumları ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin tartılma sıklıklarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.21’de gösterilmiştir. Gebe kadınlar arasında tartılma sıklıklarına göre ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Gebe olmayan kadınlardan günde 1 kez ve üzerinde tartılanların YTT-26 puan ortalaması 24.7 ± 11.26 iken ayda 1-3 kez tartılanların puan ortalaması 18.1 ± 10.34 ’tür. Gebe olmayan kadınlar arasında YTT-26 puan ortalaması yönünden anlamlı bir fark vardır ve bu fark günde 1 kez ve üzeri tartılan gebe olmayan kadınlar ile ayda 1-3 kez tartılan gebe olmayan kadınlar arasındadır ($p < 0.05$).

Ayda 1-3 kez tartılan gebeler ve gebe olmayan kadınlar arasında YTT-26 ve ORTO-15 puan ortalamaları yönünden anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ayda 1-3 kez tartılan gebelerin BAÖ puan ortalaması 17.5 ± 11.63 iken gebe olmayan kadınlarda ortalama 13.7 ± 12.21 ile daha düşüktür ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).

Hiç tartılmayan gebeler ile gebe olmayan kadınlar arasında YTT-26 ve BAÖ puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Hiç tartılmayan gebelerde ORTO-15 puan ortalaması 39.7 ± 3.95 iken gebe olmayan kadınlarda ortalama 35.2 ± 4.39 ’dur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Toplam bireyler arasında tartılma sıklıklarına göre analiz yapıldığında YTT-26 puanı yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark günde 1 kez ve üzerinde tartılan bireyler ile hiç tartılmayan bireylerden kaynaklanmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 6.21. Bireylerin Tartılma Sıklıklarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	Günde 1 ve üzeri			Haftada 1-6 kez			Ayda 1-3 kez			Hiç			p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
	Gebe	Gebe	Toplam	Gebe	Gebe	Toplam	Gebe	Gebe	Toplam	Gebe	Gebe	Toplam					
	Kadınlar (n=18)	Olmayan Kadınlar (n=24)	(n=42)	Kadınlar (n=28)	Olmayan Kadınlar (n=52)	(n=80)	Kadınlar (n=77)	Olmayan Kadınlar (n=74)	(n=151)	Kadınlar (n=8)	Olmayan Kadınlar (n=12)	(n=20)					
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	18.0±7.66 (6-32)	24.7±11.26 ^a (7-51)	21.8±10.34 ^c (6-51)	17.8±10.41 (5-46)	20.2±8.96 (5-44)	19.4±9.50 (5-46)	16.4±8.14 (1-38)	18.1±10.34 ^b (4-51)	17.2±9.29 (1-51)	11.6±6.88 (3-25)	17.8±11.85 (6-44)	15.3±10.41 ^d (3-44)	0.30	0.02*	0.70	0.30	0.01*
ORTO-15 toplam puanı	36.5±3.55 (28-42)	35.9±3.39 (30-41)	36.1±3.43 (28-42)	38.1±3.32 (33-44)	37.5±3.55 (29-45)	37.7±3.46 (29-45)	37.2±3.74 (29-46)	37.0±3.81 (26-46)	37.1±3.76 (26-46)	39.7±3.95 (33-45)	35.2±4.39 (28-42)	37.0±4.69 (28-45)	0.17	0.19	0.71	0.04*	0.24
BAÖ toplam puanı	15.3±9.98 (3-42)	13.2±8.77 (2-33)	14.1±9.26 (2-42)	13.7±7.79 (0-27)	16.6±11.60 (0-48)	15.6±10.47 (0-48)	17.5±11.63 (0-57)	13.7±12.21 (0-57)	15.7±12.03 (0-57)	16.5±6.02 (8-23)	13.7±10.32 (0-32)	14.8±8.77 (0-32)	0.59	0.34	0.01*	0.38	0.92

^{KW}: Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

*p<0.05

[a-b] ve [c-d] arasında ilişki bulunmuştur.

p₁: Gebelerin tartılma sıklığına göre karşılaştırılmasıp₂: Gebe olmayan kadınların tartılma sıklığına göre karşılaştırılmasıp₃: Ayda 1-3 kez tartılan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₄: Hiç tartılmayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₅: Tartılma sıklıklarına göre bireyler toplamının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bireylerin tartılma sıklık durumlarına göre YTT-26 gruplarının dağılımları Tablo 6.22’de verilmiştir. YTT-26’dan 20 ve üzeri puan alınması yeme tutumundan bozukluk olduğunu ifade eder. Yeme tutumunda bozukluk olan gebe kadınların %68.1’i ayda 1-3 kez tartılırken, gebe olmayan kadınlar için bu değer %40.6’dır. Tartılma sıklığı ile yeme tutumunda bozukluk olan gebe ve gebe olmayan kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. Yeme tutumunda bozukluk olmayan gebelerin %53.6’sı ayda 1-3 kez tartılırken, gebe olmayan kadınlar için bu değer %49.5’tir. Tartılma sıklığı ile yeme tutumunda bozukluk olmayan gebe ve gebe olmayan kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6.22. Bireylerin Tartılma Sıklığına Göre Yeme Tutum Testi (YTT-26) Gruplarının Dağılımları

Tartılma sıklığı	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
YTT-26≥20 puan								
Günde 1 ve üzeri	5	10.6	13	18.8	18	15.5	9.297	0.054
Haftada 1-6 kez	9	19.2	24	34.8	33	28.4		
Ayda 1-3 kez	32	68.1	28	40.6	60	51.7		
Hiç	1	2.1	4	5.8	5	4.4		
YTT-26<20 puan								
Günde 1 ve üzeri	13	15.5	11	11.9	24	13.6	1.547	0.818
Haftada 1-6 kez	19	22.6	28	30.1	47	26.6		
Ayda 1-3 kez	45	53.6	46	49.5	91	51.4		
Hiç	7	8.3	8	8.6	15	8.5		

χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi

*p<0.05

Araştırmaya katılan bireylerin egzersiz yapma durumlarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.23’te gösterilmiştir. Gebe kadınlar arasında egzersiz yapma durumuna göre ölçek puanları yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Gebe olmayan kadınlar arasında egzersiz yapanların BAÖ puan ortalaması 10.5±8.34 iken egzersiz yapmayanların puan ortalaması 16.1±12.07 ile anlamlı düzeyde daha

yüksektir ($p<0.05$). Egzersiz yapan kadınlar arasında gebelerin YTT-26 puan ortalaması 20.1 ± 10.70 , ORTO-15 puan ortalaması 37.7 ± 4.03 ve BAÖ puan ortalaması 14.1 ± 9.11 iken bu değerler gebe olmayan kadınlar için sırayla 21.2 ± 11.86 , 37.0 ± 3.75 ve 10.5 ± 8.34 'tür. Egzersiz yapan gebe ve gebe olmayan kadınlar arasında ölçek puanları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Egzersiz yapmayan gebelerin YTT-26 puan ortalaması 16.0 ± 8.04 iken gebe olmayanlarda ortalama 19.2 ± 9.71 ile daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Egzersiz yapmayan gebe ve gebe olmayan kadınlar arasında ORTO-15 ve BAÖ puanları yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Bireyler egzersiz yapanlar ve yapmayanlar olarak değerlendirildiğinde YTT-26 ve ORTO-15 puanları yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak egzersiz yapan kadınların BAÖ puan ortalaması 11.6 ± 8.67 iken egzersiz yapmayan kadınlarda ortalama 16.4 ± 11.38 'dir ve bu fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin egzersiz yapma durumlarına göre YTT-26 gruplarının dağılımı Tablo 6.24'te verilmiştir. Bireyler haftada 150 dakika ve üzeri yapanlar ve yapmayanlar olarak sınıflandırılmıştır. Yeme tutumunda bozukluk olan gebeler ve gebe olmayan kadınlar arasında egzersiz yapma dağılımı yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. Yeme tutumunda bozukluk olmayan gebelerin %89.3'ü egzersiz yapmazken, gebe olmayan kadınların %75.3'ü egzersiz yapmamaktadır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 6.23. Bireylerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	Egzersiz yapan			Egzersiz yapmayan			p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
	Gebe Kadınlar (n=20)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=44)	Toplam (n=64)	Gebe Kadınlar (n=111)	Gebe Olmayan Kadınlar (n=118)	Toplam (n=229)					
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)					
YTT-26 toplam puanı	20.1±10.70 (3-46)	21.2±11.86 (4-51)	20.8±11.44 (3-51)	16.0±8.04 (1-38)	19.2±9.71 (4-51)	17.6±9.06 (1-51)	0.090	0.519	0.983	0.029*	0.073
ORTO-15 toplam puanı	37.7±4.03 (31-46)	37.0±3.75 (28-45)	37.2±3.83 (28-46)	37.4±3.63 (28-45)	36.8±3.75 (26-46)	37.1±3.70 (26-46)	0.807	0.887	0.499	0.237	0.947
BAÖ toplam puanı	14.1±9.11 (3-33)	10.5±8.34 (0-33)	11.6±8.67 (0-33)	16.8±10.65 (0-57)	16.1±12.07 (0-57)	16.4±11.38 (0-57)	0.312	0.006*	0.131	0.329	0.002*

MWU: Mann Whitney-U Testi yapılmıştır.

*p<0.05

p₁: Gebelerin egzersiz yapma durumlarına göre karşılaştırılmasıp₂: Gebe olmayan kadınların egzersiz yapma durumlarına göre karşılaştırılmasıp₃: Egzersiz yapan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₄: Egzersiz yapmayan gebe ve gebe olmayan kadınların karşılaştırılmasıp₅: Egzersiz yapan ve yapmayan kadınların karşılaştırılması

Tablo 6.24. Bireylerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Yeme Tutum Testi (YTT-26) Gruplarının Dağılımları

Egzersiz yapma	Gebe Kadınlar (n=131)		Gebe Olmayan Kadınlar (n=162)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
YTT-26≥20 puan								
Egzersiz Yapan	11	23.4	21	30.4	32	27.6	0.692	0.526
Egzersiz Yapmayan	36	76.6	48	69.6	84	72.4		
YTT-26<20 puan								
Egzersiz Yapan	9	10.7	23	24.7	32	18.1	5.855	0.019*
Egzersiz Yapmayan	75	89.3	70	75.3	145	81.9		
χ^2 Ki-kare bağımsızlık testi								
			*p<0.05					

6.7.4. Bireylerin gebelik dönemi verileri ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik sayılarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.25'te gösterilmiştir. BAÖ puanı üç ve üzerinde gebelik yaşayan kadınlarda (19.8 $\pm$ 12.22) en yüksek ve ikinci gebeliği olan kadınlarda (13.2 $\pm$ 10.49) en düşüktür. Beck anksiyete ölçek puanı ile gebelik sayısı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Bu farklılık ikinci gebeliğini yaşayan gebe kadınlar ile üç ve üzerinde gebelik yaşamış olan gebe kadınlardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 6.25. Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	İlk gebelik (n=63)		İkinci gebelik (n=31)		Üç ve üzeri (n=37)		KW p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	
YTT-26 toplam puanı	16.3±7.75	3-40	16.9±10.04	3-46	17.0±8.84	1-32	0.250 0.883
ORTO-15 toplam puanı	37.3±4.04	28-45	37.5±3.28	32-46	37.7±3.43	31-44	0.192 0.909
BAÖ toplam puanı	15.9±8.74	3-38	13.2±10.49 ^a	0-42	19.8±12.22 ^b	3-57	6.624 0.036*

^{KW} Kruskal-Wallis testi

*p<0.05

[a-b] a ve b değişkenleri arasında farklılık vardır.

Araştırmaya katılan gebelerin önceden düşük/kürtaj yapma durumlarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.26'da gösterilmiştir. Daha önce düşük/kürtaj yaşamayan gebelerin YTT-26 puan ortalaması 16.5±8.48, ORTO-15 puan ortalaması 37.5±3.88 ve BAÖ puan ortalaması 15.6±9.62 iken bu değerler düşük/kürtaj yaşamış olan gebeler için sırayla 17.0±8.97, 37.4±3.12 ve 18.5±12.33'tür. Ölçek toplam puanları ile düşük/kürtaj yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p>0.05).

Tablo 6.26. Gebelerin Önceden Düşük/Kürtaj Yapma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	Düşük/kürtaj yok (n=96)		Düşük kürtaj var (n=35)		MWU	p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst		
YTT-26 toplam puanı	16.5±8.48	3-46	17.0±8.97	1-32	-0.544	0.58
ORTO-15 toplam puanı	37.5±3.88	28-46	37.4±3.12	31-43	-0.172	0.86
BAÖ toplam puanı	15.6±9.62	0-42	18.5±12.33	3-57	-0.987	0.32

^{MWU} Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftalarına göre ölçek toplam puan farklılıkları Tablo 6.27’de gösterilmiştir. YTT-26 puan ortalaması 1.trimesterdaki gebelerde en düşük (15.2 ± 7.76) iken 2.trimesterdaki gebelerde en yüksek (21.2 ± 10.81) saptanmıştır. Gebelerin trimester grupları arasında YTT-26 puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). ORTO-15 puan ortalaması ikinci trimesterdaki gebelerde (36.1 ± 3.23) en düşük iken, üçüncü trimesterdaki gebelerde (38.0 ± 3.63) en yüksektir. ORTO-15 toplam puanı ile gebelik haftası arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Ancak anlamlılık değeri 0.05’e yakın olduğundan üç trimester grubundan farklılığın kaynağı analiz ile saptanamamıştır. Gebelerin trimester grupları arasında BAÖ puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 6.27. Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	1.trimester (n=25)		2.trimester (n=24)		3.trimester (n=82)		KW p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	
YTT-26 toplam puanı	15.2 ± 7.76	3-31	21.2 ± 10.81	5-46	15.7 ± 7.70	1-38	5.600 0.061
ORTO-15 toplam puanı	37.1 ± 4.00	29-45	36.1 ± 3.23	31-43	38.0 ± 3.63	28-46	6.064 0.048*
BAÖ toplam puanı	13.5 ± 9.70	0-38	14.8 ± 9.64	3-36	17.7 ± 10.76	0-57	4.138 0.126
^{KW} Kruskal-Wallis testi		* $p < 0.05$					

Araştırmaya katılan gebelerin, bu gebelik döneminde yaşadıkları yakınma sayılarına göre ölçek toplam puanlarının farklılıkları Tablo 6.28’de gösterilmiştir. Gebelikte rastlanan yakınmalar bulantı/kusma, baş dönmesi, mide yanması/ekşimesi, bel ağrısı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare ve ödemdir. Gebelikte yaşanan yakınma sayısı ile YTT-26 ve ORTO-15 testi toplam puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark görülmemiştir. BAÖ puanı, 5 ve üzerinde yakınması olan gebelerde (19.3 ± 8.71), daha az yakınması olan gebelerden (15.8 ± 10.70) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 6.28. Gebelerin Gebelikte Yakınma Sayılarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	0-4 yakınma (n=109)		5 ve üzeri yakınma (n=22)		MWU	p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst		
YTT-26 toplam puanı	16.3±8.60	1-46	18.3±8.48	6-40	-0.992	0.321
ORTO-15 toplam puanı	37.6±3.59	28-45	36.9±4.14	29-46	-0.819	0.413
BAÖ toplam puanı	15.8±10.70	0-57	19.3±8.71	4-39	-2.021	0.043*

^{MWU} Mann-Whitney U testi *p<0.05

Bireylerin gebelik döneminde ilaç kullanımına göre ölçek toplam puanları Tablo 6.29’da gösterilmiştir. Gebelik döneminde ilaç kullanan gebelerin YTT-26 puan ortalaması 15.9±8.42, ORTO-15 puan ortalaması 36.8±3.51 ve BAÖ puan ortalaması 19.3±10.50 iken bu değerler ilaç kullanmayan gebeler için sırayla 16.8±8.66, 37.7±3.72 ve 15.4±10.31’dir. İlaç kullanan gebelerin anksiyete düzeyi, ilaç kullanmayan gebelerden anlamlı ölçüde daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 6.29. Gebelerin Gebelikte İlaç Kullanımlarına Göre Ölçek Puanlarının Ortalama ($\bar{X}$), Standart Sapma (SS), Alt Ve Üst Değerleri

Ölçekler	İlaç kullanan (n=31)	İlaç kullanmayan (n=100)	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
YTT-26 toplam puanı	15.9±8.42	16.8±8.66	0.68
ORTO-15 toplam puanı	36.8±3.51	37.7±3.72	0.21
BAÖ toplam puanı	19.3±10.50	15.4±10.31	0.04*

^{MWU} Mann-Whitney U testi *p<0.05

Araştırmaya katılan gebelerin, bazı gebelik parametrelerine göre ölçek alt ve toplam puan farklılıkları Tablo 6.30'da gösterilmiştir. Diyet yapma alt boyutu, oral kontrol davranış alt boyutu, YTT-26 toplam puanı ve ORTO-15 toplam puanı ile ölü doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, gebelik sayısı, gebelikteki yakınma sayısı ve gebelik haftası arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon görülmemiştir ($p>0.05$).

Bulimik davranış alt boyutu ile gebelik sayısı ($r=0.190$, $p=0.030$) arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır. Ayrıca BAÖ toplam puanı ile gebelikteki yakınma sayısı ($r=0.218$, $p=0.012$) ve gebelik haftası ($r=0.188$, $p=0.031$) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

6.7.5. Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre ölçek puanlarına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre YTT-26 puan dağılımı Tablo 6.31'de incelenmiştir. Gebe kadınlar için gebelik öncesi BKİ değeri hesaplanarak analiz yapılmıştır. Yeme tutumunda bozukluk olan gebelerden 25'i normal ve 10'u fazla kilolu iken yeme tutumunda bozukluk olmayan gebelerden 51'i normal, 15'i obez ve 14'ü fazla kilolu sınıfında yer almaktadır.

Yeme tutumunda bozukluk olan gebe olmayan kadınlardan 46'sı, yeme tutumunda bozukluk olmayanların ise 64'ü normal sınıfta yer almaktadır. Beden kütle indeksi gruplarına göre yeme tutumunda bozukluk konusunda gebelikle ilişkili anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 6.30. Gebelerin Bazı Gebelik Parametrelerine Göre YTT-26 Toplam ve Alt, ORTO-15 ve BAÖ Puanı Korelasyon Analizi

Parametreler	Diyet yapma alt boyutu		Bulimik davranış alt boyutu		Oral kontrol davranış alt boyutu		Yeme tutum testi toplam puanı		ORTO-15 toplam puan		Beck Anksiyete toplam puan	
	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a
Ölü doğum sayısı	0.266	0.611	0.664	0.150	0.399	0.434	0.399	0.434	0.266	0.611	0.399	0.434
Düşük/kürtaj sayısı	-0.002	0.989	0.084	0.632	-0.073	0.675	-0.014	0.935	-0.078	0.654	0.153	0.379
Gebelik sayısı	-0.044	0.620	0.190	0.030*	0.052	0.554	0.036	0.685	0.028	0.755	0.078	0.379
Gebelikte yakınma sayısı	0.058	0.507	0.029	0.743	0.048	0.583	0.046	0.603	0.042	0.635	0.218	0.012*
Gebelik haftası	-0.096	0.275	-0.079	0.370	0.090	0.304	-0.047	0.597	0.154	0.080	0.188	0.031*

^aSpearman's Korelasyon

*p<0.05

Tablo 6.31. Bireylerin Beden Kütle İndeksi Gruplarına Göre Yeme Tutum Testi-26 Gruplarının Dağılımı

BKİ Sınıflaması	Yeme tutumunda bozukluk var (n=116)		Yeme tutumunda bozukluk yok (n=177)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Gebe Kadınlar ¹								
Zayıf	4	50.0	4	50.0	8	2.7	1.349	0.718
Normal	25	32.9	51	67.1	76	25.9		
Fazla kilolu	10	41.7	14	58.3	24	8.2		
Obez	8	34.8	15	65.2	23	7.9		
Gebe Olmayan Kadınlar								
Zayıf	2	22.2	7	77.8	9	3.1	2.814	0.421
Normal	46	41.8	64	58.2	110	37.5		
Fazla kilolu	13	44.8	16	55.2	29	9.9		
Obez	8	57.1	6	42.9	14	4.8		

² Ki-kare bağımsızlık testi

^{*}Satır yüzdesi hesaplanmıştır.

¹Gebelik  ncesi vücut ağırlığı ile BKİ hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ sınıflamasına göre ORTO-15 puan dağılımı Tablo 6.32’de incelenmiştir. Vücut ağırlığına göre zayıf sınıfta olan gebe kadınların hepsi ortorektik grupta yer almaktadır. Gebelerden normal sınıftakilerin %73.7’i, fazla kiloluların %70.8’i ve obezlerin %82.6’sı ortorektik gruptadır.

Gebe olmayan kadınlardan vücut ağırlığına göre zayıf olanların %88.9’u, normal sınıftakilerin %79.1’i, fazla kiloluların %86.2’si ve obezlerin %92.9’u ortorektik gruptadır. Beden kütle indeksi gruplarına göre Ortoreksiya Nervoza riski arasında gebelikle ilişkili anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Tablo 6.32. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre ORTO-15 Testi Gruplarının Dağılımı

BKİ Sınıflaması	Sağlıklı (n=60)		Ortorektik (n=233)		Toplam (n=293)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Gebe Kadınlar ¹								
Zayıf	-	-	8	100.0	8	2.7	3.679	0.298
Normal	20	26.3	56	73.7	76	25.9		
Fazla kilolu	7	29.2	17	70.8	24	8.2		
Obez	4	17.4	19	82.6	23	7.9		
Gebe Olmayan Kadınlar								
Zayıf	1	11.1	8	88.9	9	3.1	0.850	0.838
Normal	23	20.9	87	79.1	110	37.5		
Fazla kilolu	4	13.8	25	86.2	29	9.9		
Obez	1	7.1	13	92.9	14	4.8		

¹ Ki-kare bağımsızlık testi

*Sadır yüzdesi hesaplanmıştır.

¹Gebelik öncesi vücut ağırlığı ile hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ sınıflamasına göre Beck Anksiyete Ölçeği puanı dağılımı Tablo 6.33'te incelenmiştir. Gebe olmayan kadınların BAÖ grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmezken, gebeler arasında BAÖ grupları arasında anlamlı bir fark vardır (p<0.05).

Tablo 6.33. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine Göre Beck Anksiyete Ölçeği Gruplarının Dağılımı

BKİ Sınıflaması	Düşük (n=80)		Hafif (n=83)		Orta (n=81)		Şiddetli (n=49)		Toplam (n=293)		χ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gebe Kadınlar ¹												
Zayıf	3	37.5	-	-	1	12.5	4	50.0	8	2.7	17.062	0.048*
Normal	18	23.7	22	28.9	27	35.5	9	11.8	76	25.9		
Fazla kilolu	4	16.7	8	33.3	6	25.0	6	25.0	24	8.2		
Obez	2	8.7	11	47.8	7	30.5	3	13.0	23	7.9		
Gebe Olmayan Kadınlar												
Zayıf	3	33.3	2	22.2	-	-	4	44.5	9	3.1	8.748	0.461
Normal	39	35.5	31	28.2	26	23.6	14	12.7	110	37.5		
Fazla kilolu	8	27.6	5	17.2	10	34.5	6	20.7	29	9.9		
Obez	3	21.4	4	28.6	4	28.6	3	21.4	14	4.8		

¹ Ki-kare bağımsızlık testi,

*p<0.05

¹Gebelik öncesi vücut ağırlığı ile hesaplanmıştır.

*Sadır yüzdesi hesaplanmıştır.

Tablo 6.33'te gösterildiği üzere gebe kadınlardan obez olanların %47.8'i hafif, fazla kilolu olanların %33.3'ü hafif, normal ağırlıkta olanların %35.5'i orta ve zayıf gruptakilerin %50.0'ı şiddetli anksiyete riski altındadır. Gebe olmayan kadınlarda ise fazla kiloluların %34.5'i orta, normal sınıftakilerin %35.5'i düşük, zayıf sınıftakilerin ise %44.5'i şiddetli anksiyete riski altındadır.

6.7.6. Bireylerin YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiye dair bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin bazı parametreler ile ölçek alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 6.34'te incelenmiştir. Diyet yapma alt boyutu ile hastalık durumu ($r=0.159$, $p=0.006$) arasında pozitif, tartılma sıklığı ($r=-0.201$, $p=0.001$) ve haftada 150 dakika ve üzerinde egzersiz yapma durumu ($r=-0.115$, $p=0.049$) arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır.

Bulimik davranış alt boyutu ile hastalık durumu ($r=0.168$, $p=0.004$) arasında pozitif ve günlük su tüketimi ($r=-0.179$, $p=0.002$) arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde negatif ilişki görülmüştür. YTT-26 toplam puanı ile hastalık durumu ($r=0.201$, $p=0.001$) pozitif ve tartılma sıklığı ($r=-0.183$, $p=0.002$) negatif ilişkilidir.

ORTO-15 toplam puanı ile hastalık durumu ($r=-0.146$, $p=0.013$) arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır. BAÖ toplam puanı ile hastalık durumu ($r=0.172$, $p=0.003$) ve haftada 150 dakika ve üzeri egzersiz yapma durumu ($r=0.180$, $p=0.002$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.

Tablo 6.34. Bazı Parametreler İle Ölçek Toplam ve Alt Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Parametreler	Diyet yapma alt boyutu		Bulimik davranış alt boyutu		Oral kontrol davranış alt boyutu		YTT-26 toplam puanı		ORTO-15 toplam puanı		BAÖ toplam puanı	
	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a
Eğitim düzeyi	0.008	0.896	-0.025	0.665	-0.095	0.106	-0.065	0.268	0.026	0.652	-0.112	0.056
Çalışma durumu	0.006	0.916	-0.036	0.534	0.008	0.891	-0.005	0.935	-0.030	0.607	-0.012	0.843
Hastalık durumu	0.159	0.006**	0.168	0.004**	0.109	0.063	0.201	0.001**	-0.146	0.013*	0.172	0.003**
Günlük su tüketimi	0.045	0.440	-0.179	0.002**	-0.042	0.475	-0.045	0.442	0.047	0.424	-0.089	0.127
Günlük ara öğün sayısı	-0.038	0.517	0.049	0.404	-0.045	0.439	-0.042	0.472	-0.078	0.184	0.057	0.327
Tartılma sıklığı	-0.201	0.001**	-0.086	0.142	-0.022	0.707	-0.183	0.002**	0.028	0.635	0.031	0.595
Egzersiz yapma	-0.115	0.049*	-0.003	0.955	-0.087	0.137	-0.105	0.073	-0.004	0.947	0.180	0.002**

^aSpearman's Korelasyon

*p<0.05

**p<0.01

Araştırmaya katılan bireylerin YTT-26 alt ve toplam puanları ile ORTO-15 ve BAÖ puanları arasındaki korelasyon analizi Tablo 6.35'te verilmiştir. Diyet yapma alt boyutu ile bulimik davranış alt boyutu ($r=0.280$, $p=0.000$), YTT-26 toplam puanı ($r=0.847$, $p=0.000$) arasında pozitif ve ORTO-15 toplam puanı ($r=-0.461$, $p=0.000$) arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır.

Bulimik davranış alt boyutu ile YTT-26 toplam puanı ($r=0.520$, $p=0.000$) ve BAÖ toplam puanı ($r=0.198$, $p=0.001$) arasında pozitif, ORTO-15 toplam puanı ($r=-0.218$, $p=0.000$) arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır. Oral kontrol davranış alt boyutu ile YTT-26 toplam puanı ($r=0.506$, $p=0.000$) pozitif ilişkili olup, YTT-26 toplam puanı ile ORTO-15 toplam puanı ($r=-0.440$, $p=0.000$) arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Ayrıca YTT-26 toplam puanı ile BAÖ toplam puanı ($r=0.127$, $p=0.030$) pozitif ilişkilidir. Bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 6.35. Bireylerin YTT-26 Ölçeği Alt Boyutları ile ORTO-15 ve BAÖ Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Parametreler	Diyet yapma alt boyutu		Bulimik davranış alt boyutu		Oral kontrol davranış alt boyutu		YTT-26 toplam puanı		ORTO-15 toplam puanı		BAÖ toplam puanı	
	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a	r	p ^a
Diyet yapma alt puanı	-		0.280	0.000**	0.112	0.056						
Bulimik davranış alt puanı	0.280	0.000**	-		0.105	0.074						
Oral kontrol davranış alt puanı	0.112	0.056	0.105	0.074	-							
YTT-26 toplam puanı	0.847	0.000**	0.520	0.000**	0.506	0.000**	-					
ORTO-15 toplam puanı	-0.461	0.000**	-0.218	0.000**	-0.109	0.063	-0.440	0.000**	-			
BAÖ toplam puanı	0.078	0.185	0.198	0.001*	-0.011	0.855	0.127	0.030*	-0.048	0.413	-	

^aSpearman's Korelasyon

*p<0.05

**p<0.001

7.TARTIŞMA

Gebelik dönemi birçok fizyolojik değişimin yaşandığı, kadınlar için oldukça önemli bir dönemdir [23]. Gebelik döneminde yaşanan yeme bozuklukları fetal büyüme ve bebeğin erken dönem gelişiminde ciddi etkilere yol açabilir [9]. Ortoreksiya Nervoza (ON) sağlıklı olmak amacıyla besinler üzerine fazla düşünme ve takıntılı davranışlar sergilemenin yer aldığı bir yeme bozukluğu tipidir [11]. Gebe kadınlarda ON prevalansını araştıran çalışmalar sınırlıdır. Anksiyete kaygının yer aldığı bir duygulanımdır ve anksiyete bozukluklarının birçok alt grubu bulunmaktadır [135]. Tedavi edilmemiş anksiyete bozuklukları anne ve bebek üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir [146].

Bu çalışma gebe olan ve olmayan kadınların, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme tutum ve davranış bozuklukları ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

7.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgilerin Değerlendirilmesi

Yeme bozukluklarından en sık görülenleri Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN) ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'dur (TYB) ve kadınlarda yeme bozukluğu görülme sıklığı erkeklerden daha yüksektir [147]. Avrupalı kadınlarda Anoreksiya Nervoza prevalansı <%1-4, Bulimiya Nervoza prevalansı <%1-2, Tıkınırcasına Yeme Sendromu prevalansı %1-4 olarak saptanmıştır [15]. Bu çalışmada 131 gebe (%44.7) ve 162 gebe olmayan (%55.3) olmak üzere toplam 293 yetişkin kadın yer almıştır. Yeme bozukluklarının en sık görüldüğü cinsiyet grubu kadınlar olduğundan bu çalışmaya sadece kadınlar dahil edilmiştir.

Yeme bozuklukları tüm yaş gruplarını etkileyebilir [77]. Yapılan araştırmalara göre yeme bozuklukları sıklıkla doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmektedir [148]. Yeme bozukluğu tanısı olan bireyler ile yapılan bir araştırmada, ortalama yaş 28.1 yıldır ve araştırmaya katılan bireylerin %93.6'sı kadınlardan oluşmaktadır [3]. Üniversite öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa sıklığının araştırıldığı bir çalışmada yaş ortalaması 21.4 ± 2.4 yıldır [149]. Doğurganlık çağındaki kadınlar ve gebelerle yürütülen bir çalışmada ortalama yaş 31.9'dur [45]. Çalışmamıza katılan gebe kadınların yaş ortalaması 29.2 ± 5.5 iken gebe olmayan kadınlar için 27.5 ± 5.8 yıldır. Bireylerin genel yaş ortalaması ise 28.3 ± 5.7 yıldır. Bu çalışma doğurganlık çağındaki kadınlarla yürütüldüğünden yaş ortalaması diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Polonya'da yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan kadınların %4.4'ü lise, %75.7'si üniversite mezunudur [150]. Gebelerle yapılan geniş katılımlı bir araştırmada, bireylerin %37.7'si ilkokul ve lise mezunu, %42.4'ü üniversite mezunu iken %19.9'u lisansüstü eğitim almıştır [99]. Ülkemizde gebe kadınlarla yürütülen bir araştırmada, gebelerin %34.3'ü ortaokul, %25.4'ü ilkokul, %21.9'u üniversite ve %18.4'ü lise mezunudur [151]. Bu araştırmaya katılan gebe kadınların %53.4 lise ve altı, %46.6'sı üniversite ve üzeri eğitim almışken, bu değerler gebe olmayan kadınların için sırayla % 16.6 ve %83.4'tür (Tablo 6.1). Bu değerler yukarıda belirtilen araştırmalarla benzerdir.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada, yaşam süresince AN tanısı almış kadınların %49'u, BN tanısı almış kadınların %48.9'u ve genel popülasyonun %49.1'i çalışmaktadır [152]. Gebelerle yapılan bir araştırmada, bireylerin %85'i özel sektör veya devlet hizmetinde çalıştığını, %6'sı çalışmadığını belirtmiştir [99]. Başka bir çalışmada, gebelerin %84.5'i çalışmazken, araştırmaya katılan öğretmen, memur ve işçi bireylerde bulunmaktadır [151]. Bu çalışmada gebelerin %32.1'i ve gebe olmayan kadınların %67.9'u çalışmaktadır (Tablo 6.1). Pandemi veya doğum zamanının yaklaşması nedeniyle çalışmayı bırakan gebeler olabileceğinden iki grup

arasında çalışan bireylerin dağılımında fark görülmüş olabilir. Ortoreksiya Nervoza sıklığı araştırmaları çoğunlukla öğrenci popülasyonu ile yapılmıştır [106, 153–156]. Bu araştırmaya katılan bireylerin meslek dağılımları arasında hemşirelik, öğretmenlik, avukatlık, sağlık teknikerliği yer almaktadır.

7.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir [157]. Gebelerle yapılan bir araştırmada, bireylerin %14.1'inde gestasyonel diyabet, %4.1'inde hipertansiyon ve %8.5'inde tiroid problemi görülmüştür [158]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebe kadınların %13.8'inde kronik bir hastalık bulunmaktadır [159]. Bu araştırmaya katılan gebelerin %64.9'unun, gebe olmayan kadınların ise %56.2'sinin herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Gebe kadınların %45.2'sinde endokrin hastalık ve %30.6'sında vitamin ve mineral yetersizliği görülürken, gebe olmayan kadınların %45.2'sinde vitamin ve mineral yetersizliği ve %15.4'ünde endokrin hastalık görülmektedir. Bireylerde en sık görülen diğer hastalıklar ise sindirim sistemi hastalıkları, kalp damar hastalıkları, ruhsal sorunlar, kas iskelet hastalıklarıdır (Tablo 6.2). Çalışmadan elde edilen bulgular katılımcıların beyanlarından elde edilmiştir. Hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, vitamin-mineral yetersizliklerinin önlenmesi için yakın izlem yapılmalıdır.

Sigara içmek kardiyovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kanserler gibi çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilidir [160]. İkiz kadınlarla yapılan bir çalışmada, bireylerin %50.6'sı hiç sigara tüketmemişken, %42.5'i vücut ağırlığı kontrolü amacından ayrı bir sebeple ve %6.9'u vücut ağırlığı kontrolü amacıyla sigara kullanmaktadır [161]. Gebelikte sigara kullanımı ölü doğum, fetal büyüme geriliği, bebekte düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum gibi sonuçlara yol açabilir [162-163]. Avustralya'da gebe kadınlarla yürütülen bir araştırmada, 1994-2016 yılları arasında gebelerin %14.5'i gebelik döneminde sigara içtiğini

bildirmiştir [162]. Bir araştırmaya göre gebelerde sigara kullanımı 2007 yılında %1.97 iken 2016 yılında %1.14'e düşmüştür [163]. Yapılan bir araştırmada, kadınların %15.6'sı önceki gebeliklerinde sigara kullandığını bildirmiştir [164]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, gebelerin %84.3'ü sigara kullanmadığını belirtmiştir [165]. Gebelerle yürütülen bir başka araştırmada ise katılımcıların neredeyse yarısı sigara tüketirken, %9.4'ü gebelik boyunca da sigara kullanmaktadır [99]. İngiltere'de yapılan bir kohort çalışmasında, yaşamları süresince sadece Anoreksiya Nervoza veya AN ile beraber Bulimiya Nervoza tanısı olan kadınlar, gebelik öncesinde genel popülasyona göre daha fazla sigara tüketmektedir [152]. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, gebe kadınların %97.0'si hiç sigara içmemişken, %3.0'ü günde 1-5 adet sigara içmektedir [151]. Gebelerle yürütülen bir başka çalışmada, tüm yeme bozukluğu gruplarında sigara içme oranı yüksek görülmüştür [166]. Bu çalışmada gebelerin %13.7'si ve gebe olmayan kadınların %23.5'i sigara içmektedir. Gebelerden 40'ı gebelik öncesinde sigara içtiğini bildirmiştir. Çalışmamızda gebelikle beraber sigara içmeyi bırakan 22 gebe bulunmaktadır (Tablo 6.3). Sigaranın fetüs üzerine zararları nedeniyle gebelik döneminde sigara kullanan gebelerin oranı gebe olmayan kadınlardan daha düşük gelmiş olabilir.

Yapılan güncel bir araştırmada, beslenme ve yeme bozukluğu riski ile alkol kullanımı arasında pozitif ilişki görülmüştür [167]. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, bireylerin %81.7'si alkol kullanmadığını, %78.8'i daha önce hiç sigara içmediğini, %8.2'si sigarayı bıraktığını ve %13.0'ı sigara kullandığını bildirmiştir [168]. Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir araştırmada, kadınların %88.2'si sigara, %95.2'si alkol kullanmamaktadır [169]. Gebelikte alkol kullanımı fetüs üzerinde büyüme geriliği, bilişsel ve nörodavranışsal yetersizlikler gibi negatif etkilere yol açabilir [170]. Gebelerle yürütülen bir araştırmada, gebelerin %87.0'ı gebelik döneminde alkol kullanmadığını, %10.1'i ayda birden az ve %2.9'u ayda bir ve daha fazla alkol aldığını belirtmiştir [164]. Bu çalışmada gebelerin %2.3'ü ve gebe olmayan kadınların %25.3'ü alkol tüketmektedir. Gebelerden 17 kişi gebelik öncesinde alkol aldığını bildirmiştir. (Tablo 6.3). Alkol tüketimi bu çalışmada grubunda yüksek değilken, gebeliğin

başlamasıyla alkol tüketmeyi bırakan 14 gebe olmuştur. Dini ve kültürel sebeplerin yanı sıra sağlık endişesi de alkol tüketiminin az olmasının sebepleri arasında yer alabilir.

7.3. Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Ülkemizde gebelerle yapılan bir araştırmada, bireylerin %52.8'i günde 2-3 litre, %24.3'ü günde 3 litreden fazla ve %1.4'ü günde 1 litreden az su tüketmektedir [165]. Başka bir araştırmada, kadınların %47.2'si günde 6-10 su bardağı, %41.6'sı günde 5 su bardağından az, %8.0'ı günde 11-16 su bardağı ve %3.2'si günde 17 ve üzeri su bardağı su tüketmektedir [171]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2019 yılı verilerine göre, 15 yaş ve üzeri kadınların günlük su tüketimi ortalama 1423.8 ± 860.38 mililitredir [172]. Bu araştırmada, gebelerin %48.9'u günde 10 bardak ve üzeri, %35.1'i günde 6-10 su bardağı ve %16.0'ı günde 1-5 su bardağı su tükettiğini belirtirken, gebe olmayan kadınların %37.7'si günde 6-10 su bardağı, %33.3'ü günde 1-5 su bardağı ve %29.0'ı günde 10 su bardağı ve üzerinde su tükettiğini belirtmiştir (Tablo 6.7). Bu araştırmaya göre gebe kadınlar daha fazla su tüketmektedir ($p < 0.001$). Araştırmaya katılan gebelerin büyük bir kısmı TBSA veri ortalamasının üzerinde su tüketmektedir.

Yetişkin bireylerle yapılan bir araştırmada, kadınların %68.0'ı düzenli ana öğün yapmadığını bildirmiştir. Kadınların en sık atladığı ana öğün kahvaltı (%37.6) ve öğle yemeğidir (%36.5). Kadınların %94.4'ü ara öğün yapma alışkanlığına sahiptir ve %37.6'sı günde bir kez, 36.8'i günde iki kez, %15.2'si günde üç kez ara öğün yapmaktadır. Kadınların %5.6'sı ise hiç ara öğün yapmamaktadır [171]. Gebelerle yapılan bir araştırmada, gebelerin %60.0'ı öğün atlamadığını bildirmiştir. Öğün atlayan bireylerin değerlerine bakıldığında, en sık atlanan öğün (%17.1) öğle iken, en az atlanan öğün (%4.3) akşam öğünüdür. Aynı araştırmada bireylerin %35.7'si günde iki, %30.0'ı günde üç, %22.9'u günde bir, %1.4'ü günde dört kez ara öğün yaparken, bireylerin %10.0'ı hiç ara öğün yapmamaktadır [165]. Bir çalışmada,

gebelerin %84.6'sı ana öğün atlamazken, en sık atlanan ana öğün öğle (%54.8) öğünüdür ve bireylerin %89.6'sı ara öğün yapmaktadır [151]. Bu araştırmada, gebelerin %73.3'ü ve gebe olmayan kadınların %87'si ana öğün atladığını belirtmiştir. Bu çalışmada öğün atlayan gebelerin sayısı diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi sağlıklı beslenme konusunda bilinçli olmamak veya yaşanan bulantı, iştahsızlık gibi yakınmalar olabilir. Gebe olmayan kadınlarda öğün atlama sıklığı gebelerden daha yüksektir ($p<0.05$). Gebe olmayan kadınlarda çalışma oranı daha yüksek olduğundan öğün atlamaları iş durumuna bağlı olabilir. İki grupta da en sık atlanan ana öğün öğle iken, en az atlanan ana öğün akşam öğünüdür. Gebelerin %38.9'u günde bir kez ve %28.2'si günde iki kez ara öğün yaparken bu değerler gebe olmayan kadınlar için sırayla %35.8 ve %33.3'tür (Tablo 6.7). Öğün atlama oranının yüksek olması yetersiz ve dengesiz beslenmenin varlığını düşündürmektedir. Zaman yetersizliği, öğün saatlerinin düzensizliği, gıdaya erişim zorluğu gibi sorunlar öğle öğününün atlanmasına neden olabilir.

7.4. Bireylerin Uyku Süresi, Tartılma Sıklığı ve Egzersiz Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Yetersiz uyku süresi, yeme bozukluklarında görülen temel özelliklerden biridir [173]. TBSA 2019 yılı verilerine göre, 19-64 yaş aralığındaki kadınların günlük uyku süresi 485.8 ± 100.4 dakikadır [172]. Gebe kadınlarda fizyolojik değişikliklere bağlı olarak sıklıkla uyku bozuklukları, normalden kısa ve uzun uyku süreleri beraber görülmektedir [174-175]. Özellikle son trimesterde fetüsün hareketleri, bel ağrısı, hormonal değişiklikler ve abdominal rahatsızlığa bağlı olarak uyku bozuklukları görülebilir [176]. Gebe kadınlarla yapılan bir araştırmada, gebelerin %28'i 7 saat ve altında uyurken, %3'ü 9 saatin üzerinde uyku süresine sahiptir [175]. Gebelerle yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin gece ortalama uyku süresi 7.2 ± 2.4 saattir [177]. Ülkemize yapılan bir araştırmada, gebelerin gece ortalama uyku süresi 8.41 ± 1.71 saat olarak belirtilmiştir [14]. Yukarıdaki sonuçlara benzer olarak bu araştırmada gebelerin %72.5'i ve gebe olmayan kadınların %85.8'i

gece ortalama 7 saat ve üzerinde uyuduğunu bildirmiştir (Tablo 6.8). Ayrıca araştırmaya katılan gebelerin %13.7'si günde bir kez ve üzeri, %6.1'i hiç tartılmadığını belirtirken bu değerler gebe olmayan kadınlar için sırayla %14.8 ve %7.4'tür. Bu çalışmada gebe olan ve olmayan kadınlarda tartılma sıklığı yönünden bir fark görülmemiştir.

Egzersiz, planlı ve tekrarlayan bedensel etkinliklerden oluşan fiziksel aktivite olarak tanımlanır. Gebelik döneminde egzersiz gestasyonel diyabet riskinde azalma ve doğum sonra iyileşme süresince kısalma sağlar [178]. Ülkemizde yetişkin bireylerle yapılan bir araştırmada, kadınların %78.4'ü fiziksel aktivite yapmadığını belirtirken, %48.1'i haftada 2-3 gün fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir [171]. Başka bir araştırmada, kadınların %77.0'si düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır [169]. Gebelerle yürütülen bir araştırmada, ilk trimesterde günlük ortalama fiziksel aktivite süresi 60.5 ± 59.6 , ikinci trimesterde 45.9 ± 51.1 ve son trimesterde 35.2 ± 41.5 dakikadır [179]. Bu araştırmada, gebelerin %84.7'si ve gebe olmayan kadınların %72.8'i haftada 150 dakika ve üzerinde egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Araştırmamızda egzersiz yapan 64 birey bulunurken, bunların 44'ü gebe olmayan kadınlardan oluşmaktadır. Gebe kadınlar, gebelik durumunu tehlikeye atma korkusuyla egzersiz yapmaktan kaçınıyor olabilir. Ayrıca çalışmaya katılan gebelerin büyük bir kısmı son trimesterde olduğundan ve bu dönemde hareket kısıtlılığı olabileceğinden egzersiz yapma oranı düşük olabilir.

7.5. Bireylerin Gebelik Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Gebelik dönemi, bedende büyük değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir [180]. Gebelerle yürütülen bir çalışmada, bireylerin ortalama gestasyon haftası 24.08 ± 9.64 'tür. Gebelerin %42.4'ü üçüncü, %41.4'ü ikinci ve %16.2'si ilk trimester dönemindedir [181]. Bu araştırmaya katılan gebelerin %62.6'sı üçüncü, %19.1'i ilk ve %18.3'ü gebeliklerinin ikinci trimester dönemindedir. Çalışma sonuçlarının güvenilirliği yönünden her trimesterden eşit sayıda gebe katılımcı daha sağlıklı

sonuçlar verebiliyordu ancak veri toplama sürecinde ilk iki trimesterden yeterince gebeye ulaşamamıştır. In vitro fertilizasyon (IVF), gametlerin vücut dışında döllemenmesini içeren bir dizi prosedürdür [182]. Yaşları 23-48 yıl arasındaki kadınlar ile yapılan bir araştırmada, in vitro fertilizasyon tedavisi alan kadınların %37.5'i gebe kalırken, %62.5'inde tedavi başarılı olmamıştır [183]. Bu araştırmaya katılan gebelerden sadece ikisi (%1.5) in vitro fertilizasyon yöntemiyle gebe kalırken, 129 kadın (%98.5) doğal yöntemle gebe kalmıştır.

Hipertansiyon, diyabet ve astım gibi sürekli tedavi gerektiren kronik hastalığı olanlar kadınlarda, gebelik döneminde ilaç kullanımı gereklidir [184]. Gebelerle yürütülen bir araştırmaya göre, 213 katılımcının %90'ı hamileliğinin ilk 20 haftasında ilaç kullanmıştır ve kullanılan ilaçların %80'i güvenli gruptadır [185]. 9546 gebe ile yapılan bir araştırmada, gebelerin %97.1'i gebelik döneminde ve %95.7'si ilk trimesterda ilaç kullanmıştır. İlk trimesterda kullanılan ilaçlar gastrointestinal veya antiemetik ilaçlar, antibiyotikler ve ağrı kesicilerdir. Gebelerin %4.8'i tiroid ilacı ve %0.8'i kan sulandırıcı almaktadır [186]. Türkiye'de yapılan güncel bir araştırmada, kadınların %90.2'si gebelik döneminde ilaç kullanmaktadır [159]. Çalışmamızda gebelerin %76.3'ü gebelik döneminde ilaç kullanmazken, en sık kullanılan ilaçlar tiroid ilacı ve kan sulandırıcılardır (Tablo 6.5). Çalışmaya katılan gebelerin çoğundan herhangi bir hastalık bulunmadığından ilaç kullanımı da düşük orandadır. İlaç kullanan gebeler ise kronik hastalıklarına bağlı ilaç kullanmaktadır.

Gebelik döneminde besin takviyesi kullanımı oldukça yaygındır. Gebe olan 70 kadın ile yürütülen bir araştırmada, bireylerin 54'ü vitamin mineral takviyesi almaktadır [165]. Yapılan bir araştırmaya göre, gebelerin %77.8'i vitamin mineral takviyesi almaktadır [159]. İzlanda'da yapılan bir çalışmada, gebelerden sadece %14'ü ilk trimesterda folik asit almamıştır [185]. Bir araştırmada, gebe kadınların %64.7'si gebelikle beraber folik asit kullanmaya başlarken, %16.4'ü gebelikten önce ve gebelik süresince folik asit desteği almaktadır. Gebelerin %18.9'u ise folik asit

desteği almamıştır [151]. Bir araştırmaya göre, gebelik döneminde tek içerikli besin ögesi takviyelerinden en sık kullanılanı folik asittir [179]. Bu çalışmadaki gebelerin 87'si folik asit desteği aldığını belirtmiştir (Tablo 6.5). Bu durum gebelerin doktor kontrollerine gitmeleri ve besin desteklerine verdikleri önemle ilişkili olabilir. Gebelik döneminde demir ihtiyacı artmaktadır. Bir araştırmada, gebelerin %76.1'i demir desteği almaktadır [151]. Bu çalışmadaki gebeler ise benzer sonuçlar göstermiş, gebelerin 90'ı demir desteği aldığını belirtmiştir (Tablo 6.5). Gebelerle yürütölen bir çalışmada, bireylere ilk trimesterından itibaren günlük µg iyot takviyesi yapılmış ve bunun zararlı sonuçlar yaratmadığı, tiroidin fazla çalışmasını önleme yararlı olduğu açıklanmıştır [187]. Bu çalışmadaki gebelerden sadece bir kişi iyot desteği almıştır.

Gebelerle yürütölen bir çalışmada, bireylerin %10'undan daha azı tek başına D vitamini, demir, omega-3 takviyesi almaktadır [179]. Yapılan bir başka çalışmaya göre, omega-3 takviyesi ile prematüre doğumlar azalmıştır [188]. DSÖ gebe kadınların günde 300 mg omega-3 yağ asidi almasını önermektedir. Yapılan bir başka araştırmada, gebeliğin 20.haftasından önce başlayıp, 34.haftaya veya doğuma kadar 900 mg omega-3 yağ asidi takviyesi yapılmış ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında erken doğum riski açısından bir fark bulunamamıştır [189]. Bu çalışmada omega-3 takviyesi alan 31 gebe kadın bulunmaktadır (Tablo 6.5). Bu oranın düşük olması düzenli balık tüketiminden veya maddi sebeplerle takviyelerin alınamamasından kaynaklanabilir. Gebeliğinin ilk trimesterında bacaklarında kramp yaşıyan 130 kadın ile yapılan bir çalışmada, gebelere günlük 300 mg Mg⁺⁺ sitrat takviyesi verilmiş ve dört haftanın sonunda kramplarda %28.4 azalma görölmüştür [190]. Bu çalışmaya katılan gebelerin sadece 16'sı magnezyum takviyesi almaktadır (Tablo 6.5). Bu durum magnezyum mineralinin rutin bir besin takviyesi olmamasından kaynaklanabilir. Gebe olan 589 birey ile yapılan bir araştırmada, bireylerin %62.9'u gebelik öncesinde, %97.5'i gebeliğin ilk trimesterında çoklu vitamin ve/veya folik asit takviyesi almaktadır. Çoklu vitamin haricinde en sık alınan takviyeler sırayla folik asit (%31), demir (%30), D vitamini (%23), kalsiyum (%13) ve omega-3 (%12)'tür [158].

Kanada’da gebelerle yürütülen bir araştırmada, gebeliğin ilk trimesterında çoklu vitamin/mineral kullanımı %97, ikinci trimesterde %95 ve son trimesterde %92’dir [191]. Bir araştırmada, gebelerin ilk trimesterde çoklu vitamin kullanma oranı %86.1, ikinci trimesterde %84.8 ve son trimesterde %78.5’tir [179]. Bir çalışmada, gebelerin %96.0’ı gebelik döneminde çoklu vitamin takviyesi almaktadır [186]. DSÖ rehberine göre, gebelerin sağlık ve beslenme durumuna göre demir, folik asit, kalsiyum, A vitamini ve çinko önerilebilir [44]. Bu çalışmada gebelerin 48’i çoklu vitamin takviyesi almaktadır. Folik asit ve demir gibi tek içerikli takviyeler alındığından çoklu vitamin kullanımı bu düzeyde olabilir.

Gebelikte düşük, gebeliğin 20.haftasından önce görülen kayıpları ifade eder [31]. Düşük, gebeliğin en yaygın komplikasyonlarından biridir. Doğurganlık çağındaki her 3 kadından biri düşük yaşamaktadır [192-193]. Gebelerle yürütülen bir araştırmada, %33.3’ü üç-dört kez, %29.9’u iki kez, %13.9’u beşin üzerinde gebelik yaşarken, %22.9’u ilk gebeliğini yaşamaktadır. Gebe kadınların %33.8’inin çocuğu yokken, %35.3’ü bir çocuk, %22.4’ü iki çocuk sahibidir. Kadınların %67.2’si önceden düşük yaşamıştır [151]. TBSA 2019 verilerine göre, gebelik sayısı ortalaması 3.6 ± 2.43 , bir gebeliği olanlar %12.7, iki gebeliği olanlar %26, üç gebeliği olanlar %20.8, dört gebeliği olanlar %14.7, beş ve daha fazla gebeliği olan kadınların sıklığı ise %25.8’dir [172]. Bu araştırmada, gebelerin %73.3’ü önceden düşük/kürtaj yaşamadığını belirtirken, 21 gebe önceden bir kez ve 11 gebe önceden iki kez düşük/kürtaj yaşadığını belirtmiştir (Tablo 6.4). Bu oran yukarıda verilen çalışmalara benzerdir. Bu çalışmaya göre gebelerin %48.1’inin ilk gebeliği iken, %23.7’sinin ikinci gebeliğidir. Gebelerden 39’unun (%29.8) bir sağ doğumu bulunmaktadır. Ölü doğum, 20 ve üzeri gestasyon haftasında gebeliğin sonlanmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 160 doğumdan biri ölü doğum olarak gerçekleşmektedir. İleri maternal yaş, obezite, kronik hipertansiyon, sigara ve alkol kullanımı risk faktörleri arasındadır [194-196]. Bu araştırmaya katılan gebelerden sadece 6 kişi (%4.6) önceden ölü doğum yaşadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan gebelerde ileri gebelik yaşı veya yüksek oranda kronik hastalık bulunmadığından ölü doğum oranı düşük görülmüş olabilir.

Gebelik döneminde bulantı, bel ağrısı, konstipasyon, ödem gibi birçok sorun yaşanabilir. Bir araştırmaya göre, gebelerin %88.6'sı ilk trimesterde, %32.9'u ikinci trimesterde ve %20.3'ü son trimesterde bulantı yaşamaktadır [179]. Bir başka araştırmada, ilk trimesterde gebelerin %90'ı bulantı ve %32'si kusma yaşamaktadır ve bu oranlar ikinci trimesterde azalma göstermektedir [45]. Bu araştırmadaki gebelerin %53.4'ü bulantı ve kusma yaşadıklarını bildirmiştir (Tablo 6.6). Araştırmada gebelere yöneltilen yakınma soruları trimesterlere ayrılmadığı ve gebelerin büyük kısmının son trimesterde olması nedeniyle bulantı görülme sıklığı diğer çalışmalara göre daha düşük görülmüş olabilir.

Konstipasyon prevalansı, yaş, Anoreksiya Nervoza ve gebelik durumuyla artar [197]. Gebelikte konstipasyon görülme sıklığı yaklaşık %40'tır [198]. Benzer sonuçlarla, 474 gebe ve 403 yeni doğum yapmış kadın ile yürütülen bir çalışmada, gebelerin %40'ında konstipasyon yaşandığı görülmüştür [199]. Bu araştırmamızda gebelerin 25.2'si konstipasyon sorunu yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca gebelik döneminde bireylerin %26.0'ı karın ağrısı, %19.1'i baş dönmesi ve %12.2'si diyare yaşamaktadır (Tablo 6.6). Diğer komplikasyonlara göre gebelerde diyare üzerine yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bir araştırmada gebelerin %34'ünde bağırsak hareketlerinin arttığı belirtilmiştir [200]. Bu araştırmada, gebelerin %12.2'sinde diyare görülmüştür. Gebelik döneminde yaşanan konstipasyon ve diyare gibi yakınmalar alınan besin takviyeleri, beslenme düzeni ve egzersiz sıklığına bağlı olabilir.

Portekiz'de yapılan bir araştırmada, gebelerin %68'i bel ağrısı yaşamaktadır ve ikinci trimesterde bel ağrısı daha sık görülmektedir [201]. Bu araştırmaya katılan gebelerin ise %47.3'ü bel ağrısı yaşamaktadır. Mide ekşimesi/yanması, boğaz dahil olmak üzere üst sindirim yolunda oluşan yanma hissidir ve gebeliğin herhangi bir döneminde görülebilir. Gestasyonel reflü, gebelerin %30-50'sinde görülüp, bu rakam %80'e çıkabilir [39, 202]. Bu sonuçları destekler şekilde, araştırmaya katılan gebelerin yarıdan fazlası (%54.2) mide yanması/ekşimesi yaşadığını belirtmiştir.

7.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2019 yılı verilerine göre, kadınların %7.7'si kendilerini zayıf, %41.7'si normal vücut ağırlığında, %50.7'si ise fazla kilolu ve obez olarak değerlendirmektedir. 19-30 yaş aralığındaki kadınların Beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması $24.2 \pm 5.27 \text{ kg/m}^2$ 'dir [172]. Türkiye'de yürütülen bir araştırmada, kadınların BKİ ortalaması $21.99 \pm 3.20 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Çalışmaya katılan kadınların BKİ gruplarına bakıldığında, bireylerin %74.9'u normal, %12.8'i hafif şişman, %10.7'si zayıf ve %1.6'sı obez grubunda yer almaktadır [169]. Bu araştırmada, gebeler için gebelik öncesi vücut ağırlığı üzerinden BKİ hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi ortalaması gebelerde $24.9 \pm 5.98 \text{ kg/m}^2$ iken gebe olmayan kadınlarda $24.6 \pm 5.60 \text{ kg/m}^2$ 'dir (Tablo 6.9). Bu ortalamalar TBSA verilerine benzerdir.

TBSA verilerine göre 19-30 yaş aralığındaki birinci trimester döneminde olan gebe kadınların vücut ağırlık artışı ortalama $1.7 \pm 3.15 \text{ kg}$, ikinci trimester dönemindeki gebelerin vücut ağırlık artışı ortalama $4.7 \pm 7.14 \text{ kg}$ ve üçüncü trimester dönemindeki gebelerin vücut ağırlık artışı ortalama $10.5 \pm 5.46 \text{ kg}$ 'dır [172]. Bu çalışmada TBSA verilerine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaya göre birinci trimesterdaki gebelerin ağırlık artışı ortalama $1.1 \pm 1.60 \text{ kg}$, ikinci trimesterdaki gebelerin ağırlık artışı ortalama $5.6 \pm 3.48 \text{ kg}$ ve üçüncü trimesterdaki gebelerin ağırlık artışı ise ortalama $11.9 \pm 5.01 \text{ kg}$ 'dır. Bu çalışmada gebelerin ortalama vücut ağırlık artışı $8.7 \pm 6.12 \text{ kg}$ 'dır. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik süresi ortalama 27.6 ± 11.38 haftadır. Bireylerin gebelik süresi 5.0-39.0 hafta aralığındadır (Tablo 6.10).

Gebelerde yeme bozukluğunu araştıran bir çalışmada, bireylerin gebelik öncesi BKİ değerlerine bakıldığında gebelerin %3.0'ı zayıf, %65.3'ü normal, %22.3'ü fazla kilolu ve %9.4'ü obez sınıfında yer almıştır [99]. Başka bir çalışmada, gebelik öncesi BKİ ortalaması $26.84 \pm 6.40 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Kadınların %52.6'sı fazla

kilolu/obez grupta yer alırken, %3'ü zayıf gruptadır [181]. Bu çalışmada yer alan gebelerin %6.1'i zayıf, %58.0'i normal, %18.3'ü fazla kilolu ve %17.6'sı obez grupta iken, bu değerler gebe olmayan kadınlar için sırayla %8.0, %56.7, %18.7 ve %16.6'dır (Tablo 6.11). Bu araştırmaya katılan gebelerin BKİ gruplarına göre dağılımı diğer çalışmalar ile benzerdir. Gebe kadınlarla yürütülen bir çalışmaya göre gebelik öncesi BKİ değeri 25 kg/m²'nin üzerinde olan bireylerin %57.1'i IOM önerilerinin üzerinde ağırlık artışı yaşamıştır [203]. Bu çalışmada gebeliğe başlangıçta zayıf vücut ağırlığına sahip gebelerin %62.5'i, normal vücut ağırlığına sahip gebelerin %57.9'u, fazla kilolu gebelerin %37.5'i ve obez gebelerin %43.5'i önerilen düzeyde ağırlık artışı yaşamıştır. Fazla kilolu gebelerin yarısı ve obez gebelerin %47.8'i önerilenin üzerinde ağırlık artışı yaşamıştır (Tablo 6.12). Gebeliğe fazla vücut ağırlığı ile başlayan kadınların gebelik döneminde ağırlık artışının da daha yüksek olduğu görülmüştür.

7.7.Bireylerin YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Türkiye'de %77.9'u kadınlardan oluşan bir örnekleme yürütülen araştırmada, bireylerin %84.5'i yeme tutum ve davranış bozukluğu ve %45.3'ü ortoreksiya yönünden yüksek riskli görülmüştür [204]. Yapılan bir araştırmaya göre 20 gebe kadından 1'inde yeme bozukluğu görülmektedir [8]. İngiltere'de yürütülen bir çalışmada, gebelerin %1.47'sinde yeme bozukluğu görülmüştür [205]. Gebelik öncesi tahmini AN prevalansı %0.1, BN prevalansı %0.7, TYB prevalansı %3.5 iken gebeliğin erken döneminde BN prevalansı %0.2, TYB prevalansı %4.8'dir [98]. Gebelerle yürütülen bir çalışmada, bireylerin %28.6'sında yeme bozukluğu riski görülmüş ve YTT-40 puan ortalamaları 29.0±20.34 olarak bulunmuştur [14]. Bu araştırmada, gebelerin %35.9'u ve gebe olmayan kadınların %42.6'sında yeme tutum ve davranış bozukluğu riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %39.6'sı yeme tutum ve davranış bozukluğu riski altındadır (Tablo 6.14). Bu oran yukarıda verilen çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Polonya’da yürütülen bir araştırmada, kadınların ORTO-15 puan ortalama ve standart sapması 36.36 ± 3.58 iken YTT-26 için 9.19 ± 4.27 ’dir. Aynı araştırmada kadınlarda diyet yapma alt boyutu ortalama ve standart sapma değeri 6.34 ± 2.95 iken, bulimik davranış alt boyutu 1.49 ± 0.47 ve oral kontrol davranış alt boyutu 1.36 ± 2.24 ’dir [150]. Amerika’da üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada, katılımcıların ORTO-15 puan ortalaması 37.5 ± 4.4 ’tür [206]. Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada, kadınların ORTO-15 puan ortalaması 37.8 ± 3.9 ’dur. Kadınların %78.8’i ortorektik grupta yer almaktadır [207]. Başka bir araştırmada, kadınların %16.4’ü Ortoreksiya Nervoza eğilimi göstermektedir [208]. Yine üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, kız öğrencilerin %12.0’ında ortoreksiya riski yüksek bulunmuştur [209]. Bir araştırmada gebelerin %21.4’ünde ortoreksiya riski görülmüş ve ORTO-15 puan ortalamaları 36.27 ± 3.76 olarak bulunmuştur [14]. Benzer olarak başka bir çalışmada, kadınların ORTO-15 testi puanı ortalaması 37.8 ± 3.9 bulunmuştur ve kadınların %63.7’si ortorektik gruptadır [207]. Bu çalışmaya göre ise ortoreksiya görülme sıklığı diğer araştırmalardan daha yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin %76.3’ü ve gebe olmayan kadınların %82.1’i ortorektik grupta yer almaktadır (Tablo 6.14). Ortoreksiya Nervoza görülme sıklığı yukarıda belirtilen çalışmalarda görüldüğü gibi geniş aralıktadır. Bunun nedeni çalışma gruplarının farklılığından kaynaklanabilir. Gebelerde ORTO-15 Testi’nin kullanımına dair bir geçerlilik analizi bulunmamaktadır ancak gebe örnekleminde bu testin kullanıldığı araştırmalar bulunmaktadır. Gebelerde bu ölçeğin kullanımı için geçerlilik ve güvenilirlik analizi ile daha sağlıklı sonuçlara ulaşılabilir.

Doğurganlık çağındaki kadınlarda anksiyete bozuklukları sık görülür [210]. Yapılan bir araştırmaya göre, üç kadından birinde (%35.3) gebelik dönemlerinde anksiyete düzeyi daha yüksektir [211]. Bir başka araştırmada, gebelerde anksiyete sıklığı %28.8 bulunmuştur [72]. Gebe olan 150 ve gebe olmayan 150 kadından oluşan kontrol grubu ile yürütülen bir araştırmaya göre, gebelerde orta ve şiddetli düzeyde anksiyete görülme sıklığı gebe olmayan kadınlardan daha yüksektir [212]. Bu çalışmada BAÖ gruplarına bakıldığında gebe kadınların %20.6’sı düşük,

%16.8'si şiddetli anksiyete bulguları gösterirken, gebe olmayan kadınlarda sırayla %32.7 ve %16.7'dir ancak iki grup arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır (Tablo 6.14).

7.7.1. Bireylerin genel özellikleri ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarının değerlendirilmesi

Amerika'da Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği'ne göre, yaklaşık 20 milyon kadın hayatının bir döneminde yeme bozukluğu yaşamaktadır [213]. Yeme bozuklukları doğurganlık çağında sık görülmektedir Bir meta-analiz çalışmasının verilerine göre anksiyete bozukluğu gelişme yaşının ortalaması 21.3 yıldır [214]. Yapılan bir araştırmaya göre, eğitim düzeyi azaldıkça ortoreksiya riski artmaktadır [139]. Bir çalışmanın sonuçlarına göre, eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki bulunmaktadır. Anksiyete görülme riski lise mezunu bireylerde, ilkokul ve ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksektir [215]. Gebelerle yürütülen bir araştırmaya göre ise eğitim düzeyi arttıkça anksiyete prevalansı azalmaktadır. Aynı çalışmada, mesleği fiziksel efor gerektiren gebelerin, mesleği beyin gücü gerektiren gebelere göre anksiyete düzeyi daha yüksektir [73]. Başka bir araştırmaya göre ev hanımı olan kadınlarda anksiyete görülme riski maaşlı çalışan kadınlardan daha yüksektir [70]. Başka bir çalışmada ise benzer sonuçlar görülmüş, maaşlı bir işte çalışmayan kadınların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur [216]. Bu araştırmanın sonuçları yukarıdaki çalışmalara benzerdir. Araştırmaya göre lise ve altında eğitim alan gebelerin YTT-26 ve BAÖ toplam puanı, daha yüksek eğitim almış gebelerden anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0.05$). Bu durumda eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin yeme tutum bozukluğu ve anksiyete riski daha düşüktür. Lise ve altında eğitim almış kadınlar karşılaştırıldığında gebelerin anksiyete düzeyi gebe olmayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.15). Bu durum gebeliğe ve fetüsün sağlığına dair endişelerden kaynaklanıyor olabilir. Gebeler arasında çalışma durumuna göre analiz yapıldığında, çalışan gebelerin ORTO-15 puan ortalaması çalışmayan gebelerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6.16). Bu

sonuçlara göre çalışmayan gebe kadınların sağlıklı beslenme takıntısına yatkınlığı daha yüksektir denebilir. Çalışan bireyler gebelik durumuna göre karşılaştırıldığında ise gebe olmayan kadınların sağlıklı beslenme takıntısına yatkınlığı daha yüksektir ($p<0.05$). Gebe olmayan kadınlarda beden algısı ve besinler üzerine düşünme daha sık görülen davranışlar olabilir.

7.7.2. Bireylerin sağlık durumları, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları, uyku durumları ve tartılma sıklığı ile YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre, TYB olan kadınların %15’i, BN olan kadınların %1.5’i ve yeme bozukluğu olmayan bireylerin %0.1-2’sinde tip 2 diyabet görülmüştür [217]. İsveç’te yapılmış bir araştırmada, yeme bozukluğu olan kadınlarda diyabet ve çölyak görülme sıklığı daha yüksektir [218]. Ayrıca yeme bozukluklarında endokrin disfonksiyonuna bağlı olarak tiroid ekseninde bozulmalar da görülmektedir [219]. Bu çalışmada hastalığı olan bireylerde yeme tutum ve davranış bozukluğu ile Ortoreksiya Nervoza riski daha yüksek görülmüştür. Ayrıca çalışmaya göre, hastalığı olan bireylerde anksiyete riski de daha yüksektir. Hastalığı olan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması gebe olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 6.17). Yapılan bir çalışmada ise farklı bir sonuç olarak hastalık varlığı ile ORTO-15 puanı arasında ilişki görülmemiştir [139]. King ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, herhangi bir hastalığı olan gebelerin anksiyete bozukluğu riskinin, hastalığı olmayan gebelere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur [220]. Var olan hastalığın seyrinin kestirilememesi, iyileşme ve hastalık üzerine yoğun düşünceler yeme bozukluğu, sağlıklı beslenme takıntısı ve anksiyete riski arttıran nedenler arasında sayılabilir.

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu hastalarının sigara içen kişilerden oluşma oranı anlamlı düzeyde daha yüksektir, ancak Anoreksiya Nervoza

için anlamlı bir farklılık söz konusu değildir [221]. Başka bir çalışmada da yeme bozukluğu olan bireylerde sigara içme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır [222]. Gebelerle yürütülen bir araştırmaya göre, alkol ve sigara kullanan gebelerin EAT-40 puanları daha yüksektir [14]. Toplam 145 birey ile yapılan bir araştırmada, YB hastalarının %19'unun alkol ve/veya madde kullandığı görülmüştür [223]. Bu araştırmada, sigara kullanmayan gebelerin ortoreksiya riski sigara kullanan gebelerden daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 6.18). Bu sonuç sağlıklı beslenme takıntısı ve sigara kullanımı yönünden bir tezat oluşturmaktadır. Sigara kullanan kadınların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına paralel olarak, bir sistematik derleme çalışmasında, anksiyete ile sigara kullanımı ilişkili görülmüştür [224]. Portekiz'de gebelerle yürütülen bir çalışmada, sigara kullanımı ile anksiyete düzeyi ilişkili görülmüştür [225]. Sigara kullanımı kaygı ile beraber görülebilen bir durumdur.

Sağlıklı beslenme, vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli besin öğelerinin alınmasıdır [226]. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanısı olan 65, Bulimiya Nervosa tanısı olan 22 ve sağlıklı 68 birey ile yürütülen bir araştırmaya göre, en sık atlanan öğün kahvaltı ve en sık tüketilen öğün akşam öğünüdür. Bu çalışmada, gruplar arasında atlanan öğün yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir [227]. Bir araştırmada, ara öğün yapmayan gebelerin yeme tutum bozukluğu riski daha yüksek bulunmuştur [14]. Bu çalışmada, öğün atlayan gebelerin yeme tutum bozukluğu riski öğün atlamayan gebelerden daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 6.19). Bu durumda düzensiz öğünler ile yeme bozukluğunun ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca öğün atlamayan bireylerin ortalama ORTO-15 puanı, öğün atlayan bireylerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$). Öğün atlayan bireylerin sağlıklı beslenme takıntısı eğilimi daha fazladır. Bu bireyler daha düşük enerji almak ve fazla kilolu olmaktan kaçınmak amacıyla öğün atlıyor olabilir. Bu çalışmada gebe kadınlar arasında ara öğün sıklığı yönünden ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Günde 3 kez ve üzerinde ara öğün yapan bireyler arasında ise gebe kadınların yeme bozukluğu riski gebe olmayan kadınlardan daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 6.20).

Yeme bozukluğu yaşayan kadınların yaklaşık %50.3'ünde uyku problemleri görülmektedir [228]. Bir araştırmaya göre, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan gebeler, üçüncü trimesterde 6-9 saatten fazla uyumaktadır [229]. Bu çalışmada gebe kadınların ise %72.5'i ve gebe olmayan kadınların %85.8'i günde 7 saat ve üzerinde uyku süresine sahiptir. İki grup arasında uyku süresi yönünden anlamlı bir fark bulunmaktadır. Ayrıca bu çalışmaya göre gebe kadınlar arasında tartılma sıklıklarına göre yeme bozukluğu, sağlıklı beslenme takıntısı veya anksiyete yönünden anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 6.21). Ayda 1-3 kez tartılan gebelerin anksiyete riski gebe olmayan kadınlardan daha yüksektir ($p<0.05$). Bu durum gebelikte ağırlık artışı ve fetüsün ağırlık artışına dair endişelerden kaynaklanıyor olabilir. Hiç tartılmadığını belirten bireyler arasında gebelerin sağlıklı beslenme takıntısına yatkınlığı gebe olmayan kadınlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelerin ağırlık takip sıklıkları ve yeme bozukluklarına dair literatür çalışması bulunamamıştır.

YTT-26 Ölçeği'nden 20 ve üzeri puan alınması yeme tutumundan bozukluk olduğunu ifade eder. Fransa'da yapılan bir araştırmada yeme bozukluğu olan bireylerin %54'ü haftada en az 6 saat egzersiz yapmaktadır [230]. Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir araştırmada düzenli spor yapanların ortoreksiya eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür [209]. Başka bir araştırmada da fiziksel aktivite ile ortoreksiya riskinin ilişkili olduğu bulunmuştur [231]. Bu araştırmaya göre egzersiz yapmayan kadınların anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6.23). Bu durum egzersiz yapmanın ruh halini iyileştirici etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

7.7.3. Bireylerin gebelik bilgilerine göre YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarının değerlendirilmesi

Gebelikte çok yönlü değişiklikler görülmesiyle yeme tutumu ve anksiyete düzeyinde farklılıklar oluşabilir. Gebelikte ilk 13 hafta ilk trimester, 14-26.haftalar

ikinci trimester ve 27-41.haftalar son trimester dönemi olarak adlandırılır. Gebelikle beraber anksiyete düzeyinde ciddi değişiklikler görülebilir. Gebeliğin ilk ve son trimesterında anksiyete görülme oranı, ikinci trimesterdan daha yüksektir [75]. Yapılan bir çalışmada ilk trimesterdaki gebelerin %15.6'sının anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre, lise mezunu olan kadınlarda, çalışmayan kadınlarda, gebelikten önce sigara kullanan kadınlarda ilk trimesterda anksiyete riski daha yüksektir [232]. Çin'de yapılan bir araştırmada da anksiyete sıklığı ilk trimesterda en yüksek ve ikinci trimesterda en düşüktür [73]. Gebeler ile yürütülen başka bir çalışmada ise üçüncü trimesterda anksiyete görülme sıklığı (%42.9) en yüksektir [70]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada her trimesterdan 50 gebe ve doğurganlık çağındaki 50 kadın yer almış ve bireylere Beck anksiyete testi uygulanmıştır. İkinci ve üçüncü trimesterdaki gebelerin anksiyete düzeyi anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre, kadınların çocuk sayısı ile anksiyete düzeyi pozitif ilişkilidir [146]. Bu araştırmaya göre ise ortorektik davranışlar ikinci trimesterda en fazla iken, üçüncü trimesterda en az seviyededir (Tablo 6.27). Yukarıdaki çalışmaların sonuçlarına benzer olarak bu çalışmada da gebelik haftası ile anksiyete düzeyinin pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Tablo 6.30). Bu durum doğum zamanı yaklaştıkça endişenin artmasından kaynaklanabilir.

Doğal yolla gebe kalan kadınlarla kıyaslandığında, IVF yöntemiyle gebe kalan kadınların üçüncü trimesterdaki anksiyete düzeyleri daha yüksektir [233]. Bu araştırmaya katılan gebelerden sadece 2'si IVF yöntemiyle gebe kalmıştır. Yapılan bir araştırmaya göre gebelikte ilaç kullanan kadınların anksiyete düzeyi daha yüksektir [215]. Bu araştırmada da benzer bir sonuç görülmüştür (Tablo 6.29). Gebelik döneminde ilaç kullanan kadınlarda anksiyete düzeyi daha yüksektir. Bu durum ilaç yan etkilerine karşı duyulan endişeden kaynaklanıyor olabilir. Bir çalışmada, önceden spontan düşük yaşayan kadınlarda yeme bozukluğu sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre, doğum sayısı, sigara ve/veya alkol kullanımı ile YB riski arasında ilişki vardır [234]. Norveç'te yürütülen bir araştırmada da, doğum sayısı ve eğitim düzeyi ile tıknırcasına yeme bozukluğu

prevalansı ilişkili görülmüştür [229]. Ali ve arkadaşlarının 165 gebe ile yaptıkları araştırmada, önceden ölü doğum veya düşük yaşayan gebelerde ve yaşayan çocuğu olmayan gebelerde anksiyete bozukluğu riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir [235]. Bir çalışmaya göre; düşük sayısı, günlük içilen sigara sayısı ile gebelikte anksiyete görülmesi ilişkilidir [70]. Başka bir çalışmada da, gebelikte sigara kullananlarda anksiyete düzeyi daha yüksek görülmüştür. Aynı çalışmada gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı ve düşük sayısı arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı da bulunmuştur [72]. Bu çalışmada diğer araştırmalardan farklı olarak yeme bozukluğu veya anksiyete yönünden düşük/kürtaj yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 6.26).

Çocuk sahibi olan ve olmayan kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, bireylerin yeme tutumlarına bakıldığında çocuk sahibi olan kadınların, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek yeme tutumu ve davranışı bozuklukları olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, yeme tutumunda bozukluk riski ile Ortoreksiya Nervoza riski arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu görülmüştür [236]. Brezilya’da gebelerle yürütülen bir çalışmaya göre, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile yeme bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki bulunmaktadır. Aynı çalışmaya göre istemli kürtaj ile gebelikte yeme bozukluğu riski de ilişkilidir [237]. Başka bir çalışmada ise çocuk sayısı arttıkça ortoreksiya riskinin de arttığı görülmüştür [139]. İngiltere’de 545 gebe ile yürütülen çalışmada ise doğum sayısı ile yeme bozukluğu riski arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Aynı çalışmaya göre, gebelerin sigara kullanma durumu ve hastalık varlığı da yeme bozukluğu ile ilişkili değildir [205]. Yapılan bir araştırmaya göre ikiden fazla doğum yapmış olan kadınların gebelik döneminde anksiyete riski daha yüksektir. Aynı araştırmada, ilk gebeliği olan kadınların birinci trimesterde, önceden doğum yapmış olan kadınların ise üçüncü trimesterde anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu da görülmüştür [238]. Başka bir çalışmaya göre ise ikinci kez gebelik yaşayan kadınların anksiyete düzeyi, ilk kez gebelik yaşayan kadınlardan daha yüksektir. Aynı araştırmada ilk kez gebelik yaşayan kadınların birinci trimesterde ve ikinci kez gebelik yaşayan kadınların son trimesterde anksiyete düzeyleri daha yüksektir [68]. Bu araştırmaya göre, anksiyete

düzeyi üç ve üzerinde gebelik yaşayan kadınlarda en yüksek ve ikinci gebeliği olan kadınlarda en düşüktür (Tablo 6.25). Bu durumun nedenleri arasında gebelikte yaşanan negatif deneyimler, yaş, maddi durum gibi birçok etken bulunabilir. Gebelik sayısı ile yeme tutumu ve sağlıklı beslenme takıntısı arasında ise bir ilişki bulunmamaktadır. Gebelik döneminde yaşanan bulantı ve kusma mental sağlığı negatif etkiler. Bir araştırmaya göre, gebelikte bulantı ve kusma yaşayan bireylerde anksiyete düzeyi daha yüksektir [239]. Bu araştırmaya göre, gebelikteki yakınma sayısı 5 ve daha fazla olan gebelerin anksiyete düzeyi, daha az yakınması olan gebelerden daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 6.28). Bu durum gebelik döneminde yaşanan bulantı, diyare, bel ağrısı gibi yakınmaların endişeyi arttırdığını gösterebilir. Ayrıca araştırma sonuçlarına göre gebelikte yakınma sayısı ile anksiyete arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır (Tablo 6.30).

7.7.4. Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanlarının değerlendirilmesi

Yapılan bir çalışmada, BKİ değerlerine göre normal gruptaki kişilerin %3,8'i, fazla kilolu gruptaki kişilerin %2,6'sı ve obez gruptaki kişilerin %10'unda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu görülmektedir [171]. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada kız öğrencilerin BKİ değeri arttıkça yeme bozukluğu riski de artmaktadır [240]. Bir çalışmada, BKİ değeri 25 ve üzeri olan grup ile 25'in altında olan grup karşılaştırılmış ve bu iki grup arasında ORTO-15 ve YTT-40 puanlarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. BKİ değeri 25'in altındaki bireylerin YTT-40 puanı daha düşük ve ORTO-15 puanı daha yüksektir [241]. Bu çalışmada, gebeler arasında normal gruptakilerin %32,9'u, fazla kiloluların %41,7'si ve obezlerin %34,8'inde yeme tutumunda bozukluk görülmüştür. Aynı değerler gebe olmayan kadınlar için sırayla %41,8, %44,8 ve %57,1'dir. Brezilya'da gebelerle yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi BKİ değeri 19.8 kg/m^2 'nin altında olan gebelerde, gebelik boyunca tıkınırcasına yeme semptomları daha sık görülmektedir [101]. Gebelerle yapılan bir başka araştırmada, gebelik öncesi BKİ değerleri AN

hastalarında daha düşükken, TYB olan hastalarda daha yüksektir [166]. Bu çalışmada beden kütle indeksi gruplarına göre yeme tutumunda bozukluk arasında gebelikle ilişkili anlamlı bir fark görülmemiştir.

Türkiye’de beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan kız öğrencilerle yürütülen bir araştırmada, ortorektik bireylerin BKİ ortalaması $21.67 \pm 3.70 \text{ kg/m}^2$ iken, sağlıklı bireylerde ortalama $22.49 \pm 5.22 \text{ kg/m}^2$ ’dir ve bu fark anlamlı bulunmamıştır. Aynı çalışmada bireylerin YTT-40 testi sonuçlarına göre BKİ değerleri arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [242]. 13-30 yaşları arasındaki 864 öğrenciyle yapılan bir araştırmada katılımcıların %27’sinde Ortoreksiya Nervoza riski yüksek görülmüş, bu bireylerin BKİ değerleri ve YTT-26 skorlarının da anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır [243]. Bir araştırmada, ORTO-15 riski ile BKİ grubu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. BKİ arttıkça ortorektik eğilim de artmaktadır [139]. Geniş katılımcı ile yürütülen bir araştırmada, beden kütle indeksi düşük kadınların daha ortorektik olduğu saptanmıştır [244]. Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda ise beden kütle indeksi ile ortoreksiya riski arasında bir ilişki bulunamamıştır [207, 209]. Bu çalışmada da benzer olarak beden kütle indeksi gruplarına göre ortoreksiya riski arasında gebelikle ilişkili anlamlı bir fark yoktur.

Gebelik öncesi beden kütle indeksi ile gebelik döneminde maternal zihin sağlığının ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [245]. Bir çalışmada, gebelik öncesi BKİ değeri yüksek olan kadınların, doğum öncesi dönemde anksiyete yaşama riski daha yüksektir [216]. Bu çalışmada gebe olmayan kadınların BAÖ grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmezken, gebeler arasında BAÖ grupları arasında anlamlı bir fark vardır. Gebe kadınlardan obez olanlardan 11 birey hafif ve zayıf gruptakilerden 4 birey şiddetli anksiyete riski taşımaktadır (Tablo 6.33).

7.8. Bireylerin YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan kız öğrencilerle yürütülen bir araştırmada, YTT-40 ve ORTO-11 puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki görülmüştür [242]. Arusoğlu'nun yaptığı araştırmada, YTT puanıyla ORTO puanı arasındaki ilişki pozitif bulunmuştur. Aynı çalışmada Ortoreksiya Nervoza belirtileri ile yeme bozukluğu belirtileri, yaş ve BKİ arasında pozitif ilişki saptanmıştır [139]. Bir başka çalışmada, ORTO-15 toplam puanı 40'ın altında olan bireylerin, YTT-40 testi toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur [241].

Psikiyatrik komorbidite, yeme bozukluklarında sık görülmektedir. İsveç'te yapılan bir araştırmada, yeme bozukluğu olan hastaların %53'ünde anksiyete bozukluğu da görülmektedir [88]. Bir araştırmaya göre, Anoreksiya Nervoza tanısı olan bireylerin %25-75'inde yaşamlarının bir döneminde anksiyete bozukluğu görülmektedir [89]. Gebelerle yürütülen bir araştırmada, gebelik döneminde tıknırcasına yeme semptomları olan kadınlarda anksiyete görülme riski de daha yüksektir [101]. Brezilya'da 913 gebe ile yürütülen bir araştırmada, gebelerin %7.6'sında yeme bozukluğu görülmüştür. Alt gruplara bakıldığında, gebelerden 52'sinde pika, 10'unda TYB, 6'sında BN ve 1 kişide AN olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya göre gebelerde yeme bozukluğu ile anksiyete riski anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur [237]. Yeme bozukluğu beden algısı üzerine artmış endişe ile karakterize olduğundan anksiyete ile de pozitif ilişkili olabilir. İngiltere'de gebelerle yapılan bir çalışmada da yeme bozukluğu geçmişi olan veya güncel yeme bozukluğu tanısı olan gebelerde anksiyete görülme sıklığı daha yüksektir [205].

Bir araştırmada, YTT-40 ve ORTO-11 arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur [204]. Yapılan başka çalışmalarda da, ORTO-15 toplam puanı ile YTT-40 toplam puanı arasında negatif kolerasyon bulunmuştur. Yeme bozukluğu belirtileri artış gösterdikçe ortorektik belirtileri de artmaktadır [139, 207, 241].

Bir başka araştırmada, ORTO-15 toplam puanı ile YTT-26 toplam ve alt boyut puanları arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır [150]. Bu çalışmada, diyet yapma alt boyutu ile bulimik davranış alt boyutu, YTT-26 toplam puanı arasında pozitif ve ORTO-15 toplam puanı arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır. Bulimik davranış alt boyutu ile YTT-26 toplam puanı ve BAÖ toplam puanı ($p=0.05$) arasında pozitif, ORTO-15 toplam puanı arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır. Oral kontrol davranış alt boyutu ile YTT toplam puanı pozitif ilişkili olup, YTT-26 toplam puanı ile ORTO-15 toplam puanı arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Ayrıca YTT-26 toplam puanı ile Beck anksiyete toplam puanı anlamlı düzeyde pozitif ilişkilidir. Yapılan bir araştırmaya göre, yeme bozukluğu olan bireylerin %53'ünde anksiyete bozukluğu görölmektedir [15]. Bir araştırmada, Anoreksiya Nervoza tanısı olan kadınların %5.2'sinde komorbid mental hastalık göröldüğu saptanmıştır [90].

8.SONUÇLAR

1. Bu araştırma, yaşları 20-45 arasında değişen 131 gebe ve 162 gebe olmayan kadın olmak üzere toplam 293 yetişkin birey ile yürütülmüştür. Bireylerin, yaş ortalaması 28.3 ± 5.71 yıldır.
2. Araştırmaya katılan bireylerin %66.9'u üniversite ve üzeri, %33.1'i lise ve altında eğitim almıştır. Gebelerin %32.1'i çalışmakta iken gebe olmayan kadınların %67.9'u çalışmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerden %16.7'si serbest meslek sahibi iken, %16.5'i sağlık çalışanı ve %10.8'i memurdur.
3. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunda (%60.1) bir hastalık yoktur. Gebe kadınların %64.9'unda, gebe olmayan kadınların ise %56.2'sinde herhangi bir hastalık yoktur ($p > 0.05$). Gebelerde en sık görülen hastalık türü endokrin hastalıkları iken gebe olmayan kadınlarda vitamin ve mineral yetersizlikleri daha sık görülmektedir.
4. Gebe kadınların %86.3'ü sigara, %97.7'si alkol ve gebe olmayan kadınların %76.5'i sigara, %74.7'si alkol kullanmamaktadır. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, $p < 0.001$).
5. Gebelerin %30.5'i gebelikten önce sigara kullanırken, gebelikte sigara kullananlar %13.7'dir. 22 gebe, gebelik döneminin başlamasıyla sigara kullanmayı bırakmıştır. Gebelerin %13.0'ı gebelikten önce alkol tüketirken, gebelikte alkol tüketimi %2.3'tür. 14 gebe, gebelik döneminin başlamasıyla alkol tüketimini sonlandırmıştır.
6. Gebelerin çoğunluğu (%98.5) doğal yollarla gebe kalmıştır. Gebelerden 63 kişinin (%48.1) ilk gebeliği iken, 31 kişinin (%23.7) ikinci gebeliğidir.
7. Gebelerin %73.3'ü daha önce düşük/kürtaj yaşamamışken, bir kez düşük/kürtaj yaşayan 21 gebe bulunmaktadır. Gebelerin %95.4'ü daha önce ölü doğum yaşamamışken, bir kez ölü doğum yaşamış 6 gebe bulunmaktadır. Gebelerden %29.8'i daha önce bir sağ doğum, %16.0'ı daha önce iki ve üzerinde sağ doğum yapmıştır.

8. Araştırmaya katılan gebelerden 82'si (%62.6) üçüncü trimester döneminde iken, 25'i (%19.1) ilk trimester ve 24'ü (%18.3) ikinci trimester dönemindedir.
9. Gebelerin %76.3'ü gebelik döneminde herhangi bir ilaç kullanmazken, en çok kullanılan ilaç grubu ise tiroid ilaçlarıdır (%10.7).
10. Gebelik döneminde kullanılan vitamin ve mineral takviyelerine bakıldığında, gebelerden 90'ı demir, 87'si folik asit, 62'si D vitamini, 48'i çoklu vitamin, 37'si kalsiyum, 31'i omega-3 takviyesi almaktadır.
11. Gebelerin %54.2'sinde mide yanması/ekşimesi, %53.4'ünde bulantı/kusma, %47.3'ünde bel ağrısı, %33.6'sında ödem, %26.0'ında karın ağrısı, %25.2'sinde konstipasyon, %19.1'inde baş dönmesi, %12.2'sinde diyare görülmektedir. Ayrıca baş ağrısı, kramp, hâlsizlik, nefes darlığı ve eklem ağrısı bildiren 7 gebe (%5.3) bulunmaktadır.
12. Gebe kadınların %16'sı günde 1-5 su bardağı, %35.1'i günde 6-10 su bardağı ve %48.9'u günde 10 ve daha fazla su bardağı su tüketirken, bu oranlar gebeler olmayan kadınlar için sırayla %33.3, %37.7 ve %29'dur. İki grubun su tüketimi arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$).
13. Gebe kadınların %73.3'ü, gebe olmayan kadınların ise %87'si öğün atlamaktadır. İki grup arasında öğün atlama yönünden anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Her iki grupta da en sık atlanan öğle öğünüdür ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$).
14. Bir günde yapılan ara öğün sayılarına bakıldığında, gebe kadınların %38.9'u günde bir kez ara öğün yaparken, %17.6'sı hiç ara öğün yapmamaktadır, gebe olmayan kadınlarda ise bu değerler sırayla %35.8 ve %24.1'dir. İki grup arasında yapılan ara öğün sayısı istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.
15. Gebe kadınların %72.5'i ve gebe olmayan kadınların %85.8'i günde 7 saat ve üzerinde uyku süresine sahiptir. İki grup arasında uyku süresi yönünden anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

16. Gebe kadınların %58.8'i ve gebe olmayan kadınların %45.7'si ayda 1-3 kez tartılmaktadır. Günde 1 kez ve üzeri tartılan, 18 gebe ve 24 gebe olmayan kadın bulunurken, 8 gebe ve 12 gebe olmayan kadın hiç tartılmamaktadır. Tartılma sıklığı yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).
17. Bireylerin egzersiz yapma durumlarına bakıldığında iki grupta da egzersiz yapmayanlar çoğunluktadır. Gebe kadınların %84.7'si ve gebe olmayan kadınların %72.8'i belirtilen düzeyde egzersiz yapmamaktadır. İki grup arasında egzersiz yapma yönünden anlamlı bir farklılık vardır ($p<0.05$).
18. Boy uzunluğu ortalaması gebelerde 164.1 ± 0.05 cm ve gebe olmayan kadınlarda 164.4 ± 0.05 cm'dir.
19. Güncel vücut ağırlığı ortalaması gebelerde 75.7 ± 15.35 kg ve gebe olmayan kadınlarda 62.3 ± 12.25 kg'dır.
20. Beden kütle indeksi (BKİ) değeri, gebeler için gebelik öncesi vücut ağırlığı üzerinden hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi ortalaması gebelerde 24.9 ± 5.98 kg/m² iken gebe olmayan kadınlarda 24.6 ± 5.60 kg/m²'dir. İki grup arasında BKİ grupları yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).
21. Gebe kadınların gebelik öncesi vücut ağırlığı ortalaması 67.0 ± 15.79 'dur. Gebelerin ortalama vücut ağırlık artışı 8.7 ± 6.12 kg'dır. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik süresi ortalama 27.6 ± 11.38 haftadır.
22. Gebelerin gebeliğe başladıkları BKİ gruplarına göre 76 kişi (%58.0) normal sınıfta iken, 24 kişi (%18.3) fazla kilolu ve 23 kişi (%17.6) obez sınıfındadır. Gebe olmayan kadınların ise %56.7'si normal, %18.7'si fazla kilolu ve %16.6'sı obez gruptadır. İki grup arasında BKİ sınıfı yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).
23. Gebeliğe başlangıç BKİ sınıfı zayıf olan gebelerin %62.5'i önerilen düzeyde ve %37.5'i önerilenin üzerinde vücut ağırlığı artışı yaşamıştır. BKİ değeri normal gruptaki gebelerin %57.9'u önerilen düzeyde, %22.4'ü önerilenin altında ve %19.7'si önerilenin üzerinde vücut ağırlığı artışı yaşamıştır. Fazla

kilolu gruptaki gebelerin yarısı önerilenin üzerinde, %37.5'i önerilen düzeyde ve %12.5'i önerilenin altında vücut ağırlığı kazanırken bu değerler obez gebeler için sırayla %47.8, %43.5 ve %8.7'dir.

24. Gebe kadınlarda diyet yapma alt boyutu 10.5 ± 6.37 , bulimik davranış alt boyutu 1.7 ± 2.20 , oral kontrol davranış alt boyutu 4.3 ± 3.28 , YTT-26 toplam puanı 16.6 ± 8.58 iken gebe olmayan kadınlar için sırayla 11.9 ± 7.37 , 2.6 ± 3.14 , 5.1 ± 4.17 ve 19.7 ± 10.34 'tür. Gebe kadınlarda bulimik davranış alt puanı ile YTT-26 puanı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$).
25. Gebe kadınlarda ORTO-15 toplam puan ortalaması 37.5 ± 3.68 iken gebe olmayan kadınlarda 36.9 ± 3.74 ile daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel yönden anlamlı değildir ($p > 0.05$).
26. BAÖ puan ortalaması gebe kadınlarda 16.4 ± 10.44 iken gebe olmayan kadınlarda ortalama 14.6 ± 11.43 ile daha düşüktür. BAÖ toplam puan ortalaması yönünden iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$).
27. Gebelerin ise %64.1'inde ve gebe olmayan kadınların %57.4'ünde yeme tutumunda bozukluk yoktur. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).
28. Gebe kadınlardan 100'ü (%76.3) gebe olmayan kadınlardan 133'ü (%82.1) ve ortorektik gruptadır. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).
29. BAÖ gruplarına bakıldığında gebe kadınların %20.6'sı düşük, %16.8'i şiddetli anksiyete bulguları gösterirken, gebe olmayan kadınlarda bu oranlar sırayla %32.7 ve %16.7'dir. İki grup arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).
30. Lise ve altında eğitim alan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 18.0 ± 8.92 iken üniversite ve üzeri eğitim alan gebe kadınların puanı 15.0 ± 7.96 'dır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).

31. Lise ve altında eğitim alan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 18.5 ± 11.76 iken üniversite ve üzeri eğitim alan gebe kadınların puanı 13.9 ± 8.12 olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$).
32. Gebe kadınlar arasında eğitim durumlarına göre ORTO-15 puan ortalaması yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Gebe olmayan kadınlar arasında ölçek puanları yönünden anlamlı bir fark yoktur.
33. Lise ve altında eğitim alan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 18.5 ± 11.76 iken lise ve altında eğitim alan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 13.7 ± 10.29 olup bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).
34. Üniversite ve üzeri eğitim alan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 15.0 ± 7.96 iken üniversite ve üzeri eğitim alan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 19.2 ± 9.78 'dir ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).
35. Lise ve altında eğitim alan kadınların BAÖ puan ortalaması 17.1 ± 11.52 iken üniversite ve üzeri eğitim alan kadınların puan ortalaması 14.5 ± 10.68 olup bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).
36. ORTO-15 puan ortalaması gebe olan ve olmayan kadınlar arasında eğitim durumu yönünden anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p > 0.05$).
37. Çalışan gebe kadınların ORTO-15 puan ortalaması 38.9 ± 3.42 , çalışmayan gebe kadınların ise 36.8 ± 3.61 olup bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).
38. Çalışan gebe olmayan kadınların BAÖ puan ortalaması 15.9 ± 12.16 iken çalışmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 11.7 ± 9.16 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).
39. Çalışan gebelerin ORTO-15 puan ortalaması 38.9 ± 3.42 iken çalışan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 36.6 ± 3.81 'dir ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).

40. Çalışmayan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 17.3 ± 11.09 iken çalışmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 11.7 ± 9.16 'dır ve bu fark anlamlıdır ($p < 0.05$).
41. Gebe kadınlar arasında hastalık durumu yönünden ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.
42. Hastalığı olan gebe olmayan kadınların YTT-26 puan ortalaması 22.9 ± 11.26 ve BAÖ puan ortalaması 18.9 ± 13.23 iken hastalığı olmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması sırayla 17.2 ± 8.85 ve 11.2 ± 8.42 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$, $p < 0.001$).
43. Hastalığı olan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 17.6 ± 7.97 iken hastalığı olan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 22.9 ± 11.26 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$).
44. Hastalığı olmayan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 16.7 ± 11.42 iken hastalığı olmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 11.2 ± 8.42 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$).
45. Hastalığı olan kadınların YTT-26 puan ortalaması 20.8 ± 10.39 iken hastalığı olmayan kadınlarda ortalama 16.7 ± 8.87 ile anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).
46. Hastalığı olan kadınların ORTO-15 puan ortalaması 36.5 ± 3.42 iken hastalığı olmayan kadınlarda ortalama 37.5 ± 3.86 'dır. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0.05$).
47. Hastalığı olan kadınların BAÖ puan ortalaması 17.7 ± 11.64 iken hastalığı olmayan kadınların puan ortalaması 13.8 ± 10.32 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$).
48. Sigara kullanan gebelerin ORTO-15 puan ortalaması 39.2 ± 2.79 iken sigara kullanmayan gebelerin puan ortalaması 37.2 ± 3.74 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$).

49. Sigara kullanan gebe kadınların ORTO-15 puan ortalaması, sigara kullanan gebe olmayan kadınların puan ortalamasından daha düşüktür ($p<0.05$).
50. Sigara kullanmayan gebelerin BAÖ puan ortalaması 15.7 ± 9.75 iken sigara kullanmayan gebe olmayan kadınların puan ortalaması 13.7 ± 11.10 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$).
51. Sigara kullanan kadınların BAÖ puan ortalaması 18.3 ± 12.61 iken sigara kullanmayan kadınların puan ortalaması 13.7 ± 11.10 'dur ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0.05$).
52. Öğün atlayan gebelerin YTT-26 puan ortalaması 17.6 ± 8.75 iken öğün atlamayan gebelerde ortalama 14.0 ± 7.64 ile anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$).
53. Öğün atlayan gebe kadınların BAÖ puan ortalaması 17.1 ± 10.91 iken öğün atlayan gebe olmayan kadınlarda puan ortalaması 14.9 ± 11.67 'dir. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0.05$).
54. Öğün atlamayan gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 14.0 ± 7.64 iken öğün atlamayan gebe olmayan kadınlarda YTT-26 puan ortalaması 19.9 ± 10.41 'dir. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0.05$).
55. Öğün atlayan kadınların ORTO-15 puan ortalaması 36.9 ± 3.68 iken öğün atlamayan kadınlarda ortalama 38.1 ± 3.73 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).
56. Gebe kadınlar arasında ara öğün sıklığı yönünden ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).
57. Günde 3 kez ve üzerinde ara öğün yapan bireyler arasında ise gebe kadınların YTT-26 puan ortalaması 15.8 ± 8.80 iken gebe olmayan kadınların puan ortalaması 25.3 ± 11.88 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).
58. Gebe kadınlar arasında tartılma sıklıklarına göre ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Gebe olmayan kadınlar arasında YTT-26 puan ortalaması yönünden anlamlı bir fark vardır ve bu fark günde 1 kez ve üzeri

tartılan gebe olmayan kadınlar ile ayda 1-3 kez tartılan gebe olmayan kadınlar arasındadır ($p<0.05$).

59. Ayda 1-3 kez tartılan gebelerin BAÖ puan ortalaması 17.5 ± 11.63 iken gebe olmayan kadınlarda ortalama 13.7 ± 12.21 ile daha düşüktür ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0.05$).
60. Hiç tartılmayan gebelerde ORTO-15 puan ortalaması 39.7 ± 3.95 iken gebe olmayan kadınlarda ortalama 35.2 ± 4.39 'dur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).
61. Toplam bireyler arasında tartılma sıklıklarına göre analiz yapıldığında YTT-26 puanı yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur ve bu fark günde 1 kez ve üzerinde tartılan bireyler ile hiç tartılmayan bireylerden kaynaklanmaktadır ($p<0.05$).
62. Gebe olmayan kadınlar arasında egzersiz yapanların BAÖ puan ortalaması 10.5 ± 8.34 iken egzersiz yapmayanların puan ortalaması 16.1 ± 12.07 ile anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).
63. Egzersiz yapmayan gebelerin YTT-26 puan ortalaması 16.0 ± 8.04 iken gebe olmayanlarda ortalama 19.2 ± 9.71 ile daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).
64. Egzersiz yapan kadınların BAÖ puan ortalaması 11.6 ± 8.67 iken egzersiz yapmayan kadınlarda ortalama 16.4 ± 11.38 'dir ve bu fark anlamlıdır ($p<0.05$).
65. Yeme tutumunda bozukluk olmayan gebelerin %89.3'ü egzersiz yapmazken, gebe olmayan kadınların %75.3'ü egzersiz yapmamaktadır ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).
66. BAÖ puanı üç ve üzerinde gebelik yaşayan kadınlarda (19.8 ± 12.22) en yüksek ve ikinci gebeliği olan kadınlarda (13.2 ± 10.49) en düşüktür ($p<0.05$). Bu farklılık ikinci gebeliğini yaşayan gebe kadınlar ile üç ve üzerinde gebelik yaşamış olan gebe kadınlardan kaynaklanmaktadır.

67. YTT-26, ORTO-15 ve BAÖ toplam puanları ile düşük/kürtaj yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).
68. YTT-26 puan ortalaması 1.trimesterdaki gebelerde en düşük (15.2 ± 7.76) iken 2.trimesterdaki gebelerde en yüksek (21.2 ± 10.81) saptanmıştır. Gebelerin trimester grupları arasında YTT-26 puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
69. ORTO-15 puan ortalaması ikinci trimesterdaki gebelerde (36.1 ± 3.23) en düşük iken, üçüncü trimesterdaki gebelerde (38.0 ± 3.63) en yüksektir. ORTO-15 toplam puanı ile gebelik haftası arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).
70. BAÖ puanı, 5 ve üzerinde yakınması olan gebelerde (19.3 ± 8.71), daha az yakınması olan gebelerden (15.8 ± 10.70) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).
71. İlaç kullanan gebelerin anksiyete düzeyi, ilaç kullanmayan gebelerden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p<0.05$).
72. Diyet yapma alt boyutu, oral kontrol davranış alt boyutu, YTT-26 toplam puanı ve ORTO-15 toplam puanı ile önceden ölü doğum sayısı, önceden düşük/kürtaj sayısı, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelikte yakınma sayısı parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon görülmemiştir ($p>0.05$).
73. Bulimik davranış alt boyutu ile gebelik sayısı ($r=0.190$, $p=0.030$) arasında pozitif ilişki bulunmaktadır.
74. BAÖ puanı ile gebelikteki yakınma sayısı ($r=0.218$, $p=0.012$) ve gebelik haftası ($r=0.188$, $p=0.031$) arasında pozitif ilişki saptanmıştır.
75. Vücut ağırlığına göre zayıf sınıfta olan gebe kadınların hepsi ortorektik grupta yer almaktadır. Gebelerden normal sınıftakilerin %73.7'i, fazla kiloluların %70.8'i ve obezlerin %82.6'sı ortorektik gruptadır.

76. Gebe olmayan kadınların BAÖ grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmezken, gebeler arasında BAÖ grupları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).
77. Diyet yapma alt boyutu ile hastalık durumu ($r=0.159$, $p=0.006$) arasında pozitif, tartılma sıklığı ($r=-0.201$, $p=0.001$) ve haftada 150 dakika ve üzerinde egzersiz yapma durumu ($r=-0.115$, $p=0.049$) arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır.
78. Bulimik davranış alt boyutu ile hastalık durumu ($r=0.168$, $p=0.004$) arasında pozitif ve günlük su tüketimi ($r=-0.179$, $p=0.002$) arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde negatif ilişki görülmüştür.
79. YTT-26 toplam puanı ile hastalık durumu ($r=0.201$, $p=0.001$) pozitif ve tartılma sıklığı ($r=-0.183$, $p=0.002$) negatif ilişkilidir. ORTO-15 toplam puanı ile hastalık durumu ($r=-0.146$, $p=0.013$) arasında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır.
80. BAÖ toplam puanı ile hastalık durumu ($r=0.172$, $p=0.003$) ve haftada 150 dakika ve üzeri egzersiz yapma durumu ($r=0.180$, $p=0.002$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.
81. Diyet yapma alt boyutu ile bulimik davranış alt boyutu ($r=0.280$, $p=0.000$), YTT-26 toplam puanı ($r=0.847$, $p=0.000$) arasında pozitif ve ORTO-15 toplam puanı ($r=-0.461$, $p=0.000$) arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır.
82. Bulimik davranış alt boyutu ile YTT-26 toplam puanı ($r=0.520$, $p=0.000$) ve BAÖ toplam puanı ($r=0.198$, $p=0.001$) arasında pozitif, ORTO-15 toplam puanı ($r=-0.218$, $p=0.000$) arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır.
83. Oral kontrol davranış alt boyutu ile YTT-26 toplam puanı ($r=0.506$, $p=0.000$) pozitif ilişkili olup, YTT-26 toplam puanı ile ORTO-15 toplam puanı ($r=-0.440$, $p=0.000$) arasında negatif ilişki bulunmaktadır. YTT-26 toplam puanı ile BAÖ toplam puanı ($r=0.127$, $p=0.030$) anlamlı düzeyde pozitif ilişkilidir.

Bu araştırmanın sonucunda;

Gebe olmayan kadınlarda yeme tutum ve davranış bozukluğunun, gebe kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Gebelik döneminde sürecin başarıyla geçmesi ve fetüs sağlığı için sağlıklı beslenmeye daha çok dikkat edildiği düşünülebilir. Doğurganlık çağındaki kadınlar yeme tutum ve davranış bozukluklarının sık görüldüğü bir gruptur ve bu bozukluklar beraberinde sağlık problemlerini de getirmektedir.

Gebe olmayan kadınlar ile gebe kadınlar arasında sağlıklı beslenme takıntısı yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir, iki grupta da Ortoreksiya Nervoza görülme sıklığı yüksektir. Ortoreksiya Nervoza tanı kriterleri standart düzeyde değildir. Ortoreksiya Nervoza için kabul edilmiş kriterler belirlenmeli ve görülme sıklığına dair daha fazla araştırma yürütülmelidir. Ayrıca gebe kadınlarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçeğe ihtiyaç vardır.

Gebe kadınların anksiyete düzeyi, gebe olmayan kadınlardan daha yüksektir. Gebelik süreci çoğu kadın için normal zamanlardan daha endişeli geçebilmektedir. Önceki gebelik döneminde yaşanan sorunlar, ilaç kullanımı, önceden ölü doğum veya düşük yapmış olma, var olan çocuk sayısı gibi etkenler gebelerde anksiyete düzeyini yükseltebilir. Araştırmamızdaki gebelerin çoğunluğu son trimester dönemindedir ve anksiyete düzeylerinin yüksek görülmesi bununla da ilgili olabilir. Gebe kadınlara rutin psikolojik destek çalışmaları yürütülebilir.

Yeme tutum ve davranış bozuklukları ile anksiyete görülme riski de artmaktadır. Yeme tutum ve davranış bozuklukları doktor, diyetisyen ve psikologların yer aldığı multidisipliner bir ekiple tedavi edilmelidir.

9.KAYNAKLAR

1. Bannatyne AJ, Hughes R, Stapleton P, Watt B, and MacKenzie-Shalders K. Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: A Delphi consensus study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 18(1); 1–16, 2018.
2. Mehler PS and Brown C. Anorexia nervosa - Medical complications. *J. Eat. Disord.* 3(1); 1–8, 2015.
3. Mehler PS, Blalock DV, Walden K, Kaur S, McBride J, Walsh K *et al.* Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient–residential eating disordered patients. *Int. J. Eat. Disord.* 51(4); 305–313, 2018.
4. Voderholzer U, Haas V, Correll CU, and Körner T. Medical management of eating disorders: an update. *Curr. Opin. Psychiatry*. 33(6); 542–553, 2020.
5. Easter A, Naumann U, Northstone K, Schmidt U, Treasure J, and Micali N. A longitudinal investigation of nutrition and dietary patterns in children of mothers with eating disorders. *J. Pediatr.* 163(1); 173–178, 2013.
6. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Barbero AH, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Barrabes EM, *et al.* Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother’s Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. *Front. Pediatr.* 8: 587, 2020.
7. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, *et al.* Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy?. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 21(4); 340–344, 2013.
8. Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, *et al.* Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: A systematic review. *Medicina*. 56(7); 1–19, 2020.
9. Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S and Giel KE. The impact of maternal eating disorders on dietary intake and eating patterns during pregnancy: A systematic review. *Nutrients*. 11(4); 1–17, 2019.
10. Balasundaram P. *Eating Disorders*. Stat Pearls Publishing. 2021.
11. Oberle CD, Samaghabadi RO and Hughes EM. Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*. 108: 303–310, 2017.
12. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, *et al.*

- Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 24(2): 2019.
13. Strahler J. Trait mindfulness differentiates the interest in healthy diet from orthorexia nervosa. *Eat. Weight Disord.* 26(3); 993–998, 2021.
 14. İpkırmaz İB ve Saka M. Gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim. Fakültesi Derg.* 5(1); 17–30, 2020.
 15. Keski-Rahkonen A and Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr. Opin. Psychiatry*. 26(6); 340–345, 2016.
 16. Thibaut F. Anxiety disorders: A review of current literature. *Dialogues Clin. Neurosci.* 19(2); 87–88, 2017. doi: 10.31887/dcns.2017.19.2/fthibaut
 17. Giacobbe P and Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *Contin. Lifelong Learn. Neurol.* 24(3); 893–919, 2018.
 18. World Health Organization. WHO: Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva, 2017.
 19. Gul F, Sherin A, Jabeen M and Khan SA. Association of stress with anxiety and depression during pregnancy. *J. Pak. Med. Assoc.* 67(12); 1803–1808, 2017.
 20. Borri C, Mauri M, Oppo A, Banti S, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) study. *J Clin Psychiatry*. 69(10); 1617–24, 2008.
 21. Meuret AE, Tunnell N, Roque A. Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: Treatment Implications,” in *Anxiety Disorders Rethinking and Understanding Recent Discoveries*. Y.-K. Kim, Ed. Springer Nature Singapore Pte Ltd. pp. 237–261, 2020.
 22. Van Alsten SC and Duncan AE. Lifetime patterns of comorbidity in eating disorders: An approach using sequence analysis. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 28(6); 709–723, 2020.
 23. Odabaşı A. Gebelik Dönemindeki Uyku Bozukluklarının Gebelik Sonuçlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama

- ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2020.
24. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2010.
 25. Ünüsan N. Anne-Çocuk Beslenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi, Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi Lisans Programı.
 26. T.C. Sağlık Bakanlığı. Gebelerde Ağırlık Yönetimi Bireysel Standart Beslenme Danışmanlığı Programı. *Diyetisyenler İçin Hasta İzleme Rehberi*, pp. 177–223, 2017.
 27. Grenier LN, Atkinson SA, Mottola MF, Wahoush O, Thabane L, Xie F, *et al.* Be Healthy in Pregnancy: Exploring factors that impact pregnant women's nutrition and exercise behaviours. *Matern. Child Nutr.* 17(1); 1–9, 2021.
 28. Vézina-Im LA, Nicklas TA and Baranowski T. Intergenerational Effects of Health Issues Among Women of Childbearing Age: a Review of the Recent Literature. *Curr. Nutr. Rep.* 7(4); 274–285, 2018.
 29. Institute of Medicine and National Research Council. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington (DC): National Academies Press (US), 2009.
 30. Body C, Christie JA. Gastrointestinal Diseases in Pregnancy: Nausea, Vomiting, Hyperemesis Gravidarum, Gastroesophageal Reflux Disease, Constipation, and Diarrhea. *Gastroenterol. Clin. NA.* 45(2); 267–283, 2016.
 31. Pontius E and Vieth JT. Complications in Early Pregnancy. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 37(2); 219–237, 2019.
 32. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg C, *et al.* Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Nor. Epidemiol.* 24(1-2); 51–62, 2014.
 33. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ and Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum: A cochrane systematic review and meta-analysis. *J. Matern. Neonatal Med.* 31(18); 2492–2505, 2017.
 34. Lau MSY and Ford AC. Constipation in adults. *Clinical Evidence.* 8:1–15, 2015.
 35. Samavati R, Ducza E, Hajagos-Tóth J, Gaspar R. Herbal laxatives and antiemetics

- in pregnancy. *Reprod. Toxicol.* 2017, doi: 10.1016/j.reprotox.2017.06.041.
36. Albert HWJ, Godskesen M. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obs. Gynecol Scand.* 80: 505–10, 2001.
 37. Sehmbi H, Souza D and Bhatia A. Low Back Pain in Pregnancy : Investigations, Management and Role of Neuraxial Analgesia and Anaesthesia: A Systematic Review. *Gynecol Obstet Invest.* 2017, doi: 10.1159/000471764.
 38. Phupong V and Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 9(11):2014, doi: 10.1002/14651858.CD011379.
 39. Thélin CS and Richter JE. Review article: the management of heartburn during pregnancy and lactation. *Aliment Pharmacol Ther.* pp.1–14, 2020, doi: 10.1111/apt.15611.
 40. Smyth RMD, Aflaifel N and Bamigboye AA. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 10: 2015, doi: 10.1002/14651858.CD001066.pub3.
 41. Davison JM. Edema in pregnancy. *Kidney Int Suppl.* 59: 90–6, 1997.
 42. Mohaupt MG. Ödeme in der Schwangerschaft – banal ?. Klinik und Poliklinik für Nephrologie und Hypertonie der Universität Bern. pp. 687–690, 2004.
 43. Luo L, Zhou K, Zhang J, Xu L and Yin W. Interventions for leg cramps in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 12: 2020, doi: 10.1002/14651858.CD010655.pub3.
 44. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, 2016.
 45. Looman M, Geelen A, Samlal RA, Heijligenberg R, Gunnewiek JM, Balvers MG, *et al.* Changes in micronutrient intake and status, diet quality and glucose tolerance from preconception to the second trimester of pregnancy. *Nutrients*, 11(2): 2019.
 46. Brown B and Wright C. Safety and efficacy of supplements in pregnancy. *Nutr. Rev.* 78(10); 813–826, 2020, doi: 10.1093/nutrit/nuz101.
 47. Georgieff MK, Krebs NF and Cusick SE. The Benefits and Risks of Iron Supplementation in Pregnancy and Childhood. *Annu Rev Nutr.* 39: 121-146, 2019.
 48. World Health Organization *Guideline: calcium supplementation in pregnant women.* Geneva, 2013.

49. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L and Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst. Rev.* 10(6): 2014, doi: 10.1002/14651858.CD001059.pub4.
50. Cullers A, King JC, Van Loan M, Gildengorin G and Fung EB. Effect of prenatal calcium supplementation on bone during pregnancy and 1 y postpartum. *Am. J. Clin. Nutr.* 109(1); 197–206, 2019, doi: 10.1093/ajcn/nqy233.
51. Rodriguez-Diaz E and Pearce EN. Iodine status and supplementation before, during, and after pregnancy. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* 34(4); 101430, 2020, doi: 10.1016/j.beem.2020.101430.
52. WHO Secretariat, Andersson M, de Benoist B. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation. *Public Health Nutr.* 10: 1606–1611, 2007.
53. Pludowski P, Holick MF, Pilz S, Wagner CL, Hollis BW, Grant WB, *et al.* Vitamin D effects on musculoskeletal health, immunity, autoimmunity, cardiovascular disease, cancer, fertility, pregnancy, dementia and mortality-A review of recent evidence. *Autoimmun. Rev.* 12(10); 976–989, 2013, doi: 10.1016/j.autrev.2013.02.004.
54. Arnson Y, Amital H, Shoenfeld Y. Vitamin D and autoimmunity: new etiological and therapeutical considerations. *Ann Rheum Dis.* 66:1137–42, 2007.
55. Dawodu A, Wagner CL. Mother-child vitamin D deficiency: an international perspective. *Arch. Dis. Child.* 92: 737–740, 2007.
56. World Health Organisation *Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women.* Geneva, 2012.
57. Palacios C, De-Regil LM, Lombardo LK and Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation during pregnancy: Updated meta-analysis on maternal outcomes. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 164: 148–155, 2016, doi: 10.1016/j.jsbmb.2016.02.008.
58. Zec M, Roje D, Matovinovic M, Anticevic V, Skare LL, Jeroncic A, *et al.* Vitamin B12 supplementation in addition to folic acid and iron improves hematological and biochemical markers in pregnancy: A randomized controlled

- trial. *J. Med. Food*, 23(10); 1054–1059, 2020, doi: 10.1089/jmf.2019.0233.
59. Siddiqua TJ, Ahmad SM, Ahsan KB, Rashid M, Roy A, Rahman SM, *et al.* Vitamin B12 supplementation during pregnancy and postpartum improves B12 status of both mothers and infants but vaccine response in mothers only: a randomized clinical trial in Bangladesh. *Eur. J. Nutr.* 55(1); 281–293, 2016, doi: 10.1007/s00394-015-0845-x.
 60. Rogne T, Tielemans MJ and Chong MF. Maternal vitamin B12 in pregnancy and risk of preterm birth and low birth weight: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Am. J. Epidemiol.* 185(3); 212–223, 2017, doi: 10.1093/aje/kww212.Maternal.
 61. Bullarbo M, Mattson H, Broman AK, Ödman N and Nielsen TF. Magnesium Supplementation and Blood Pressure in Pregnancy: A Double-Blind Randomized Multicenter Study. *J. Pregnancy*. 2018, doi: 10.1155/2018/4843159.
 62. Kar S, Wong M, Rogozinska E and Thangaratnam S. Effects of omega-3 fatty acids in prevention of early preterm delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized studies. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 198: 40–46, 2016, doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.11.033.
 63. Nordgren TM, Lyden E, Anderson-Berry A and Hanson C. Omega-3 fatty acid intake of pregnant women and women of childbearing age in the united states: Potential for deficiency?. *Nutrients*, 9(3): 2017, doi: 10.3390/nu9030197.
 64. Hawkins LK and Gottlieb BR. Screening for eating disorders in pregnancy: How uniform screening during a high-risk period could minimize under-recognition. *J. Women's Heal.* 22(4); 390–392, 2013, doi: 10.1089/jwh.2013.4313.
 65. Pettersson CB, Zandian M and Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum,” *Arch. Womens. Ment. Health.* 19(4); 675–680, 2016, doi: 10.1007/s00737-016-0619-3.
 66. Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, *et al.* Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *Int. J. Eat. Disord.* 52(6); 652–658, 2019, doi: 10.1002/eat.23065.
 67. Dikmen Ö. *Sakarya ilinde gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sakarya, 2020.*

68. Figueiredo B and Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects,” *J. Affect. Disord.* 132(1–2); 146–157, 2011.
69. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, *et al.* Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch. Womens. Ment. Health.* 9(3); 121–130, 2006, doi: 10.1007/s00737-006-0122-3.
70. Silva MM, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EP. Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Rev. da Esc. Enferm.* 51: 1–8, 2017, doi: 10.1590/S1980-220X2016048003253.
71. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y and Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens. Health.* 11: 2011, doi: 10.1186/1472-6874-11-22.
72. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K and Mungan MT. Risk Factors For Pregnancy Anxiety And Depression: Assessment In 452 Cases. *J. Tepecik Educ. Res. Hosp.* 21(2); 79–84, 2011, doi: 10.5222/terh.2011.45398.
73. Zhang Y, Muyiduli X, Wangb S, Jiangc W, Wuc J, Libet M, *et al.* Prevalence and relevant factors of anxiety and depression among pregnant women in a cohort study from south-east China.*J. Reprod. Infant Psychol.* 36(5); 519–529, 2018, doi: 10.1080/02646838.2018.1492098.
74. Mizuno T, Tamakoshi K and Tanabe K. Anxiety during pregnancy and autonomic nervous system activity: A longitudinal observational and cross-sectional study. *J. Psychosom. Res.* 99: 105–111, 2017, doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.006.
75. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A and Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J. Affect. Disord.*, 119(1–3); 142–148, 2009.
76. Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M and Liosis G. The role of maternal anxiety in the early postpartum period: Screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 30(1); 21–28, 2009, doi: 10.1080/01674820802604839.
77. Treasure J, Duarte TA and Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 10227(395);

899–911, 2020.

78. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013.
79. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G and Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am. J. Clin. Nutr.*, 109(5): 1402–1413, 2019, doi: 10.1093/ajcn/nqy342.
80. The National Eating Disorders Collaboration. Pregnancy and Eating Disorders : a Professional's Guide to Assessment and Referral. *Natl. Eat. Disord. Collab.* pp. 1–24, 2015.
81. Moore CA, Bokor BR. *Anorexia Nervosa*. StatPearls Publishing, 2020.
82. Levinson CA, Zerwas SC, Brosf LC, Thornton LM, Strober M, Pivarunas B, *et al.* Associations between Dimensions of Anorexia Nervosa and Obsessive-Compulsive Disorder: An Examination of Personality and Psychological Factors in Patients with Anorexia Nervosa. 27(2); 161–172, 2020.
83. Hinney A and Volckmar AL. Genetics of eating disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 15(12): 2013, doi: 10.1007/s11920-013-0423-y.
84. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, *et al.* Anorexia nervosa. *Nat. Rev. Dis. Prim.* 1: 1–22, 2015, doi: 10.1038/nrdp.2015.74.
85. Micali N, Hagberg KW, Petersen I and Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open.* 3(5); 3–10, 2013, doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646.
86. Jagielska G and Kacperska I. Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręcie psychicznym. *Psychiatr. Pol.* 51(2); 205–218, 2017, doi: 10.12740/PP/64580.
87. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM and Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 40(2); 121–128, 2006, doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01758.x.
88. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L and von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res.* 230(2); 294–299, 2015, doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.008.

89. Swinbourne JM and Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 15(4); 253–274, 2007, doi: 10.1002/erv.784.
90. Ante Z, Luu TM, Healy-Profítós J, He S, Taddeo D, Lo E, *et al.* Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 53(5); 403–412, 2020, doi: 10.1002/eat.23251.
91. Wade TD. Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatr. Clin. North Am.* 42(1); 21–32, 2019.
92. Russell G. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 9(3); 429–448, 1979, doi: 10.1017/S0033291700031974.
93. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson CI, Shahly V *et al.* The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. 73(9); 904–914, 2014.
94. Castillo M and Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* 47(4); 85–94, 2017.
95. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 42(1); 33–43, 2019, doi: 10.1016/j.psc.2018.10.011.
96. Stice E, Gau JM, Rohde P and Shaw H. Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *J. Abnorm. Psychol.* 126(1); 38–51, 2017, doi: 10.1037/abn0000219.Risk.
97. Udo T, Grilo CM. Prevalence and Correlates of DSM-5 Eating Disorders in Nationally Representative Sample of United States Adults. *Biol Psychiatry.* 84(5); 345–354, doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014.
98. Bulik CM, Holle AV, Hamer R, Berg CK, 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). *Psychol. Med.* 37(8); 1109–1118, 2007.
99. Siega-Riz AM, Holle AV, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, *et al.* Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *Int. J. Eat. Disord.* 44(5); 428–434, 2011, doi: 10.1002/eat.20835.
100. Wassenaar E, Friedman J and Mehler PS. Medical Complications of Binge

- Eating Disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 42(2); 275–286, 2019, doi: 10.1016/j.psc.2019.01.010.
101. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, *et al.* Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. *Int. J. Eat. Disord.* 42(5); 387–393, 2009, doi: 10.1002/eat.20643.
 102. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 61(3); 348–358, 2007.
 103. Bratman S. The Health Food Eating Disorder. *Yoga J.* 136: 42–50, 1997.
 104. Anıl C, Arıtcı G, Arı H, Tutuncu NB. Prevalence of orthorexia in diabetic patients. *Endocr. Abstr.* 37: EP327, 2015.
 105. Dunn TM and Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat. Behav.* 21: 11–17, 2016, doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.
 106. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S and Kirpinar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr. Psychiatry.* 51(1); 49–54, 2010, doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001.
 107. Costa CB, Hardan-Khalil K and Gibbs K. Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues Ment. Health Nurs.* 28(12); 980–988, 2017, doi: 10.1080/01612840.2017.1371816.
 108. Koven NS and Wabry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 11: 385–394, 2015, doi: 10.2147/NDT.S61665.
 109. Bratman S, Knight D. *Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating.* New York: Broadway, 2000.
 110. Kalra JJ, Kapoor N. Recent advances in endocrinology. *Ohio J. Sci.* 46(4); 185–187, 1946, doi: 10.5840/thought19359415.
 111. Missbach B, Dunn TM and König JS. We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman’s Test and Associated Tendencies. *Appetite.* 108: 521–524, 2017, doi: 10.1016/j.appet.2016.07.010.

112. Mathieu J. What is orthorexia? *J. Am. Diet. Assoc.* 105(10); 1510–1512, 2005, doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021.
113. Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, *et al.* Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 51(2); 170–173, 2018, doi: 10.1002/eat.22814.
114. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant-Waugh R, Hilbert A, *et al.* Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *Int J Eat Disord.* 52(4); 361–366, 2019, doi: 10.1002/eat.23042.
115. Karadere ME, Hocaoglu Ç. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.* 7(4); 110–118, 2018.
116. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, *et al.* Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J. Adolesc. Heal.* 53(2); 303–305, 2013, doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.025.
117. Zimmerman J and Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.* 47(4); 95–103, 2017, doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.005.
118. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS and Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J. Eat. Disord.* 2(1); 1–8, 2014, doi: 10.1186/s40337-014-0021-3.
119. Young SL. Pica in pregnancy: New ideas about an old condition. *Annu. Rev. Nutr.* 30: 403–422, 2010, doi: 10.1146/annurev.nutr.012809.104713.
120. Leung AK and Hon KL. Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Curr. Pediatr. Rev.* 15(3); 164–169, 2019, doi: 10.2174/1573396315666190313163530.
121. Young SL, Sherman PW, Lucks JB and Peltó GH. Why on earth?: Evaluating hypotheses about the physiological functions of human geophagy. *Q. Rev. Biol.* 86(2); 97–120, 2011, doi: 10.1086/659884.

122. Nasser YA, Muco E, Alsaad AJ. *Pica*. StatPearls Publishing, 2021.
123. Fawcett EJ, Fawcett JM and Mazmanian D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 133(3); 277–283, 2016, doi: 10.1016/j.ijgo.2015.10.012.
124. Mireku MO, Davidson LL, Zoumenou R, Massougboj A, Cot M, Bodeau-Livinec F, *et al.* Consequences of prenatal geophagy for maternal prenatal health, risk of childhood geophagy and child psychomotor development. 23(8); 841–849, 2019, doi: 10.1111/tmi.13088.Consequences.
125. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JL, Suzuki H, Tack J, *et al.* Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology.* 150(6); 1380–1392, 2016, doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.011.
126. Halland M, Pandolfino J and Barba E. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 16(10); 1549–1555, 2018, doi: 10.1016/j.cgh.2018.05.049.
127. Barba E, Accarino A, Soldevilla A, Malagelada JR and Azpiroz F. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Biofeedback for the Treatment of Rumination. *Am. J. Gastroenterol.* 111(7); 1007–1013, 2016, doi: 10.1038/ajg.2016.197.
128. O'Brien MD, Bruce BK and Camilleri M. The rumination syndrome: Clinical features rather than manometric diagnosis. *Gastroenterology.* 108(4); 1024–1029, 1995, doi: 10.1016/0016-5085(95)90199-X.
129. Şahin M. Korku ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Eurasian J. Res. Soc. Econ.* 6(10); 117–135, 2019.
130. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, *et al.* Anxiety disorders. *Nat. Rev. Dis. Prim.* 17024(3); 1–18, 2017, doi: 10.1038/nrdp.2017.24.
131. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. *Curr Top Behav Neurosci.* 2: 21–35, 2010.
132. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, *et al.* The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 21(9); 655–679, 2011, doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
133. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M,

- Nordström E, *et al.* Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*. 9: 1–9, 2009, doi: 10.1186/1471-2458-9-302.
134. Edwards J, Hu M, Thind A, Stranges S, Chiu M and Anderson KK. Gaps in Understanding of the Epidemiology of Mood and Anxiety Disorders among Migrant Groups in Canada: A Systematic Review. *Can. J. Psychiatry*. 64(9); 595–606, 2019, doi: 10.1177/0706743719839313.
135. Karamustafalıoğlu O ve Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastan. Tıp Bülteni*. 45(2); 65–74, 2011.
136. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, *et al.* National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Heal.* 1(1); 40–43, 2015, doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010.
137. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
138. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M and Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat. Weight Disord.* 10(2); 2005, doi: 10.1007/BF03327537.
139. Arusoğlu S. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, ORTO-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
140. Garner DM and Garfinkel P. The Eating Attitudes Test an index of. *Psychol. Med.* 9: 273–279, 1979.
141. Garner DM, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychol. Med.* 12(4); 871–878, 1982, doi: 10.1017/S0033291700049163.
142. Değirmenci M. Eating Attitude Test-26 (Eat-26)'nın Türkçe Versiyonu Yeme Tutum Testi -26 (Ytt-26)'nın Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun, 2020.
143. Beck AT, Epstein N, Brown G and Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clin.*

Psychol. 56(6); 893–897, 1988.

144. Ulusoy M, Sahin NH and Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J. Cogn. Psychother. An Int. Q.* 12(2); 163–172, 1998.
145. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO consultation. 894: 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.
146. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s 69, Konya, 2007.
147. Martínez-González L, Villa TF, de la Torre AJ, Perez CA, Cavanillas AB, Alvarez RC, *et al.* Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutr. Hosp.* 30(4); 927–934, 2014.
148. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas TT and Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders,” *Am. J. Obstet. Gynecol.* 211(4); 392.e1-392.e8, 2014.
149. Plichta M and Jezewska-Zychowicz M. Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students. *Appetite.* 137: 114–123, 2019, doi: 10.1016/j.appet.2019.02.022.
150. Brytek-Matera A, Krupa M, Poggiogalle E and Donini LM. Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eat. Weight Disord.* 19(1); 69–76, 2014, doi: 10.1007/s40519-014-0100-0.
151. Atalay Z. Konya il merkezinde 1. 2.ve 3. trimesterlerinde olan gebe kadınların beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ile gebe beslenmesi konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2020.
152. Easter A, Treasure T and Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 18(12); 1491–1498, 2011, doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03077.x.

153. Reynolds R. Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eat. Weight Disord.* 23(4); 453–458, 2018, doi: 10.1007/s40519-018-0535-9.
154. Sümengen M. Üniversite öğrencilerinde yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza ilişkisi,” Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020.
155. Sünbül Ş. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu ve Ortoreksiya Nervoza Eğilimlerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2019.
156. Farchakh Y, Hallit S and Soufia M. Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of a cross-sectional study. *Eat. Weight Disord.* 24(4); 683–691, 2019, doi: 10.1007/s40519-019-00724-6.
157. <https://www.who.int/about/governance/constitution>. World Health Organisation. (Erişim Tarihi 15.10.2021)
158. Shand AW, Walls M, Chatterjee R, Nassar N and Khambalia AZ. Dietary vitamin, mineral and herbal supplement use: A cross-sectional survey of before and during pregnancy use in Sydney, Australia. *Aust. New Zeal. J. Obstet. Gynaecol.* 56(2); 154–161, 2016, doi: 10.1111/ajo.12414.
159. Çobanoğlu A. Gebelerin İlaç Kullanım Durumu Ve Güvenli İlaç Kullanım Bilgilerinin İncelenmesi. *J. Anatolia Nurs. Heal. Sci.* 23(4); 463–469, 2020, doi: 10.17049/ataunihem.499684.
160. Saiphoklang N, Poachanukoon O and Soorapan S. Smoking characteristics and lung functions among university athletes. *Sci. Rep.* 10(1); 1–6, 2020, doi: 10.1038/s41598-020-77248-y.
161. Fairweather-Schmidt K and Wade TD. The relationship between disordered eating and cigarette smoking among adult female twins. *Int. J. Eat. Disord.* 48(6); 708–714, 2015, doi: 10.1002/eat.22363.
162. Patterson JA, Torvaldsen S, Nippita TA, Ford JB and Morris JM. Determining a strategy to reduce smoking in pregnancy. *Aust. New Zeal. J. Obstet. Gynaecol.* 60(6); 935–941, 2020, doi: 10.1111/ajo.13205.

163. Ratnasiri AW, Gordon L, Dieckmann RA, Lee HC, Parry SC, Arief VN, *et al.* Smoking during Pregnancy and Adverse Birth and Maternal Outcomes in California, 2007 to 2016. *Am. J. Perinatol.* 347(13): 1364–1376, 2020, doi: 10.1055/s-0039-1693689.
164. Gustavson K, Ystrom E, Stoltenberg C, Susser E, Suren P, Magnus P, *et al.* Smoking in pregnancy and child ADHD. *Pediatrics.* 139(2): e20162509, 2017, doi: 10.1542/peds.2016-2509.
165. İpkırmaz İB, Saka M. Gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 5(1); 17-30, 2020.
166. Bulik CM, Holle AV, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, *et al.* Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Int. J. Eat. Disord.* 42(1); 9–18, 2009.
167. Horváth Z, Román N, Elekes Z, Griffiths MD, Demetrovics Z and Urbán R. Alcohol consumption and risk for feeding and eating disorders in adolescence: The mediating role of drinking motives. *Addict. Behav.* 107: 2020, doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106431.
168. Karakuş B. Orthorexia Nervosa Trends Among Students Of Nutrition And Dietetics Department At A University In Istanbul. *North. Clin. Istanbul.* 4(2); 117–123, 2017, doi: 10.14744/nci.2017.20082.
169. Aykut MK. Duygusal Yeme Davranışlarının Yeme Bozukluğu ve Beslenme Durumu İlişkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara, 2018.
170. Chiodo LM, Cosmian C, Pereira K, Kent N, Sokol RJ and Hannigan JH. Prenatal Alcohol Screening During Pregnancy by Midwives and Nurses. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 43(8); 1747–1758, 2019, doi: 10.1111/acer.14114.
171. Hacıarif A. Yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelenmesi ve tikiñircasına yeme bozukluğunun belirlenmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Bitirme Tezi, İstanbul, 2015.
172. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Ankara, Türkiye, 2019.
173. Cooper AR, Loeb KL, McGlinchey EL. Sleep and eating disorders: current

- research and future directions. *Curr. Opin. Psychol.* 34: 89–94, 2020, doi: 10.1016/j.copsyc.2019.11.005.
174. Lo JC, Groeger JA, Cheng GH, Dijk DJ and Chee MW. Self-reported sleep duration and cognitive performance in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 17: 87–98, 2016, doi: 10.1016/j.sleep.2015.08.021.
 175. Reid KJ, Facco FL, Grobman WA, Parker CB, Herbas M, Hunter S, *et al.* Sleep during pregnancy: The nuMoM2b pregnancy and sleep duration and continuity study. *Sleep.* 40(5): 2017, doi: 10.1093/sleep/zsx045.
 176. Santiago JR, Nolledo MS, Kinzler W, Santiago TW. Sleep and Sleep Disorders in Pregnancy. *Ann Intern Med.* 134: 396–408, 2001.
 177. Kominiarek MA, Yeh C, Balmert LC, Facco F, Grobman W and Simon M. Sleep Duration during Pregnancy using an Activity Tracking Device. *AJP Rep.* 10(3); E309–E314, 2020, doi: 10.1055/s-0040-1715172.
 178. Birsner ML and Gyamfi-Bannerman C. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion Number 650. *Obstet. Gynecol.* 804(4); 178, 2015.
 179. Savard C, Lemieux S, Carbonneau E, Provencher V, Gagnon C, Robitaille J, *et al.* Trimester-specific assessment of diet quality in a sample of Canadian pregnant women. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 16(3); 311, 2019, doi: 10.3390/ijerph16030311.
 180. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: A meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 18(1); 1–18, 2018, doi: 10.1186/s12884-018-1762-9.
 181. Dryer R, von der Schulenburg IG, Brunton R. Body dissatisfaction and Fat Talk during pregnancy: Predictors of distress. *J. Affect. Disord.* 267: 289–296, 2020, doi: 10.1016/j.jad.2020.02.031.
 182. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, *et al.* The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertil. Steril.* 108(3); 393–406, 2017, doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005.
 183. Kalcı P, Karaş H and Polat A. The relationship of in vitro fertilisation treatment outcomes with attachment, resilience, stress levels, depression, anxiety and somatization. *Klin. Psikiyatr. Derg.* 23(4); 446–455, 2020, doi:

10.5505/kpd.2020.24865.

184. Aljoher AM, Alsaeed MA and Alkhlfan MA. Pregnant Women Risk Perception of Medications and Natural Products Use during Pregnancy in Alahsa, Saudi Arabia. *Egypt. J. Hosp. Med.* 70(1); 13–20, 2018, doi: 10.12816/0042956.
185. Sverrisdottir U, Jonsdottir F, Gunnarsdottir AI, Hardardottir H, Bjarnadottir RI. Use of medication, supplements and natural products during pregnancy. *Laeknabladid.* 105(1); 11–16, 2019.
186. Haas DM, Marsh DJ, Dang DT, Parker CB, Wing DA, Simhan HN, *et al.* Prescription and Other Medication Use in Pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 131(5); 789–798, 2018, doi: 10.1097/AOG.0000000000002579.
187. Censi S, Watutantrige-Fernando S, Groccia G, Manso J, Plebani M, Faggian D, *et al.* The Effects of Iodine Supplementation in Pregnancy on Iodine Status, Thyroglobulin Levels and Thyroid Function Parameters: Results from a Randomized Controlled Clinical Trial in a Mild-to-Moderate Iodine Deficiency Area. *Nutrients.* 2639(11): 2019.
188. Middleton P, Gomersall JC, Gould JF, Shepherd E, Olsen SF and Makrides M. Omega-3 Fatty Acid Addition during Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.* 74(4); 189–191, 2019, doi: 10.1097/01.ogx.0000554434.11750.dc.
189. Makrides M, Best K, Yelland L, McPhee A, Zhou S, Quinlivan J, *et al.* A Randomized Trial of Prenatal n–3 Fatty Acid Supplementation and Preterm Delivery. *N. Engl. J. Med.* 381(11); 1035–1045, 2019, doi: 10.1056/nejmoa1816832.
190. De Araujo CA, De Lorena SB, De Sousa Cavalcanti GC, De Souza Leão GL, Tenorio GP and Alves JGB. Oral magnesium supplementation for leg cramps in pregnancy-An observational controlled trial. *PLoS One.* 15(1); 6–13, 2020, doi: 10.1371/journal.pone.0227497.
191. Gómez MF, Field CJ, Olstad DL, Loehr S, Ramage S, McCargar LJ, *et al.* Use of micronutrient supplements among pregnant women in Alberta: Results from the Alberta Pregnancy Outcomes and Nutrition (APrON) cohort. *Matern. Child Nutr.* 11(4); 497–510, 2015, doi: 10.1111/mcn.12038.
192. Jeve Y, Rana R, Bhide A and Thangaratnam S. Accuracy of first-trimester ultrasound in the diagnosis of early embryonic demise: A systematic review.

- Ultrasound Obstet. Gynecol.* 38(5); 489–496, 2011, doi: 10.1002/uog.10108.
193. Jurkovic D, Overton C and Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *BMJ*, 363(7913); 1–7, 2013, doi: 10.1136/bmj.f3676.
194. Chakhtoura NA and Reddy UM. Management of stillbirth delivery. *Semin. Perinatol.* 39(6); 501–504, 2015, doi: 10.1053/j.semperi.2015.07.016.
195. Center for Disease Control and Prevention, *National Center for Health Statistics. Model state vital statistics act and regulations*. Atlanta, 1992, p. Retrieved September 16, 2019.
196. Escañuela Sánchez MT, Meaney DS and O'Donoghue DK. Modifiable risk factors for stillbirth: a literature review. *Midwifery.* 79: 102539, 2019, doi: 10.1016/j.midw.2019.102539.
197. Bardsley A. Assessment and treatment options for patients with constipation. *Br. J. Nursing.* 26(6): 312-318, 2017.
198. Shin GH, Toto EL and Schey R. Pregnancy and Postpartum Bowel Changes : Constipation and Fecal Incontinence. *Am. J. Gastroenterol.* 110(4); 521–529, 2015, doi: 10.1038/ajg.2015.76.
199. Kuronen M, Hantunen S, Alanne L, Kokki H, Saukko C, Sjövall S, *et al.* Pregnancy, puerperium and perinatal constipation – an observational hybrid survey on pregnant and postpartum women and their age-matched non-pregnant controls. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 128(6); 1057–1064, 2021, doi: 10.1111/1471-0528.16559.
200. Levy N, Lemberg E, Sharf M. Bowel habit in pregnancy. *Digestion*, 4(4); 216–22, 1971.
201. Carvalho ME, Lima LC, De Lira Terceiro CA, Pinto DR, Silva MN, Cozer GA, *et al.* Low back pain during pregnancy. *Rev Bras Anesthesiol.* 67(3); 266-270, 2017.
202. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 32(1); 235–261, 2003.
203. Çelikkan N. Gebelik Öncesi Sezgisel Yeme Davranışı ile Gebelikte Yeme Farkındalığı ve Beslenme Durumunun Gestasyonel Vücut Ağırlığı Artışına Etkisinin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,

Gaziantep, 2021.

204. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 8(3); 137–144, 2017, doi: 10.14744/phd.2016.36854.
205. Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, *et al*. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 28(2); 141–155, 2020, doi: 10.1002/erv.2719.
206. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eat. Weight Disord.* 22(1); 185–192, 2017, doi: 10.1007/s40519-016-0258-8.
207. Zarifoğlu A. Farklı üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza görülme sıklığı ile yeme tutum davranışları ve beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019.
208. Erdal EÖ. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğilimi ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi: Sivas örneği. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2021.
209. Pehlivan E, Mete B, Fırıncı B and Doğan E. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Yaygınlığı Ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg.* 4(2); 166–175, 2019.
210. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 62(6); 593–602, 2005.
211. Radoš SN, Tadinac M, Herman R. Anxiety during pregnancy and postpartum: Course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clin. Croat.* 547(1); 39–51, 2018, doi: 10.20471/acc.2018.57.01.05.
212. Shagufta S, Shams S. Prevalence, differences, and predictors of anxiety and depression among pregnant and non-pregnant women in Peshawar Khyber Pakhtunkhwa Pakistan. *FWU J. Soc. Sci.* 13(1); 167–176, 2019.

213. Arduini T, Iorio D, Patacchini E. Weight, reference points, and the onset of eating disorders. *J. Health Econ.* 65: 170–188, 2019.
214. De Lijster JM, Dierckx B, Utens EM, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, *et al.* The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *Can. J. Psychiatry.* 62(4); 237–246, 2017, doi: 10.1177/0706743716640757.
215. Sinaci S, Tokalioglu EO, Ocal D, Atalay A, Yilmaz G, Keskin HL, *et al.* Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 255: 190-196, 2020, doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.10.055.
216. Holton S, Fisher J, Nguyen H, Brown WJ, Tran T. Pre-pregnancy body mass index and the risk of antenatal depression and anxiety. *Women and Birth.* 32(6); e508–e514, 2019, doi: 10.1016/j.wombi.2019.01.007.
217. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, *et al.* Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 48(6); 555–562, 2015, doi: 10.1002/eat.22334.
218. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry.* 15(1); 1–7, 2015, doi: 10.1186/s12888-015-0419-8.
219. Warren MP. Endocrine manifestations of eating disorders. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 96(2); 333–343, 2011, doi: 10.1210/jc.2009-2304.
220. King NM, Chambers J, O'Donnell K, Jayaweera SR, Williamson C, Glover VA. Anxiety, depression and saliva cortisol in women with a medical disorder during pregnancy. *Arch. Womens. Ment. Health.* 13(4); 339–345, 2010, doi: 10.1007/s00737-009-0139-5.
221. Solmi M, Veronese N, Sergi G, Luchini C, Favaro A, Santonastaso P, *et al.* The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 111(11); 1914–1922, 2016.
222. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One.* 12(7); 1–14, 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0181104.
223. Lozano-Madrid M, Bryan DC, Granero R, Sanchez I, Riesco N, Mallorquí-

- Bagué N, *et al.* Impulsivity, emotional dysregulation and executive function deficits could be associated with alcohol and drug abuse in eating disorders. *J. Clin. Med.* 9(6); 1–13, 2020, doi: 10.3390/jcm9061936.
224. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine Tob. Res.* 19(1); 3–13, 2017, doi: 10.1093/ntr/ntw140.
225. Tojal C and Costa R. Anxiety and depression symptoms among pregnant women with different smoking habits. *Psychol. Heal. Med.* 25(4); 410–417, 2020, doi: 10.1080/13548506.2019.1634820.
226. Cena H and Calder PC. Defining a healthy diet: Evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients.* 12(2); 1–15, 2020, doi: 10.3390/nu12020334.
227. Cachelin FM, Thomas C, Vela A, Gil-Rivas V. Associations between meal patterns, binge eating and weight for Latinas. *Int J Eat Disord.* 50(1); 32–39, 2017.
228. Kim KR, Jung YC, Shin MY, Namkoong K, Kim JK, Lee JH. Sleep disturbance in women with eating disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Psychiatry Res.* 176(1); 88–90, 2010, doi: 10.1016/j.psychres.2009.03.021.
229. Ulman TF, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Sleep disturbances and binge eating disorder symptoms during and after pregnancy. *Sleep.* 35(10); 1403–1411, 2012, doi: 10.5665/sleep.2124.
230. Rizk M, Lalanne C, Berthoz S, Kern L, Godart N. Problematic exercise in anorexia nervosa: Testing potential risk factors against different definitions. *PLoS One.* 10(11); 1–18, 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0143352.
231. Ege KB. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde yaşam doyumunun besin seçimi ve ortoreksiya nervoza eğilimine etkisinin araştırılması. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2020.
232. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Arch. Womens. Ment. Health.* 17(3); 221–228, 2014, doi: 10.1007/s00737-013-0409-0.
233. García-Blanco A, Diago V, Hervás D, Ghosn F, Vento M, Cháfer-Pericás C.

- Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: A prospective cohort study. *Hum. Reprod.* 33(7); 1237–1246, 2018, doi: 10.1093/humrep/dey109.
234. Larsen PS, Andersen AN, Olsen EM, Micali N, Strandberg-Larsen K. What's in a Self-report? A Comparison of Pregnant Women with Self-reported and Hospital Diagnosed Eating Disorder. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 24: 460–65, 2016.
 235. Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: A hospital-based cross-sectional study. *Sci. World J.* 2012: 653098, 2012.
 236. Dalmaz M ve Tekdemir Yurtdaş G. Kadınlarda Çocuk Sahibi Olma ve Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişki. *Int. J. Psychiatry Psychol. Res.* 12: 2018, Doi: 10.17362/DBHAD.2018.1.4.
 237. 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.* 51: 12–15, 2017, doi: 10.1016/j.midw.2017.05.005.
 238. Dipietro JA, Costigan KA, Sipsma HL. Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 29(2); 115–124, 2008.
 239. Beyazit F and Sahin B. Effect of nausea and vomiting on anxiety and depression levels in early pregnancy. *Eurasian J. Med.* 50(2); 111–115, 2018, doi: 10.5152/eurasianjmed.2018.170320.
 240. Jahrami H, Saif Z, Faris MAI, Levine MP. The relationship between risk of eating disorders, age, gender and body mass index in medical students: a meta-regression. *Eat. Weight Disord.* 24(2); 169–177, 2019, doi: 10.1007/s40519-018-0618-7.
 241. Asil E and Sürücüoğlu MS. Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecol. Food Nutr.* 54(4); 303–313, 2015, doi: 10.1080/03670244.2014.987920.
 242. Agopyan A, Kenger EB, Kermen S, Ulker MT, Uzsoy MA, Yetgin MK. The relationship between orthorexia nervosa and body composition in female students of the nutrition and dietetics department. *Eat. Weight Disord.* 24(2); 257–266, 2019, doi: 10.1007/s40519-018-0565-3.

243. Łucka I, Janikowska-Hołoweńko D, Domarecki P, Plenikowska-Ślusarz T, Domarecka M. Orthorexia nervosa - A separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatr. Pol.* 53(2); 371–382, 2019.
244. Dell'Osso L, Abelli M, Carpita B, Massimetti G, Pini S, Rivetti L, et al. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Riv. Psichiatr.* 51(5); 190–6, 2016.
245. Dachew BA, Ayano G, Betts K, Alati R. The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 281: 321–330, 2021.

10.EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu “Gebe Olan ve Olmayan Yetişkin Kadınlarda Ortoreksiya Nervoza, Yeme Tutumu ve Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması”dır.

Bu araştırma, Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans tez öğrencisi Diyetisyen İlayda Sena BALKI’nın tez araştırmasıdır. Araştırma, 20-45 yaş aralığındaki gebe olmayan kadınlar ve gebelerin Ortoreksiya Nervoza, yeme tutumu ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır. Gebelik her kadının farklı yaşadığı, sosyal, psikolojik ve fiziksel değişimlerin eşlik ettiği bir dönemdir. Bu dönemde yeme bozuklukları, sağlıklı beslenme takıntısı ve anksiyete düzeylerinde artış görülebilmektedir.

Bu çalışmaya katılmak **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya **katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelmektedir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı İlayda Sena BALKI’ya başvurabilir, araştırmacıya günün 24 saatinde - numaralı cep telefonundan erişebilirsiniz.

Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum/sözlü olarak dinledim. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı

İmzası

Tarih:

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmzası

Tarih:

Dyt. İlayda Sena BALKI

EK-2

GEBE OLAN VE OLMAYAN YETİŞKİN KADINLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA, YEME TUTUMU VE ANKSİYETE DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

1. Yaşınız (yıl):
2. Boy uzunluğunuz (m):
3. Vücut ağırlığınız (kg):
4. Eğitim düzeyiniz:
 - a. Okur-yazar
 - b. İlkokul
 - c. Lise
 - d. Üniversite
 - e. Lisansüstü
5. Çalışıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
6. Cevabınız evet ise mesleğinizi belirtiniz:
7. Eğer varsa tanı aldığınız hastalıklar:
 - a. Diyabet
 - b. Hipertansiyon
 - c. Tiroid hastalıkları
 - d. Kalp-damar hastalıkları
 - e. Böbrek hastalıkları
 - f. Ruhsal sorunlar
 - g. Hematolojik hastalıklar
 - h. Romatolojik hastalıklar
 - i. Kas, iskelet sistemi hastalıkları (osteoporoz gibi)
 - j. Vitamin, mineral yetersizlikleri (demir, B₁₂ gibi)
 - k. Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide hastalıkları)
 - l. Diğer (Belirtiniz:))
8. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
9. Alkol kullanıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır

***10-22.sorular gebeler için hazırlanmıştır. Gebe değilseniz 23.soruya atlayınız.**

10. Gebelikten önceki vücut ağırlığınız (kg):
11. Gebelik haftanız:
12. Gebelik yönteminiz nedir?
 - a. Doğal
 - b. IVF (Tüp bebek)
 - c. Aşıllama
13. Gebeliğiniz süresince kullandığınız ilaç(lar) var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
14. Cevabınız evet ise kullandığınız ilaçları belirtiniz:
15. Gebeliğiniz süresince kullandığınız vitamin/mineral/besin takviyeleri nelerdir?
 - a. Demir
 - b. D vitamini
 - c. Çoklu vitamin
 - d. Omega-3 (balık hapt)
 - e. Folik asit
 - f. B₁₂ vitamini
 - g. Kalsiyum
 - h. Diğer (.....)

EK-2 (devam)

16. Kaçınıcı gebeliğiniz?
17. Önceden düşük/küretaj yaşadınız mı?
a. Hayır b. Evet (sayısını belirtiniz:)
18. Önceden ölü doğumunuz oldu mu?
a. Hayır b. Evet (sayısını belirtiniz:)
19. Sağ doğum sayınızı belirtiniz:
20. Bu gebeliğinizde yaşadığınız yakınmalar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
a. Bulantı, kusma
b. Baş dönmesi
c. Mide yanması/ekşimesi
d. Bel ağrısı
e. Karın ağrısı
f. Kabızlık
g. İshal
h. Ödem
i. Diğer (Belirtiniz:)
21. Gebelik öncesinde sigara kullanıyor muydunuz?
a. Evet b. Hayır
22. Gebelik öncesinde alkol kullanıyor muydunuz?
a. Evet b. Hayır
23. Günde kaç bardak (su bardağı) su tüketiyorsunuz?
a. 1-5 bardak
b. 6-10 bardak
c. 10 bardaktan fazla
24. Gece ortalama ne kadar uyuyorsunuz?saat.....dakika
25. Ne sıklıkla tartılırsınız?
a. Günde birden fazla
b. Günde 1 kez
c. Haftada 1-6 kez
d. Ayda 1-3 kez
e. Hiç
26. Öğün atlar mısınız?
a. Evet b. Hayır c. Bazen

EK-2 (devam)

27. Cevabınız evet ise sıklıkla hangi öğünü atlarsınız?

- a. Kahvaltı
- b. Öğle
- c. Akşam

28. Günde kaç kez ara öğün yaparsınız?

- a. Hiç
- b. 1 kez
- c. 2 kez
- d. 3 kez ve daha fazla

29. Haftada 150 dakika ve üzerinde egzersiz yapar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

EK-3**ORTO-15 TESTİ**

Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
-----------	---------	-------	--------------

- 1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz? () () () ()
- 2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız? () () () ()
- 3- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu? () () () ()
- 4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi? () () () ()
- 5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir? () () () ()
- 6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz? () () () ()
- 7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi? () () () ()
- 8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu? () () () ()
- 9- Sizce ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi? () () () ()
- 10- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı? () () () ()
- 11- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? () () () ()
- 12- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz? () () () ()
- 13- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz? () () () ()
- 14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz? () () () ()
- 15- Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başınıza yemeyi mi tercih edersiniz? () () () ()

EK-4**YEME TUTUM TESTİ (YTT-26)**

	Her zaman	Genellikle	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.Şişman olmaktan çok korkarım						
2.Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3.Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4.Çatlayıncaya kadar yemek yerim						
5.Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.						
6.Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7.Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8.Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim						
9.Yemek yedikten sonra kusarım						
10.Yemek yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
11.Zihnim daha zayıf olmamı söyler						
12.Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13.Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür						
14.Aklımda hep vücudumun yağlandığı düşüncesi vardır						
15.Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer						
16.İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17.Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						
18.Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19.Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20.Çevremdekiler beni yemek yemeğe zorlar.						
21.Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						
22.Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim						
23.Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24.Midemin boş olmasını severim						
25.Yemek yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim						
26.Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						

EK-5

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları bugün dahil son bir haftadır ne sıklıkla yaşadığınızı işaretleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlandım</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	①	②	③
2	Sıcak/ ateş basmaları	①	①	②	③
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	①	①	②	③
4	Gevşeyememe	①	①	②	③
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	①	②	③
6	Başdönmesi veya sersemlik	①	①	②	③
7	Kalp çarpıntısı	①	①	②	③
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	①	①	②	③
9	Dehşete kapılma	①	①	②	③
10	Sinirlilik	①	①	②	③
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	①	②	③
12	Ellerde titreme	①	①	②	③
13	Titreklilik	①	①	②	③
14	Kontrolü kaybetme duygusu	①	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	①	①	②	③
16	Ölüm korkusu	①	①	②	③
17	Korkuya kapılma	①	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	①	②	③
19	Baygınlık	①	①	②	③
20	Yüzün kızarması	①	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	①	①	②	③

11.ETİK KURUL ONAYI

	T.C ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
Sayı :74791132-604.01.01/503	09.12.2020
Konu : Etik Kurulu Kararı	
Sayın İlayda Sena BALKI Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Gebe Olan ve Olmayan Yetişkin Kadınlarda Ortoreksiya Nervoza, Yeme Tutumu ve Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması" isimli başvurunuz incelenmiş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim. Prof. Dr. Nevin ŞANLIER Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı -Ek: -Karar Formu (2 sayfa)	

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Olan ve Olmayan Yetişkin Kadınlarda Ornoreksiya Nervozu, Yeme Tıttuma ve Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	[İlayda Sena BALKI]			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Diyetisyen			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara			
	DESTEKLEYİCİ	Dr.Öğr.Üyesi Pınar GÖBEL			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLAN			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No:47		Tarih:09.12.2020	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği /oy çokluğu" ile karar verilmiştir.			

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN ÜNVANI/ADU/SOYADI Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım	İmza
Prof. Dr. Nevin ŞANLIER	Beslenme ve Diyetetik	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Eylem TURAN	Kirya	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi İsmail GÜLER	Kulak Burun Boğaz	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr.Üyesi Bediye ÖZTAŞ	Hamşirelik	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sine YILMAZ	Beslenme ve Diyetetik	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐	

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İlayda Sena	Soyadı	Balkı
-----	-------------	--------	-------

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Ankara Medipol Üniversitesi	2019-
Lisans	Başkent Üniversitesi	2012-2016

Yabancı Diller

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi
Fransızca	Başlangıç	Başlangıç	Başlangıç

Yabancı Dil Sınav Notu

YÖKDİL (05.11.2017)	86.25
---------------------	-------

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	84.77	88.30	90.80

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Ofis Programları	İyi
BeBİS	İyi
SPSS	Orta

Uluslararası/Ulusal Yayınları

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler
BALKI İ.S., YILMAZ S. Epidermolizis büllozada beslenme. Uluslararası Sağlık Araştırmaları Kongresi, 25-28 Ağustos 2021.