

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELERİN SAĞLIKLİ BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSİYA NERVOZA) VE YEME TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
İrem Buse İPKIRMAZ BAĞECİTAPAR

ANKARA - 2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELERİN SAĞLIKLİ BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSİYA NERVOZA) VE YEME TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
İrem Buse İPKIRMAZ BAHÇECİTAPAR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mendane SAKA

ANKARA - 2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde İrem Buse İpkırmaz tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/01/2020

Tez Adı: Gebelerin Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoz) ve Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi

Tez Jüri Üyeleri

İmza

Prof.Dr.Mendane Saka

Başkent Üniversitesi



Prof.Dr.Muhittin Tayfur

Başkent Üniversitesi



Dr.Öğr.Üyesi Sinem Bayram

Başkent Üniversitesi



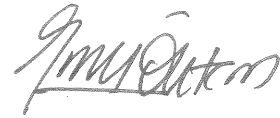
Dr.Öğr.Üyesi.Sevan Çetin Özbek

Yüksek İhtisas üniversitesi



Dr.Öğr.Üyesi Emel Öktem Güngör

Yüksek İhtisas Üniversitesi



ONAY



Prof. Dr. F. Belgin ATAÇ

Enstitü Müdürü

Tarih 05.02.2020



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 29 / 01 / 2020

Öğrencinin Adı, Soyadı: İrem Buse İpkırmaz

Öğrencinin Numarası: 21710516

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof.Dr. Mendane Saka

Tez Başlığı: Gebelerin Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 66 sayfalık kısmına ilişkin, 03 / 01 / 2020 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

Onay

29 / 01 / 2020

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,
Prof.Dr.Mendane Saka

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve tez çalışması süresince tezimin planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılmasında bilimsel katkıları, fikirleri, hoşgörüsü ve sonsuz desteğinden dolayı değerli ve çok sevgili tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Mendane Saka'ya,

Liv Hospital Ankara Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'nde gebe bireylere ulaşmama imkan sağlayan Doç. Dr. Müberra Namlı Kalem'e,

Öğrenim hayatımın her aşamasında bana hem maddi hem de manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her daim arkamda olan canım annem Yılgün İpkırmaz, canım babam Uğur İpkırmaz ve canım kardeşim Bartu İpkırmaz başta olmak üzere tüm aileme,

Tez sürecimin her anında, bana hem sevgisini hem de desteğini karşılıksız ve sonsuz şekilde veren, umutsuzluğa kapıldığım zamanlarda motivasyon kaynağım olan ve yardımlarını hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili eşim, herşeyim Faruk Bahçecitapar'a,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde, her daim destekçim olan ve bu tezi tamamlamamda bana güç ve motivasyon kaynağı olan canım arkadaşım, yoldaşım Büşra Altınkaynak başta olmak üzere tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

İpkırmaz Bahçecitapar B. Gebelerin Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoz) ve Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Bu çalışma, gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoz) ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu kararı alındıktan sonraki 3 ay içerisinde Liv Hospital Ankara Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne yönlendirilen gebe bireyler ile yürütülmüştür. Gebe bireylerin; sosyo-demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, gebelik bilgileri, beslenme bilgileri, beslenme düzenleri ve fiziksel aktivite durum ve düzeyleri gibi bilgileri alınmış ve sağlıklı beslenme takıntılarının saptanması için 15 soru içeren Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği (ORTO-15) uygulanmıştır. Ayrıca bireylerin geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır, yeme tutum ve davranış bozukluğunu saptamak için Yeme Tutum Ölçeği (EAT-40) uygulanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 30.24 ± 4.93 yıl olarak belirlenmiştir. Gebelerin ortalama gebelik süresi 25.14 ± 10.43 haftadır. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik öncesi vücut ağırlığı ortalamaları 61.01 ± 9.97 kg iken mevcut (gebelikteki) vücut ağırlığı ortalamaları 69.73 ± 10.0 kg olarak belirlenmiştir. Gebelerin, gebelik öncesi BKİ değerlerine bakıldığında, %8.6'sı zayıf ($BKİ \leq 18.5$ kg/m^2), %70'i normal ağırlıkta ($BKİ=18.5-24.9$ kg/m^2), %18.6'sı hafif şişman ($BKİ=25-29.9$ kg/m^2), ve %2.8'si obez ($BKİ \geq 30$ kg/m^2) olarak saptanmıştır. Gebelerin günlük enerji tüketimleri ortalama 2222.76 ± 380.82 kkal olarak gözlenmiştir. Gebelerin tükettiği enerjinin protein, yağ ve karbonhidrattan gelen oranları sırasıyla 17.71 ± 3.58 , 45.97 ± 8.029 ve 36.31 ± 7.13 şeklinde saptanmıştır. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi(TÜBER)'ndeki referans düzeylere göre gebelerin tüketim ortalamaları ile referansları karşılama yüzdeleri sırasıyla; A vitamini %240, B1 vitamini %97, B2 vitamini %145, niacin %235, B6 vitamini %98, C vitamin %152, potasyum %75, folik asit %30, B12 vitamini %185, kalsiyum %116 ve demir %93 şeklinde bulunmuştur. Gebelerin gece uyku süreleri, 8.14 ± 1.71 saattir. Çalışmada, sağlıklı beslenme takıntısı gebelerin %21.6'sında saptanmıştır. Yaş ile ORTO-15 puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Lise mezunu gebelerin %8.2'sinde, yüksekokul mezunu gebelerin %44.2'sinde, üniversite mezunu gebelerin %24.4'ünde ve yüksek lisans-doktora mezunu

gebelerin %10.9'unda ortoreksiya nervoza saptanmıştır. İlkokul ve ortaokul mezunu gebe bireylerde sağlıklı beslenme takıntısı saptanmamıştır. Eğitim durumu ve ORTO-15 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yeme tutum ve davranış bozukluğu olan gebelerin 36-45 yaş aralığında ölçek ortalamasının 34.82 ± 24.04 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin EAT-40 puanı ile gebelik süresi ve gebelikte kazanılan vücut ağırlığı (kg) arasındaki ilişki negatif yönlü ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.01$). BKİ değerleri ile EAT-40 puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). EAT-40 puanı ile protein alımı, kalsiyum ve demir minerallerinin karşılama değerleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$, $p<0.05$). Gebelerin EAT-40 puanları ile sigara ve alkol tüketimleri arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0.01$, $p<0.05$). Sonuçlar, gebelik döneminin yeme bozuklukları için önemli ve kritik bir dönem olduğunu göstermektedir. Gebelikte beslenme durumu ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin gebenin ve yenidoğanın sağlığı için önemli olduğunu ve multidisipliner bir yaklaşım ile çözümlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nervoza, gebelikte beslenme, sağlıklı beslenme takıntısı, gebelik

ABSTRACT

İpkırmaz Bahçecitapar B. Evaluation of Healthy Nutrition Obsession (Orthorexia nervosa) and Eating Attitudes of Pregnant Women. Başkent University, Institute of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Master Thesis, Ankara, 2020.

The aim of this study was to evaluate the obsessions of healthy eating (orthorexia nervosa) and eating attitudes and behaviors of pregnant women. The study was carried out with pregnant individuals referred to Liv Hospital Ankara Hospital Gynecology Clinic within 3 months after the decision of Baskent University Medical and Health Sciences Research Board. Pregnant individuals; socio-demographic characteristics, nutritional habits, pregnancy information, nutritional information, nutritional orders and physical activity status and levels were obtained by questionnaire and Healthy Nutrition Obsession Scale (ORTO-15), which contains 15 questions, was applied to determine healthy nutritional obsessions. In addition, 24-hour food consumption of the individuals was recorded. Eating Attitude Scale (EAT-40) was used to determine eating attitude and behavior disorder. The average age of the pregnant women was 30.24 ± 4.93 years. Average gestational period of the pregnant women was 25.14 ± 10.43 weeks. The average pre-pregnancy body weight of the women who participated in the study was 61.01 ± 9.97 kg, while the average (current) pregnant body weight was 69.73 ± 10.0 kg. When the pre-pregnancy BMI values of the pregnant women are examined, 8.6% of the pregnant women are weak ($BMI \leq 18.5$ kg / m²), 70% are at normal weight ($BMI = 18.5-24.9$ kg / m²), 18.6% are slightly obese ($BMI=25-29.9$ kg / m²), and 2.9% were obese ($BMI \geq 30$ kg / m²). The daily energy consumption of pregnant women was 2222.76 ± 380.82 kcal. The energy consumed by the pregnant women from protein, fat and carbohydrate were determined as 17.71 ± 3.58 , 45.97 ± 8.029 and 36.31 ± 7.13 respectively. According to the reference level in the unique nutritional guide Turkey, the average consumption of pregnant women meet with references respectively; vitamin A 240%, vitamin B1 97%, vitamin B2 145%, niacin 235%, vitamin B6 98%, vitamin C 152%, potassium 75%, folic acid 30%, vitamin B12 185%, calcium 116% and iron 93%. Night sleep periods of pregnant women were 8.14 ± 1.71 hours. In the study, healthy eating obsession was found in 21.6% of pregnant women. There was statistically significant relation between age and ORTO-15 scores ($p < 0.05$). Orthorexia nervosa was detected in 8.2% of high school graduates, 44.2% of high school graduates, 24.4% of university

graduates and 10.9% of postgraduate and doctoral graduates. No healthy eating obsession was detected in pregnant individuals with primary and secondary education but there was no significant difference between educational status and ORTO-15 scores ($p > 0.05$). It was determined that pregnant women with eating attitude and behavior disorder were in 36 - 45 age range and the average scale was 34.82 ± 24.04 . The relation between EAT-40 score of pregnant women and gestational period and body weight (kg) gained during pregnancy was negative and significant ($p < 0.05$, $p < 0.01$). There was no significant relationship between BMI and EAT-40 scores ($p > 0.05$). A positive and significant relation was found between the EAT-40 score and the intakes of protein and calcium and iron ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Significant relationship was found between EAT-40 scores and smoking and alcohol consumption of pregnant women ($p < 0.01$, $p < 0.05$). The results show that pregnancy is an important and critical period for eating disorders. It shows that evaluation of the relationship between nutritional status and orthorexia nervosa during pregnancy is important for the health of pregnant and newborn and should be solved with a multidisciplinary approach.

Keywords: nutrition in pregnancy, orthorexia nervosa, pregnancy, healthy nutrition obsession

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebeliğin Tanımı	4
2.2. Gebelikte Ağırlık Kazanımı.....	4
2.3. Gebelikte Beslenme ve Besin Ögesi İhtiyaçları	5
2.3.1. Karbonhidrat.....	7
2.3.2. Protein	7
2.3.3. Yağ	8
2.3.3.1. DHA (Dokosaheksanoik asit).....	8
2.3.4. Vitamin ve Mineraller	9
2.3.4.1. Demir.....	10
2.3.4.2. Folik asit	11
2.3.4.3. Kalsiyum	11
2.3.4.4. D vitamini.....	11
2.4. Gebelikte Fiziksel Aktivite	13
2.5. Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı.....	14
2.6. Gebelikte Kafein Tüketimi	15
2.7. Yeme Bozuklukları	15
2.7.1. Yeme bozukluklarında ortoreksiya nervoza.....	17
2.7.2. Ortoreksiya Nervoza'nın sınıflandırılması ve tanı kriterleri	18
2.7.3. Ortoreksiya Nervoza'nın tedavisi.....	22
2.7.4. Ortoreksiya nervoza ve yeme davranış bozukluklarının gebelik ile ilişkisi	23

3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	25
3.2. Araştırmanın Genel Planı.....	25
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	26
3.3.1. Anket formu	26
3.3.2. Besin tüketim durumunun saptanması ve değerlendirilmesi.....	26
3.3.3. Sağlıklı beslenme takıntısı ölçeği (ORTO-15) ve yeme tutum testi (EAT-40)	27
3.3.4. Antropometrik ölçümler	28
3.3.5. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Gebelerin Genel Özellikleri	30
4.2. Gebelerin Beslenme Alışkanlıklarına Göre Değerlendirilmesi	33
4.3. Gebelerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi	36
4.4. Gebelerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi	40
4.5. Gebelerin Ortoreksiya Nervoza (ORTO-15) ile Yeme Tutum ve Davranış Bozukluğu (EAT-40) Puanlarının Değerlendirilmesi ve Kolerasyonu	41
4.5.1. Gebelerin genel özellikleri ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	41
4.5.2. Gebelerin BKİ sınıflaması ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	45
4.5.3. Gebelerin yeme alışkanlıkları ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	46
4.5.4. Gebelerin sıvı tüketim alışkanlıkları ve uyku düzeni ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	49
4.5.5. Gebelerin enerji ve besin ögesi alımları ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	52
4.5.6. Gebelerin fiziksel aktivite durumu ile ORTO-15 ve EAT-40 arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	53
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2. Öneriler	64
KAYNAKLAR.....	66

EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

EK-2: Anket Formu

EK-3: Yeme Tutum Testi (EAT-40)

EK-4: Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği (ORTO-15)

EK-5: 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Formu

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. IOM'a göre Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlık Kazanım Önerileri	5
Tablo 2.2. Normal ağırlıkta ve normal fiziksel aktivite düzeyindeki gebeler için gerekli günlük besinler ve besin miktarları	6
Tablo 2.3. Gebelikte olması gereken besin ögesi gereksinimleri	9
Tablo 3.1. WHO'ya göre BKİ Sınıflaması.....	28
Tablo 4.1. Gebelere ilişkin özelliklerin ortalama değerleri.....	30
Tablo 4.2. Gebelerin genel özelliklerinin dağılımları	31
Tablo 4.3. Gebelerin, mevcut ağırlıklarına göre BKİ grupları dağılımı (%).....	32
Tablo 4.4. Gebelerin, gebelik öncesi ağırlıklarına göre BKİ grupları dağılımı (%)	32
Tablo 4.5. Gebelerin uyku düzenleri ile ilgili bilgilerin dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri	32
Tablo 4.6. Gebelerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı	33
Tablo 4.7. Gebelerin yemek yeme alışkanlıklarının dağılımı	34
Tablo 4.8. Gebelerin sıvı tüketimlerinin dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri	35
Tablo 4.9. Gebelerin alkol ve sigara tüketim durumlarına göre dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri	35
Tablo 4.10. Gebelerin enerji ve besin ögeleri alımlarının ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri	37
Tablo 4.11. Gebelerin ortalama enerji ve besin ögesi alım düzeylerinin referans alım düzeylerine göre karşılanma durumu (%).....	39
Tablo 4.12. Gebelerin fiziksel aktivite dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri	40
Tablo 4.13. Gebelerin ORTO-15 puanlarına göre dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri	41
Tablo 4.14. Gebelerin EAT-40 puanlarına göre dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri	41
Tablo 4.15. Gebelerin ORTO-15 ve EAT-40 puanlarına göre dağılımları	42

Tablo 4.16. Gebelerin genel özelliklerine göre ORTO-15 puanlarının dağılımı.....	43
Tablo 4.17. Gebelerin genel özelliklerine göre EAT-40 puanlarının dağılımı.....	44
Tablo 4.18. Gebelerin genel özellikleri ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki.....	45
Tablo 4.19. Gebelerin gebelik öncesi BKI sınıflamasına göre ORTO-15 puanlarının dağılımı	45
Tablo 4.20. Gebelerin gebelik öncesi BKI sınıflamasına göre EAT-40 puan ortalamaları standart sapmaları, alt ve üst değerleri	46
Tablo 4.21. Gebelerin öğün tüketim durumlarına göre ORTO-15 puanlarının dağılımı	47
Tablo 4.22. Gebelerin yemek yeme alışkanlıklarına göre EAT-40 puanlarının ortalamaları	48
Tablo 4.23. Gebelerin öğün tüketim durumlarına göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ve alt-üst değerleri	49
Tablo 4.24. Gebelerin genel alışkanlıklarına göre EAT-40 puanlarının dağılımı	50
Tablo 4.25. Gebelerin genel alışkanlıklarına göre ORTO-15 puanlarının dağılımı.....	51
Tablo 4.26. Gebelerin genel alışkanlıklarının sürelerine göre ORTO-15 puanlarının ortalama değerleri	52
Tablo 4.27. Gebelerin enerji ve besin öğeleri alımları ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki	52
Tablo 4.28. Gebelerin vitamin ve minerallerin karşılanma yüzdeleri (%) ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki	53
Tablo 4.29. Gebelerin fiziksel aktivite durumuna göre ORTO-15 puanlarının dağılımı ve ortalaması.....	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1. Ortoreksiya nervosa, anoreksiya nervosa ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) ayrı ve örtüşen özellikleri	20
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	American College of Obstetrician and Gynecologists Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji
AMDR	Acceptable Macronutrient Distribution Range
AND	Academy of Nutrition and Dietetics Amerikan Beslenme ve Diyetetik Akademisi
APA	American Psychological Association Amerikan Psikiyatri Birliği
BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BİA	Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
DHA	Dokosaheksaenoik Asit
DIS	Tanısal Görüşme Programı
DRI	Dietary Reference Intakes Diyet Referans Alımları
DSM-V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EPA	Eikosa Pentaenoik Asit
FAS	Fetal Alkol Sendromu
GI	Glisemik İndeks
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması ve İlgili Sağlık Sorunları
IOM	Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü Institute of Medicine
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
NICE	National Institute for Health and Care Excellence Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
ON	Ortoreksiya Nervoza
ORTO-15	Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Testi
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik
SS	Standart Sapma
TÜBER	Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi
WHO	World Health Organisation Dünya Sağlık Örgütü
\bar{x}	Ortalama

1. GİRİŞ

Yenidoğanların sağlıklı olarak doğması, annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, bebeğinin ve kendi sağlığının korunması ve bu konuda bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Gebelikte beslenme ile bebeğin doğum ağırlığı, beyin gelişimi, intrauterin ölüm, prematürelilik ve preeklamsi arasındaki ilişkiler çeşitli araştırmalarla kanıtlanmıştır (1). Özellikle beyin yapısının şekillendiği birinci üç aylık dönemde yetersiz ve dengesiz beslenme, bebeğin mental gelişiminde kalıcı gerilik oluşturmaktadır (2).

Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) önerisine göre, gebelikte enerji kısıtlaması önerilmemektedir. Lif bakımından zengin besinler tüketilip, günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi önerilmektedir. Yüksek yağ ve şeker içeriğine sahip besinlerden kaçınılmalıdır. Bunun yanı sıra, gebe bireyler için kahvaltının önemine değinilmekte, porsiyon kontrolü ve sıklığının takip edilmesi önerilmektedir (3).

Gebelikte sağlıklı yaşam tarzının anahtar bileşenlerini; uygun ağırlık kazanımı, zamanında ve uygun vitamin ve mineral takviyesi kullanımı, alkol, tütün ve diğer zararlı maddelerden kaçınmak, besin çeşitliliğini sağlamak ve güvenli gıda alımı oluşturmaktadır. Gebelikte günlük enerji gereksinmesi, gebelik öncesi beden kütle indeksine (BKİ), ağırlık kazanımına, annenin yaşına, fizyolojik durumuna ve besin alımına bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte ortalama 2500-2700 kkal/gün arasında olmalıdır (4).

Karbonhidratlar; fetal gelişim için temel besin ögesi olup, maternal ve fetal organ fonksiyonlarının gelişiminde kullanılmaktadırlar. Bunun yanı sıra hücrelerin, ko-enzimlerin ve DNA'nın yapısal bileşenlerinde de kullanılırlar. Maternal ve fetal beyin fonksiyonları, enerji kaynağı olarak glukozu kullanır ve enerji gereksiniminin en az % 75' i glukozdan sağlanır (3).

Protein, özellikle üçüncü trimesterde maternal dokuları ve fetal büyümeyi korumak, protein sentezini desteklemek için gereksinimi arttığından gebelik sırasında tüketimine daha fazla dikkat edilmelidir. Çok düşük miktarda protein alımı, doğum ağırlığı ve boy uzunluğu bakımından potansiyel olarak olumsuz etkilerle ilişkilidir. Diğer yandan, aşırı miktarda protein alımı da fetal gelişimi etkileyebileceği bildirilmiştir (5).

Gebelik sırasında, özellikle fetal gelişim ve bebek gelişimi için tüketilen yağların kalitesi kantitesinden daha önemlidir. Bu nedenle, toplam yağ alımını arttırmak yerine çoklu doymamış yağların oranını iyileştirmek gerekir. Bebeğin beyin gelişimi ile retina için gerekli olan dokosaheksaenoik asitin (n-3 serisinin DHA'sı) yeterli miktarda alımı son derece önemlidir (6).

Gebelik sırasında, mikro besin gereksinimleri, makro besin gereksinimlerinden daha fazla artar ve yetersiz vitamin ve mineral alımları hem anne hem de fetüs için olumsuz sonuçlar doğurabilir (7). Gebelikte vitamin ve mineraller için gereksinim %20-100 artmaktadır (8).

Gebelik; yeme davranış bozukluklarının başlaması, tekrarlaması veya iyileşmesi için dönüm noktası olabilecek sosyal, psikolojik ve fiziksel değişimleri içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (9).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin yayını olan DSM-V (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı); kişilerin çeşitli zihinsel bozukluklarını tanımlamayan, bunların üzerinde çalışmayı ve bunları tedavi etmeye yönelik tanı aşamalarını açıklayan bir el kitabıdır (10). DSM-V'e göre yeme bozuklukları dört kategoride incelenmektedir. Bunlar; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmamış yeme bozukluklarıdır (11).

Ortoreksiya nervoza (ON), bir bireyin sağlıklı beslenme için bir saplantı gösterdiği, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeyde zarar görmesine neden olan bir davranıştır. ON'lı bireyler, sağlıklı yiyeceklerin seçilmesinde, planlanmasında, satın alınmasında, hazırlanmasında ve tüketilmesinde, bazı hastalıklarla ilgili koruyucu ve iyileştirici özelliklere sahip olabilecek bazı yiyeceklerle ilişkilendirilen obsesif ve zorunlu davranışlar yaşamaktadırlar (12). Ortoreksiya nervoza (ON) DSM-V tarafından şuan için bir hastalık olarak sınıflandırılmamaktadır (13). Henüz resmi olarak bir psikiyatrik tanı olarak kabul edilmemesine rağmen, ortoreksiya nervoza genellikle diyetle birlikte optimum sağlığa ulaşma amacıyla başlayan ve daha sonradan yetersiz beslenmeye, sosyal ilişkilerin kaybına ve düşük yaşam kalitesine yol açabilen bir bozukluktur. Diğer sağlıksız beslenme tarzlarına göre, ortorektik davranış şekli genellikle uzmanlar tarafından gözlenmesine rağmen, bilim topluluğu tarafından büyük ölçüde ihmal edilmiştir (14).

Yeme bozuklukları; düzensiz beslenme ve bozuk vücut görüntüleri ile karakterize psikolojik rahatsızlıklar olup (10,15) özellikle ergenlik dönemindeki ve doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın olarak görülmektedir (16,17). Yeme ile ilgili davranış bozuklukları besinler ve vücut ağırlığı ile ilgili bilişsel bozuklukları kapsayan, dengesiz yeme davranışları ile önemli medikal ve nutrisyonel komplikasyonlara sebep olan psikiyatrik bir sendrom olarak değerlendirilmekte ve tedavi yaklaşımları multidisipliner olarak değerlendirilmektedir (15).

Bu çalışmanın amacı, gebe bireylerde sağlıklı beslenme takıntısı ile yeme tutum ve davranışlarını saptamak ve bu davranışların gebelerin genel beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri ve fiziksel aktivite durumları üzerine etkilerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin Tanımı

Gebelik, ovumun (yumurta) bir erkek üreme hücresi (sperm) tarafından dölllenmesi ile oluşmaktadır. Dölllenmiş olan ovum, uterus boşluğuna ilerleyip, kendi içinde bölünerek hızla büyür ve dölllenmiş yumurta 3-5 gün içinde uterusu gelir. Bölünerek çoğalmış ve büyümüş olan dölllenmiş ovuma ilk iki hafta içinde “zigot” adı verilmektedir. Zigot hızla büyüyerek, kökler salar ve bu kökler gebelik boyunca önemli görevleri olan plesantayı oluşturmaktadır. Üçüncü haftanın başından, yedinci haftanın sonuna kadar “embriyo”, sekizinci haftanın başından itibaren de “fetüs” olarak adlandırılır (2).

2.2. Gebelikte Ağırlık Kazanımı

Gebelik süresince annenin ağırlık kazanımı, hem bebeğin hem de annenin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Günümüzde gebe kadınların %50'ye yakınının ağırlık kazanımı hedeflerini aştığı ve aşırı ağırlık kazanımı prevelansı en yüksek olan grubun ise “obez kadınlar” olduğu belirlenmiştir (18).

Yapılan bir çalışmada birinci ve ikinci gebeliklerde kadınların ağırlık kazanımları değerlendirilmiştir. Birinci gebeliklerinde aşırı kilo kazanımı olan obez kadınların ikinci gebeliklerinde de aşırı kilo kazandıkları ve her iki gebelikte de obez gebelerin normal BKİ değerindeki gebelere göre ağırlık kazanımlarının fazla olduğu görülmüştür (19).

Gebeliğe obez [BKİ (Beden Kütle İndeksi) değeri $>30 \text{ kg/m}^2$] ile başlamak ve gebelikte aşırı ağırlık kazanımı, bebeğin sağlığını ve antropometrik ölçümlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (20). Gebelikte aşırı ağırlık artışı ve obezite; düşük, ölü doğum, preeklamsi, gestasyonel diyabet, sezeryan doğumlar ve konjenital anomalileri içeren gebelik sonuçları ile ilişkilidir (21-24). Gebelik süresince gebelik öncesi BKİ değerine göre olması gereken ağırlık kazanımı Tablo 2.1’de verilmiştir.

Yetersiz ağırlık kazanımı riskleri arasında ise düşük doğum ağırlığı ve emzirmeye başlayamama riski bulunurken, aşırı kilo alımı riskleri arasında sezaryen doğumlar, anne

için doğum sonrası ağırlık tutulumu ile fazla kilolu ya da obez bebeklerin dünyaya gelmesi olasıdır (18).

İngiliz kadınlar üzerinde 1950'lerde, 3800'den fazla kadının katılımıyla yapılan iki çalışmadan elde edilen verilere dayanarak, 1971 yılında, Hytten ve Leitch'in çalışmalarında, 40 hafta süren normal bir gebelikte ortalama ağırlık kazanımı için fizyolojik norm olarak 12.5 kg olarak belirlenmiştir (25).

Gebelik süresince ağırlık kazanımının dağılımı, fetus, plasenta, amniyotik sıvı hacmi ve maternal dokularda (ör. Uterus, meme, kan hacmi) olmak üzere yaklaşık 8 kg'dır. Bu miktardan daha düşük bir ağırlık kazanımı, mevcut maternal adipoz ve protein depolarının gebeliği desteklemek için mobilize olacağı anlamına gelir (26).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), Anne Antropometrisi ve Gebelik Sonuçlarına İlişkin Çalışması'nda, bebek için 3.1 - 3.6 kg (ortalama 3.3 kg) doğum ağırlığında olması optimal fetal ve maternal sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (27).

Tablo 2.1. IOM'a göre Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlık Kazanım Önerileri (28)

Gebelik Öncesi BKİ Sınıflandırması (kg/m ²)	Gebelik Süresince Toplam Ağırlık Kazanımı (kg)
Zayıf (<18.5)	12.5 - 18
Normal (18.5 – 24.9)	11.5 - 16
Hafif Şişman (25-29.9)	7 – 11.5
Obez (>30)	5 – 9

2.3. Gebelikte Beslenme ve Besin Ögesi İhtiyaçları

Yeni doğanların sağlıklı olarak doğması, annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, bebeğinin ve kendi sağlığının korunması ve bu konuda bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Gebelikte beslenme ile bebeğin doğum ağırlığı, beyin gelişimi, intrauterin ölüm, prematürelilik ve preeklamsi riskleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (1).

Gebelik, beslenmenin çok önemli olduğu dönemlerden biridir. Gebelikte fetüs, annenin aldığı besin öğelerinin plasenta yoluyla fetüse taşınması ile büyür. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme, hem bebek hem de anne sağlığı açısından önem taşır. Gebe

kadının yetersiz ve dengesiz beslenmesi bebekte; ölü veya erken doğuma, konjenital, mental ve fiziki gelişimde bozukluklara neden olmaktadır. Gebenin yetersiz veya dengesiz beslenmesi annede ağırlık kaybı veya aşırı ağırlık kazanımı, diş çürükleri, anemi, osteomalasi gibi beslenme yetersizliği ile ilgili hastalıklarına yol açmaktadır (29).

Gebe kadının beslenmesinin, doğan bebeğin sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen bir araştırmada, yeterli ve dengeli beslenen kadınlardan doğan çocukların %94'ünün sağlık durumu iyi, %3'ünün orta ve %3'ünün de kötü olduğu görülmüştür. Diğer yandan yetersiz ve dengesiz beslenen kadın grubundan doğan çocukların %67'sinin kötü , %25'inin orta ve %8'inin iyi sağlık koşullarında olduğu saptanmıştır. Beslenme durumu iyi ile orta arasında olan kadınların çocukları arasında, durumu iyi olanların sıklığı %50, orta olanların %44, kötü olanların sıklığı ise %5 olarak bulunmuştur (30).

Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) önerisine göre, gebelikte enerji kısıtlaması önerilmemektedir. Lif bakımından zengin besinler tüketilip, günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi önerilmektedir. Yüksek yağ ve şeker içeriğine sahip besinlerden kaçınılmalıdır. Bunun yanı sıra, gebe bireyler için kahvaltının önemine değinilmekte, porsiyon kontrolü ve sıklığının takip edilmesi önerilmektedir (3). Normal ağırlıkta ve normal fiziksel aktivite düzeyine sahip gebelerin günlük alması gereken besinler ve miktarları Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Normal ağırlıkta ve normal fiziksel aktivite düzeyindeki gebeler için gerekli günlük besinler ve besin miktarları (25)

Besin Grupları	Normal Kadın	Gebelikte Ek Miktar
1- Et, kuru baklagil, yumurta (Her çeşit et, tavuk, balık, fasülye, nohut, mercimek vb)	2 porsiyon (2 yumurta, 6-8 YK kurubaklagil yemeği veya 6-8 YK etli sebze yemeği 1 porsiyondur)	1 yumurta veya onun kadar et
2- Taze sebze ve meyveler	5-6 porsiyon mümkünse bir porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden, 1'i turunçgillerden veya domatesten	1-2 porsiyon
3- Süt ve türevleri (Süt, yoğurt, peynir)	1-2 porsiyon (1 su bardağı süt veya yoğurt 1 porsiyondur. 2 kibrit kutusu kadar peynir veya çökelek 1 porsiyondur)	1 porsiyon
4- Tahıllar Ekmek, pirinç, bulgur, makarna, börek, tatlı	3-6 dilim Hiç veya 1 porsiyon	Hiç veya 1 dilim Hiç

2.3.1. Karbonhidrat

Karbonhidratlar; fetal gelişim için temel besin ögesidir. Maternal ve fetal organ fonksiyonlarının gelişiminde kullanılırlar. Bunun yanı sıra hücrelerin, ko-enzimlerin ve DNA'nın yapısal bileşenlerinde kullanılır. Maternal ve fetal beyin fonksiyonları, enerji kaynağı olarak glukozu kullanır ve enerji gereksiniminin en az % 75' i glukozdan sağlanır (3).

Karbonhidrat tipi ve miktarı, insülin salınımı yoluyla glukoz homeostazını etkileyebilir. Glisemik indeks (GI), bir test besini tükettikten sonra 2 saatlik bir süre boyunca kan şekeri konsantrasyonları için eğrinin altındaki alanı ifade eder. Düşük bir GI, potansiyel olarak daha düşük insülin salınımına bağlı olarak, besinlerin karbonhidratının sindirim ve emilim oranlarının daha yavaş olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, diyabet (gestasyonel diyabet, tip 1 ve tip 2 diyabet) yönetiminde değiştirilebilir bir makro besin maddesidir, ancak sağlıklı gebe kadınlar için düşük glisemik indeksli bir diyetin tüketilmesi gerekliliğini destekleyecek kanıt yoktur (3).

Lif tüketimi, gebenin bağırsağındaki dışkı hacmini artırır ve bağırsaktan geçiş sürecine yardımcı olmak için suyu emer ve böylece gebenin sindirim sistemini destekler. Bu özellikle hamilelikteki progesteron seviyelerine bağlı olarak artabilen konstipasyon riskinden, bağırsak düz kasının gevşemesini artırarak gebeyi koruyabilir (3).

2.3.2. Protein

Özellikle üçüncü trimesterde maternal dokuları ve fetal büyümeyi korumak, protein sentezini desteklemek için protein gereksinimi arttığından gebelik sırasında tüketimine daha fazla dikkat edilmelidir. Çok düşük miktarda protein alımı, doğumda ağırlık ve uzunluk bakımından potansiyel olarak olumsuz etkilerle ilişkilidir. Öte yandan, aşırı miktarda protein alımı fetal gelişimi etkileyebilir (5). Protein kaynağının %60'ı biyolojik değeri yüksek kaynaklardan sağlanmalıdır. Gebelikte proteinin yetersiz alımı negatif azot dengesine neden olur (31).

Gebeler için önerilen yeterli alım miktarı (RDA) önerisi 60 g /gün proteindir, vejetaryenler ve bitkisel ağırlıklı beslenen gebelerin 20 g/gün ilave yapmaları önerilir (16). DRI (Daily Reference Intake) önerilerine göre gebe olmayan bir birey için günlük protein

ihtiyacı 0.8 g/kg/gün'dür. DRI 2002 verilerine göre, gebe bireyler için bu ihtiyaç 1.1 g/kg/gün olarak belirlenmiştir. Gebe birey ihtiyacı karşılamak için günlük ortalama 25 g proteini ek olarak diyetine dahil etmelidir (32).

2.3.3. Yağ

Gebelik sırasında, özellikle fetal gelişim için yağların kalitesi toplam miktarlarından daha önemlidir. Bu nedenle, toplam yağ alımını arttırmak yerine çoklu doymamış yağların oranını iyileştirmek gerekir. Bebeğin beyin büyümesi ve gelişimi ve retina için gerekli olan dokosaheksanoik asitin (n-3 serisinin DHA'sı) yeterli miktarda alımı son derece önemlidir (6).

Amerikan Beslenme ve Diyetetik Akademisi'nin (AND) raporunda, özellikle deniz ürünlerinden haftada en az 227 g tüketilmesi ile alınacak omega-3 yağ asitlerinin, bebeğin görsel ve bilişsel gelişimini geliştirici etkisi olduğu bildirilmiştir (33).

Randomize kontrollü bir çalışmada; gebeliğin 20. haftasından doğuma kadar geçen sürede plasebo ve deney grubunda omega-3 yağ asitlerinin etkisi izlenmiştir. Gebeliğin son yarısında 600 mg/gün omega-3 desteği kullanımının daha iyi gebelik süreci ve yeni doğan ölçümleri ile ilişkili bulunmuştur (34).

2.3.3.1. DHA (Dokosaheksanoik asit)

DHA, insan beyinde ve retinada bulunan başlıca çoklu doymamış yağ asididir ve gebelik sırasında fetüsün beyin ve retina gelişimi için gereklidir. DHA, anne sütüyle yüksek miktarlarda alındığında (örneğin inek sütünde bulunmaz), bebeğin yaşamının ilk aylarında psikomotor nöron gelişiminde önemli rol oynamaktadır (35,36).

Gebeliğin son yarısında, günlük 600 mg DHA desteği, genel olarak daha uzun gebelik süresi ve bebek büyüklüğü ile sonuçlanmıştır. Erken doğan veya çok düşük doğum ağırlığında dünyaya gelen bir bebek, DHA desteği alınmamasının önemli bir klinik ve halk sağlığı sonucu olabileceği düşünülmektedir (34).

2.3.4. Vitamin ve Mineraller

Gebelik sırasında, mikro besin ögesi gereksinimleri, makro besin gereksinimlerinden daha fazla artar ve bu gereksinim karşılanmadığında, hem anne hem de gelişen fetus için önemli olumsuz sonuçlar doğurabilir. Özellikle, gebelik için önemli mineraller ve vitaminlerin oynadığı fizyolojik rolü destekleyen kanıtlar vardır (7,37). Gebe kadınlar için önerilen besin ögesi alım miktarları Tablo 2.3’de verilmiştir.

Tablo 2.3. Gebelikte olması gereken besin ögesi gereksinimleri (20)

Besin Ögesi	Yetişkin Kadın	Gebe
Enerji (kkal)	2403	2743 ^b 2855 ^c
Protein (g/kg/gün)	0.8	1.1
Protein (g/gün)	130	175
Toplam posa (g/gün)	25	28
Linoleik asit (g/gün)	12	13
α - Linoleik asit (g/gün)	12	13
Vitamin A (μ g)	700	770
Vitamin D (μ g)	5	5
Vitamin E (mg)	15	15
Vitamin K (μ g)	90	90
Vitamin C (mg)	75	85
Tiamin (mg)	1.1	1.4
Riboflavin (mg)	1.1	1.4
Vitamin B-6 (mg)	1.3	1.9
Niasin (mg)	14	18
Folat (μ g)	400	600
Vitamin B-12 (μ g)	2.4	2.6
Pantotenik asit (mg)	5	6
Biotin (μ g)	30	30
Kolin (mg)	425	450
Kalsiyum (mg)	1000	1000
Fosfor (mg)	700	700
Magnezyum (mg)	320	350
Demir (mg)	8	27

Çinko (mg)	8	11
İyot (µg)	150	220
Selenyum (µg)	55	60
Flor (mg)	3	3
Manganez (mg)	1.8	2.0
Molibden (µg)	45	50
Krom (µg)	25	30
Bakır (µg)	900	1000
Sodyum (mg)	2300	2300
Potasyum (mg)	4700	4700

^aDeğerler enerji hariç önerilen diyetle alım miktarlarıdır ve lif, linoleik asit, α- Linoleik asit, D vitamini, K vitamini, pantotenik asit, biotini kolin kalsiyum manganez, krom, sodyum ve potasyumun yeterli alım miktarları

^b19-50 yaş ikinci trimesterdeki kadın için.

^c19-50 yaş üçüncü trimesterdeki kadın için.

2.3.4.1. Demir

Çok sayıda enzimatik süreçte yer alan demir (hemoglobin ve çeşitli enzimlerin en başta gelenleri) dokulara oksijenin transferinde önemli rol oynar. Demir eksikliği, Avrupa'da doğurganlık çağındaki kadınların % 22'sini ve gelişmekte olan ülkelerde %50'sini etkileyen dünya çapında çok yaygın bir durum olan anemiye neden olmaktadır (38). Ayrıca, demir eksikliği 6 ile 36 aylık bebeklerde sık görülmektedir (39).

Demir eksikliği, preterm doğum riski, düşük doğum ağırlığı, bebekte demir eksikliği ve uzun süreli biliş ve beyin fonksiyonları ile ilişkilidir. Doğum sırasında önemli miktarda kan kaybı olabileceği için gebelikte yeterli demir deposunun sağlanması gereklidir (3).

Bir kadına klinik ortamda anemi teşhisi konulmuşsa, hemoglobin konsantrasyonu normal değere yükselene kadar günlük demir (120 mg elementer demir) ve folik asit (400 µg veya 0.4 mg) desteği ile tedavi edilmektedir (40,41).

Aneminin önemli bir halk sağlığı problemi olduğu ülkelerde (yaklaşık toplumun % 40'ı), gebe kadınlara günlük 60 mg elemental demir desteği tercih edilmektedir (41).

2.3.4.2. Folik asit

Gebelikte yaşanan folik asit eksikliği nöral tüp defekti, orfasiyal yarıklar, kardiyak anomaliler gibi doğumsal malformasyonlara neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, ölü doğum, anemi ve preeklemsinin nedenlerinden biridir. Nöral tüp defektli bebek doğumuna karşı koruyucu etki gösterdiği için gebelik öncesi ve gebelik boyunca yeterli miktarda folik asit alınmalıdır. Gebe kadınların, günlük 600 µg diyet folat eşdeğeri tüketmeleri önerilmektedir. Gebe kalma ihtimali olan tüm kadınlara besin kaynaklarından alınan folata ek olarak günlük 400 µg zenginleştirilmiş besin ve/veya destek almaları gereklidir (33).

Bir önceki gebelikte nöral tüp defekti öyküsü olan kadınlar, sonraki gebeliklerinde günlük olarak daha yüksek dozda (4 mg) folik asit almalıdırlar. Folat alımında yetersizlikler, gebelikte megaloblastik anemi ile ilişkilendirilmiş olsa da, erken doğum veya ölü doğum gibi diğer olumsuz hamilelik sonuçları ile ilişkilendirilmemiştir (42).

2.3.4.3. Kalsiyum

Gebelikte kalsiyum eksikliği preeklemsi ve intrauterin büyümenin kısıtlanmasıyla ilişkilidir. Gebelikte kalsiyum desteği alınması preeklemsiyi azaltmaktadır (43). Gebelik boyunca yetersiz kalsiyum alımı sonucu, gereksinme kemiklerden kalsiyum çekilerek karşılanmaya çalışılır. Bununla beraber, kısa aralıklarla doğum yapma, hareketsizlik ve güneş ışınlarından yeterince yararlanamama kemiklerin yumuşamasına ve diş çürüklerine neden olur (44).

Kalsiyum takviyesi, diyet ile alım yetersiz olduğunda kullanılmalıdır. Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü (IOM)'nün önerisi 19-50 yaş gebe ve emzikli kadın için önerilen alım düzeyi 1000 mg/gün, 14-18 yaş için 1300 mg/gün şeklindedir (44).

2.3.4.4. D vitamini

D vitamini, yağda çözünen bir vitamindir; doğal besinsel kaynakları yumurta ve somon balığıdır. Deri ayrıca güneş ışığına maruz kaldığında D vitamini sentezler. D vitamininin, karaciğer ve böbrekteki hidroksilasyonu, D vitaminin aktif formu olan, bağırsaklardan kalsiyum emilimini sağlayan ve kemik mineralizasyonu için önemli olan

1,25-dihidroksivitamin D aktif formunun oluşması için gereklidir. D vitamini eksikliği, gebelikte, özellikle vejeteryan bireyler gibi yüksek riskli gruplarda sık görülmektedir (45).

D vitamini düzeyleri, 25-hidroksi D vitamini serum seviyesi ile ölçülebilirken, gebelik sırasında optimal bir seviye belirlenmemiştir. Ayrıca, tüm gebe kadınların D vitamini eksikliği için taranmasını önerecek yeterli kanıt yoktur. Gebelik sırasında D vitamini eksikliği tespit edilirse, takviyeler günde 1000-2000 IU olacak şekilde verilebilir (46).

Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü (IOM), yaş kısıtlaması ve eksiklik olmaksızın her gebe kadının günlük 600 IU D vitamini almasını önermiştir (44).

Gebelikte, D vitamini eksikliğinin sebep olduğu sorunlar;

- Preeklampsi,
- Gestasyonel diyabet,
- Peridontal hastalıklardır (47).

Maternal D vitamininin fetal ve neonatal etkileri;

- İntrautein büyüme,
- Neonatal kalsiyum metabolizmasına etkileri,
- İskelet gelişimi,
- İmmün gelişim,
- Neonatal lupus eritematozus,
- Solunum sağlığı,
- Santral sinir sistemi,
- Tip-1 diyabet şeklindedir (47).

Yapılan bir çalışmada, yaz sonu ve sonbahar başında doğan bebeklerin, daha uzun boya ve daha geniş bir kemik yapısına sahip olduğu görülmüştür (48).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı gebelikte D vitamini eksikliğini önlemek amacıyla bir program başlatmış ve aşağıdaki önerilerde bulunmuştur (49):

- Gebelerde kan düzeyine bakılmaksızın D vitamini desteğine başlanması,
- Gebeye D vitamini desteğine, gebeliğin 12. haftasından itibaren başlanması, gebelik süresince anneye destek sağlanması ve doğum sonrası altı ay sürdürülmesi önerilmektedir.
- Doğum öncesi dönemde gebelere ve postpartum dönemde annelere günlük tek doz olarak alınmak üzere 1200 IU (dokuz damla) D vitamini önerilmektedir.
- D vitamini desteği başlanan annenin; hiperkalsemi bulguları hakkında (iştahsızlık, bulantı, kabızlık, poliüri, polidipsi vb) bilgilendirilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekli durumlarda serum kalsiyum, serum 25 (OH) D ve spot idrarda kalsiyum düzeyi bakılması için sevk edilmesi belirtilmiştir.
- D vitamini damlası içeren preparat; program kapsamında ödeme gücü olmayanlar için ücretsiz olarak temin edilmekte ve sosyal güvencesi olanlar için ise reçete edilmektedir.
- Gebelerin ayrıca önerilen D vitamini damlasının yanı sıra önerilen multivitamin içerikli ilaçları kullanmaya devam etmeleri de önerilmektedir.

2.4. Gebelikte Fiziksel Aktivite

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG), gebelik süresince yapılan fiziksel aktivitenin faydalarını onaylamaktadır (50). Haftada bir kaç gün 20 dakika olarak yapılan fiziksel aktivite gebe bireylerin hedefi olmalıdır (51). Bu öneri ACOG'un bir önceki önerisi olan haftada bir kaç gün 30 dakika fiziksel aktivitesine göre daha uygulanabilir bulunmuştur (52).

Gebelik sırasındaki yapılan egzersizler, idrar kaçırma ve bel ağrısının önlenmesi, depresyon belirtilerinin azalması, gebelikte ağırlık kazanımı kontrolü ve gestasyonel diyabet durumunda, insülin gerektiren gebelerin sayısında azalma ile ilişkilidir. Doğum ağırlığında azalma veya erken doğum riski ile egzersiz arasında bir ilişki yoktur (53).

Gebeler, egzersiz öncesi ve sonrası fetal hareketliliği ve kan glukoz düzeylerini kontrol etmeli ve fiziksel aktiviteyi 15-30 dk ile sınırlandırmalıdır. Gebelik öncesi fiziksel olarak aktif olan bireyler de gebelik süresince aktif olmaları konusunda desteklenmelidir. Gebelik öncesi fiziksel olarak aktif olmayan gebeler için ilk 13 hafta egzersiz önerilmemektedir (54).

2.5. Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı

Amerikan Akciğer Derneği'ne göre gebelik süresince sigara tüketimi olan gebelerin bebeklerinde % 20-30 sıklığında düşük doğum ağırlığı, %14 erken doğum ve %10 oranında ölü doğum gerçekleşmiştir. Ayrıca, gebelik boyunca sigara tüketimi, nezle ve akciğer problemleri riskini arttırmaktadır. Doğumdan sonra sigara dumanına maruz kalmış bebekler ise, öğrenme güçlüğü ve fiziksel büyüme problemleri ile ilişkilidir (55).

Gebelik sürecinde sigara içmek, maternal ve fetal genetik ile hücresel düzeyde olumsuz etkilere sahiptir (56). Fetal konjenital kalp defekti riskinin, gebeliğin erken döneminde maternal sigaraya maruz kalınmasına kısmen bağlı olduğu ve bazı özel alt tipler için gebelik sırasında maternal sigara ile doğrudan bağlantılı olduğu önemli iki çalışma ile gösterilmiştir (57,58). Fetal septal kalp defektlerindeki artış, gebelik sırasında içilen sigara sayısı ile doğrudan ilişkilidir (59).

Gebelik sırasında annenin sigara içmesi, bebeğin yetişkin yaşamında böbrek hastalığına ve hipertansiyona yol açan fetal böbrek gelişimini etkilemesi muhtemeldir (60). Bunun yanı sıra, gebelik süresince annenin sigara içmesi, bebeğin ileriki yaşlarında astım ve solunum yolu enfeksiyonları ile karşı karşıya kalmasına ve solunum fonksiyonlarındaki azalma ile bağlantılı bulunmuştur (56).

Alkol, plasenta bariyerini doğrudan geçebildiğinden, gebelik sırasında alkol tüketimi, şiddeti değişebilen çok çeşitli sorunlara neden olmaktadır (61). Fetal alkol sendromu (FAS), neonatologlar ve çocuk doktorları arasında, gebe kadınlarda alkolizm veya tekrarlanan alkol bağımlılığının potansiyel bir sonucu olarak tanımlanmaktadır ve bir dizi doğumsal anomaliyi içermektedir (62).

Bu sendrom üç ana başlıkta toplanan belirtilerin her grubundan bir veya birden fazla öge içermektedir.

- 1-İntrauterin ve/veya postnatal gelişme geriliği
- 2-Kranyofasyal anomaliler
- 3-MSS fonksiyon bozuklukları (63)

Alkol ve asetaldehitler hücrel ve mitokondrial transportu bozarlar. Alkol, düşük ve ölü doğum risklerini arttırır. Anne, gebeliği süresince günde 4 bardak içki tüketirse fetal alkol sendromu riski % 20, 8 bardak içki tüketirse fetal alkol sendrom riski % 50'dir (64,65).

2.6. Gebelikte Kafein Tüketimi

Yapılan meta-analiz çalışmalarında, günlük kafein alımının çok yüksek olduğu gebe kadınlarda (günde 300 mg'dan fazla), gebelik kaybı ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların riskini azaltmak için gebelik sırasında günlük kafein alımının azaltılması önerilmektedir (66,67).

2.7. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme sendromu oldukça belirgin psikiyatrik bozukluklardır. Semptomların en sık görüldüğü yaş aralığı 15-25'dir. Ortalama hastalık süresi yaklaşık 6 yıl sürmektedir (68).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı olarak geçen DSM-V'e göre yeme bozuklukları şu şekilde sıralanmaktadır;

- Anoreksiya nervoza,
- Bulimia nervoza,
- Tıknırcasına yeme bozukluğu,
- Pika,
- Ruminasyon,
- Çekingen/kısıtlayıcı besin emilim bozukluğu,
- Başka türlü yeme bozuklukları (69, 70).

Anoreksiya Nervoza için DSM-V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlamaktadırlar. Bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar.

B. Vücut ağırlığı kazanımından ya da şişmanlamaktan çok korkma ve belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın vücut ağırlığındaki yükselişi güçleştiren kısıtlama, çıkarma ya da telafi edici davranışlarda bulunur.

C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, birey kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler, o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Bulimiya Nervoza için DSM-V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri olmaktadır. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisini de kapsamaktadır:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu nöbet sırasında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Vücut ağırlığında artış olmaması için, kendini kusturma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçları kötüye kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.

C. Bu tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuş olmalıdır.

D. Benlik değerlendirmesi, vücut biçimden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenmektedir.

E. Bu bozukluk, anoreksiya nervoza seyri sırasında ortaya çıkmamalıdır.

Yapılan çalışmalara göre, her altı veya yedi genç kadından biri, bir yeme bozukluğuna sahiptir ve anoreksiya nervoza, ergenlikte en sık görülen ve en az Tip-1 diyabet kadar yaygın kronik hastalıklardan biri olarak tanımlanmaktadır (69-71).

Yeme bozuklukları, herhangi bir psikiyatrik hastalığa göre en yüksek ölüm riskine sahiptir ve ergenler arasında üçüncü önemli kronik hastalık nedeni olarak sıralanmaktadır (72, 73).

Herhangi bir yeme bozukluğu olan kadının gebe kalamaması veya daha az çocuğu olması muhtemeldir ve yeme bozukluğu olmayanlara göre, gebe kalmak için doğurganlık tedavisine daha çok ihtiyacı vardır. Aynı zamanda, annelerin bebeklerini beslerken ve onlarla iletişim kurarken daha fazla zorlukla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (74).

Önceden ya da gebelik süresince yeme bozukluğu (örneğin, anoreksiya nervoza, bulimia) olan kadınlara, doğum öncesi her kontrolde ağırlık kazanımları ve vücutlarında devam eden değişiklikler hakkında ne hissettiğini de içeren ek sorular sorulmalıdır (75).

Gebelik süresince ağırlık kazanımı, fetüsün büyümesi ve gelişimini etkilediği için gebelikte kilo alma hedeflerine ilişkin danışmanlık bu gebeler için oldukça önemlidir. Gebelik öncesi yönetime benzer şekilde, yeme bozuklukları konusunda işbirlikçi bir uzman ekibi bu kadınları gebelik sırasında takip etmeye ve tedavi etmeye devam etmelidir (45).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, kızların %33.6'sının, erkeklerin %6.3'ünün diyet yaptığı; kızların %43 ve erkeklerin ise %18.3'ünün zayıf olmayı arzuladığı saptanmıştır (76).

2.7.1. Yeme bozukluklarında ortoreksiya nervoza

“Orthoreksia” terimi, Yunanca orthos “düz, doğru” ve orexia “iştah” kelimelerinden gelmektedir. Biyolojik olarak saf gıdalara yönelik önemli biyolojik kısıtlamalara yol açan patolojik saplantı ile karakterizedir (77).

Ortoreksiya nervoza (ON), bir bireyin sağlıklı beslenme için bir saplantı gösterdiği, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeyde zarar görmesine neden olan bir davranıştır. ON'lı bireyler, sağlıklı yiyeceklerin seçilmesinde, planlanmasında, satın alınmasında, hazırlanmasında ve tüketilmesinde, bazı hastalıklarla ilgili koruyucu ve iyileştirici özelliklere sahip olabilecek bazı yiyeceklerle ilişkilendirilen obsesif - zorunlu davranışlar yaşarlar (12).

Sosyal olarak kabul edilebilir ve belli bir dereceye kadar makul düzeyde olsa bile, ortorektik davranışlar, bir kişinin yaşamının uygun bir diyetle, işlevsellikten (örneğin, sosyal, ilişkisel...) ve sağlıktan kaynaklanan bozulmalara özel olarak odaklanmasına yol açarken patolojik hale gelebilir. Bazı araştırmacılar, ortoreksiyanın bulimia nervoza gibi fiziksel sıklıktan çok psikolojik bir kaynağa sahip olduğunu, bazıları ise anoreksiya nervozaya benzer sonuçlara yol açabileceğini söylemektedir (78-81).

Ortorektikler, besinleri “iyi-sağlıklı” veya “kötü-sağlıksız” olarak sınıflamaktadırlar. Kendilerine verdikleri değer, tükettikleri besinlere bağlılık göstermektedir; eğer o gün sağlıklı besinler tüketildiyse kendilerini iyi, fakat sağlıksız besinler tükettiler ise de kendilerini kötü hissetmektedirler. Bu düşünce tarzına göre hiçbir besin ortalarda seyretmemektedir (82).

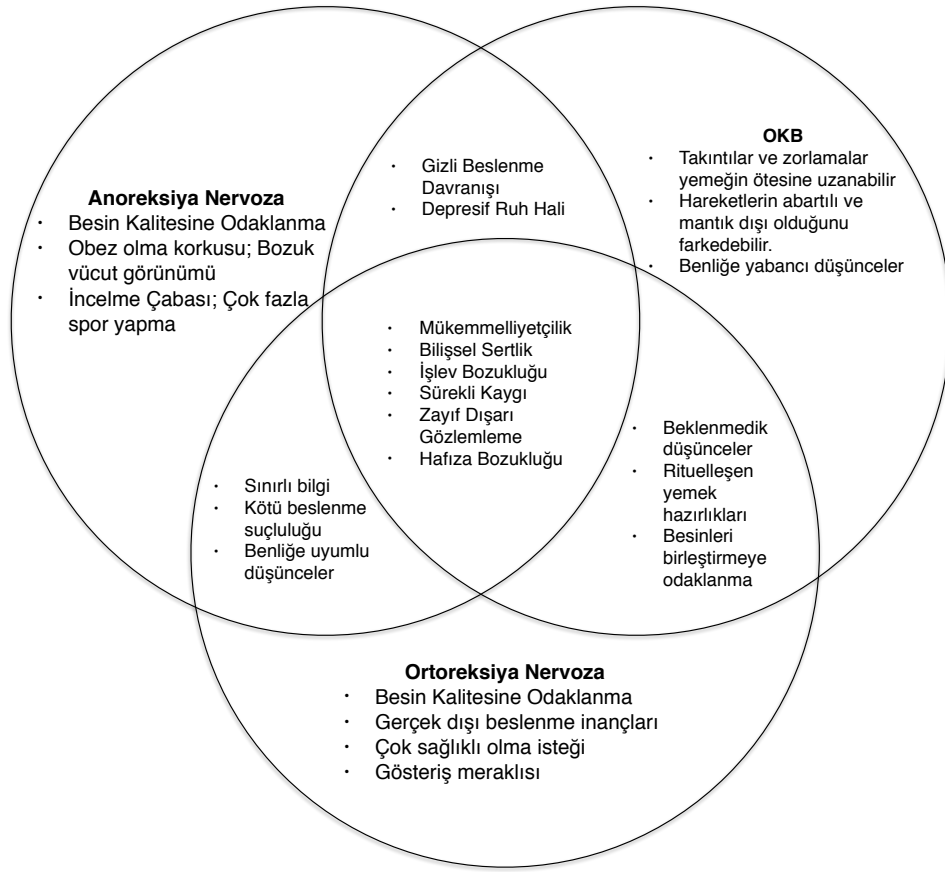
İtalya’da yapılan bir çalışmada ortoreksiya prevalansı %6.9 bulunmuştur (83). Bu epidemik tüm toplumlara henüz mal edilecek bir durum ile karşı karşıya kalınmadığını göstermiştir (84).

2.7.2. Ortoreksiya Nervoza’nın sınıflandırılması ve tanı kriterleri

Ortoreksiya nervoza (ON) hakkında çok az bilgi vardır, çünkü yeni bir terimdir ve evrensel olarak kabul edilmiş bir tanım veya geçerli tanı kriterlerine sahip değildir. Bu bozukluk için herhangi bir klinik kılavuz mevcut olmadığından doktorların tanı kriterlerine göre teşhis edebilecekleri bir durum gibi görülmemektedir. Diyet arınmasının en uç örneği olarak gözlemlenmiş bir durumdur. Bu terimin tanımı Zihinsel Bozuklukların Tanı Kitabı’nda (DSM-V) ve ICD-10’da da mevcut değildir fakat bu konu ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır (85-87).

Ortoreksiya nervozanın ayrı bir yeme bozukluğu olarak mı ele alınacağı yoksa obsesif kompulsif bozukluğun ya da anoreksiya nervozanın bir alt kümesi olarak mı değerlendirileceği tartışmalıdır. Ortoreksiya ve anoreksiya nervozanın ortak özellikleri içerisinde belirgin ağırlık kaybı, yüksek kaygı, mükemmeliyetçiliği ve kontrolü elinde tutmak için gösterilen uğraş sayılabilir (Şekil 2.1). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozada niceliksel anlamda (örneğin; tüketilen yiyecek miktarı) yeme bozukluğu görülürken, ortoreksiya nervozada niteliksel anlamda (tüketilen yiyecek miktarı) yeme bozukluğu görülür (84).

Ortoreksiya nervozanın, obsesif kompulsif bozukluk ile birlikteliğinde bireylerde bazı obsesif eğilimler de görülmektedir. Ayrıca bu bireylerde kirlenme üzerine yoğun endişe duyma, yemek yemeyi ve gıdaları düzenlemeyi törensel bir şekilde gerçekleştirme ile gıda ve sağlık hakkında olmadık zamanlarda tekrarlayan davetsiz düşünceler görülmektedir (Şekil 2.1). Ortoreksiyanın obsesif kompulsif bozukluktan ayrılan en önemli farkı ise ortoreksiyada takıntıların içeriğinin egoya yabancı değil egoya uyumlu olmasıdır (84).



Şekil 2.1. Ortoreksiya nervoz, anoreksiya nervoz ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) ayrı ve örtüşen özellikleri (88)

“Ortoreksiya nervoz” durumu:

- ✓ Uzun dönem görüldüğü zaman (birkaç hafta için sağlıklı yiyeceklere verilen dikkat obsesyonun üzerinde olmadığı sürece bozukluk olarak tanımlanamaz),
- ✓ Eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif bir etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, negatif duyguları önlemek için yiyeceklerin nasıl hazırlandığını düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir.

Henüz formal bir medikal durum olmaması nedeniyle “ortoreksiya nervoz” birçok sağlık personeline göre gittikçe büyümekte olan bir sağlık olgusudur (86).

Ortoreksiya Nervozu için Moroze ve arkadaşları tarafından önerilen tanı kriterleri (80);

Kriter A: Yemeklerin kalitesi ve kullanılan malzemeler ile ilgili kaygılara odaklanarak “sağlıklı gıdalar” ile ilgili saplantı haline gelen durumlar. (Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası varsa.)

- Gıda “saflığı” ile ilgili inançların kişiyi meşgul etmesi ve dengesiz bir diyet tüketmek.
- Zararlı veya sağlıksız yiyecekler, gıda kalitesi ve bileşiminin fiziksel veya duygusal sağlık veya her ikisi üzerindeki etkisi hakkında endişeler.
- Hastanın “sağlıksız” olduğuna inandığı yiyeceklerden tavizsiz olarak kaçınması, herhangi bir yağ, koruyucu madde, gıda katkı maddesi, hayvansal ürün veya sağlıksız olarak kabul edilen diğer maddeleri içeren gıdaları reddetme.
- Bireyler gıda uzmanı olmadıkları halde yiyecek hazırlamada aşırı miktarda zaman harcamak. Algılanan kaliteye ve bileşime göre belirli yiyecek türlerini araştırma, yayınlardan okuma, satın alma ve hazırlama ile alakalı olarak zaman harcamak.
- “Sağlıksız” veya “saf olmayan” gıdaların tüketiminden sonra suçluluk duygusu ve endişeler yaşama.
- Kişilerin doğru bulmadıkları diğer beslenme şekillerine karşı hoşgörüsüz olmaları
- Bireyin gelirine göre gıdalarda algıladıkları kalite ve gıda bileşimleri için aşırı miktarda para harcamak.

Kriter B: Obsesyonel meşguliyet aşağıdakilerden biri ile bozulur:

- Beslenme dengesizlikleri nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması (örneğin, dengesiz beslenme nedeniyle kötü beslenmenin geliştirilmesi).
- Hastanın “sağlıklı” yeme hakkındaki inançlarına odaklanan takıntılı düşünceler ve davranışlar nedeniyle sosyal, akademik veya mesleki işleyişte şiddetli sıkıntı veya bozulma.

Kriter C: Bu bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk veya şizofreni ya da başka bir psikotik bozukluk gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesine bağlı değildir.

Kriter D: Bu bozukluk, bazı dini inanışlara bağlı gıda tercihi ya da tanı konulmuş gıda alerjileri veya özel diyet gerektiren tıbbi hastalıklarla açıklanamaz.

2.7.3. Ortoreksiya Nervoza'nın tedavisi

Diğer ruhsal bozukluklara göre, yeme bozukluklarının tedavi yaklaşımları biraz daha farklılıklar göstermektedir çünkü vücuttaki çoğu sistemi olumsuz olarak etkileyerek yaşamı ciddi şekilde tehdit edebilen bir durum olduğundan çok yönlü bir tedavi yöntemi planlanmalı ve uygulanmalıdır (89).

Ortoreksiya nervoza tedavisi, doktor, psikoterapist ve diyetisyenin dahil olduğu multidisipliner bir ekip tedavisi gerektirir (90).

Bazı durumlarda, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (sertralin, fluoksetin ve paroksetin gibi) ile birlikte bilişsel davranışçı terapi uygulaması, ortoreksiya nervoza hastalarının tedavisinde faydalı olabilmektedir (91).

Dr. Moshe Feldenkrais tarafından geliştirilen “Somatik Feldenkrais Yöntemi”, dans dersleri, yoga terapisi, göz hareketi duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi (EMDR), neurofeedback eğitimi ve transkraniyal manyetik stimülasyon uygulamaları da ortoreksiya nervoza’da uygulanan diğer tedavi yöntemleridir (92).

Miller (82), “eğlenceli beslenme deneyimleri”ne sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir. Hastaların tipik olarak acıktıklarında yemek yedikleri, tamamıyla canlarının istediği besinleri seçtikleri ve doyduklarında da durmayı bildiklerini belirtmektedir (82).

Miller (82), ortoreksiyalılarda; “iyi besinler” (spektrumun bir ucu) ve “kötü besinler”i (spektrumun diğer ucu) tanımlamak ve “orta kademe”de yer alan besinleri algılamalarına yardım etme şeklinde bir strateji uygulamaktadır. Ortorektik bireyler, anorektiklerde olduğu gibi belirli besinlerden korktukları için değişiklik geliştirmek kolay olmamaktadır (82).

Tedavide, besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiği ve kişilerin öz değerlerinin ve yaşantılarının sadece besinler etrafında dönmediğinin farkına varılması gerektiği üzerinde

durulmaktadır. Bu tip olgulara, sağlıklı bir diyet ve egzersiz yapmak, aile ve arkadaşlarla zaman geçirmek ve eğlenmek gerektiği önemle vurgulanmaktadır. Kişilerin kendilerini sevmelerini ve sakin olmaları gerektiğini hatırlatmaktadır (82).

2.7.4. Ortoreksiya nervoza ve yeme davranış bozukluklarının gebelik ile ilişkisi

Gebelik; yeme davranış bozukluklarının başlaması, tekrarlaması veya iyileşmesi için dönüm noktası olabilecek sosyal, psikolojik ve fizyolojik değişimleri içeren bir süreçtir (9). Gebelikteki ağırlık artışını kontrolde tutmak için besin alımını azaltan ve aşırı egzersiz yapan gebe kadınlar için pregoreksiya terimi kullanılmaktadır (93). Gebelikte obezite, pregoreksiyadan daha yaygın görülmekte fakat beslenme uzmanlarının, gebenin beden imajına fazla odaklanmış olup olmadığına ve yeme davranış bozukluğu geçmişine sahip olup olmamalarına dikkat etmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (94).

Doğurganlık çağındaki kadınlarda ve gebelerde en belirgin yeme bozukluğu belirtileri; kişinin kendi vücudu ile ilgili memnuniyetsizliği, kilo alma korkusu ve bozulmuş yeme davranışlarını kapsamaktadır (17). Yeme bozukluğu öyküsüne sahip olan gebelerde yapılan bir çalışmada; yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların, yeme bozukluğu öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek bir diyet kalitesine sahip oldukları ve yeme bozukluğu öyküsü olan annelerin emzirme sıklıklarının daha düşük olduğu saptanmıştır (95).

Gebelik süreci, değişen vücut biçimi ve ağırlığı hakkında artmış endişelerin yoğun yaşandığı bir dönem olduğundan dolayı yeme bozuklukları öyküsüne sahip olanlar için daha az tolere edilebilmektedir (96).

Gebelikte yeme bozukluğu için başlıca risk faktörleri: (97)

- Yaş; (<30 yıl),
- Gebelik öncesi teşhis edilmiş yeme bozukluğuna sahip olma,
- Cinsel istismar öyküsü,
- Geçmişte yaşanmış önemli bir olay ya da psikolojik travmalar şeklindedir.

Yeme bozuklukları, gebelik ve postpartum dahil olmak üzere yaşamın farklı zamanlarında kadınları çok yönlü olarak etkilemektedir (98). Gebelikten önce teşhis edilen

bir yeme bozukluğu nedeniyle hastaneye yatırılmış kadınların gebeliklerinde, bozulmuş gebelik sonuçları ile ilgili artan riskler ile ilişkili sonuçlar bulunmuştur (99). Yeme bozuklukları, gebelik komplikasyonları, perinatal sonuçlar ve bebekte beslenme gúçlükleri gibi klinik ve psikolojik sorunlara sebep olmaktadır (98). Bu dönemde yeterli beslenme ve uygun ağırlık kazanımı fetal gelişim için önemlidir (17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu kararı alındıktan sonraki 3 ay içerisinde Liv Hospital Ankara Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 70 gebe birey ile yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce hasta grubuna “Hasta Onam Formu” okunarak ve çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

Bu araştırma, 04.12.2018 tarihinde KA18/377 proje no ile Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur (Bknz. Ek-1).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Bu çalışmada gebelere ilişkin genel bilgileri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, fiziksel aktivite durumlarını belirlemek amacıyla bir anket formu uygulanmıştır. Genel bilgi formunda gebelerin genel özellikleri (yaş, gebelik öncesi vücut ağırlığı, şuan ki vücut ağırlığı, boy, eğitim düzeyi) ile diyet uygulama, vitamin-mineral kullanım durumları, beslenme bilgilerine erişim kaynakları, fiziksel aktivite yapma durumları, fiziksel aktivite türü ve sıklığı, sigara ve alkol tüketim durumları ve öğün alışkanlıkları sorgulanmıştır (Bknz. Ek-2).

Yeme tutum ve davranış bozukluğu için Yeme Tutum Ölçeği (EAT-40), sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) durumunu saptamak için ORTO-15 ölçeği uygulanmıştır (Bknz. Ek-3, Ek-4). ORTO-15 ölçeği; bireylerin kendileri için sağlıklı, yararlı olacaklarını düşündükleri besinleri seçme, satın alma, hazırlama ve tüketme aşamalarındaki takıntılı davranışlarını araştırmaktadır.

Gebelerin besin tüketim durumunun saptanması amacıyla geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır (Bknz. Ek-5). Tüketilen besinler, BEBİS (Beslenme Bilgi Sistemi 7.2) bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Anket formu

Çalışmada uygulanan anket formu 7 bölümden oluşmaktadır;

1. **Genel Özellikler:** Yaş, eğitim durumu, gebelik haftası, alkol ve sigara kullanımı, beslenme bilgisine sahip olma durumu ve bu bilgiye hangi kaynaktan erişim sağlandığı gibi genel özellikler sorgulanmıştır.
2. **Beslenme Alışkanlıkları:** Sürekli uygulanan bir diyet durumu, vitamin mineral desteği kullanımı, ana ve ara öğün tüketim sayısı, ana ve ara öğün atlama durumu, ev dışı besin tüketim sıklığı, ev dışı tercih edilen yerler, çay, kahve ve su tüketim durumu gibi beslenme ile ilgili genel alışkanlıklar sorgulanmıştır.
3. **Antropometrik Ölçümler:** Gebelik öncesi vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu, mevcut vücut ağırlığı (kg) ve gebelik süresince kazanılan ağırlık sorgulanmıştır.
4. **Fiziksel Aktivite Düzeyi:** Gebelerin fiziksel aktivite durumu ve türleri sorgulanmıştır.
5. **ORTO-15 Ölçeği:** ORTO-15 ölçeği ile gebelerin ortoreksiya nervoza durumları değerlendirilmiştir. Bu ölçekte 15 soru bulunmaktadır.
6. **Yeme Tutum Testi:** EAT-40 ölçeği ile gebelerin yeme tutum ve davranışları değerlendirilmiştir.
7. **Besin Tüketim Kaydı:** Gebelerin, anketi uyguladıkları günden bir gün önceki 24 saatlik besin tüketim kayıtları alınmıştır.

3.3.2. Besin tüketim durumunun saptanması ve değerlendirilmesi

Gebelerden, geriye dönük “24 saatlik besin tüketim kaydı” alınmış ve almış oldukları enerji, makro ve mikro besin ögeleri miktarları saptanmıştır. Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) 7.2 bilgisayar programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Gebelerin enerji ve besin öğelerini karşılama durumları Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER)'e göre (100) değerlendirilmiştir.

3.3.3. Sağlıklı beslenme takıntısı ölçeği (ORTO-15) ve yeme tutum testi (EAT-40)

Ortoreksiya nervoza için geliştirilmiş tanısal değerlendirme ölçeği, 2005 yılında Donini ve ark. (101) tarafından geliştirilmiş olan ORTO-15 ölçeğidir. Bu test, sağlıklı yeme alışkanlıkları ve sağlıklı yiyeceğe ulaşmak için yapılan uğraşların sorgulandığı 15 soruyu içermektedir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Ortorektik bireyler (sağlıklı beslenme takıntısına sahip olanlar), ölçekten en düşük puanı almaktadır. Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplara "1", normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara "4" puan verilmiştir (101). Donini tarafından geliştirilen ORTO-15 ölçeğinde < 35, < 40 ve < 45 olmak üzere 3 farklı kesim noktası verilmiştir. Bu kesim noktalarının altında puan alanlara ortoreksiya nervoza tanısı konulabilmektedir. Kesim noktası değerleri skalanın ne için kullanılacağına göre farklılık gösterebilmektedir (102).

ORTO-15 ölçeğinin, Türkiye'de Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Arusoğlu tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Arusoğlu ve ark. (102) tarafından ORTO-15 ölçeğinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış ve faktör analizi sonucunda testin özdeğeri 1.0 üstünde 3 faktör olarak belirlenmiş ve ölçekteki maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69 arasında değiştiği saptanmıştır. Arusoğlu'nun çalışmasında %25. ve %75. yüzdelerine bakılarak kesim noktası "33" olarak belirlenmiştir ve bunun altında puan alan bireyler ortorektik belirtilerin görülebileceği beklenmektedir (102).

Yeme tutum testi (EAT-40); anoreksiya nervozanın erken teşhis ve tanısı için tarama aracı olarak kullanılmaktadır (103). EAT-40; yeme bozukluğuna sahip hastaların yemek yeme ile ilgili tutum ve davranışlarını, normal bireylerde ise yeme davranışındaki bozuklukları saptamaktadır (104).

EAT-40 ölçeği; altı basamaklı, likert tipi bir ölçektir ve ölçek 40 maddeden oluşmaktadır (104). EAT-40 ölçeğinin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Erol ve Savaşır tarafından 1989'da yapılmıştır (105). Her bir madde için "daima", "çok sık", "sık sık", "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden biri işaretlenmektedir. 1, 18, 19,

23 ve 39. maddelerdeki “hiçbir zaman” seçeneği ve diğer maddelerdeki “her zaman” seçeneği 3 puan olarak hesaplanmakta, yanındaki seçenekler ise sırasıyla 2 puan ve 1 puan olarak hesaplanmaktadır (106). Puanlandırma hesaplanarak, toplam puan elde edilmektedir. 30 puan ve üzeri anlamlı olup, psikopatoloji düzeyiyle ilişkilidir. Ölçekten en fazla 120 puan alınmaktadır (104).

3.3.4. Antropometrik ölçümler

Çalışmaya katılan gebelerin boy uzunlukları, şuan ki vücut ağırlıkları ve gebelik öncesi vücut ağırlıkları sorgulanmıştır. Gebelerin boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları kullanılarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri hesaplanmıştır. BKİ değerleri vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle [vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m) x boy uzunluğu (m)] hesaplanmaktadır. Elde edilen değerler Dünya Sağlık Örgütü’nün BKİ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 3.1). Gebelerin gebelik haftası bilgisi de gebeden bilgi alınarak doldurulmuştur.

Tablo 3.1. WHO’ya göre BKİ Sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ değeri
Zayıf	<18.5
Normal	18.5 – 24.9
Hafif Şişman	25.0 – 29.9
Obez	≥ 30.0

3.3.5. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda anketlerden elde edilen veriler, istatistiksel analizlerin yapılması için SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programına aktarılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, nitel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri için sayı ve yüzde değerleri, nicel değişkenler için ise ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri verilmiştir.

Çalışmadaki verilerin normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogrov Smirnov testi ile incelenmiştir. Nicel verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırılmalarında t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi yapılmıştır. Değişkenler

arasındaki ilişkiler, normallik varsayımı sağlandığı durumda Pearson korelasyon analizi ile normallik varsayımı sağlanmadığı ya da gözlem sayısı az olduğu durumda ise Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Gebelerin Genel Özellikleri

Bu araştırma, Liv Hospital Ankara Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran yaşları 19-45 arası değişen 70 gebe birey üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.1'de gebelerin boy uzunluklarının ortalaması 166.67 ± 5.72 cm, gebelik öncesi vücut ağırlık ortalamaları 61.01 ± 9.97 kg, mevcut (gebelikteki) vücut ağırlık ortalamaları 69.73 ± 10 kg ve gebelik süresi ortalamaları 25.14 ± 10.43 hafta olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2'de gebelerin genel özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %18.6'sının 19-25 yaş aralığında, %65.7'sinin 26-35 yaş aralığında ve %15.7'sinin 36-45 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Gebe bireylerin yaş ortalaması 30.24 ± 4.93 yıl olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eğitim durumları değerlendirildiğinde, okur-yazar olmayan gebe bulunmadığı saptanmıştır. Gebelerin %2.9'si ilkokul mezunu, %1.4'ü ortaokul mezunu, %17.1'i lise mezunu, %12.9'u yüksekokul, %52.9'u üniversite mezunu ve %12.9'u yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %22.9'unun sürekli olarak diyet uyguladığı saptanmıştır. Gebelerin vitamin-mineral kullanımları incelendiğinde, %88.6'sının vitamin-mineral desteği aldığı belirlenmiştir. Gebelerin %88.6'sının gebelik döneminde beslenme ile ilgili bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Gebelikte beslenme bilgisine sahip olan gebelerin, bilgi kaynakları; %32.9 televizyon, %21.4 dergi, %24.3 gazete, %67.1 internet, %45.7 kitaplar ve bilimsel yayınlar, %45.7 diyetisyen, %71.4 doktor, %42.9 arkadaş, %38.6 aile olarak saptanmıştır.

Tablo 4.1. Gebelere ilişkin özelliklerin ortalama değerleri

Genel Özellikler	Gebe (n=70)
	$\bar{X} \pm SS$
Boy uzunluğu (cm)	166.67 ± 5.72
Gebelik öncesi ağırlık (kg)	61.01 ± 9.97
Şuanki vücut ağırlığı (kg)	69.73 ± 10.0
Gebelik süresi (hafta)	25.14 ± 10.43
Gebelikte kazanılan ağırlık (kg)	8.11 ± 5.13

Tablo 4.2. Gebelerin genel özelliklerinin dağılımları

Genel Özellikler	Gebe (n=70)	
	S	%
Yaş (yıl)		
19-25	13	18.6
26-35	46	65.7
36-45	11	15.7
$\bar{X} \pm SS$	30.24 \pm 4.93	
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	-	-
Okur yazar-ilkokul	2	2.9
Ortaokul	1	1.4
Lise	12	17.1
Yüksekokul	9	12.9
Üniversite	37	52.9
Yükseklisans-Doktora	9	12.9
Sürekli diyet uygulama		
Evet	16	22.9
Hayır	54	77.1
Vitamin ve mineral desteği kullanımı		
Evet	62	88.6
Hayır	8	11.4
Gebelikte beslenme ile ilgili bilgi sahibi olma		
Evet	62	88.6
Hayır	8	11.4
Bilgi edinme kaynağı*		
TV	23	32.9
Dergi	15	21.4
Gazete	17	24.3
İnternet	47	67.1
Kitaplar, bilimsel yayınlar	32	45.7
Diyetisyen	32	45.7
Doktor	50	71.4
Arkadaş	30	42.9
Aile	27	38.6

*Bu soru için birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.3’de gebelerin, mevcut BKİ değerlerine bakıldığında, %1.7’ü zayıf ($BKİ \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$), %57.1’i normal ağırlıkta ($BKİ=18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$), %30’u hafif şişman ($BKİ=25-29.9 \text{ kg/m}^2$), ve %11.4 ‘ü obez ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Gebelerin, mevcut ağırlıklarına göre BKİ grupları dağılımı (%)

BKİ grupları	Gebe (n=70)	
	S	%
≤ 18.5	1	1.4
18.5-24.9	40	57.1
25-29.9	21	30.0
≥ 30	8	11.4

Gebelerin, gebelik öncesi BKİ değerleri incelendiğinde, %8.6'sı zayıf ($BKİ \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$), %70'i normal ağırlıkta ($BKİ = 18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$), %18.6'sı hafif şişman ($BKİ = 25-29.9 \text{ kg/m}^2$), ve %2'si obez ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Gebelerin, gebelik öncesi ağırlıklarına göre BKİ grupları dağılımı (%)

BKİ grupları	Gebe (n=70)	
	S	%
≤ 18.5 (kg / m ²)	6	8.6
18.5-24.9 (kg / m ²)	49	70.0
25-29.9 (kg / m ²)	13	18.6
≥ 30 (kg / m ²)	2	2.8

Tablo 4.5'de gebelerin uyku düzenlerine göre , %71.4'ünün uyku saatlerinin düzenli olduğu ve ortalama uyku sürelerinin 8.41 ± 1.71 saat olduğu belirlenmiştir. bulunmuştur. Gece yemek yeme alışkanlıkları değerlendirildiğinde, %18.6'sının gece yemek yediği saptanmıştır.

Tablo 4.5. Gebelerin uyku düzenleri ile ilgili bilgilerin dağılımları ve ortalama-standart sapma değeri

Uyku düzenleri	Gebe (n=70)	
	S	%
Uyku saatinin düzeni		
Evet	50	71.4
Hayır	20	28.6
Gece yemek yeme alışkanlığı		
Evet	13	18.6
Hayır	57	81.4
Gece uyku süresi (saat)		
$\bar{X} \pm SS$	8.41 ± 1.71	

4.2. Gebelerin Beslenme Alışkanlıklarına Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.6’da gebelerin %2.9’unun 1 ana öğün, %22.9’unun 2 ana öğün ve %74.3’ünün 3 ana öğün tükettiği saptanmıştır. Gebelerin %10’u hiç ara öğün tüketmemekte, %22.9’u 1 ara öğün tüketmekte, %30’u 2 ara öğün tüketmekte ve %1.4’ü 5 ara öğün tüketmektedir. Gebelerin %40’ının öğün atladığı, %60’ının öğün atlamadığı saptanmıştır. Atlanan öğünlerin %10’u sabah, %17.1’i öğle, %4.3’ü akşam ve %8.6’sı ara öğünler olarak bulunmuştur. Gebelerin öğün atlama nedenleri incelendiğinde, gebelerin %7.1’i zayıflamak istediği, %7.1’i üşendiği, %14.3’ü alışkanlığı olmadığı, %7.1’i fırsatı olmadığı ve %4.3’ü acıkmadığından dolayı öğün atladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.6. Gebelerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	S	Gebe (n=70)	%
Ana öğün sayısı			
1	2		2.9
2	16		22.9
3	52		74.3
$\bar{X} \pm SS$	2.71 \pm 0.51		
Ara öğün sayısı			
0	7		10.0
1	16		22.9
2	25		35.7
3	21		30.0
5	1		1.4
$\bar{X} \pm SS$	1.91 \pm 1.03		
Öğün atlama			
Evet	28		40.0
Hayır	42		60.0
Atlanan öğün*			
Sabah	7		10.0
Öğle	12		17.1
Akşam	3		4.3
Ara öğünler	6		8.6
Öğün atlama nedeni*			
Zayıflamak	5		7.1
Üşenmek	5		7.1
Alışkanlık yok	10		14.3
Fırsatım yok	5		7.1
Acıkmamak	3		4.3
Yemek yeme hızı			
Yavaş	9		12.9
Orta	47		67.1
Hızlı	11		15.7
Çok hızlı	3		4.3

*Bu soru için birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.7’de gebelerin besin tüketim alışkanlıklarına incelendiğinde, %68.6’sının ev dışı yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır. Gebelerin ev dışı yemek yeme sıklıkları, %2.9 her öğün, %7.1 her gün, %28.6 haftada 1-2 kez, %11.4 haftada 3-4 kez ve %47.1 ayda 1-2 kez olarak saptanmıştır. Ev dışında yemek için tercih edilen yerler; %17.1 fastfood restoranları, %24.3 pide/gözleme/pizza satan yerler, %30 ev yemekleri yapan yerler, %41.4 kebabçılar, %21.4 sandviç, kumpir satan yerler ve %11.4 salata, sağlıklı yemek satan yerler olarak saptanmıştır.

Tablo 4.7. Gebelerin yemek yeme alışkanlıklarının dağılımı

Besin tüketim alışkanlıkları	Gebe (n=70)	
	S	%
Ev dışı yemek yeme alışkanlığı		
Evet	48	68.6
Hayır	22	31.4
Ev dışında yemek yeme sıklığı		
Her öğün	2	2.9
Her gün	5	7.1
Haftada 1-2	20	28.6
Haftada 3-4	8	11.4
Ayda 1-2	33	47.1
Ev dışı yemek yenilen yerler		
Fastfood restoranları	12	17.1
Pide, gözleme, pizza	17	24.3
Ev yemekleri	21	30.0
Kebab	29	41.4
Sandviç, kumpir vb.	15	21.4
Salata ve sağlıklı yemek satan yerler	8	11.4

Tablo 4.8’de gebelerin günlük su tüketimleri incelendiğinde, %1.4’ünün 1 litreden az, %21.4’ünün 1-2 litre arasında, %52.8’inin 2-3 litre arasında ve %24.3’ünün 3 litreden fazla su tüketimleri olduğu ve ortalama 2.19 ± 0.79 L su tükettikleri bulunmuştur. Gebelerin %75.7’sinin ortalama 1.69 ± 1.54 bardak/gün çay tükettiği belirlenmiştir. Gebelerin %50’sinin ise kahve tüketimi olduğu ve ortalama 0.65 ± 0.79 fincan/gün kahve tükettiği saptanmıştır.

Tablo 4.8. Gebelerin sıvı tüketimlerinin dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri

Gebe (n=70)		
Sıvı Tüketim Miktarı	S	%
Su tüketimi (L)		
<1	1	1.4
1-2	15	21.4
2-3	37	52.8
>3	17	24.3
$\bar{X} \pm SS$	2.19 ± 0.79	
Çay tüketimi		
Evet	53	75.7
Hayır	17	24.3
$\bar{X} \pm SS$ (bardak)	1.69 ± 1.54	
Kahve tüketimi		
Evet	35	50.0
Hayır	35	50.0
$\bar{X} \pm SS$ (fincan)	0.65 ± 0.79	

Tablo 4.9’da gebelerin alkol ve sigara tüketim durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %15.7’sinin sigara kullandığı, ortalama 3.83 ± 2.79 yıldır kullandıkları olduğu ve ortalama 3.17 ± 1.91 adet/gün sigara içtikleri belirlenmiştir. Gebelerin %8.6’sının alkol tükettiği, ortalama 1.04 ± 0.51 kadeh/ay tüketimleri olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.9. Gebelerin alkol ve sigara tüketim durumlarına göre dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri

Gebe (n=70)		
Sigara ve Alkol Tüketimi	S	%
Sigara tüketimi		
Evet	11	15.7
Hayır	59	84.3
Alkol tüketimi		
Evet	6	8.6
Hayır	64	91.4
Sigara kullanım süresi (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)		3.83 ± 2.79
Günlük sigara kullanımı (adet/gün) ($\bar{X} \pm SS$)		3.17 ± 1.91
Alkol tüketimi (kadeh/ay) ($\bar{X} \pm SS$)		1.04 ± 0.51

4.3. Gebelerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.10’da gebelerin enerji ve besin öğeleri alımlarının ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri verilmiştir. Gebelerin günlük aldıkları enerji ortalama 2222.76 ± 380.82 kkal, protein 95.71 ± 24.01 g, yağ 115.27 ± 31.82 g, karbonhidrat 195.6 ± 44.3 g ve diyet posası 31.07 ± 8.12 g olarak bulunmuştur. Gebelerin aldıkları enerjinin protein, yağ ve karbonhidrattan gelen oranları sırasıyla 17.71 ± 3.58 , 45.97 ± 8.029 ve 36.3 ± 7.13 şeklinde saptanmıştır. Türkiye Beslenme Rehberi’ne göre gebeler için önerilen miktarları karşılama yüzdeleri sırasıyla; %98, %153 ve %66’dır.

Enerjinin tekli doymamış, çoklu doymamış ve doymuş yağdan gelen oranları sırasıyla % 18.94 ± 6.84 , % 8.75 ± 3.44 ve % 15.94 ± 4.44 şeklinde saptanmıştır. Türkiye Beslenme Rehberi’ne göre gebeler için önerilen miktarları karşılama yüzdeleri sırasıyla; % 126, % 109 ve % 227’dir.

Tablo 4.10. Gebelerin enerji ve besin ögeleri alımlarının ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri

Gebe (n=70)				
Enerji ve Besin Ögeleri	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	Önerilen Miktar	Karşılama(%)
Enerji (kkal)	2222.76 ± 380.82	1550.69 – 3384.54	–	–
Protein (TE%)	17.71 ± 3.58	12 – 29	18	98
Protein (g)	95.71 ± 24.01	51.25 – 175.87	72	131
Protein (g/kg)	1.37 ± 2.4	1.04 – 1.87	1.04	131
Yağ (TE%)	45.97 ± 8.02	31 – 64	30	153
Doymuş yağ (g)	39.36 ± 10.96	17.49 – 68.12	–	–
Doymuş yağ (%)	15.94 ± 4.44	7.08 – 27.58	7	227
37 Tekli doymamış yağ (g)	46.78 ± 16.89	18.22 – 102.19	–	–
Tekli doymamış yağ (%)	18.94 ± 6.84	7.38 – 41.38	15	126
Çoklu doymamış yağ (g)	21.61 ± 8.51	5.2 – 43.48	–	–
Çoklu doymamış yağ (%)	8.75 ± 3.44	2.11 – 17.61	8	109
Kolesterol (mg)	431.43 ± 138.48	87.5 – 714	300	143
Karbonhidrat (g)	195.6 ± 44.3	115.74 – 280.73	175	111
Karbonhidrat (TE%)	36.31 ± 7.13	23 – 49	55	66
Diyet posası (g)	31.07 ± 8.12	10.03 – 54.17	25	124

Tablo 4.11’de gebelerin bazı vitamin ve minerallerin günlük alımlarının ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$) ile alt-üst değerleri verilmiştir. Gebelerin günlük aldıkları A vitamini $1682.87 \pm 752.873 \mu\text{g}$, E vitamini $22.05 \pm 7.86 \text{ mg}$, B1 vitamini $1.11 \pm 0.23 \text{ mg}$, B2 vitamini $2.04 \pm 0.62 \text{ mg}$, niasin $15.77 \pm 5.55 \text{ mg}$, B6 vitamini $1.87 \pm 0.49 \text{ mg}$, C vitamini $160.46 \pm 72.79 \text{ mg}$, D vitamini $4.18 \pm 8.69 \mu\text{g}$, folik asit $180.48 \pm 51.84 \mu\text{g}$, B12 vitamini $8.33 \pm 9.55 \mu\text{g}$, potasyum $3549.39 \pm 714.03 \text{ mg}$, kalsiyum $1135.46 \pm 294.84 \text{ mg}$ ve demir $15.02 \pm 3.95 \text{ mg}$ olarak bulunmuştur. Türkiye’ye özgü Beslenme Rehberi’ndeki önerilen değerlere göre gebelerin tüketim ortalamaları ile referansları karşılamaları sırasıyla; A vitamini %240, B1 vitamini %97, B2 vitamini %145, niasin %235, B6 vitamini %98, C vitamin %152, potasyum %75, folik asit %30, B12 vitamini %185, kalsiyum %116 ve demir %93 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.11. Gebelerin ortalama enerji ve besin ögesi alım düzeylerinin referans alım düzeylerine göre karşılanma durumu (%)

Enerji ve Besin Ögeleri	Gebe (n=70)			
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	Önerilen miktar	Karşılanma(%)
A vitamini (μg)	1682.87 \pm 752.87	498.2 - 5125.6	540	240
B1 vitamini (mg)	1.11 \pm 0.23	0.63 – 1.69	1.2	97
B2 vitamini (mg)	2.04 \pm 0.62	1.01 – 6	1.2	145
Niasin (mg)	15.77 \pm 5.55	5.85 – 30.64	1.6	235
B6 vitamini (mg)	1.87 \pm 0.49	0.98 – 3.16	1.9	98
C vitamini (mg)	160.46 \pm 72.79	45.83 – 376.97	105	152
Potasyum (mg)	3549.39 \pm 714.03	1742.1 – 5262.7	4.7	75
Folik asit (μg)	180.48 \pm 51.84	73.8 – 491.15	600	30
B12 vitamini (μg)	8.33 \pm 9.55	0.6 – 83.1	4.5	185
Kalsiyum (mg)	1135.46 \pm 294.84	442.3 – 1863.4	975	116
Demir (mg)	15.02 \pm 3.95	9.04 – 29.27	16	93
D vitamini (μg)	4.18 \pm 8.69	0.04 – 47.73	15	28

4.4. Gebelerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi

Gebelerin %55.7'inin yürüyüş, %24.3'ünün yoga, %10'unun fitness ve %21.4'ünün pilates yaptığı bulunmuştur. Gebelerden her gün yürüyüş yapan %69.2, haftada 5-6 yapan %7.7, haftada 3-4 yapan %20.5 ve haftada 1-2 kez yapan %2.6 olarak bulunmuştur. Gebelerden her gün yoga yapan %29.4, haftada 3-4 yapan %11.8 ve haftada 1-2 kez yapan %2.6 olarak bulunmuştur. Gebelerden her gün fitness yapan %42.9, haftada 3-4 yapan %14.2 ve haftada 1-2 kez yapan %42.9 olarak bulunmuştur. Gebelerden her gün pilates yapan %40, haftada 3-4 yapan %13.3 ve haftada 1-2 kez yapan %46.7 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12. Gebelerin fiziksel aktivite dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri

Fiziksel Aktivite Durumu	Gebe (n=70)	
	S	%
Fiziksel Aktivite Yapma		
Evet	46	65.7
Hayır	24	34.3
Fiziksel Aktivite Türü*		
Yürüyüş	39	55.7
Yoga	17	24.3
Fitness	7	10.0
Pilates	15	21.4
Yürüyüş Sıklığı		
Her gün	27	69.2
Haftada 5-6	3	7.7
Haftada 3-4	8	20.5
Haftada 1-2	1	2.6
Yoga Sıklığı		
Her gün	5	29.4
Haftada 5-6	-	-
Haftada 3-4	2	11.8
Haftada 1-2	10	58.8
Fitness Sıklığı		
Her gün	3	42.9
Haftada 5-6	-	-
Haftada 3-4	1	14.2
Haftada 1-2	3	42.9
Pilates Sıklığı		
Her gün	6	40.0
Haftada 5-6	-	-
Haftada 3-4	2	13.3
Haftada 1-2	7	46.7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.5. Gebelerin Ortoreksiya Nervoza (ORTO-15) ile Yeme Tutum ve Davranış Bozukluğu (EAT-40) Puanlarının Değerlendirilmesi ve Kolerasyonu

Tablo 4.13’de gebelerin ORTO-15 puanlarına göre dağılımları verilmiştir. Ölçekten 33 ve altı puan alan gebeler ortorektik olarak değerlendirilmektedir. Gebelerin %21.4’ünde ortoreksiya riski saptanmıştır ve ORTO-15 puan ortalamaları 36.27 ± 3.76 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.13. Gebelerin ORTO-15 puanlarına göre dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri

ORTO-15	Gebe (n=70)	
	S	%
≤ 33	15	21.4
>33	55	78.6
$\bar{X} \pm SS$	36.27 ± 3.76	

Tablo 4.14’de gebelerin EAT-40 puanlarına göre dağılımları verilmiştir. Ölçekten 30 üzerinde puan alanların yeme tutum ve davranış bozukluğuna sahip olabileceği bilinmektedir. Gebelerin %28.6’sında yeme tutum ve davranış bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin EAT-40 puan ortalamaları 29 ± 20.34 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.14. Gebelerin EAT-40 puanlarına göre dağılımları ve ortalama-standart sapma değerleri

EAT-40	Gebe (n=70)	
	S	%
≤ 30	50	71.4
>30	20	28.6
$\bar{X} \pm SS$	29 ± 20.34	

Tablo 4.15’de ORTO-15 ölçeği puan durumu ile EAT-40 ölçeği puan durumuna birlikte bakılmıştır. ORTO-15 ölçeğinden 33 ve altı puan alan gebeler ile EAT-40 ölçeğinden 30 üzerinde puan alan gebelerin %11.4 olduğu saptanmıştır. Bu gebeler, sağlıklı beslenme takıntısının yanında yeme davranış ve tutum bozukluğuna da sahiptir ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Gebelerin ORTO-15 ve EAT-40 puanlarına göre dağılımları

ORTO-15	EAT-40		Toplam	p
	≤30 (n=50)	>30 (n=20)		
≤ 33 (n=15)	10	11.4	21.4	
> 33 (n=55)	61.4	17.2	78.6	0.17
Toplam	71.4	28.6	100	

4.5.1. Gebelerin genel özellikleri ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 4.16’da bireylerin ORTO-15 puanlarının yaş, eğitim durumu, vitamin mineral kullanımı, gebelikte beslenme bilgisi ve beslenme bilgisine erişim kaynaklarına göre dağılımları verilmiştir. Ortoreksiya nervoza riski 18-25 yaş aralığındaki gebelerin %38.7’sinde belirlenirken, 26-35 yaş aralığındaki gebelerde %11 olarak saptanmıştır. 36-45 yaş aralığındaki gebelerin %45.6’sında ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır. Yaş ile ORTO-15 puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Lise mezunu gebelerin %8.2’sinde, yüksekokul mezunu gebelerin %44.2’sinde, üniversite mezunu gebelerin %24.4’ünde ve yüksek lisans-doktora mezunu gebelerin %10.9’unda ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır. Eğitim durumu ve ORTO-15 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Vitamin-mineral takviyesi kullanan gebelerin %12.7’sinde, kullanmayan gebelerin %24.1’inde ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır. Vitamin-mineral kullanımı ve gebelik ile ilgili beslenme bilgisine sahip olma durumu ile ORTO-15 puanı arasından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebelikte beslenme bilgisine sahip gebelerin %21’inde, sahip olmayan gebelerin %24.6’sında ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır. Gebelik ile ilgili beslenme bilgisine sahip olma durumu ile ORTO-15 puanı arasından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Gebelerin genel özelliklerine göre ORTO-15 puanlarının dağılımı

Genel Özellikler	ORTO-15 Puanları				p
	≤ 33		> 33		
	S	%	S	%	
Yaş (yıl)					
18-25	5	38.7	8	61.3	
26-35	5	11.0	41	89.0	
36-45	5	45.6	6	54.4	0.03 ^{*,a}
Eğitim durumu					
Okur-yazar-ilkokul	-	-	2	100	
Ortaokul	-	-	1	100	
Lise	1	8.2	11	91.8	
Yüksekokul	4	44.2	5	55.8	
Üniversite	9	24.4	28	75.6	
Yüksek Lisans - Doktora	1	10.9	8	89.1	0.21 ^a
Vitamin-mineral kullanımı					
Evet	2	12.7	14	87.3	
Hayır	13	24.1	41	75.9	0.25 ^b
Gebelikte beslenme bilgisi					
Evet	13	21.0	49	79.0	
Hayır	2	24.6	6	75.4	0.40 ^b

*: $p < 0.05$

a: Kruskal-Wallis Testi İstatistiği

b: Mann-Whitney U Testi İstatistiği

Tablo 4.17’de gebelerin genel özelliklerine göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ($X \pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir. Gebelerin yaş gruplarına göre sırasıyla EAT-40 puan ortalamaları, 18-25 yaş aralığının 24.92 ± 20.24 , 26-35 yaş aralığının 28.76 ± 19.6 , 36-45 yaş aralığının 34.82 ± 24.04 şeklinde hesaplanmıştır. Gebelerin yaşları ile EAT-40 puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin eğitim durumuna göre EAT-40 puan ortalamaları, en yüksek 38.56 ± 27.58 yüksekokul olarak ve en düşük 8 ± 0 ortaokul olarak saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumları ile EAT-40 puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelik süresince vitamin – mineral desteği kullanan gebelerin EAT-40 puan ortalamaları, 27.15 ± 19.39 ve kullanmayanların 42.63 ± 30.43 olarak saptanmıştır. Gebelerin vitamin ve mineral kullanımı ile EAT-40 puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelikte beslenme bilgisine sahip olan gebelerin EAT-40 puan ortalamaları, 27.24 ± 18.29 ve bilgi sahibi olmayanların 42.63 ± 30.43 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin beslenme bilgisine sahip olmaları ile EAT-40 puanları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin beslenme

bilgisine erişimine göre EAT-40 puan ortalamaları en yüksek 46.53 ± 27.98 gazete olarak ve en düşük 27.59 ± 21.01 kitap ve bilimsel yayınlar olarak saptanmıştır.

Tablo 4.17. Gebelerin genel özelliklerine göre EAT-40 puanlarının dağılımı

Genel Özellikler	EAT-40 Puanı		
	X ± SS	Alt - Üst	p
Yaş (yıl)			
18-25	24.92 ± 20.24	5 – 70	
26-35	28.76 ± 19.6	8 – 92	0.42 ^a
36-45	34.82 ± 24.04	8 – 77	
Eğitim durumu			
Okur-yazar-ilkokul	19.5 ± 0.71	19 – 20	
Ortaokul	8 ± 0	8 – 8	
Lise	35.92 ± 15.85	13 – 57	
Yüksekokul	38.56 ± 27.58	9 – 80	0.13 ^a
Üniversite	26.27 ± 19.72	5 – 92	
Yüksek Lisans - Doktora	25.89 ± 20.39	9 – 77	
Vitamin-mineral kullanımı			
Evet	27.15 ± 19.39	5 – 92	
Hayır	43.38 ± 23.14	8 – 71	0.06 ^b
Gebelikte beslenme bilgisi			
Evet	27.24 ± 18.29	5 – 92	
Hayır	42.63 ± 30.43	8 – 80	0.29 ^b

a: Kruskal-Wallis Testi

b: Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.18’de gebelerin genel özellikleri (boy uzunluğu, gebelik süresi ve gebelikte alınan kg) ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki korelasyon verilmiştir. ORTO-15 değerleri ile tabloda verilen boy uzunluğu, gebelik süresi ve gebelikte kazanılan vücut ağırlığı arasındaki pozitif korelasyon, gebelik öncesi BKİ ile negatif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). EAT-40 puanları ile boy uzunluğu, gebelik süresi ve gebelikte kazanılan vücut ağırlığı arasında negatif korelasyon, gebelik öncesi BKİ ile pozitif korelasyon bulunmuştur. EAT-40 puanı ile gebelik süresi ve gebelikte kazanılan ağırlık arasındaki korelasyon negatif ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.18. Gebelerin genel özellikleri ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki

Genel Özellikler	ORTO-15 Puanı		EAT-40 Puanı	
	r	p	r	p
Boy uzunluğu (cm)	0.14	0.24	-0.19	0.11
Gebelik süresi (hafta)	0.07	0.58	-0.40**	0.00
Gebelikte kazanılan kg (kg)	0.09	0.48	-0.29*	0.01
Gebelik öncesi BKİ (kg/m ²)	-0.12	0.31	0.05	0.71

*: $p < 0.05$

** : $p < 0.01$

4.5.2. Gebelerin BKİ sınıflaması ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 4.19’da gebelerin gebelik öncesi BKİ sınıflamasına göre ortoreksiya nervoza (ORTO-15) puanlarının dağılımları verilmiştir. BKİ değeri 18.5’den az olup ortoreksiya nervoza açısından riskli olanların %1.4 olduğu saptanmıştır. Normal BKİ değerine sahip olup ortoreksiya nervoza riski olan gebeler %17.1 olarak belirlenmiştir. Normal BKİ değeri aralığında olup ortoreksiya nervoza riski olmayan gebeler %54.3 olarak saptanmıştır. Fazla kilolu (BKİ=25-29.9) olup ortoreksiya nervoza riski olan gebeler %2.9’dur. BKİ değeri 30 ve üzerinde olup, ortoreksiya nervoza riski olan gebeler saptanmıştır. Gebelerin tümüne bakıldığında, gebelerin %21.4’ünde ortoreksiya nervoza riski olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.19. Gebelerin gebelik öncesi BKİ sınıflamasına göre ORTO-15 puanlarının dağılımı

BKİ (kg/m ²)	ORTO-15 Puanları				Toplam		p
	≤ 33		> 33		S	%	
	S	%	S	%			
≤18.5	1	1.4	4	5.7	5	7.1	0.88
18.5-24.9	12	17.1	38	54.3	50	71.4	
25-29.9	2	2.9	11	15.7	13	18.6	
≥30	-	-	2	2.9	2	2.9	
Toplam	15	21.4	55	78.6	70	100	

Tablo 4.20’de gebelerin gebelik öncesi BKİ sınıflamasına göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ($\bar{X} \pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir. Yeme tutum ve

davranış puan ortalaması en yüksek (46.00 ± 22.63) obez ($BKI >30 \text{ kg/m}^2$) olan gebelerde, en düşük ise (21.54 ± 12.34) zayıf ($BKI \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$) olan gebelerde saptanmıştır ($p > 0.05$). Gebelerin BKI değerleri ile EAT-40 puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.20. Gebelerin gebelik öncesi BKI sınıflamasına göre EAT-40 puan ortalamaları standart sapmaları, alt ve üst değerleri

BKI (kg/m^2)	EAT-40 Puanı		
	$\bar{X} \pm SS$	Alt - Üst	p
≤ 18.5	30.60 ± 20.72	9 – 57	0.32
18.5-24.9	30.10 ± 21.73	5 – 92	
25-29.9	21.54 ± 12.34	8 – 56	
≥ 30	46.00 ± 22.63	30 – 62	

4.5.3. Gebelerin yeme alışkanlıkları ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 4.21’de gebelerin öğün tüketim durumlarına göre ORTO-15 puanlarının dağılımları verilmiştir. Ana öğün atlayanların %25’inde ortoreksiya nervoza riski saptanmış, ana öğün atlama ile ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Sabah ana öğününü atlayanların %28.4’ünde , öğle öğününü atlayanların %24.9’unda ve ara öğünleri atlayan gebelerin %33.2’inde ortoreksiya nervoza belirlenmiştir. Ev dışı yemek yeme alışkanlığına sahip gebelerin %16.8’inde, ev dışı yemek yeme alışkanlığı olmayanların %31.8’unda ortoreksiya nervoza riski belirlenmiştir.

Tablo 4.21. Gebelerin öğün tüketim durumlarına göre ORTO-15 puanlarının dağılımı

Öğün Tüketimi	ORTO-15 Puanları				p
	≤ 33		> 33		
	S	%	S	%	
Ana Öğün Atlama Durumu					
Evet	7	25.0	21	75.0	0.42 ^a
Hayır	8	19.0	34	81.0	
Ana Öğün Sayısı					
1	-	-	2	100	0.50 ^b
2	4	25.0	12	75.0	
3	11	21.1	41	79.9	
Atlanan Öğün (n=28)					
Sabah	2	28.4	5	71.6	0.79 ^b
Öğle	3	24.9	9	75.1	
Akşam	-	-	3	100	
Ara Öğün	2	33.2	4	66.8	
Ara Öğün Sayısı					
0	3	43.0	4	57.0	0.32 ^b
1	4	25.0	12	75.0	
2	6	24.1	19	75.9	
3	2	9.7	19	90.3	
5	-	-	1	100	
Ev Dışı Yemek Yeme Alışkanlığı					
Evet	8	16.8	40	83.2	0.45 ^a
Hayır	7	31.8	15	68.2	

a: Mann-Whitney U Testi

b: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 4.22’de gebelerin yemek yeme alışkanlıklarına göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ($\bar{X} \pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir. Gebelerin ev dışı yemek yeme alışkanlığına sahip olanların EAT-40 puan ortalamaları, 142.6 ± 38.68 olarak ve ev dışı yemek yeme alışkanlıklarına sahip olmayanların EAT-40 puan ortalamaları 138.59 ± 28.87 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin ev dışı yemek yeme alışkanlıkları ile EAT-40 arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin ev dışı yemek yeme sıklığına göre EAT-40 puan ortalamaları, en yüksek (146.94 ± 32.01) ayda 1-2 olarak ve en düşük (123 ± 32.53) her öğün olarak bulunmuştur. Gebelerin ev dışı yemek yeme sıklığı ile EAT-40 arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin ev dışı yemek yenilen yerlere göre EAT-40 puan ortalamaları, en yüksek (153.75 ± 31.9) pide, gözleme, pizza satan yerler olarak ve en düşük (128.27 ± 45.5) Sandviç, kumpir satan yerler olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.22. Gebelerin yemek yeme alışkanlıklarına göre EAT-40 puanlarının ortalamaları

EAT-40 Puanı			
Yemek yeme alışkanlıkları	$\bar{X} \pm SS$	Alt - Üst	p
Ev dışı yemek yeme alışkanlığı			
Evet	29.33 \pm 22.34	5 – 92	0.49 ^a
Hayır	28.27 \pm 15.57	8 – 70	
Ev dışında yemek yeme sıklığı			
Her öğün	38.5 \pm 24.75	21 – 56	0.43 ^b
Her gün	30.4 \pm 24.4	9 – 71	
Haftada 1-2	28 \pm 22.42	5 – 92	
Haftada 3-4	36.63 \pm 21.15	16 – 77	
Ayda 1-2	25.7 \pm 17.83	6 – 80	

a: Mann-Whitney U Testi

b: Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.23’de gebelerin öğün tüketim durumlarına göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ($\bar{X} \pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir. 3 ana öğün tüketenlerin EAT-40 puanı ortalama 28.83 ± 20.83 ve 2 ana öğün tüketenlerin 31.38 ± 19.86 olarak bulunmuştur. Gebelerin tükettiği ana öğün sayısı ile EAT-40 arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin ana öğün atlama durumuna göre EAT-40 puan ortalamaları öğün atlayanlarda 34.21 ± 23.75 olarak, atlamayanlarda 25.52 ± 17.15 olarak bulunmuştur. Gebelerin ana öğün atlama durumu ile EAT-40 arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin atlanan ana öğüne göre EAT-40 puan ortalamaları, en yüksek 40.67 ± 23.18 olarak akşam, en düşük 31.25 ± 19.54 olarak öğle öğünü olduğu belirlenmiştir. Atlanan ana öğün ile EAT-40 arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Diyet uygulayan gebelerin EAT-40 puan ortalamaları 35.63 ± 18.52 olarak belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Gebelerde ara öğün yapmayanların EAT-40 puan ortalamaları 44.43 ± 32.64 olarak bulunmuş ve ara öğün sayısı ile EAT-40 puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.23. Gebelerin öğün tüketim durumlarına göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ve alt-üst değerleri

EAT-40 Puanı				
Öğün Tüketimi	S	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	p
Tüketilen ana öğün sayısı				
1	2	14.5 ± 2.12	13 – 16	
2	16	31.38 ± 19.86	5 – 80	0.29 ^a
3	52	28.83 ± 20.83	6 – 92	
Ana öğün atlama durumu				
Evet	28	34.21 ± 23.75	5 – 92	
Hayır	42	25.52 ± 17.15	8 – 80	0.15 ^b
Atlanan ana öğün				
Sabah	7	34.29 ± 25.69	13 – 71	
Öğle	12	31.25 ± 19.54	6 – 76	
Akşam	3	40.67 ± 23.18	14 – 56	0.98 ^a
Ara Öğün	6	36.83 ± 33.83	5 – 92	
Devamlı uygulanan diyet				
Evet	16	35.63 ± 18.52	13 – 71	
Hayır	54	27.04 ± 20.6	5 – 92	0.03 ^{b,*}
Ara öğün sayısı				
0	7	44.43 ± 32.64	8 – 92	
1	16	26.81 ± 18.89	9 – 76	
2	25	23.92 ± 16.35	5 – 70	
3	21	32.09 ± 19.61	13 – 80	0.30 ^a
4	-	-	-	
5	1	18 ± 0	18 – 18	

a: Kruskal-Wallis Testi

b: Mann Whitney U Testi

*: $p < 0.05$

4.5.4. Gebelerin sıvı tüketim alışkanlıkları ve uyku düzeni ile ORTO-15 ve EAT40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 4.24’de gebelerin genel alışkanlıklarına göre EAT-40 puan ortalamaları, standart sapmaları ($\bar{X} \pm SS$), alt ve üst değerleri verilmiştir. Gebelerin su tüketimlerine göre sırasıyla EAT-40 puan ortalamaları, en fazla 1 L’den az su tüketenlerde 38.09 ± 24.47 olarak belirlenmiş ve su tüketimi ile EAT-40 arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gebelerin sigara ve alkol tüketimi ile EAT-40 arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Sigara içenlerin EAT-40 puan ortalamaları 49.91 ± 26.4 ve içmeyenlerin 25.1 ± 16.55 olarak bulunmuştur. Alkol tüketen gebelerin EAT-40 puan ortalamaları, 45.17 ± 26.19 , tüketmeyenlerin 27.48 ± 19.28 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05, p < 0.01$).

Tablo 4.24. Gebelerin genel alışkanlıklarına göre EAT-40 puanlarının dağılımı

EAT-40 Puanı			
Genel alışkanlıklar	$\bar{X} \pm SS$	Alt - Üst	p
Su tüketimi (L)			
<1	38.09 ± 24.47	8 – 76	0.46 ^a
1-2	27.9 ± 20.44	5 – 80	
2-3	26.21 ± 19.02	6 – 92	
>3	29 ± 15.76	16 – 54	
Çay tüketimi			
Evet	29.92 ± 22.09	5 – 92	0.92 ^b
Hayır	26.12 ± 13.68	12 – 62	
Kahve tüketimi			
Evet	34 ± 23.34	8 – 92	0.09 ^b
Hayır	24 ± 15.62	5 – 77	
Uyku saatinin düzeni			
Evet	29.86 ± 21.45	5 – 92	0.77 ^b
Hayır	26.85 ± 17.6	6 – 71	
Sigara tüketimi			
Evet	49.91 ± 26.4	9 – 92	0.00 ^{b, **}
Hayır	25.1 ± 16.55	5 – 77	
Alkol tüketimi			
Evet	45.17 ± 26.19	18 – 92	0.04 ^{b, *}
Hayır	27.48 ± 19.28	5 – 80	

a: Kruskal-Wallis Testi

b: Mann-Whitney U Testi

*: $p < 0.05$

** : $p < 0.01$

Tablo 4.25’de gebelerin genel alışkanlık durumuna göre ortoreksiya nervoza (ORTO-15) puanlarının dağılımları verilmiştir. Günde 1 L veya daha az su tüketen gebelerin %45.2’inde ortoreksiya nervoza riski olduğu saptanmıştır. Çay tüketen gebelerin %26.4’ünde, kahve tüketen gebelerin %31.4’ü ortoreksiya nervoza riskine sahip oldukları saptanmıştır. Uyku saati düzenli olan gebelerin %22’sinde, düzenli olmayan gebelerin ise %19.9’inde de ortoreksiya nervoza riskinin olduğu görülmüştür. Sigara içen gebelerin %45.2’inde, alkol tüketen gebelerin %50’sinde ortoreksiya nervoza riski olduğu görülmüştür.

Tablo 4.25. Gebelerin genel alışkanlıklarına göre ORTO-15 puanlarının dağılımı

Genel alışkanlıklar	ORTO-15 Puanları						p
	≤33		>33		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Su tüketimi (L)							
≤1	5	45.5	6	54.5	11	15.7	0.27
<1-2≤	4	13.3	26	86.7	30	42.8	
<2-3≤	5	20.8	19	79.2	24	34.2	
>3	1	20.0	4	80.0	5	7.1	
Çay tüketimi							
Evet	14	26.4	39	73.6	53	75.7	0.04*
Hayır	1	5.8	16	94.2	17	24.3	
Kahve tüketimi							
Evet	11	31.4	24	68.6	35	50	0.04*
Hayır	4	11.4	31	88.6	35	50	
Uyku saatinin düzeni							
Evet	11	22	39	78	50	71.4	0.59
Hayır	4	19.9	16	80.1	20	28.6	
Sigara tüketimi							
Evet	5	45.2	6	54.8	11	15.7	0.03*
Hayır	10	16.9	49	83.1	59	84.3	
Alkol tüketimi							
Evet	3	50	3	50	6	8.6	0.07
Hayır	12	18.7	52	81.3	64	91.4	

*: $p < 0.05$

Tablo 4.26'da gebelerin ORTO-15 puanlarına göre ortoreksiya nervoza riski olanların gece uyku süresinin ortalama ve standart sapmaları 9.43 ± 3.35 saat olarak saptanmıştır. Ortoreksiya nervoza riski olmayanların gece uyku süresi 8.14 ± 1.39 saat olarak saptanmıştır. Gebelerin ORTO-15 puanlarına göre ortoreksiya nervoza riski olanların sigara kullanım süresi ortalama ve standart sapma değerlerinin 1.13 ± 1.99 yıl olduğu bulunmuştur. Ortoreksiya nervoza riski olmayanların gebelerin sigara kullanım süresi 0.53 ± 1.82 yıl olarak saptanmıştır. Gebeler içerisinde ortoreksiya nervoza riski olanların tükettiği sigara miktarı 0.87 ± 1.41 adet/gün olduğu görülmüştür. İçilen sigara miktarı 0.45 ± 1.45 adet/gün olan gebelerde ortoreksiya nervoza riski olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.26. Gebelerin genel alışkanlıklarının sürelerine göre ORTO-15 puanlarının ortalama değerleri

	ORTO-15 Puanları			
	≤33		>33	
	X ± SS	Alt - Üst	X ± SS	Alt - Üst
Gece uykusu süresi (saat)	9.43 ± 2.35	6 – 15	8.14 ± 1.39	5 – 12
Sigara kullanım süresi (yıl)	1.13 ± 1.99	0 – 7	0.53 ± 1.82	0 – 10
İçilen sigara miktarı (adet/gün)	0.87 ± 1.41	0 – 5	0.45 ± 1.45	0 – 7
İçilen alkol miktarı (adet/gün)	0.2 ± 0.41	0 – 1	0.06 ± 0.3	0 – 2

4.5.5. Gebelerin enerji ve besin ögesi alımları ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 4.27’de gebelerin enerji, makro besin ve posa öğelerinin tüketimi ile ORTO-15 ve EAT-40 değerleri arasındaki ilişki verilmiştir. ORTO-15 puanları ile enerji, karbonhidrat, yağ pozitif ilişki, diyet posası ve protein arasında negatif ancak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$). EAT-40 puanları ile enerji, protein, yağ arasında pozitif ilişki, karbonhidrat ve diyet posası ile negatif ilişki bulunmuştur. EAT-40 puanı ile protein alımı arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.27. Gebelerin enerji ve besin öğeleri alımları ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki

Enerji ve Besin Öğeleri	ORTO-15 Puanı		EAT-40 Puanı	
	r	p	r	p
Enerji (kkal)	0.09	0.46	0.05	0.70
Protein (g)	-0.04	0.75	0.24	0.04*
Karbonhidrat (g)	0.02	0.87	-0.04	0.72
Yağ (g)	0.12	0.34	0.01	0.95
Diyet posası (g)	-0.06	0.64	-0.19	0.11

*: $p<0.05$

Tablo 4.28’de gebelerin vitamin ve minerallerin karşılanma yüzdeleri (%) ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. ORTO-15 değerleri ile B₁ vitamini, B₂ vitamini, niasin, B₆ Vitamini, B₁₂ vitamini, potasyum, demir pozitif, A vitamini, C vitamini, folik asit, kalsiyum arasında negatif korelasyon bulunmuştur. ORTO-15 puanları ile vitamin

ve minerallerin karşılanma yüzdeleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). EAT-40 puanları ile A vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, niasin, B₁₂ vitamini, potasyum, demir, C vitamini, folik asit, kalsiyum pozitif, B₆ vitamini negatif korelasyon bulunmuştur. EAT-40 puanları ile kalsiyum ve demir minerallerinin referans değerlere göre karşılanma yüzdeleri arasındaki korelasyon pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). EAT-40 puanı ile diğer mineral ve vitaminlerin referans değerlere göre karşılanma yüzdeleri arasındaki korelasyon anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.28. Gebelerin vitamin ve minerallerin karşılanma yüzdeleri (%) ile ORTO-15 ve EAT-40 puanları arasındaki ilişki

Vitamin ve Mineral Karşılanma Değerleri	ORTO-15 Puanı		EAT-40 Puanı	
	r	p	r	p
A vitamini (µg)	-0.07	0.59	0.22	0.07
B ₁ vitamini (mg)	0.04	0.74	0.18	0.13
B ₂ vitamini (mg)	0.01	0.98	0.17	0.16
Niasin (g)	0.08	0.54	0.08	0.52
B ₆ vitamini (mg)	0.04	0.77	-0.01	0.98
C vitamini (mg)	-0.07	0.57	0.06	0.63
Folik asit (µg)	-0.11	0.36	0.14	0.24
B ₁₂ vitamini (mcg)	0.02	0.85	0.03	0.78
Potasyum (mg)	0.06	0.62	0.18	0.14
Kalsiyum (mg)	-0.07	0.54	0.36	0.00**
Demir (mg)	0.02	0.88	0.29	0.01*

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$

4.5.6. Gebelerin Fiziksel Aktivite Durumu ile ORTO-15 ve EAT-40 Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.29'da gebelerin haftalık fiziksel aktivite durumuna göre ortoreksiya nervoza (ORTO-15) puanlarının dağılımları verilmiştir. Fiziksel aktivitede bulunan gebelerin %25.6'sı yürüyüş, %6.2'si yoga, %14.3'ü fitness ve %13.3'ü de pilates yapmaktadır ve bu gebelerde ortoreksiya nervoza riski olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.29. Gebelerin fiziksel aktivite durumuna göre ORTO-15 puanlarının dağılımı ve ortalaması

Fiziksel Aktivite Durumu	ORTO – 15 Puanları						p
	≤ 33			> 33			
	S	%	$\bar{X} \pm SS$	S	%	$\bar{X} \pm SS$	
Fiziksel Aktivite Yapma							
Evet	12	26.1	30.58 ± 1.78	34	73.9	37.62 ± 2.56	0.11
Hayır	3	12.5	31 ± 2.65	21	87.6	38.09 ± 2.32	
Fiziksel Aktivite Türü							
Yürüyüş	10	25.6	30.7 ± 1.7	29	74.4	37.52 ± 2.67	a
Yoga	1	6.2	-	15	93.8	37.87 ± 3.02	
Fitness	1	14.3	-	6	85.7	38 ± 4.43	
Pilates	2	13.3	29.5 ± 2.12	13	86.7	38.46 ± 3.31	

a: Bir kişi birden fazla grupta olabileceği için hesaplanamamıştır.

5. TARTIŞMA

ORTO-15 ölçeği, bireylerin besin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketmelerindeki davranışları saptamaktadır. ORTO-15 ölçeği, gebeleri hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Yeme tutum testi (EAT-40), bireylerin yeme davranışlarındaki bozukluk durumunun saptanması için geliştirilmiş bir ölçektir (102).

Bu çalışmada, gebe bireylerin genel özellikleri, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıkları, beslenme ve fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme takıntısı durumları ve yeme davranışları arasındaki ilişki değerlendirmeye alınmıştır.

5.1. Gebelere İlişkin Tanımlayıcı Bilgilerin Değerlendirilmesi

Gante ve ark. (107) yaptıkları bir çalışmada, eğitim seviyesi düşük olan gebelerin yaşlarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu, gebelik öncesi BKİ değerlerinin daha yüksek ve gebelik süresinceki ağırlık kazanımlarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada, gebelik öncesi BKİ değerlerine bakıldığında, gebelerin %70'inin normal ağırlıkta (BKİ=18.5-24.9 kg/m²) olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin yarısından fazlasının (%52.9) üniversite mezunu oldukları saptanmıştır.

5.2. Gebelerin Beslenme Alışkanlıkları ve Enerji - Besin Ögeleri Alımlarına Göre Değerlendirilmesi

Yapılan bir çalışmada, katılımcıların %11.6'sının düzenli olarak 3 ana öğün tükettiği, ara öğün atlayanların oranının %35.9 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, ara öğün hiç tüketmeyenlerin oranı ise %25.2 olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, bireylerin ana öğün atlama nedenleri sırasıyla; canı istememesi/iştahsız olması, zaman yetersizliği, öğünün hazır olmaması, kilo kaybı sağlamak istemesi, alışkanlığının olmaması ve geç kalıyor olması olarak belirtilmiştir (108).

Bu çalışmada ise gebelerin %74.3'ünün 3 ana öğün tükettiği saptanmıştır. Gebelerin %30'u günde 2 ara öğün tüketmektedir. Gebelerin %40'ının öğün atladığı saptanmıştır. Atlanan öğünün en çok (%17.1) öğle öğünü olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada ise gebelerin öğün atlama nedenleri incelendiğinde, gebeler çoğunlukla (%14.3) alışkanlığı olmadığı için öğün atladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6).

Gebelikte alkol kullanımı nörolojik ve gelişimsel doğum kusurlarıyla yakından ilişkilidir. Günlük 1-2 kadeh alkol alımı bile fetal alkol sendromuna (FAS) yol açabilmektedir. FAS, fetüste geri dönüşümsüz beyin hasarı, mental ve fiziksel retardasyona neden olabilmektedir. Bu önlenebilir durumun (FAS) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1000 canlı doğumdan 1 ya da 2'sinde görüldüğü belirtilmektedir (109).

Santis ve ark. (110) tarafından yapılan çalışmada, gebelerin % 17.7'sinin alkol kullandıkları ve geçmişte gebelik kayıpları, doğurganlığın düzeyinin düşük olması ve evli olmama durumlarının alkol kullanımıyla anlamlı bir korelasyon gösterdiği belirtilmiştir.

Bu çalışmada, gebelerde alkol kullanım oranının düşük olduğu (%8.6) ve kullanılan miktarın ayda ortalama 1.04 ± 0.51 kadeh olduğu saptanmıştır.

Gebe kadınlar için günlük protein gereksinmesi DRI önerilerine göre minimum 71 g protein veya 1.1 g/kg/gün olmalıdır. Gebe kadınlar, günlük olarak alınan enerjinin %15-20'sini proteinlerden sağlanması önerilmektedir (111). Makro besin ögesi dağılım aralığı (AMDR) günlük enerjinin % 10 – 35'i olmalıdır. TÜBER verilerine göre gebelikte protein için alınması gereken miktar $0.8 + 0.5$ g/kg/gün proteindir (100).

Yağlar; vücutta yağda çözünen vitamin ve karotenoidlerin emilimini sağlarlar. Toplam yağ alımı için kabul edilebilir makro besin ögesi dağılım aralığı (Acceptable Macronutrient Distribution Range) günlük enerjinin %20-35'idir. Enerji alımının %10'undan azı doymuş yağlardan gelmesi önerilmektedir (7). TÜBER referans değerlerine göre gebelerin günlük alması gereken EPA+DHA miktarı 250 mg olmakla beraber gebelerin ek olarak 100-200 g DHA alması önerilmiştir. TÜBER'e göre doymuş yağ asiti alımı ile ilgili referans bir değer verilmemiş, mümkün olduğunca az alınması önerilmiştir (100).

Karbonhidratlar, fetal gelişim için temel substratı oluşturur (3). DRI önerilerine göre gebe kadınların beslenme düzeninde karbonhidratlar (CHO) en az 175 g olarak tüketilmelidir. TÜBER referans değerlerine göre gebeler için günlük alınması gereken CHO miktarı 175 g'dır. Günlük alınması gereken lif miktarı ise 28 g'dır (112). TÜBER'in referans değerlerine göre gebelerin günlük alması gereken posa miktarı 25 g'dır (100).

Bu çalışmada, gebelerin tükettiği makro besin kaynakları olan protein, yağ ve karbonhidratın günlük alımları sırasıyla; 95.71 ± 24.01 g, 115.27 ± 31.82 g ve 195.6 ± 44.3 g'dır. Gebelerin tükettiği enerjinin protein, yağ ve karbonhidrattan gelen oranları sırasıyla 17.71 ± 3.58 , 45.97 ± 8.029 ve 36.31 ± 7.13 şeklinde saptanmıştır. TÜBER'in önerdiği miktarları karşılama yüzdeleri sırasıyla; %98, %153 ve %66'dır. Karbonhidrat tüketim oranının düşük olduğu saptanmıştır. Gebelerin tükettiği posa miktarı ortalaması 31.07 ± 8.12 g olarak saptanmıştır ve önerilen miktarın üzerinde bir alım olduğu görülmüştür. Gebelerin tükettiği enerjinin tekli doymamış, çoklu doymamış ve doymuş yağdan gelen oranları sırasıyla % 18.94 ± 6.84 , % 8.75 ± 3.44 ve % 15.94 ± 4.44 şeklinde saptanmıştır. Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre gebeler için önerilen miktarları karşılama yüzdeleri sırasıyla; %126, %109 ve %227'dir ve önerilen miktarın üzerinde bir alım olduğu görülmüştür. Gebelerin kolesterol alım ortalaması 431.43 ± 138.48 mg olarak saptanmıştır ve önerilen miktar üzerinde bir alım olduğu görülmüştür. Hayvansal kaynaklı protein alımlarının yüksek olması hem doymuş yağ hem de kolesterol alımlarının artışında etkindir.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER) verilerine göre mineraller için yeterli alım değerleri; kalsiyum 950-1000 mg/gün, demir 16 mg, bakır 1.5 mg, magnezyum 300 mg, fosfor 550 mg, sodyum 1.5 g, potasyum 4.7 g, selenyum 70 mcg, çinko 1.6 mg, iyot 200 mcg, manganez 3 mg, molibden 65 mcg şeklindedir (100).

TÜBER verilerine göre vitaminler için yeterli alım değerleri; A vitamini 540 mcg, vitamin B1 1.2 mg, vitamin B2 1.2 mg, vitamin B6 1.6 mg, vitamin D 10 mcg şeklindedir (100).

Bu çalışmada, TÜBER'de bulunan mineral ve vitaminlerin referans değerlerine göre referansları karşılama yüzdeleri sırasıyla; A vitamini %240, B1 vitamini %97, B2 vitamini %145, niasin %235, B6 vitamini %98, C vitamini %152, potasyum %75, folik asit %30, B12 vitamini %185, kalsiyum %116 ve demir %93 olarak bulunmuştur. Gebelerin

folik asit alımlarının oldukça yetersiz olduğu saptanmıştır. Gebelikte besin ve enerji alımının artmasından dolayı vitamin ve mineral alımlarının da paralel olarak arttığı görülmektedir.

Shand ve ark. (112) yaptıkları araştırmada polikliniğe başvuran gebelerin %31'inin folik asit, %30'unun demir, %23'ünün D vitamini, %13'ünün kalsiyum ve %12'sinin omega-3 takviyesi aldıklarını saptamıştır. Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından tüm gebelere 12. gebelik haftasından itibaren, gebelik süresince ve gebelikten sonraki ilk altı ay boyunca günlük 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D vitamini uygulaması yapılmaktadır. Gebelerde anemi olmasa dahi, günlük demir gereksinmesi göz önüne alınarak tüm gebelere 16. haftadan itibaren altı ay süresince ve doğumdan sonra ilk üç ay olmak üzere toplam dokuz ay boyunca günlük 40-670 mg elementer demir takviyesi politikası uygulanmaktadır (113).

Bu çalışmada ise, gebelerin %88.6'sının vitamin-mineral desteği kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Ev dışında besin tüketimi, toplam enerji alımını %18-32 oranında arttırmaktadır. Fast-food restoranlarında tüketilen besinler, evde tüketilenlere göre hem daha yüksek enerjiye sahip hem de porsiyon miktarları daha büyüktür. Bundan dolayı, fast-food besin tüketim sıklığı obezite riskinin artması ile ilişkili bulunmuştur (114).

Bu çalışma da ise gebelerin büyük çoğunluğunun (%68.6) ev dışı yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu, ev dışı yemek tüketimlerinin en sık (%47.1) ayda 1-2 kez olduğu saptanmıştır. Ev dışında en fazla tercih edilen yerin %41.4 ile kebabçılar olduğu belirlenmiştir.

5.3. Gebelerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği BKİ sınıflandırmasına göre; $\leq 18.5 \text{ kg/m}^2$ olanlar zayıf, $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ arasında olanlar normal, $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ arasında olanlar fazla kilolu ve $\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$ olanlar obez olarak sınıflandırılmaktadır (115). Gebelik öncesi BKİ değeri yüksek olan kadınlar, perinatal sonuçlar açısından büyük riskler taşırlar. Maternal obezite durumu, hem anne hem bebek için olumsuz sonuçlar oluşturur (116).

Bu çalışmada, gebelik öncesi ağırlık ortalamaları 61.01 ± 9.97 kg, mevcut (gebelikteki) vücut ağırlık ortalamaları 69.73 ± 10 kg ve gebelik süresi ortalamaları 25.14 ± 10.43 hafta olarak bulunmuştur (Tablo 4.1).

Langford ve ark. (117) çalışmalarında, IOM önerileri dahilinde ağırlık kazanan fazla kilolu kadınların, kontrol grubuna göre preeklampsi, sezaryen ve makrozomi risklerinin azaldığını saptamışlardır. IOM önerilerinin üzerinde ağırlık kazanımı olan kadınlarda ise preterm, sezaryen ve makrozomi doğum risklerinin anlamlı derecede arttığı saptanmıştır.

Bu çalışmada ise, gebelerin, mevcut (gebelikteki) BKİ değerlerine incelendiğinde, gebelerin %57.1'inin normal ağırlıkta ($BKİ=18.5-24.9$ kg/m²), %30'unun hafif şişman ($BKİ=25-29.9$ kg/m²), ve %11.4'ünün obez ($BKİ \geq 30$ kg/m²) olduğu saptanmıştır.

5.4. Gebelerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi

Türkiye'de Ege Bölgesi'nde yaşayan gebe kadınların gebelikte egzersiz düzeyini belirleyen bir çalışmada, gebelerin % 40.1'inin mevcut gebelikleri sırasında egzersiz uyguladıkları ve gebelik süresince en çok tercih ettikleri egzersiz türünün yürüyüş (%32.5) olduğu saptanmıştır (118).

Egzersiz gebelerin psikolojik durumu üzerindeki olumlu etkileri ortaya konmuştur. Düzenli egzersiz yapan gebelerde antenatal ve postnatal depresif semptomlar daha az görülmektedir (119).

Fazla kilolu ve obez kadınlarda gebelik süresince gözlem altında egzersiz yapılmasının gestasyonel kilo alımını sınırladığı ve postpartum vücut ağırlığını azalttığı gösterilmiştir (120).

Spor yapan bireyler arasında, spor yapmayan bireylere göre daha yüksek oranda ortorektik eğilimler tespit edilmiştir (121).

Bu çalışmada gebelerin %65.7'sinin fiziksel aktivite yaptığı ve en fazla tercih edilen egzersiz türünün yürüyüş (%55.7) olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapan gebelerin %73.9'unda ortorektik eğilimlerin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Yoga, fitness ve pilates

yapan gebelerin ON puanlarının daha yüksek ve ortorektik eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

5.5. Gebelerin Ortoreksiya Nervoza (ORTO-15) ile Yeme Tutum ve Davranış Bozukluğunun (EAT-40) Değerlendirilmesi

Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %45.3'ünün ortoreksiya nervoza (ON) açısından riskli olduğu (122), Aksoydan ve Camcı'nın (123) çalışmalarında ise sanatçıların %56.4'ünün ON açısından riskli olduğu bulunmuştur. Ramacciotti ve ark. (124), İtalya'da genel nüfus örnekleminde yaptıkları çalışmada ON sıklığının %57.6 olduğunu ve kadınların erkeklere göre ON açısından iki kat risk altında olduklarını bildirmişlerdir.

Sağlık personelleri üzerinde yapılan bir çok çalışmada ON sıklığı %45.5, %43.6, %60.1, %81.9 gibi yüksek oranlarda bulunmuştur (125-128). Mc Inerney-Ernst'in (129) çalışmasında üniversite öğrencilerinin %83'ünde ON eğilimi gözlenmiştir. Varga ve ark.(130) ise öğrencilerin % 56.9' unda ON eğilimi olduğunu bildirmişlerdir. Shah'ın (131) yaptığı çalışmada öğrencilerin %69'unun ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır. Ramacciotti ve ark.nın (124) 2011 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada da katılımcıların %57.6'sında ON tanısı varlığı saptanmıştır. Varga ve ark. (130) ON ile ilgili boşlukları ve yapılan çalışmaları incelemek amacıyla yaptıkları literatür incelemesinde genel popülasyon için ortoreksiya yaygınlık oranını %6.9 ve yüksek riskli gruplar (sağlık bakım profesyonelleri, sanatçılar) için bu oranı %35 ile %57.8 arasında bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada atletlerde yeme bozukluğu riskinin %14 olduğu saptanmıştır (132).

Bu çalışmada gebelerin %21.4'ünde ortoreksiya riski olabileceği saptanmıştır ve ORTO-15 puan ortalamaları 36.27 ± 3.76 olarak bulunmuştur. Ölçekten 33 ve altı puan alan gebelerin ortorektik eğilim gösterebileceği bilinmektedir.

Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %84.5'inin EAT-40 açısından riskli olduğu görülmektedir (133). Duran çalışmasında, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riskini ve etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada öğrencilerin EAT-40 puanına göre %10.9'unun yeme bozukluğu için risk altında olduğunu belirlenmiştir (134). Farklı gruplarda yapılan çalışmalarda EAT-

40 ölçeğinde 30 kesme noktasına göre EAT-40 puanının %3.8 ile %31.8 arasında riskli gruplar olduğu görülmüştür (129, 135-138).

Gezer ve Kabaran(139) yaptıkları çalışmada kızlarda, fast-food besin tüketimi olan, yediği besinin enerji miktarını bilen, tüketeceği besini önceden planlayan ve hazırlayan, günde beş ve üzerinde öğün tüketen ve kilo alma endişesi olan öğrencilerin yeme tutum ve davranış puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ulaş ve ark.(140) yaptıkları benzer bir çalışmada kadın cinsiyet ve diyet yapmanın olası yeme bozukluğu riskini arttırdığını saptamışlardır. Ünal ve ark.(135) öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, kız cinsiyette, normal kilolu ve yurttan kalan öğrencilerin yeme davranış bozukluğuna sahip olma oranını yüksek bulmuşlardır.

Uzdil ve ark.(141) adolesanlarda yaptığı çalışmada, yeme tutumunu saptamak için YTT-26 testi uygulanmıştır. YTT-26 puanı ortalamaları kadın ve erkekler için sırasıyla 17.1±9.4 puan ve 13.9 ± 9.1 puan bulunmuştur. YTT-26 skorlarına göre kadınların %29.8'i ve erkeklerin %25.0'inde yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.

Norveç'te yapılan bir çalışmada; gebelikten hemen önce ve gebelik sırasında yeme bozukluğu olan kadınlar, gebelik sırasında yeme bozuklukları olmayan kadınlardan önemli ölçüde ortalama daha fazla ağırlık (1.9-2.9 kg) kazandığı belirlenmiştir (142).

Arslantaş ve ark. (123) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %84.5'inin yeme tutumu açısından riski olduğu ve EAT-40 puan ortalamaları 17.76±12.34 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin özellikleri ile EAT-40 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; baba eğitimi ilkökul ve üstü olanların, aldığı enerjiye dikkat edenlerin ve şişmanlama korkusu olanların yeme bozukluğu sıklığı yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada, gebelerin %28.6'sında yeme tutum ve davranış bozukluğu olduğu belirlenmiştir ve EAT-40 puan ortalamaları 29 ± 20.34 olarak bulunmuştur. Devamlı diyet uygulayan gebelerin EAT-40 puan ortalaması 35.63±18.52 olarak saptanmıştır ve bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Gebeler içerisinde alkol ve sigara tüketimi olan ve ara öğün yapmayan gebelerin EAT-40 puanları yüksek bulunmuştur ve yeme tutum bozukluğuna sahip olabilecekleri saptanmıştır.

6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma Aralık 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında, Özel Liv Hospital Ankara Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 70 gebe birey üzerinde yapılmıştır. Çalışmada gebelerin yaş, eğitim durumu, gebelik bilgisi, beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları, antropometrik ölçümleri ve diyet kalitesi değerlendirilmiştir. Gebelerin sağlıklı beslenme takıntıları ve yeme tutumları değerlendirilmiştir. Çalışma bitiminde elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmaya katılan gebelerin %65.7'si 26-35 yaş aralığındadır ve yaş ortalaması 30.24 ± 4.93 yıldır.
2. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik öncesi ağırlık ortalamaları 61.01 ± 9.97 kg, mevcut (gebelikteki) vücut ağırlık ortalamaları 69.73 ± 10 kg ve gebelik süresi ortalama 25.14 ± 10.43 haftadır.
3. Gebelerin, gebelik öncesi BKİ değerleri incelendiğinde, gebelerin %8.6'sı zayıf ($BKİ \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$), %70'i normal ($BKİ=18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$), %18.6'sı hafif şişman ($BKİ=25-29.9 \text{ kg/m}^2$), ve %2'si obez ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) olarak saptanmıştır.
4. Çalışmaya katılan gebelerin %22.9'unun sürekli olarak diyet uyguladığı, %88.6'sının vitamin-mineral takviyesi kullandığı belirlenmiştir. Gebelerin %88.6'sının gebelik döneminde beslenme ile ilgili bilgi sahibi olduğu saptanmıştır.
5. Çalışmaya katılan gebe bireylerin, %71.4'ünün uyku saatlerinin düzenli olduğu ve ortalama 8.41 ± 1.71 saat uydukları saptanmıştır. Gebelerin %18.6'sının gece yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir.
6. Gebelerin %74.3'ünün 3 ana öğün tükettiği saptanmıştır.
7. Gebelerin besin tüketim alışkanlıkları incelendiğinde, %68.6'sının ev dışı yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu ve en sık (%41.4) kebabçılarını tercih ettikleri saptanmıştır.
8. Gebelerin %21.4'ünde ortoreksiya riski saptanmıştır ve ORTO-15 puan ortalamaları 36.27 ± 3.76 olarak bulunmuştur.
9. Gebelerin %28.6'sında yeme tutum ve davranış bozukluğu olduğu belirlenmiştir ve EAT-40 puan ortalamaları 29 ± 20.34 olarak bulunmuştur.

10. Çalışmaya katılan gebelerde, ortoreksiya nervoza riski 18-25 yaş aralığındaki gebelerin %38.7'sinde belirlenirken, 26-35 yaş aralığındaki gebelerde %11 olarak saptanmıştır. 36-45 yaş aralığındaki gebelerin %45.6'sında ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır. Yaş ile ORTO-15 puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Lise mezunu gebelerin %8.2'sinde, yüksekokul mezunu gebelerin %44.2'sinde, üniversite mezunu gebelerin %24.4'ünde ve yüksek lisans-doktora mezunu gebelerin %10.9'unda ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır. Eğitim durumu ve ORTO-15 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Vitamin-mineral kullanımı ve gebelik ile ilgili beslenme bilgisine sahip olma durumu ile ORTO-15 puanı arasından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).
11. Gebelerin EAT-40 puan ortalamaları, en yüksek 36-45 yaş aralığında 34.82 ± 24.04 şeklinde bulunmuştur. Gebelerin yaşları ile EAT-40 puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebelerin eğitim durumuna göre EAT-40 puan ortalamaları, en yüksek 38.56 ± 27.58 yüksekokul mezunlarında ve en düşük 8 ± 0 ortaokul mezunlarında saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumları ile EAT-40 puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
12. Gebelerin EAT-40 puanları ile boy uzunluğu, gebelik süresi ve gebelikte kazanılan vücut ağırlığı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. EAT-40 puanı ile gebelik süresi ve gebelikte kazanılan vücut ağırlığı arasındaki korelasyon negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01, p<0,05$).
13. EAT-40 puan ortalaması en yüksek normal BKİ ($BKI=18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) değerine sahip olan bireylerde 30.63 ± 22.92 , en düşük ise 21 ± 0 olarak zayıf gebelerde ($BKI \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$) saptanmıştır ($p>0.05$).
14. EAT-40 puan ortalaması en yüksek her öğün ev dışında yemek yeme alışkanlığına sahip olan gebelerde 38.5 ± 24.75 olarak saptanmıştır fakat anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
15. Gebeler arasında devamlı diyet uygulayanların EAT-40 puan ortalamaları ve standart sapma değeri 35.63 ± 18.52 olarak saptanmıştır ve bu değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
16. EAT-40 puan ortalaması en yüksek hiç ara öğün yapmayan gebelerde 44.43 ± 32.64 olarak saptanmıştır fakat anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

17. Gebelik süresince vitamin – mineral desteği kullanan gebelerin EAT-40 puan ortalamaları, 27.15 ± 19.39 ve kullanmayanların 42.63 ± 30.43 olarak saptanmıştır ($p > 0.05$).
18. EAT-40 puanları ile kalsiyum ve demir minerallerinin referans değerlere göre karşılanma yüzdeleri arasındaki korelasyon pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
19. Gebelerin genel alışkanlıkları arasından sigara ve alkol tüketimi ile EAT-40 arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Gebeler içerisinde sigara tüketenlerin EAT-40 puan ortalamaları 49.91 ± 26.4 ve içmeyenlerin 25.1 ± 16.55 olarak hesaplanmıştır. Gebelerin alkol tüketimine göre EAT-40 puan ortalamaları, alkol tüketenlerin 45.17 ± 26.19 ve tüketmeyenlerin 27.48 ± 19.28 olarak saptanmıştır.
20. Çay tüketimi olan gebelerin %26.4'ünde ve kahve tüketimi olanların 31.4'ünde ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
21. Sigara tüketimi olan gebelerin %45.2'sinde ortoreksiya nervoza riski saptanmıştır ($p < 0.05$).
22. EAT-40 puanları ile enerji, protein, yağ arasında pozitif ilişki, karbonhidrat ve diyet posası ile negatif ilişki bulunmuştur. EAT-40 puanı ile protein alımı arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).
23. Fiziksel aktivite yapan gebelerin %73.9'unda ortoreksiya nervoza riski saptanmamıştır ($p > 0.05$). Yoga, fitness ve pilates yapan gebelerin ON puanlarının daha yüksek olduğu ve ortorektik eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Gebelik sürecindeki beslenme, hem bebeğin hem de annenin sağlığı için oldukça önemli bir noktadadır. Gebelik, hem fiziksel hem de hormonal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kazanılan ağırlık ve bedende oluşun değişimlere bağlı olarak yeme davranış bozukları gelişebilmektedir. Yeme davranış bozukluğu saptandığında doktor, diyetisyen, hemşire ve psikolog ile birlikte multidisipliner bir yaklaşımla sağlıklı beslenme yaklaşımlı geliştirmelerine yardımcı olunmalıdır.

Gebelere, gebelikte beslenme ve ağırlık kazanımıyla ilgili eğitimler; verilmeli ve gebelerin hem doktor hem de diyetisyen kontrolü ile bu süreci en kaliteli şekilde geçirmeleri sağlanmalıdır.

Gebelikte ortoreksiya nervozayı araştıran çalışmaların sınırlı olmasından dolayı bu konu ile ilgili kapsamlı çalışmalar planlanmalı ve yürütülmelidir. Bu çalışmada örneklem sayısının kısıtlı olması nedeniyle daha geniş bir örneklem grubu ile daha kapsamlı çalışmalar yapılmalı ve desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Köksal, G. (1996). Gebe ve emziliklikte beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17(1), 163-178.
2. Arlı, M., Şanlıer, N., Küçükkömürler, S., & Yaman, M. (2017). Anne ve çocuk beslenmesi. *Pegem Atıf İndeksi*, 1-233.
3. Ho, A., Flynn, A. C., & Pasupathy, D. (2016). Nutrition in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 26(9), 259-264.
4. Samur, G. (2015). Gebelik ve laktasyon döneminde beslenme. *Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics-Special Topics*, 1(1), 20-25
5. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2003). Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
6. Marangoni, F., Cetin, I., Verduci, E., Canzone, G., Giovannini, M., Scollo, P., ... & Poli, A. (2016). Maternal diet and nutrient requirements in pregnancy and breastfeeding. An Italian consensus document. *Nutrients*, 8(10), 629.
7. Trumbo, P., Schlicker, S., Yates, A. A., & Poos, M. (2002). Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 102(11), 1621.
8. Coşkun, A., & Özdemir, Ö. (2009). Gebelikte Vitamin-Mineral Kullanımı ve Beslenmenin İrdelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(3), 155-170.
9. Watson, H. J., Von Holle, A., Knoph, C., Hamer, R. M., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., ... & Bulik, C. M. (2015). Psychosocial factors associated with bulimia nervosa during pregnancy: An internal validation study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 654-662.
10. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
11. Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M., & Meczekalski, B. (2015). *Eating disorders in older women. Maturitas*, 82(2), 146-152.
12. Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.

13. Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 26799.
14. Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2), 145-155.
15. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
16. Lowes, H., Kopeika, J., Micali, N., & Ash, A. (2012). Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 14(3), 179-187.
17. Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., & Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4), 392-e1.
18. Kominiarek, M. A., & Peaceman, A. M. (2017). Gestational weight gain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(6), 642-651.
19. Chin, J. R., Krause, K. M., Østbye, T., Chowdhury, N., Lovelady, C. A., & Swamy, G. K. (2010). Gestational weight gain in consecutive pregnancies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(3), 279-e1.
20. Uzdil, Z., & Özenoğlu, A. (2015). Gebelikte Çeşitli Besin Öğeleri Tüketiminin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 117-121.
21. Metwally, M., Ong, K. J., Ledger, W. L., & Li, T. C. (2008). Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertility and Sterility*, 90(3), 714-726.
22. Cedergren, M. I. (2004). Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 103(2), 219-224.
23. Weiss, J. L., Malone, F. D., Emig, D., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., Carr, S. R. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(4), 1091-1097.
24. Stothard, K. J., Tennant, P. W., Bell, R., & Rankin, J. (2009). Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 301(6), 636-650.
25. Williamson, C. S. (2006). Nutrition in pregnancy. *Nutrition Bulletin*, 31(1), 28-59.

26. Dursun E. (2019). *Diyete Bağlı Risk Faktörlerinin Gestasyonel Diyabet Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 18
27. Kelly, A., Kevany, J., De Onis, M., & Shah, P. M. (1996). A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 53(3), 219-233.
28. National Research Council. (2010). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington D.C. : National Academies Press.
29. Yavuz, S., & Aykut, M. (2014). Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Gebe Kadınların Gebelikte Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Beslenme Durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 10-20.
30. Baysal, A. (2000). *Beslenme*, 10. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, ss 419-428.
31. Köksal, G., & Gökmen, H. (2000). *Çocuk hastalıklarında beslenme tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 124.
32. Centers for Disease Control and Prevention (2004). Trends in intake of energy and macronutrients--United States, 1971-2000. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(4), 80.
33. Procter, S. B., & Campbell, C. G. (2014). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(7), 1099-1103.
34. Carlson, S. E., Colombo, J., Gajewski, B. J., Gustafson, K. M., Mundy, D., Yeast, J., ... & Shaddy, D. J. (2013). DHA supplementation and pregnancy outcomes. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4), 808-815.
35. Innis, S. M., & Friesen, R. W. (2008). Essential n-3 fatty acids in pregnant women and early visual acuity maturation in term infants. *The American Journal of Clinical nutrition*, 87(3), 548-557.
36. Koletzko, B., Agostoni, C., Bergmann, R., Ritzenthaler, K., & Shamir, R. (2011). Physiological aspects of human milk lipids and implications for infant feeding: a workshop report. *Acta Paediatrica*, 100(11), 1405-1415.
37. Koletzko, B., Bauer, C. P., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., ... & Schäfer, T. (2013). German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start-Young Family Network'. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63(4), 311-322.

38. Stevens, G. A., Finucane, M. M., De-Regil, L. M., Paciorek, C. J., Flaxman, S. R., Branca, F., ... & Nutrition Impact Model Study Group. (2013). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. *The Lancet Global Health*, 1(1), e16-e25.
39. Eussen, S., Alles, M., Uijterschout, L., Brus, F., & Van Der Horst-graat, J. (2015). Iron intake and status of children aged 6-36 months in Europe: a systematic review. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(2-3), 80-92.
40. WHO, U. (2001). UNU. *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control, a guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization.
41. World Health Organization. (2012). *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women*. World Health Organization.
42. Lassi, Z. S., Salam, R. A., Haider, B. A., & Bhutta, Z. A. (2013). Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
43. Barger, M. K. (2010). Maternal nutrition and perinatal outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(6), 502-511.
44. Del Valle, H. B., Yaktine, A. L., Taylor, C. L., & Ross, A. C. (Eds.). (2011). *Dietary reference intakes for calcium and vitamin D*. Washington, D.C.: National Academies Press.
45. Kominiarek, M. A., & Rajan, P. (2016). Nutrition recommendations in pregnancy and lactation. *Medical Clinics*, 100(6), 1199-1215.
46. Siega-Riz, AM. (2014). Mehta, U. Clinical Updates in Women's Health Care. In: Artal, R., editor. Nutrition. Vol. 13. *American College of Obstetricians and Gynecologists*; Washington, D.C.
47. Gürz, A. A., İğde, F. A. A., & Dikici, M. F. (2015). D Vitamininin Fetal ve Maternal Etkileri. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1).
48. Sayers, A., & Tobias, J. (2008). Background UVB exposure in pregnancy and skeletal development in childhood. In *Journal of Bone and Mineral Research* (Vol. 23, pp. S30-S30).
49. Sağlık Bakanlığı. (2012) Gebelere D vitamini destek programı rehberi. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11158/gebelered-vitamini-destek-programi.html> (erişim tarihi: 20.12.2019).

50. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). ACOG Committee Opinion No. 650: Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 126(6), e135-42.
51. Hesketh, K. R., & Evenson, K. R. (2016). Prevalence of US pregnant women meeting 2015 ACOG physical activity guidelines. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(3), e87-e89.
52. ACOG Committee on Obstetric Practice. (2002). Committee opinion No. 267: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics & Gynecology*, 99(1), 171-173.
53. Nascimento, S. L., Surita, F. G., & Cecatti, J. G. (2012). Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 24(6), 387-394.
54. Reader, D. M. (2007). Medical nutrition therapy and lifestyle interventions. *Diabetes care*, 30(Supplement 2), S188-S193.
55. Brown, L. S. (2011). Nutrition requirements during pregnancy. *Essentials of life cycle nutrition*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
56. Mund, M., Louwen, F., Klingelhofer, D., & Gerber, A. (2013). Smoking and pregnancy—a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), 6485-6499.
57. Allina, J., Grabowski, J., Doherty-Lyons, S., Fiel, M. I., Jackson, C. E., Zelikoff, J. T., & Odin, J. A. (2011). Maternal allergy acts synergistically with cigarette smoke exposure during pregnancy to induce hepatic fibrosis in adult male offspring. *Journal of Immunotoxicology*, 8(4), 258-264.
58. Chehab, G., El-Rassi, I., Adhami, A., Chokor, I., Chatila, F., Haddad, W., & Saliba, Z. (2012). Parental smoking during early pregnancy and congenital heart defects. *Le Journal medical libanais. The Lebanese Medical Journal*, 60(1), 14-18.
59. Lee, L. J., & Lupo, P. J. (2013). Maternal smoking during pregnancy and the risk of congenital heart defects in offspring: a systematic review and metaanalysis. *Pediatric Cardiology*, 34(2), 398-407.
60. Taal, H. R., Geelhoed, J. M., Steegers, E. A., Hofman, A., Moll, H. A., Lequin, M., ... & Jaddoe, V. W. (2011). Maternal smoking during pregnancy and kidney volume in the offspring: the Generation R Study. *Pediatric Nephrology*, 26(8), 1275-1283.

61. Fiorentino, D., Carito, V., Solombrino, S., Coriale, G., Scamporrino, M. C. M., Ciolli, P., ... & Ceccanti, M. (2017). Alcohol consumption during pregnancy: intervention guidance for the prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Scripta Scientifica Medica*, 49(4), 9-21.
62. Little, B. B., Snell, L. M., Rosenfeld, C. R., Gilstrap, L. C., & Gant, N. F. (1990). Failure to recognize fetal alcohol syndrome in newborn infants. *American Journal of Diseases of Children*, 144(10), 1142-1146.
63. Atasü, T., & Öçer, F. (2000). *Gebelikte Fetusa ve Yenidoğana Zararlı Etkenler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
64. Chang, G. (2004). Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research and Health*, 28(2), 80.
65. Lui, S., Terplan, M., & Smith, E. J. (2008). Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
66. Li, J., Zhao, H., Song, J. M., Zhang, J., Tang, Y. L., & Xin, C. M. (2015). A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(2), 116-122.
67. Chen, L. W., Wu, Y., Neelakantan, N., Chong, M. F. F., Pan, A., & van Dam, R. M. (2014). Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Medicine*, 12(1), 174.
68. Darby, A., Hay, P., Mond, J., Quirk, F., Buttner, P., & Kennedy, L. (2009). The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 104-108.
69. Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 19.
70. Fogarty, S., Ramjan, L., & Hay, P. (2016). A systematic review and meta-synthesis of the effects and experience of mentoring in eating disorders and disordered eating. *Eating Behaviors*, 21, 66-75.
71. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

72. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
73. Harbottle, E. J., Birmingham, C. L., & Sayani, F. (2008). Anorexia nervosa: a survival analysis. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 13(2), e32-4.
74. Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., ... & Himmerich, H. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315.
75. American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7 Suppl), 4.
76. Orsel, S., Işik, B. C., Akdemir, A., & Ozbay, H. (2004). Comparison of body-image self-perception and BMI of dieting adolescents with those of non-dieters. *Türk psikiyatri dergisi= Turkish Journal of Psychiatry*, 15(1), 5-15.
77. Sánchez, F. G., & Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 66-68.
78. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385.
79. Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G. J., Jeon, E. S., Pyo, H. J., & Kwon, Y. J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure*, 9(1), 32-37.
80. Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig, J. H., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal" orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
81. Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., ... & De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 161-166.
82. Sinton, S., Healthy eating may be hazardous to your health., <http://www.dolfzine.com/page1.htm> (Erişim tarihi: 09.12.2019)
83. Clelland, L.Mc., Crisp, A., (2001). Anorexia nervosa and social class, *International Journal of Eating Disorders*, 29,150-156.

84. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157.
85. Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(1), 55-60.
86. Duran, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 220-226.
87. Bratman, S., www.orthorexia.com (Orthorexia Nervosa Home Page). [Erişim tarihi: 29.11.2019].
88. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385.
89. Şengül, R., & Hocaoğlu, Ç. (2019) Ortoreksiya Nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-104.
90. Aranceta Bartrina, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57(4), 313-315.
91. Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10): 1510–1512.
92. Natenshon, A. H. (2017). Eating Disorders: A Treatment Apart. The Unique Use of the Therapist's Self in the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders: A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*, 159.
93. CBS News. “Pregorexia” inspired by thin celebs. CBS News Web site. <http://www.cbsnews.com/stories/2008/08/11/earlyshow/health/main4337521.shtml> Erişim tarihi:15.12.2019.
94. Mathieu, J. (2009). What is pregorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(6), 976-979.
95. Nguyen, A. N., de Barse, L. M., Tiemeier, H., Jaddoe, V. W., Franco, O. H., Jansen, P. W., & Voortman, T. (2017). Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite*, 109, 108-114.
96. Kender, E. E., Yuksel, G., Ger, C., & Ozer, U. (2015). Eating attitudes, depression and anxiety levels of patients with hyperemesis gravidarum hospitalized in an obstetrics

- and gynecology clinic. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 119-26.
97. Czech-Szczapa, B., Szczapa, T., Merritt, T. A., Wysocki, J., Gadzinowski, J., Ptaczyński, T., & Drews, K. (2015). Disordered eating attitudes during pregnancy in mothers of newborns requiring Neonatal Intensive Care Unit admission: a case control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(14), 1711-1715.
 98. Easter, A., Solmi, F., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., ... & Micali, N. (2015). Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 19-27
 99. Sollid, C. P., Wisborg, K., Hjort, J., & Secher, N. J. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(1), 206-210.
 100. Bakanlığı, T. S., & MÜdürlüğü, T. S. H. G. (2004). *Türkiye'ye özgü beslenme rehberi*. Ankara.
 101. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.
 102. Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı, Ankara, 115.
 103. Richter, F., Strauss, B., Braehler, E., Altmann, U., & Berger, U. (2016). Psychometric properties of a short version of the Eating Attitudes Test (EAT-8) in a German representative sample. *Eating Behaviors*, 21, 198-204.
 104. Vardar, E., & Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
 105. Savaşır, I., & Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(19-25).
 106. İskender, M., Tura, G., Akgül, Ö., & Turtulla, S. (2014). The relationship between the family environment, eating behavior and obesity for the secondary school students Orta okul öğrencilerinde aile ortamı, yeme tutumu ve obezite durumları arasındaki ilişki. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 10-26.

107. Gante, I., Ferreira, A. C., Pestana, G., Pires, D., Amaral, N., Dores, J., ... & Sandoval, J. L. (2018). Maternal educational level and the risk of persistent post-partum glucose metabolism disorders in women with gestational diabetes mellitus. *Acta Diabetologica*, 55(3), 243-251.
108. Börekci, S. (2015). *Tip 2 diyabetli hastalarda tuz tüketimi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi*. Ankara: Yüksek Lisans Tezi
109. Boyle, M. A., & Roth, S. L. (2012). *Personal nutrition*. Boston, M.A.: Nelson Education.
110. De Santis, M., De Luca, C., Mappa, I., Quattrocchi, T., Angelo, L., & Cesari, E. (2011). Smoke, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159(1), 106-110.
111. Duarte-Gardea, M. O., Gonzales-Pacheco, D. M., Reader, D. M., Thomas, A. M., Wang, S. R., Gregory, R. P., ... & Moloney, L. (2018). Academy of Nutrition and Dietetics gestational diabetes evidence-based nutrition practice guideline. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(9), 1719-1742.
112. Shand, A. W., Walls, M., Chatterjee, R., Nassar, N., & Khambalia, A. Z. (2016). Dietary vitamin, mineral and herbal supplement use: a cross-sectional survey of before and during pregnancy use in Sydney, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56(2), 154-161.
113. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). *Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
114. Krishnan, S., Coogan, P. F., Boggs, D. A., Rosenberg, L., & Palmer, J. R. (2009). Consumption of restaurant foods and incidence of type 2 diabetes in African American women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(2), 465-471.
115. World Health Organization. Obesity and overweight, Factsheet N311, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (Erişim tarihi: 06.12.2019)
116. Vassilaki, M., Chatzi, L., Georgiou, V., Philalithis, A., Kritsotakis, G., Koutis, A., & Kogevinas, M. (2015). Pregestational excess weight, maternal obstetric complications and mode of delivery in the Rhea cohort in Crete. *The European Journal of Public Health*, 25(4), 632-637.

117. Cheng, Y. W., Chung, J. H., Kurbisch-Block, I., Inturrisi, M., Shafer, S., & Caughey, A. B. (2008). Gestational weight gain and gestational diabetes mellitus: perinatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, *112*(5), 1015-1022.
118. Balsak, D., Yıldırım, Y., Avcı, M. E., Töz, E., Gültekin, E., Kayhan, K., .. & Tınar, Ş. (2007). Ege bölgesinde yaşayan gebe kadınların gebelik egzersizleri hakkındaki bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Balkan Medical Journal*, *2007*(3), 200-204.
119. Robledo-Colonia, A. F., Sandoval-Restrepo, N., Mosquera-Valderrama, Y. F., Escobar-Hurtado, C., & Ramírez-Vélez, R. (2012). Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, *58*(1), 9-15.
120. Choi, J., Fukuoka, Y., & Lee, J. H. (2013). The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive Medicine*, *56*(6), 351-364.
121. Dalmaz, M., & Yurtdaş, G. T. (2015). Spor salonunda spor yapanlarda ortoreksiya nervoza belirtilerinin incelenmesi. İstanbul: Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi.
122. Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş, D., & Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, *8*(3).
123. Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *14*(1), 33-37.
124. Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *16*(2), e127-e130.
125. Bosi, A. T. B., Çamur, D., & Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, *49*(3), 661-666.
126. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(1), 49-54.

127. Ergin, G. (2015). *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Ankara.
128. Alvarenga, M. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. J., Vargas, S. V. A., Philippi, S. T., & Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), e29-e35.
129. McInerney-Ernst, E. M. (2011). *Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend?* Doctoral dissertation, University of Missouri Kansas City.
130. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103-111.
131. Shah, S. M. (2012). Orthorexia nervosa: Healthy eating or eating disorder?. Student Thesis: Eastern Illinois University.
132. Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 389-394.
133. Arslantaş, H., Adana, F., Ögüt, S., Ayakdaş, D., & Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3).
134. Duran, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 220-226.
135. Ünalın, D., Öztıp, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2) 75-81.
136. Duran, S., Ergun, S., Çalışkan, T., & Karadaş, A. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Sted*, 25, 6-12.
137. Usta E., Sağlam E., Şen S., Aygün D., & Sert H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 187-197.

138. Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F., & Erol, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 147-152.
139. Gezer, C., & Kabaran, S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski [The risk of orthorexia nervosa for female students studying nutrition and dietetics]. *SDU Journal of Health Science Institute*, 4(1), 14-22.
140. Ulaş, B., Uncu, F., & Üner, S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 15-22.
141. Uzdil, Z., Kayacan, A. G., Özyıldırım, C., Kaya, S., Kılınç, G. E., Ulus, C. A., & Kaya, P. S. (2019). Adölesanlarda Ortoreksiya Nervosa Varlığı ve Yeme Tutumunun İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 8-13.
142. Watson, H. J., Von Holle, A., Knoph, C., Hamer, R. M., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., ... & Bulik, C. M. (2015). Psychosocial factors associated with bulimia nervosa during pregnancy: An internal validation study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 654-662.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı



Sayı : 94603339-604.01.02/ 43038
Konu : Proje Onayı

04/12/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi İrem Buse İpkırmaz tarafından yürütülecek olan KA18/377 nolu "Gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksia nervosa) ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59
E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Lilifer TAŞBİLEK
Unvan: Sekreter
Telefon No: 2129065-2228



EK-2: Anket Formu

ANKET FORMU

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi kapsamında Dyt. İrem Buse İpkırmaz Bahçecitapar tarafından yapılmaktadır. Anket formundaki soruları doldurmanızı rica ediyoruz. Veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Boyunuz: cm
3. Kilonuz: kg
4. Kaç haftalık gebesiniz? hafta
5. Şuanki gebelik haftanıza kadar kaç kilo aldınız?kg
6. Eğitim seviyeniz ?
 - 1) Okur-yazar değil
 - 2) Okur-yazar/ İlkokul
 - 3) Ortaokul
 - 4) Lise
 - 5) Yüksekokul
 - 6) Üniversite
 - 7) Yüksek lisans/Doktora
7. Sürekli uyguladığınız bir diyet var mı ?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
8. Vitamin veya mineral desteği alıyor musunuz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
9. Gebelikte beslenme ile ilgili bilgi sahibi misiniz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
10. Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 - 1) TV
 - 2) Dergi
 - 3) Gazete
 - 4) İnternet
 - 5) Kitaplar, bilimsel yayın vs.
 - 6) Diyetisyen
 - 7) Doktor
 - 8) Arkadaş
 - 9) Aile

10. Diğer(.....)

12. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

13. Cevabınız evet ise fiziksel aktivite türü ve sıklığını işaretleyiniz.

	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez
Yürüyüş				
Yoga				
Fitness				
Pilates				
Diğer Sporlar (.....)				

14. Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?

..... Ana öğün Ara öğün

15. Öğün atlar mısınız?

1. Evet 2. Hayır

16. Cevabınız evet ise, genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?

1. Sabah
2. Öğle
3. Akşam
4. Ara öğünler

17. Öğün atlama nedeniniz nedir?

1. Zayıflamak için 2. Üşeniyorum
3. Alışkanlığım yok 4. Fırsat bulamadığım için
5. Ekonomik nedenlerden dolayı 6. Diğer.....

18. Ev dışı yemek yeme alışkanlığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

19. Ne sıklıkla ev dışında yemek yiyorsunuz?

1. Her öğün
2. Her gün
3. Haftada 1-2
4. Haftada 3-4
5. Ayda 1-2

20. Ev dışı yemeği genellikle nerede yiyorsunuz?
1. Fast-food restoranları
 2. Pide, gözleme, pizza satan yerler
 3. Ev yemekleri satan restoranlar
 4. Kebapçı
 5. Sandviç, kumpir satan yerler
 6. Diğer
21. Yemek yeme hızınızı nasıl değerlendirirsiniz?
1. Yavaş
 2. Orta
 3. Hızlı
 4. Çok Hızlı
22. Günde ne kadar su tüketiyorsunuz?bardak/litre
23. Çay içer misiniz?
1. Evet
 2. Hayır
24. Cevabınız evet ise kaç bardak çay içersiniz? bardak
25. Kahve içer misiniz?
1. Evet
 2. Hayır
26. Cevabınız evet ise kaç fincan kahve içersiniz? fincan
27. Uyku saatleriniz düzenli midir? (Her gün aynı saatte mi uyanıp kalkarsınız?)
1. Evet
 2. Hayır
28. Ortalama olarak günde kaç saat uyursunuz? saat
29. Sigara içiyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır
30. Cevabınız evet ise, ne kadar süredir sigara içiyorsunuz? yıl
31. Cevabınız evet ise günde kaç adet sigara içiyorsunuz? adet
32. Alkol tüketme alışkanlığınız var mı?
1. Evet
 2. Hayır
33. Cevabınız evet ise, ne miktarda, ne sıklıkla ve hangi tür alkolü tüketiyorsunuz?
- kadeh
34. Gece uykudan uyanıp bir şeyler yer misiniz?
1. Evet
 2. Hayır

EK-3: Yeme Tutum Testi (EAT-40)

YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin; “**Çikolata yemek hoşuma gider**” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “**hiçbir zaman**” yazılı kutunun içine **X** işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “**daima**”nın altını **X** işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandıracak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

EK-4: Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği (ORTO-15)

ORTO-15 TESTİ

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

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- Uyguladığımız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)
- 12- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?
- 13- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi?
- 14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?
- 15- Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi tercih edersiniz?

EK-5: 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Formu

ÖĞÜNLER	BESİNLER	MİKTAR	İÇİNDEKİLER
SABAHA Saat:			
ARA Saat:			
ÖĞLE Saat:			
ARA Saat:			
AKŞAM Saat:			
ARA Saat:			