

**T.C.**

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**HAMİLELİK DÖNEMİNDE YEME BOZUKLUĞU İLE  
ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Seda SARI**

Danışman

Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**İstanbul - 2022**



## TEZ TANITIM FORMU

- Yazar Adı Soyadı** : Seda SARI
- Tezin Dili** : Türkçe
- Tezin Adı** : Hamilelik Döneminde Yeme Bozukluğu ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki
- Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- Anabilim Dalı** : Psikoloji
- Tezin Türü** : Yüksek Lisans
- Tezin Tarihi** : 22.06.2022
- Sayfa Sayısı** : 157
- Tez Danışmanları** : Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER
- Dizin Terimleri** : Hamilelik, Hamilelik Döneminde Anksiyete, Hamilelik Döneminde Depresyon, Hamilelik Döneminde Yeme Bozukluğu
- Türkçe Özet** : Bu çalışmada, hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.
- Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*Seda SARI*

**T.C.**

**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**HAMİLELİK DÖNEMİNDE YEME BOZUKLUĞU İLE  
ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Seda SARI**

Danışman

Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**İstanbul – 2022**

## **BEYAN**

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin/dönem projenin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez/dönem projesi olarak sunulmadığını beyan ederim.

Seda SARİ

.../.../2022



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Seda SARI'nın "Hamilelik Döneminde Yeme Bozukluğu ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*

Başkan *Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER*

(Danışman)

*İmza*

Üye *Dr. Öğr. Üyesi Arzu SOMAY*

*İmza*

Üye *Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... /... /2022

*İmzası*

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Giriş:** Hamilelik dönemi kadınların fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişimleri yaşadığı bir süreçtir. Her kadın, hamilelik döneminde görülen değişikliklerle kendi kişilik özelliklerine uygun olarak baş eder. Fizyolojik değişimler, esasen bütün sistemleri etkileyebilmesine rağmen, başlıca kardiyovasküler sistem, üriner sistem, hematolojik sistem, immun sistem ve endokrin sistemde ortaya çıkmaktadır. Hamilelik döneminde oluşan bu değişimler temelde fetüsün gelişmesi ve büyümesi için gereken fizyolojik uyumun sağlandığı bir mekanizmadır. Ancak yaşanan fizyolojik değişimlerle birlikte hamilelik döneminde istenmeyen oluşumlarda ortaya çıkabilmektedir. Hamilelik döneminde ortaya çıkan bu istenmeyen durumlardan biri de yeme bozukluğu davranışıdır. Hamilelik döneminde aşırı ya da yetersiz kilo alınımı, birtakım olumsuz sonuçlara yol açan değişkenlik gösteren bir risk faktörüdür. Bu risklerin azaltılması amacıyla hamile kadınların optimum kilo alımlarının belirlenmelidir. Yüksek risk durumunda, morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla önlem alınmalıdır.

**Amaç:** Bu çalışmada, hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:**Bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Van ilinde bulunan hamileliğin 2 ve 3. trimesterinde (son 6 ay) olan 352 kadın katılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda bireylere Sosyo-demografik Form, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel analizleri IBM SPSS versiyon 21.0 paket programı ile yapılmıştır. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmanın sonucunda bireylerin kaçınıcı kez hamile kaldıkları, daha önce psikiyatrik tanı alıp almamaları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, hamilelik durumları, kürtaj olup olmamaları, önceki hamileliklerinin nasıl sonlandığı, önceki hamileliklerinin kaçınıcı haftada sonlandığı, evlenme yaşları, kaç yıllık evli oldukları ve çocuk sayıları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çoklu regresyon sonuçlarına göre, yeme bozukluğu bağımlı değişkeni puanlarına, anksiyete ve depresyon bağımsız değişkenlerinin % 62 oranında katkı sağladığı belirlenmiştir ( $R^2=0,532$ ). Çoklu regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Bireylerin anksiyete ve depresyon puanları yeme bozukluğu puanları için önemli bir belirleyicidir. Anksiyete ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi gösteren Beta katsayısının (-0,543) yeme bozuklukları ile depresyon arasında Beta katsayısının (0,933) olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hamilelik, Hamilelik Döneminde Anksiyete, Hamilelik Döneminde Depresyon, Hamilelik Döneminde Yeme Bozukluğu





## SUMMARY

**Introduction:** Pregnancy is a process in which women experience physiological, social and psychological changes. Every woman copes with the changes during pregnancy under her personality traits. Although physiological changes fundamentally can affect all systems, they mainly occur in the cardiovascular system, urinary system, haematological system, immune system and endocrine system. These changes during pregnancy are a mechanism by which the physiological adaptation required for the development and growth of the fetus provided. However, with the physiological changes experienced, undesirable formations may occur during pregnancy. One of these undesirable results that occur during pregnancy is eating disorder behaviour.

Excessive or insufficient weight gain during pregnancy is a variable risk factor that leads to several adverse outcomes. The optimum weight gain of pregnant women should determine to reduce these risks. Precautions should take reducing morbidity and mortality in the case of high risk.

**Goal:** This study aimed to provide the relationship between eating disorders and depression and anxiety during pregnancy.

**Materials and Methods:** A relational screening model was used in this study. A relational screening model was used in this study. 352 women from Van who are in the 2nd and 3rd trimesters of pregnancy (last six months) joined to this survey.

Socio-demographic Form, Eating Disorder Assessment Inventory, and Beck Anxiety and Depression Inventory were used for the study. Statistical analyzes of the research were made with the IBM SPSS version 21.0 package program. A p-value of <0.05 was accepted for statistical significance.

**Results:** As a result of the research, the number of times the individuals got pregnant, whether they had a psychiatric diagnosis before, their marital status, education level, pregnancy status, whether they had abortions, how their previous pregnancies ended, in which week their previous pregnancies ended, their age at marriage, how many years they were married, and the number of children. A statistically significant relationship was found between eating disorders, anxiety and depression.

According to the multiple regression results, it was determined that the independent variables of anxiety and depression contributed 53% to the eating disorder dependent variable scores

( $R^2=0.532$ ). The multiple regression model was statistically significant ( $p<0.001$ ). Anxiety and depression scores of individuals are significant determinants of eating disorder scores. The Beta coefficient (-0.543), which shows the relationship between anxiety and eating disorders, was found to be (0.933) between eating disorders and depression.

**Conclusion:** In our study, it was determined that there was a significant relationship between eating disorders and anxiety and depression during pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy, Anxiety During Pregnancy, Depression During Pregnancy, Eating Disorder During Pregnancy



# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
SUMMARY .....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	ix
EKLER LİSTESİ.....	xi
ÖNSÖZ .....	xii
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi.....	7
1.2. Araştırmanın Amacı.....	9
1.3. Araştırmanın Önemi .....	9
1.4. Sayıtlar.....	10
1.5. Sınırlılıklar.....	10
1.6. Tanımlar.....	10

## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Hamilelik .....	12
2.1.1. Hamileliğin Tanımı.....	12
2.1.2. Hamilelikte Görülen Değişiklikler.....	13
2.1.2.1. Fiziksel Değişiklikler.....	13
2.1.2.2. Psikososyal Değişiklikler.....	18
2.1.2.3. Psikolojik Değişiklikler .....	18
2.1.3. Doğum Şekilleri.....	22
2.1.3.1. Normal Vajinal Doğum .....	23
2.1.3.2. Sezaryen (Cesarean Section; Cs) .....	23
2.2. Yeme Bozukluğu .....	25
2.2.1. Yeme Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi .....	25
2.2.2. Yeme Bozukluğu Belirtileri ve Tanı Ölçütleri .....	27
2.2.3. Yeme Bozukluğu Nedenleri.....	34

2.2.4. Yeme Bozukluğu Tedavi .....	37
2.3. Depresyon .....	40
2.3.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi .....	40
2.3.2. Depresyonun Belirtileri ve Tanı Ölçütleri .....	41
2.3.3. Depresyonun Nedenleri .....	43
2.3.4. Depresyon Tedavi .....	43
2.4. Anksiyete .....	46
2.4.1. Anksiyetenin Tanımı ve Tarihçesi .....	46
2.4.2. Anksiyete Belirtileri ve Tanı Ölçütleri .....	47
2.4.3. Anksiyetenin Nedenleri .....	48
2.4.4. Anksiyeti Tedavi .....	49
2.5. Hamilelik Döneminde Yeme Bozukluğu .....	52
2.6. Hamilelik Döneminde Depresyon .....	57
2.7. Hamilelik Döneminde Anksiyete .....	61

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Yöntem ve Model .....	63
3.2. Evren ve Örneklem .....	63
3.3. Veri Toplama Araçları .....	63
3.4. Verilerin Toplanması .....	65
3.5. Araştırmada Verilerin Analizi .....	65
3.6. Güvenilirlik Analizi .....	66
3.7. Normallik Analizi .....	67

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Bilgilerinin Dağılımları .....	68
4.2. Sosyo-Demografik Bilgilerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	70
<b>TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>93</b>
<b>ÖNERİLER.....</b>	<b>103</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>105</b>

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	:Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	:Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACOG</b>	:American Congress of Obstetricians and Gynecologists
<b>AN</b>	:Anoreksiya Nevroza
<b>BN</b>	:Blumia Nevroza
<b>BAÖ</b>	:Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BDÖ</b>	:Beck Depresyon Ölçeği
<b>Cs</b>	:Sezaryen Doğum
<b>DASS-21</b>	:Depresyon Anksiyete Stres Skalası
<b>DIC</b>	:Dissemine Intravascular Coagulation
<b>DSM-V</b>	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
<b>DSM</b>	:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>EDÖ</b>	:Edinburg Depresyon Ölçeği
<b>EKT</b>	:Elektrokonvülsif Tedavi
<b>EMR</b>	:Erken Membran Ruptürü
<b>FDA</b>	:Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
<b>HPA</b>	:Health Protection Agency
<b>HPQ</b>	:Health Practice Questionnaire
<b>ICD-10</b>	:Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olup, Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasının gözden geçirilmiş 10'uncu versiyonu
<b>IOM</b>	:Institute of Medicine (ABD Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü)
<b>IUBG</b>	:İntrautein Büyüme Geriliği
<b>Kg</b>	:Kilogram
<b>KİT</b>	:Kişilerarası İlişkiler Terapisi

<b>ND</b>	:Normal Vajinal Doğum
<b>NİCE</b>	:İngiltere Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
<b>OKB</b>	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>SGA</b>	:Gebelik Yaşına Göre Küçük Bebek (Small for gestational age)
<b>SIRS</b>	:Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu
<b>SiYK</b>	:Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
<b>SSRI</b>	:Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri
<b>SSVD</b>	:Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
<b>SNRI</b>	:Seçici Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
<b>TNSA</b>	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TYB</b>	:Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu
<b>YB</b>	:Yeme Bozuklukları
<b>YBDÖ</b>	:Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
<b>WHO</b>	:World Health Organisation

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> DSM-V kriterlerine göre yeme davranış bozukluğunun sınıflaması.....	26
<b>Tablo 2.</b> Prenatal Dönemde Yeme Bozuklukları Taramasında Sorulabilecek Örnek Sorular...	48
<b>Tablo 3.</b> Yeme Bozukluğuna Sahip Kadınlara Amerikan Gebelik Derneği'nin Öneriler .....	50
<b>Tablo 4.</b> Çalışmanın Güvenilirlik Analizi .....	60
<b>Tablo 5.</b> Çalışmanın Normallik Analizi.....	61
<b>Tablo 6.</b> Bireylerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin sonuçları -1.....	63
<b>Tablo 7.</b> Bireylerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin sonuçları -2.....	66
<b>Tablo 8.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşlarına ilişkin sonuçlar .....	67
<b>Tablo 9.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile vücut kitle indekslerine ilişkin sonuçlar.....	68
<b>Tablo 10.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamile kaldıkları vücut kitle indekslerine ilişkin sonuçlar .....	69
<b>Tablo 11.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile medeni durumlarına ilişkin sonuçlar .....	71
<b>Tablo 12.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eğitim düzeylerine ilişkin sonuçlar .....	71
<b>Tablo 13.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çalışma durumlarına ilişkin sonuçlar .....	73
<b>Tablo 14.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile evlenme yaşlarına ilişkin sonuçlar .....	74
<b>Tablo 15.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kaç yıllık evli olduklarına ilişkin sonuçlar .....	75
<b>Tablo 16.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kaçınıcı kez hamile kaldıklarına ilişkin sonuçlar .....	77
<b>Tablo 17.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çocuk sayılarına ilişkin sonuçlar .....	78
<b>Tablo 18.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik durumlarına	

ilişkin sonuçlar .....	79
<b>Tablo 19.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kürtaj olup olmamalarına ilişkin sonuçlar .....	80
<b>Tablo 20.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile düşük yapıp yapmamalarına ilişkin sonuçlar.....	81
<b>Tablo 21.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik dönemlerine ilişkin sonuçlar .....	82
<b>Tablo 22.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile şu andaki hamilelikleri için nasıl bir doğum şekli planladıklarına ilişkin sonuçlar.....	83
<b>Tablo 23.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile daha önce psikiyatrik tanı alıp almadıklarına ilişkin sonuçlar .....	84
<b>Tablo 24.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sigara kullanıp kullanmamalarına ilişkin sonuçlar .....	84
<b>Tablo 25.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile besin değeri olmayan (toprak, sabun, kil vb.) şeyler tüketip tüketmemelerine ilişkin sonuçlar .....	85
<b>Tablo 26.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinin nasıl sonlandığına ilişkin sonuçlar .....	86
<b>Tablo 27.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinin kaçınıcı haftada sonlandığına ilişkin sonuçlar.....	88
<b>Tablo 28.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinde tıbbi bir sorun yaşayıp yaşamamalarına ilişkin sonuçlar.....	90
<b>Tablo 29.</b> Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinde psikiyatrik bir sorun yaşayıp yaşamamalarına ilişkin sonuçlar .....	91
<b>Tablo 30.</b> Yeme bozuklukları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki.....	92
<b>Tablo 31.</b> Yeme bozuklukları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki.....	93
<b>Tablo 32.</b> Yeme bozukluklarının, anksiyete ve depresyon düzeylerini yordamasına ilişkin regresyon analizi .....	93



## EKLER LİSTESİ

- EK-A** Sosyodemografik Veri Formu  
**EK-B** Yeme bozukluğu Değerlendirme Ölçeği  
**EK-C** Beck Depresyon Ölçeği  
**EK-D** Beck Anksiyete Ölçeği



## ÖNSÖZ

Öncelikle benim için sancılı bir süreç olan tez yazma dönemimde sabrıyla, yol göstericiliğiyle destek olan değerli danışman hocam Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER'e sonsuz teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında, yaptığım her işte yanımda olan, beni destekleyen aileme ne kadar teşekkür etsem azdır.

Yanımda olan, bana güç veren tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.



## GİRİŞ

Kadınların yaşamları süresince en özel deneyimlerinden biri hamilelik durumudur. Hamilelik dönemi kadınlarda sosyal, psikolojik ve fizyolojik olarak değişim gösterdiği ve birçok psikosozal faktörün aynı anda birbirini etkilediği kompleks bir süreçtir. Hamilelik sürecine özgü olarak ortaya çıkan hormonal ve fiziksel değişimler, kadınların psikolojik durumlarında da değişikliğe neden olmaktadır (Couto vd, 2009: 187; Coll vd, 2017: 143;Meireles vd, 2017: 441). Kadınların birçoğu gebelikle birlikte gelen bu dönüşümleri karşılayabilirken, bazıları ise şiddetli, orta ya da hafif seviyede ruhsal problemleri ortaya çıkmaktadır. Hamilelerin bu dönemde yaşadığı psikososyal değişimleri, hayatlarının normal dönemlerine göre çok daha fazla yaşayabilmektedir. Dolayısıyla kaygı ve stres oluşturacak birçok faktörle karşılaşabilme riski artmaktadır ve bu durumları depresyon ya da anksiyeteye birlikte görülebilmektedir (Yıldız, 2011: 66). Daha önce ortaya atılan fikirlerin aksine, anksiyete ve depresyon bozuklukların postpartum döneme karşılık gebelik döneminde daha yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir (Zeng vd, 2015: 7).

Hamilelik dönemindeki kadınlarının ruhsal sağlığını bozabilecek birçok etkenin varlığı söz konusudur. Bu etkenler; öncesinde yaşadıkları depresyon, ailenin depresyon öyküsü, istenmeyen bir gebelik, kürtaj ya da düşük öyküsü, fetüsle ilgili kaygı, aşırı ebeveynlik stresi, sosyo-ekonomik düzeyi ve olumsuz hayat koşulu deneyimi olmak üzere sıralanabilmektedir (Vırit vd, 2008:11; Harrison ve Sidebottom, 2008:267;Arslan, 2010; Osman vd, 2015:345). Kaynakların bazılarında ise bu faktörlere ekstradan kişilerin düşük özsaygısını, devamlı olarak kötü düşünme davranışını, hamilelik süresince yetersiz duygusal ve sosyal desteğinde etkili olduğunu belirtmektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001: 62; Reid vd, 2009: 504). Hamilelik süresince alkol, uyuşturucu ya da sigara kullanımı, aile içi şiddet gibi etmenlerin kadınların ruhsal sağlıklarını bozduğu belirlenmiştir (Harrison ve Sidebottom, 2008: 267; Karmaliani vd, 2009: 419; Arslan, 2010; Howard vd, 201: 16).

İnsanlar biyo-psiko-sosyo-kültürel varlıklardır. İnsanların kişiliği de bütün bu faktörlerin etkileşimiyle oluşmaktadır. İnsanların yaşam kalitelerine ve esneklik durumlarına etki eden kişilik değişkenidir. Her bireyin kendine özgü kişiliği olup, bu özelliği ile diğer bireylerden ayrılmaktadır (Bal ve Şahin, 2011: 42). İnsanlar,

hayatlarında yaşadıkları olaylara kişiliklerine göre karşılık verir ve yaşadıklarıyla baş edebilme yöntemleri de bu şekilde gelişmektedir. Aynı anda kişilikleri hamilelik dönemindeki ruhsal sağlığıyla da bağlantılı olmaktadır (Guszkowska vd, 2014: 330).

Hamilelikte yaşanan depresyon ve anksiyete bozukları genel olarak hamilelikle alakalı değişimlere bağlı olduğu için teşhis edilmesi zor olabilmekte ve dolayısıyla tedavi süreci aksayabilmektedir (Özdamar vd, 2014: 74). Hamilelik dönemi boyunca psikolojisinin iyi durumda olması hem fetus hem de gebenin sağlığı açısından çok önemli olmaktadır. Bu süreçte yaşanan ruhsal sağlık bozuklukları doğum ve gebelik komplikasyonlarını arttırır, yenidoğanların sağlıklarını da olumsuz yönde etkileyebilir, erken doğum ağırlığının düşük olması ve intrauterin gelişim geriliklerine sebep olabilmektedir (Virit vd, 2008: 11; Şen vd, 2012: 13).

Toplumda sıklıkla görülen rahatsızlıklardan biri depresyondur. Depresyon; duygudurumlarının değişmesi, çaresizlik, üzüntü, yalnızlık, suçluluk, kendini ayıplamak, cezalandırmak, saklanmak, kaçmak, ölme isteği, cinsel isteksizlik, uykusuzluk, aktivite intoleransı ve ajitasyon gibi belirtilerle saptanabilen bir psikolojik rahatsızlıktır. (Çalık ve Aktaş, 2011: 152; Townsend, 2016). İnsanların davranışlarını, mutluluklarını, hazlarını ve yaratıcılıklarını engelleyen, yaşam kalitelerini düşüren ve işgücü kaybına depresyon durumları sebep olmaktadır. Dünya genelindeki çalışmalara bakılırsa doğurganlık sürecinde depresyonla karşılaşılması 18 ile 44 yaş arasındaki kadınlarda sıklıkla görülebilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152). Hamilelikten önce yaşanan depresyon öyküsü, istenmeyen gebelik, evlilikle ilişkili sorunlar, kötü hayat deneyimleri, düşük öyküsü hamilelik dönemindeki risk etkenleridir (Koyun vd, 2011: 83).

Ülkemizde hamilelik depresyonu durumları hakkında gerçekleştirilen araştırma çalışmalarında dikkat çeken nokta görülme sıklıklarındaki değişkenlik olmuştur (Gölbaşı vd, 2010: 488; Yılmaz ve Beji, 2010: 103; Tunç vd, 2012: 1433; Yücel vd, 2013: 12). Sevindik'in 2005 yılında yaptığı gebelerin depresyon belirtileri hakkındaki çalışmada depresif belirti gösteren hamilelerin oranı %36.3'ü bulmuştur. 2009 yılında Karaçam ve Ançel'in gerçekleştirdikleri hamilelikte anksiyete ve depresyon çalışmasında %27.3 oranı bulunduğu tespit edilmiştir. Dağlar ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada ise hamilelerden %50.7'si depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır.

Depresyon belirtileri gösteren gebelerin sağlıklarına daha az önem verdiği görülmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010: 103). Gebelik döneminde depresyon yaşıyanların sağlık personellerinden çok daha az destek aldığı ve öz bakımlarına özen göstermediği belirlenmiştir (Yılmaz ve Beji, 2010: 103). Gebelerin bakımlarının eksik kalmasıyla rahatsızlıklar ve ağrıları sıklıkla görülebilmektedir (Kılıç ve Erci, 2017: 14). Depresyon belirtileri olan gebelerde kusma, bulantı, baş dönmesi, solunum sorunları, mide ağrısı, kalp problemleri ya da çarpıntı, gastrointestinal sistem yakınması depresyon belirtileri göstermeyenlere kıyasla daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Atasever ve Sis Çelik, 2018: 64).

Bireyi rahatsız eden bir düşünceyi aklından çıkaramamasıyla terlemesi, ölecekmiş gibi hissetmesi, huzursuzluk durumu, nefes darlığı, titremesi, uyku problemleri gibi semptomlar anksiyete bozukluğuna işaret edebilmektedir (Özdamar vd, 2014: 74). Hamilelikte yaşanan psikolojik ve fizyolojik değişimler anksiyete belirtileriyle benzer olabildiği için anksiyete bozukluğunun tanısını koymak zor olabilmektedir. Bu konu ile ilgili gerçekleştirilen araştırma çalışmalarında antenatal dönem içinde anksiyete bozukluklarının görülebilmek oranının %9 ile %30 arasında değiştii tespit edilmiştir (Uguz vd, 2010: 214; Özdamar vd, 2014: 74).

Depresyonda da olduğu gibi anksiyete bozukluğu erkeklere kıyasla kadınları daha fazla etkileyebilen, yaygın olarak görülen bir sağlık problemi olmaktadır (Andersson vd, 2004: 471; Coleman vd, 2008: 119). Yapılan araştırma çalışmalarına göre erkeklerin %19'unun, kadınların ise %31'inin hayatı boyunca anksiyete bozukluğunun görülmemesinin mümkün olduğu tespit edilmiştir (Cloitre vd, 2004: 15; Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 352; Coleman vd, 2008: 119).

Hamilelik dönemi, annenin beslenme ihtiyacının arttığı hassas zamanlardandır. Bu zamanda yetersiz ve düzensiz beslenme, hem anne adaylarının hem de fetüsün sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Yetersiz beslenmenin ileri derecede olması; ölü veya erken doğum, düşük, haftasına göre düşük doğum ve yeni doğan ölümlerinin riskiyle ilişkilendirilmektedir. (Taş vd., 2010)

Beslenmenin çok önemli olduğu hamilelikte; fetüs annenin aldığı besini plasenta aracılığıyla alır ve büyür. Anne ve bebek açısından önemli olan dengeli ve yeterli beslenmenin olmadığı durumlarda bebekte; gelişimde gerilik, prematüre doğum ve ölümlere yol açmaktadır. Ayrıca anne adaylarında aşırı kilo alma, kansızlık, diş

çürümeleri, kemik yumuşaması gibi beslenmemeye bağlı hastalıklara yol açmaktadır. (Yavuz vd., 2014)

Hamilelikte beslenmenin önemi sadece hamilelik dönemi ile birlikte başlamamalıdır. Anne adayının hamile kalması, bu süreci sağlıklı tamamlaması ve doğumdan sonra bebeği emzirebilmesi için hamile kalmadan önce düzenli ve yeterli beslenmesi, sağlıklı olması gereklidir. (İrge vd, 2005: 157)

Türkiye Beslenme Rehberinde beslenmenin; hamilelikte normal metabolizmanın fetüsün büyümesini etkilediği, emzirmenin ise bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için öneminden bahsedilmiştir: Hamilelik ve emzirme döneminde alınan enerji ve besinlerin yeterli olması; yenidoğanın büyüme ve gelişimi açısından önemlidir ve bebeğin yetişkinlikte gelişebilecek kronik hastalıkları önler. Dengeli ve yeterli bir beslenme ile bebeğin erken veya geç doğum, sınırlı rahim içi fetal büyüme, gebelik diyetini ve preeklempi gelişme riskini azaltabilir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015)

Ülkemizde hamilelik döneminde yaşanan beslenme sorunlarının öncelikli nedenleri; hamilelikte artan beslenme ihtiyacına uygun şekilde günlük ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikten besin alımının azalması, gelenek ve göreneklere bağlı yanlış besinlerin seçilmesi ve yiyecekleri hazırlamada ve saklama koşullarında yapılan yanlışlıklardır. Hamilelikte sadece yetersiz beslenme değil aşırı beslenme de bir takım sorunları ortaya çıkarmaktadır. Hamilelerin iki canlı oldukları için fazla yemeleri halk arasındaki yanlış inançlardan biridir. Bunun sonucunda da enerjinin fazla alınmasıyla şişmanlık ortaya çıkmakta ve doğumu zorlaştıran bir sorun haline gelmektedir. (Gökşin Cihan, 2012: 276)

Hamilelikte YB davranışının değişmesi, ilerlemesi veya yeni bir YB oluşmasına etki eden bir unsur olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca YB sahip kadınların hamileliğinde bozuk yeme davranışının daha kötüleştiği ya da hafif ve orta seviyede ilerlediği düşünülmektedir (Coker vd, 2013: 1410)

Hamile kadınlarda fiziksel ve ruhsal sağlık hali, anne ve bebek sağlığını doğrudan etkilemektedir. Genç kadınlarda hamilelik, uygunsuz yeme davranışı ve yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında daha savunmasız olabilir. Hamile kadınlarda var olan yeme bozukluğunun tahmini prevalansı %1 iken bu oran genel popülasyonda kadınlarda %1-3,5'tir. (Soares vd, 2009: 387) Brezilya'da gerçekleştirilen kentsel bir çalışmada ise, hamilelikte YB prevalans oranı %7.6 olurken, pika prevalans oranı

%5.7 olarak saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete belirtileri YB olan kadınlarda anlamlı derecede artış göstermiştir (Santos vd, 2016: 579).

Gebelik boyunca özensiz ve isteksiz davranışlar anne ile bebeğin sağlığını risk altında bırakmaktadır (Atasever ve Sis Çelik, 2018: 64). Bu nedenle hemşirelerin ve ebelerin hamilelik döneminde yaşanan depresyon ve anksiyete bozukluğu konusunda bilinçlendirilmeli, bu depresyonun engellenebilir olduğunun farkında olunmalı, belirtileri gösterebilen hamileler belirlenerek semptomların aratmasının önüne geçilmeli, sağlık uygulamalarının ve uygulamayı etkileyebilecek unsurların önemi konusunda bilgi verilmelidir (Atasever ve Sis Çelik, 2018: 64).

Hamilelik sırasında sağlık hizmetleri uygulaması doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrasında bebekle anne sağlığında kritik önem taşımaktadır (Çakırer ve Çalışkan, 2010: 345; Altuntuğ ve Ege, 2013: 51). Gebelikteki sağlık uygulamaları fetüs, yenidoğan ve annelerin sağlığını kapsayan, hamilelik sürecini ve sonrasını etkilemektedir (Lindgreen, 2005: 469). Düzenli yapılan sağlık kontrolleri hamile kadınları olumlu açıdan etkileyebilmektedir. Bu durumun aksine riskli sağlık bakımı ise gebeyi, bebeği ve hamilelik sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Lindgreen, 2005: 469). Hamilelik sürecindeki sağlık uygulaması; düzenli egzersiz, düzenli ve dengeli beslenme, uyku, hijyen, dinlenme, prenatal ve diş bakımını içermektedir. Aynı zamanda travma, sigara, uyuşturucu madde, alkol ve toksin maddelere maruz kalma gibi olumsuz etmenleri de kapsamaktadır (Lindgreen, 2005: 469; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014: 824). Hamileliklerinde anksiyete ve depresyon belirtileri gösterebilenlerin sağlık kontrollerini aksatmaması, gereğinden daha fazla veya daha az kilo almaması, beslenmelerine dikkat etmesi, kafein tüketimini dengelemesi, egzersiz yapması, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanmaması gerekli görülmektedir. Aksi halde bu durumlarla bağlantılı olarak erken doğum veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğma olasılığı artacaktır (Karaçam ve Ançel, 2009: 350).

Hamile kadınlarda yeme bozukluğunun araştırılması; depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmesi, yeme bozukluğunun sonuçlarının ciddi olabileceği ve hatta anne ve fetüsün ölümüyle de sonuçlanabileceği için çok önemlidir. Diğer çalışmalarda; doğuştan anormallik, erken doğum ve sinir sistemi bozukluklarının gelişme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, yeme bozukluklarının değerlendirilmesi depresyonla ve anksiyete ilişkilendirilmesi; değerlendirme ve erken tespitinde önemlidir. Böylelikle hem gidişatta iyileşme sağlar, ilerlemesini önler ve oluşabilecek fiziksel ve zihinsel sonuçları en az seviyeye indirir. (Santos vd.,2017:579)

Ülkemizde, hamilelik döneminde yaşanan yeme bozukluğu ile depresyon ve anksiyete ilişkisine yönelik çalışmalar bulunmamaktadır. Bu tezde hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki araştırma amaçlanmıştır.





# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1.1. Araştırmanın Problemi

Hamilelik döneminde doğal bir süreç olmasına rağmen kadınlarda fiziksel, psikolojik ve anatomik yönden ciddi değişiklikler görülebilmektedir. Hamilelik döneminde boyunca ortaya çıkan bütün değişiklikler fetüsün ve annenin iyi bir şekilde sağlığına devam etmesinde ve ihtiyaçlarını karşılama açısından gerekmektedir (Ricci ve Kyle, 2009). Kadının hamilelik dönemi sosyal çevresine ve kültürel özellikleri temel alınarak değerlendirilmektedir. Hamilelik dönemlerinde kadınların fiziksel değişimleriyle birlikte birçok psikolojik belirti ortaya çıkabilmektedir. Fakat psikolojik bozukluk semptomlarının görülmesine rağmen hamileler tedavi edilmez, önlem alınmaz ve geç kalınırsa kötü sonuçlanabilmektedir (Özdamar, 2014: 74).

Araştırmanın problemi; hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi ve buna yönelik elde edilen sonuçların değerlendirilip yorumlanmasıdır.

Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## 1.2. Araştırmanın Alt Problemleri

- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile medeni durum arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile evlenme yaşı arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile evlilik süresi arasında anlamlı bir fark var mıdır?

- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik sayısı arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çocuk sayısı açısından anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik durumu arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kürtaj arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile düşük arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik dönemi arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile doğum şekli arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile bireylerin daha önce psikiyatrik tanı almaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kaç kiloyla hamile kaldıkları vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile pika arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki gebeliğin nasıl sonlandığıyla arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki gebeliğin kaçınıcı haftada sonlandığı arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamilelikte tıbbi sorun yaşayıp yaşamaması arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ve anksiyete düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ve depresyon düzeyi ile anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## 1.2. Araştırmanın Hipotezler

- **H1** : Hamile bireylerde sosyo-demografik değişkenler (yaş, kilo, boy, çalışma durumu, eğitim vs.) ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- **H0** : Hamile bireylerde sosyo-demografik değişkenler (yaş, kilo, boy, çalışma durumu, eğitim vs.) ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- **H1** : Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki anlamlı bir ilişki vardır.
- **H0** : Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki anlamlı bir ilişki yoktur.

## 1.3. Araştırmanın Amacı

YB kadınlarda görülme sıklığının fazla olması, doğum öncesinde ve sonrasında fetüsün gelişmesinde olan etkilerinden dolayı hamilelik döneminde dikkate alınması gerekmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalar, obezitenin, yetersiz ya da dengesiz beslenmenin hamilelik dönemine ve fetüse olumsuz etkilerini konu alan, psikojenik ve patolojik temelli bir problem ortaya koymaktadır. Hamilelik döneminde YB bozukluğundan kaynaklanan yenidoğan ve fetüs üzerine etkisi ve YB bozuklukları sonraki konularda ele alınmaktadır. Bu çalışma hamilelik döneminde YB ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu dikkat çekerek farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır.

## 1.4. Araştırmanın Önemi

Hamilelik döneminin ilk aylarında duygusal dalgalanmalar geçici olarak yaşanabilmektedir. Bireysel veya ailenin depresyon öyküsü, sosyoekonomik stres, eşten yeterli düzeyde destek alınamaması ve gebelik komplikasyonlarından kaynaklı olarak hamileler strese girebilmektedir. Hamileler kendi ve bebeğinin sağlığı için endişe duymaktadır. Bütün bu faktörlerin varlığı hamilelik döneminde depresyona ve anksiyeteye yol açabilmektedir. Hamilelik döneminde depresyon ve anksiyete düzensiz, yetersiz ve besleyici değeri olmayan gıdaların alınımına sebep olabilmektedir.

Hamilelik döneminde fazla ya da yetersiz kilo alınımı, bazı olumsuz sonuçlar doğuran değişkenlik gösteren risk faktörleridir. Bu risklerin en aza indirgenmesi için optimum kilo alınması gereklidir (Ricci ve Kyle, 2009). Yüksek risk taşıyan durumlarda, gereken tedbirlerin alınması ve yapılabilecek müdahaleler ile morbidite ve mortalitenin düşürülmesi önemlidir. Hamilelerin fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması ve besin unsuru depolarının normal düzeye getirilmesi anne karnındaki fetüsün sağlıklı bir şekilde gelişmesini ve büyümesini sağlar. Hamilenin dengeli beslenmesi ve sağlıklı olmasıyla fetüsün ruhsal, mental ve fiziksel gelişimi ilişkilidir. Hamile kadınlar dengesiz ve yetersiz beslenirse; annenin vücudundaki besin depoları fetüs tarafından boşaltılmaya başlanır ve anne ile bebeğin sağlığı tehlikeye girer (Samur, 2008: 8).

### **1.5. Sınırlılıklar**

- Bu çalışma, Van ilindeki hamilelerden anket yoluyla elde edilen verilerle sınırlıdır.
- Hamilelik döneminin 2. ve 3. trimesterını (son 6 ay) yaşayan 352 sayıdaki hamile kadınlardan alınan verilerle sınırlıdır.
- Bu çalışmada yalnızca hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir.
- Bu çalışmada yalnızca YBDÖ, BDÖ, BAÖ ve sosyodemografik form kullanılmıştır.

### **1.6. Tanımlar**

**Hamilelik:** Anne rahminde, erkeğin spermi ile kadının yumurtasının döllenmesi sonucunda oluşan zigotun gelişimi boyunca organizmada değişimler meydana getiren, doğum anına kadar geçen 260-280 günlük (yaklaşık 9 aylık) dönemdir.

**Doğum:** Türlerle özgü normal hamilelik sürecinin sonucunda yavrunun rahim dışına çıkarak dünyaya gelişidir. İnsanlarda normal doğum zamanı, anne karnından fetüsün çıktığı andır.

**Yeme Bozukluğu:** İnsanların mental ya da duygusal durumlarının yol açtığı bozukluktan kaynaklı olarak aşırı ya da yetersiz beslenmesi neden olan olguların tümüne verilen genel addır.

**Depresyon:** İnsanların ilgi kaybına sebep olan ve sürekli bir üzüntü halinin olduğu duygudurum bozukluğudur. Depresyon aynı anda klinik depresyon veya majör

depresyon olarak da adlandırılır.

Anksiyete: Tanımlanamayan veya belirlenemeyen bir sebeple yaşanan huzursuzluk, korku, tedirginlik, dispne, uyku problemi, gerginlikle ortaya çıkan terleme gibi değişikliklere neden olan bir bozukluktur.



## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Hamilelik

Kadınların yaşamları süresince yaşayabileceği en özel ve önemli deneyimlerinden biri hamileliktir. İnsanlar doğası gereği neslini sürdürebilmesi için gebelik durumu şarttır. Hamilelik süreci içinde kadınlar anneliğe hazırlanmaktadır ve hayatında önemli değişimler yaşamaktadır. Doğum için kadın bedeni, fetüsün uterusunda büyüyüp, gelişebilmesi için gerekli olan ortama hazırlamakta ve ihtiyacını karşılayabilmektedir. Gebelik, menstruasyonun son ilk günü itibariyle başlayarak yaklaşık 40 hafta yani 280 gün sürmektedir (Taşkın, 2016).

Hamilelik süreci kadınların hayatında yaşayabilecekleri önemli dönemlerden biri olup hastalık niteliği taşımamaktadır. Bu süreç içerisinde anne adayları bir takım psikolojik, fizyolojik ve anatomik değişimler yaşamaktadır. Fertilizasyonla başlayarak, tüm hamilelik süreci içinde süren bu değişimler, hem bebeğin hem de annenin bu dönemde sağlıklı kalabilmesi, gereken ihtiyaçlarının karşılanabilmesi, doğuma uygun fizyolojik ve anatomik değişimlerin sağlanabilmesi amacıyla gerçekleşebilmektedir. Bu beklenen değişimler sırasında bazen problemler ortaya çıksa da hamile kadınlar bu durumları deneyim olarak görebilmektedir (Kızılkaya Beji, 2015).

#### 2.1.1. Hamileliğin Tanımı

Sperm ile ovumun fertilasyonu sonucunda oluşabilen, kadınlar üzerinde değişikliklere yol açan gebelik hayata dair doğal bir olaydır. Gebelik süreci 3 trimester olmak üzere on üçer haftadan oluşmaktadır (Davidson vd, 2012: 1128). Hamile kadınların bedeninde oluşan fizyolojik ve anatomik değişimler çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Fetüsün gelişmesini ve anne adaylarının bu değişimlere fiziksel olarak uyum sağlamasının başında hormonal etkiler gelmektedir.

Fertilizasyon sonrasında başlayan değişimler, gebelik süresince devam etmektedir. Genellikle birçoğu doğumdan sonra gebelik öncesi haline geri dönerken, bazıları laktasyondan sonra dönmektedir. Gebelikte ortaya çıkabilecek değişiklikler bu dönemde birtakım problemlere yol açabilmektedir (Ricci ve Kyle, 2009).

## **2.1.2. Hamilelikte Görülen Değişiklikler**

Kadın bedeni hamilelik sürecinde hormonal, uterusun fetüsün büyümesi ve fiziksel değişimlere karşılık gebelik boyunca uyum sağlamaya çalışmaktadır. Kadınların bedenlerindeki birçok değişim hamilelik boyunca devam edebilmektedir ve doğum sonrasında da eski hallerine geri dönebilmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

### **2.1.2.1. Fiziksel Değişiklikler**

Genital Sistem Değişiklikleri; hamilelik boyunca damarlarda kan ve hormon düzeylerin artmasına bağlı olarak genital sistem değişiklik göstermektedir. Hamilelik sürecinde uterusu fetüsün gelişmesine ve hormon değişimleri görülmektedir. Progesteron ve östrojen hormonun seviyesiyle ilişkili olarak, endometrium dokusunda ve kas liflerinde hiperplazi ve hipertrofi görülmektedir. Gebelik öncesi döneme kıyasla uterusun boyutu değişmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237; Taşkın, 2016: 98).

Hamileliğin ilk başladığı dönemlerde uterusu düzensiz ve ağrısız kontraksiyonlar görülmektedir. Hamileliğin 16. haftası itibariyle bu kontraksiyonlar abdomenden hissedilebilmektedir. Buna Braxton Hicks kontraksiyonları denilmektedir. Braxton Hicks kontraksiyonları hamilelik döneminin son trimesterinde kadınları rahatsız edici boyutlara ulaşabilmektedir. Bu nedenle gerçek doğum sancısıyla karıştırılması muhtemeldir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

Progesterona ve östrojene bağlı olarak servikste kanamalar artmakta ve koyu mavi bir renk görülebilmektedir. Bu duruma Chadwick's işareti denilmektedir. Hamileliğin ilk dönemlerinde vaskülarizasyonun artmasıyla ilişkili olarak serviks yumuşamaktadır. Bu duruma ise Godell's işareti denilmektedir (Taşkın, 2016: 98).

Hamilelikte hormonların etkisiyle vajina, serviks gibi vaskülarizasyondan kaynaklı olarak ödemli ve mor gözükmeğedir. Bununla birlikte vajinal mukoza kalınlaşmakta, konnektif doku gevşemekte, vajinal akıntısının miktarı artmakta ve böylece vajina doğum için hazır hale gelmektedir. Uterusun baskısı, perinede ve vulvada vaskülarizasyonun artmasıyla birlikte sıklıkla varisler görülebilmektedir (Taşkın, 2016: 98).

## **Üriner Sistem Değişiklikleri**

İlk trimesterde, mesaneye uygulanan basınç uterusun büyümesiyle birlikte artmaktadır, bu nedenle hamile kadınlar daha sık idrara çıkmaktadır. İkinci trimesterde ise, abdomene doğru uterusun büyümesiyle mesaneye uyguladığı basınç azalır ancak doğumun yaklaştığı dönemlerde mesaneye yaptığı baskı tekrar artmaktadır. Mesaneye uterusun yaptığı basınçlarla birlikte bu bölge enfeksiyonlara elverişli, ödemli ve kolay hasar alabilecek duruma gelmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

Uterusun büyümesiyle baskı oluşturması karın içi basıncı artırır ve aşağıya doğru pelvik organları itilmektedir. Bu vaziyette pelvik taban kası zorlanmakta ve olumsuz olarak pelvik destek etkilenmektedir. Hamile olmayan kadınlara kıyasla gebelerin fasyaların gerilme gücü daha az olduğu tespit edilmiştir (Helli vd, 2011: 122).

## **Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri**

Hamilelerin kalbi biraz büyür ve kalp kası (miyokard) işlevinin gücü artmaktadır. Hamileliğin son zamanlarında diyafragma uterusun basınç yapmasıyla kalp sol tarafa ve üste doğru itilmektedir. Normalle kıyasla kalp sesi yandan ve yukarıdan alınmaktadır (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

Hamilelik döneminin 14 ile 20. haftaları arasında nabız hızı ortalama olarak dakikada 20 atım artmaktadır. Bu artan nabız hızı doğuma kadar devam etmektedir. Kardiyak output ve plazma hacmi hamilelik öncesine göre gebeliğin 32. haftasında %40 ile %50 oranında artışı görülmüştür. Bu artış oranının %75'i ilk trimesterde yaşanmaktadır. Hamileliğin son haftasında %20'i artarken, tekrardan doğum sonu dönemde artışı görülmektedir (Regitz Zagrosek vd, 2018: 3203).

Hamileliğin ilk ve ikinci trimesterlerinde ciddi değişimler arteriyel kan basınç düzeylerinde görülürken, üçüncü trimesterde ise hafif seviyede bir yükselme görülebilmektedir. Hamilelik süresince kadınlar yatar pozisyondayken arteriyel kan basıncı en düşük düzeyde ve ayaktaiken daha yüksek düzeyde görülmektedir. İkinci ve üçüncü trimesterde hamile supine pozisyondayken uterusun büyümesiyle, vena kava inferiora baskı yapmaktadır. Bu durumda kalbe gelen kirli kanın miktarıyla basınç azaltılmaktadır. Bununla birlikte bradikardi, baş dönmesi, solgunluk, senkop, terleme belirtisi Vena Kava Superior Sendrom ya da Supin Hipotansif Sendromunu ortaya çıkartmaktadır. Hamilenin lateral pozisyona dönmesiyle belirtiler normale dönmektedir. Hamilelerin uzun bir süre supine pozisyonda yatmasıyla plasentaya gönderilen kanın akışında azalma görülmektedir. Hamilelik süresince bu nedenle



annelere sol taraflarına yatmaları önerilmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237; Taşkın, 2016: 98).

Hamilelerin harcadığı oksijen seviyesinin artmasıyla ilişkili olarak eritrositlerde artış görülebilmektedir. Hemotokrit seviyesi %40'tan %34'e düşerken, hemoglobin seviyesi 0,5-1 gr/100 ml izlemektedir. Buna hamileliğin fizyolojik anemisi denilmektedir. Hemotokrit seviyesi %33'den azalır ve hemoglobin seviyesi 10,5 gr/100 ml altına düşer ise demir eksikliği anemisi görülmektedir. Böyle bir durum söz konusu ise hamile kadınlar demir takviyesi tavsiye edilmektedir (Taşkın, 2016: 98).

### **Solunum Sistemi Değişiklikleri**

Hamilelikte fetüs ve annenin hücre sayısının artması nedeniyle oksijen miktarına duyulan gereklilikte %15-20 düzeylerinde artmaktadır. İhtiyaç durulan oksijenin büyük bir miktarını fetüs harcamaktadır. Geri kalan oksijeninde annenin dokuları tarafından kullanılmaktadır. Bu durumla ilişkili olarak pulmoner ventilasyon ise %40 oranında artmaktadır. Solunum sistemlerinde dilatasyon görülmektedir, bu durumla bağlantılı olarak da hava akımına rezistans azalmaktadır. Göğüs duvarının esnekliği artarken, hamileler çok daha rahat nefes alabilmektedir. Bu değişikliklerle akciğerler kolay gaz alışverişi yapar ve hamilelikle birlikte artan oksijen gerekliliği de karşılanmaktadır (Tetik Kurt, 2000: 120; Taşkın, 2016: 98).

Hamile olmayan kadınlara kıyasla gebelerde dakikada solunan havanın hacminde %30 ile %40 aralığında artış görülebilmektedir. Nazal konjesyon ve burun tıkanıklığı çok sık görülebilmektedir. Bu duruma gebelik riniti denir. Östrojen seviyesinin yükselmesine bağlı olarak gebelerde burun kanaması (epistaksis) sıklıkla görülmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

### **Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri**

Hamilelik döneminin ilk trimesterinde kadınların genelinde hCG salınımı, gastrointestinal sistemin motilitesinin düşmesi, karbonhidrat metabolizmasında görülen değişikliklerden kaynaklı olarak bulantı ve kusma görülmektedir. Koku ve tat duygularında hassasiyet oluşması gastrointestinal sistemde oluşabilen problemleri artırabilmektedir. Dişetleri yumuşar, kırmızı renkli ve hiperemiktir, herhangi bir travmayla kanama oluşabilmektedir. Hamileliğin sonlanmasıyla bu durum normale dönmektedir. Hamilelikte hormon düzeylerinin değişmesinden kaynaklı olarak tükrük salgısı artmaktadır. Aşırı tükrük salınımı varsa bu duruma da pitalizm denir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237; Taşkın, 2016: 98).

Hamileliğin ikinci trimesterinde oluşan değişiklikler ise progesteron hormonun artışına ve uterusun büyümesiyle baskı yapmasına bağlı olarak görülmektedir. Uterusun oluşturduğu basınçla bağırsaklar arkaya ve yanlara doğru, mide ise üst kısma itilmektedir. Hamilelik döneminde şişkinlik, mide yanması (pirozis) ve konstipasyon görülebilmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

### **Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri**

Hamileliğin ilk trimesterinde, eklemler ligamentler yumuşamasına ve esneklik kazanmasına bağlı olarak hareketliliği artmaktadır. Eklemlerdeki bu hareket artışları, üçüncü trimesterde çok daha fazla görülebilmektedir. Bu değişimlerle birlikte pelvik kavite boyu artar ve böylelikle doğum kolaylaşmaktadır. Hamilelikte görülen pelvik hareketliliğiyle postürde değişiklik oluşken, gebeler daha farklı yürümektedir. Postürün değişimine uyum sağlayabilmek için hamilelerin boyunu öne doğru eğilir ve omuzları düşmektedir. Bu duruma bağlı olarak üst ekstremitlerde ve belde sıklıkla ağrı oluşmaktadır (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

Hamileliğin birinci trimesterinde sıklıkla karşılaşılan yakınmalar %26,7 oranında kalf kasında kramp, %13,3'ü ayak ağrısı, %10'u alt ekstremitlerde uyuşukluk ve karıncalanma hissi olmaktadır. İkinci trimesterde sıklıkla karşılaşılan yakınmalar ise %47,8'i kalf kasında kramp %42'si bel ağrısı, %37'si pelvik kuşak ağrısı, %17'si ayak ağrısı, %15,4'ü alt ekstremitlerde uyuşukluk ve karıncalanma hissi, %9,3 oranında ise karpal tünel sendromu görülmektedir. Üçüncü trimesterde sıklıkla karşılaşılan yakınmalarında %64,6'sı kalf kasında kramp, %37,1'i ayak ağrısı, %33,7'si bel ağrısı, %32,5'i pelvik kuşak ağrısı, %12,1'i kalça ağrısı ve %10,4'ü isimfizis pubis ağrısını oluşturmaktadır (Ramachandra vd, 2015).

### **Memede Görülen Değişiklikler**

Hamileliğin başladığını gösteren ilk belirti memelerde oluşan değişimlerdir. Hormonların değişmesine bağlı olarak memelerin görünümünde ve şeklinde değişiklik görülebilmektedir. Memelerde ağrı, hassasiyetlik, dolgunluk ortaya çıkmaktadır. Memelerin areolası daha koyulaşır, pigmentinde artış görülür ve meme ucu erektil halini almaktadır. Hamileliğin 12. haftasında memeler el ile sağıldığında antikordan zengin sarı renkli bir sıvının (kolostrum) geldiği görülebilmektedir (Taşkın, 2016: 98).

### **Ciltte Görülen Değişiklikler**

Hamilelik dönemlerinde yaşanan hormonal değişimlerin sonucunda deride belirgin olarak farklılaşmalar görülmektedir. Hamilelerin %90'ını üçüncü trimesterde

kalça, karın, kolları ve memelerinde pembe ve mor renkte çizgiler halinde stria gravidarum görülmektedir. Hamilelerin genelinde değişken düzeylerde aksilla, areola ve genital bölgede hiperpigmentasyon görülebilmektedir. İkinci trimesterde hamilelerin %70'inin yüzünde kahverengi lekeler biçiminde melasma (gebelik maskesi ya da kloasma) görülmektedir (Bitirgen vd, 2016: 81).

Hamilelikte kadınların saç foliküllerinde azalma görülürken, saçlar hızlı uzamaktadır. Doğum sonrasında ise saç foliküllerin miktarı aniden artış gösterir ve dolayısıyla saç dökülmeleri ilk aylarda yaşanmaktadır. 6 ile 12 ay arasında saç dökülmesi durarak, normal durumuna dönmektedir. Hamilelerin tırnakları ise normale göre daha hızlı uzamakta ve çok çabuk kırılabilir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237; Bitirgen vd, 2016: 81).

### **Metabolik Değişiklikler**

Hamilelik sürecinde ortalama olarak 11 ile 16 kg aralığında kilo alınması tavsiye edilmektedir. Hamilelik boyunca alınması gerekli görülen kilonun az olması durumunda fetüsün intrauterin gelişiminde gerilik görülmesi mümkündür. Eğer gereğinden daha fazla kilo alınması durumunda hamilede preeklampsiye ve doğumun zor geçmesine neden olabilmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237).

Hamilelikte fetüs ve annenin ihtiyacını karşılanması için su tutumu artmaktadır. Su tutumuyla, fetüsün, plasentanın, annenin hücrelerin iç sıvı gereksinimi ve kan hacminin artmasında kullanılmaktadır (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237). Hücre plazmasının hacmi %30-40 oranında artarken, hücre dışı hacim ise %30-50 oranında artmaktadır. Hamile olmayan kadınlara göre gebelerin kan hacmi %45 artmaktadır. Plazma hacmi üçüncü trimesterde %50-60 oranında artmasıyla plazma ozmolalitesi düşmektedir. Plazma hacminin artması, hamilelik sırasında dolaşım kan hacmi, kan basıncı ve uteroplasental perfüzyonun korunabilmesi için önemli bir rol oynamaktadır (Soma Pillay vd, 2016: 92).

Birinci trimesterde bulantı hissi hamile kadınların yemek yeme isteğini azaltır ve dolayısıyla hipoglisemiye yatkınlık artmaktadır. Bu dönemlerde gebeler sık sık beslenmeli ve öğünlerinde yeteri kadar karbonhidrat almalıdır. Hamileliğin ilerleyen zamanlarında insüline ihtiyacı artmaktadır. Eğer hamile kadınların yeterli düzeyde insülin üretimi yapılmazsa, hiperglisemi görülme olasılığı artmaktadır. Buna gestasyonel diyabet denilmektedir (Kızılkaya Beji ve Özkan, 2015: 237; Taşkın, 2016: 98).

Hamilelik döneminde proteine olan ihtiyaç artmaktadır. Büyümekte olan fetüsün gereksinimlerini karşılayabilmek üzere amino asitler aktif olarak plasenta boyunca taşınmaktadır. Hamilelikte trigliserid ve serum kolesterol toplam düzeyi yükselmektedir. Trigliserid seviyesinde görülen bu artış lipazların aktivitesini azaltırken, karaciğer sentezini de artırmaktadır. Kolesterol seviyesini, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) %50 oranında artırmaktadır (Soma Pillay ve diğ, 2016: 92).

### **2.1.2.2. Psikososyal Değişiklikler**

Psikososyal sağlık, insanların sosyal açıdan tamamen iyilik halinde olabilmesi, yani sosyal hayatında olumsuz durumların bulunmamasıdır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006, s.48). Hamilelikte psikososyal sağlık; kadınların eğitim, sosyoekonomik, yaşayan çocuklarının sayısını, gebelik ve doğum öyküsünü, planlı gebeliği, eşiyile ilişkili sorunlarını, aile içinde gebeye karşı davranışlarını, annenin psikiyatrik öyküsünü, kadının gebelikle hakkında eğitimini, çevresindeki olumlu ya da olumsuz örnekleri, düşük öz saygıyı, sosyal izolasyonu ve destek algısını olmak üzere birçok etkenden etkilenmektedir (Karaçam ve Ançel, 2007: 350; Körükcü vd, 2017: 155; Özşahin vd, 2018: 40).

Hamilelikte yaşanan psikososyal değişimler hayatının diğer dönemlerine kıyasla daha yoğun geçmektedir. Hamilelik döneminde yaşanan psikososyal değişimlerin sebebi, fizyolojik değişimler, fetüsün varlığı, sosyal ve aile çevresi oluşturmaktadır. Psikososyal problemler, hamilelerin psikolojik sağlığı üzerinde etki ederek bu dönemde olumsuz neticelere yol açabilmektedir. Hamilelik döneminde psikososyal sağlığın iyi bir şekilde devam ettirilebilmesi açısından itina gösterilmeli ve erken tanıyla tedavi süreci planlanmalıdır. (Bekmezci ve Özkan, 2016: 56).

### **2.1.2.3. Psikolojik Değişiklikler**

Hamileliğe uyum sağlama sürecinde, fizyolojik değişimlerle birlikte psikolojik değişimlerde yaşanmaktadır (Taşkın, 2011: 98). Hamilelik süreci içinde kadınların psikolojik durumu kendini etkilemekle kalmayarak fetüsün sağlığını da olumsuz yönden etkilemektedir (Reid vd, 2009: 504). Bunun nedeni anne adayının psikososyal faktörlerin Hipotalamik pituitar adrenal (HPA) ekseninde fetüse aktarabildiği mekanizmayla açıklanabilmektedir (Kivlighan vd, 2008: 1230).

Hamile kadınlar fizyolojik değişimlere (uyku kalitesi, kilo alma gibi), fetüs sağlığından ve yaklaşan doğumla ilgili endişeyle, aile ile iş arasında denge kurmasıyla

hayatında yeni değişimlerle karşılaşabilmektedir (Kivlighan vd, 2008: 1230). Dolayısıyla hamilelik, kadınların en özel deneyimlerinden biri olmasına rağmen kadın hayatını etkileyen endişeyle geçen stresli bir süreçtir ve bu dönem depresyona yol açabilmektedir (Özorhan vd, 2014: 38).

Hamilelik sürecinde, kadınların ve ailesi açısından değişimlere uyum sağlanması gereken bir kriz dönemidir (Sevil vd, 2004: 71; Reid vd, 2009: 504). Bu kriz dönemi sadece adaptasyonla kalmayıp, uyum sağlamada zorluk yaratan bir probleme de dönüşebilmektedir. Problemler çözülmez ise, duygusal baskı giderek artar, birey endişe ve depresyon yaşamaktadır (Gözüyeşil vd, 2003: 52).

Hamilelik sürecinde kadınlar gebelik durumlarını, fetüs ve anneliği kabullenmesi bu dönemin iyi bir şekilde geçmesi için önemlidir (Gözüyeşil vd, 2003: 52). Hamilelikte her bir trimeste özel psikolojik uyum süreci bulunduğu belirlenmiştir (Kuğu ve Akyüz, 2001: 62).

### **Birinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler**

Birinci trimesterde hamilelik durumu oluşur, organizma adaptasyon sağlamasa süreci olduğu için bebeğe duyulan sevinç daha az yaşanmaktadır (Kömürcü ve Merih, 2012: 148). Mide bulantısı, menstruasyonun kesilmesi, kötü ve yorgun hissedilmesi nedeniyle ambivalan (zıt) duygular meydana gelebilir fakat hamileliğin 3. ayına kadar bu durum tamamen bitmektedir (Taşkın, 2016: 98). Birinci trimesterde hamileler sabahları bulantı, memede hassasiyet, duygu durum değişiklikleri, fiziksel değişiklikler, uyku ve beslenmede değişiklikler, cinsel istekte azalma ya da artma, konsantrasyonda güçlük, yorgunluk, depresyon ve anksiyete değişikliklerine uyum sağlamaya çalışmaktadır (Altınçelep, 2011). İstenmeyen hamilelik durumlarında birinci trimesterde depresyon ve anksiyete bozukluğunun görülme riski artmaktadır (Demiryay, 2006). Bu dönem hamilelik durumunu kabullenme ve karar alma süreci olarak tanımlanmaktadır (Kömürcü ve Merih, 2012: 148).

2009 yılında Bunevicius ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada genellikle gebelik depresyonunun birinci trimesterde görülebildiği tespit edilmiştir. Birinci trimesterde yüksek oranda görülebilmesinin nedeni ise istenmeyen ya da plansız gebelik, eğitim ve gelirin düşük düzeyde olması, gelir getirebilen bir işte çalışamaması durumlarıyla ilgili olduğu tespit edilmiştir. Birinci trimester süresince fizyolojik değişimler ve hormon düzeyinde duygusal dalgalanmalara sebep olmasıyla kadınların birincil(primer) odak olarak kendilerinin olmasından kaynaklanan benlik

duygusunun hâkimiyetindedir (Kömürcü ve Merih, 2012: 148).

Hamile, önemsemediği insanlar ve çevresindeki kişiler tarafından gebeliğinin bilindiğinden ve kabul edildiğinden şüphelenmemek istemektedir (Altınçelep, 2011: 96). Bilhassa eşi tarafından hamileliğin kabullenildiğinden emin olmak ister. Eşleriyle mutlu birliktelik yaşayan ve yeterli sosyal destek alan kadınlar hamileliklerini kolaylıkla kabul edebilmektedir (Lederman ve Wels, 2009: 38; Altınçelep, 2011: 98). Birinci trimesterde hamileliğini kabul eden ve özgüveni yüksek olan kadınların adaptasyon sürecinin olumlu olduğu saptanmıştır (Altınçelep, 2011: 98).

### **İkinci Trimesterde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler**

Birinci trimesterde karşılaşılan ambivalan duygular ikinci trimesterde ortadan kalkar, kadınlar hamilelik belirtilerini fiziksel olarak gösterir, bulantıları ve rahatsızlıkları azalır, gücü artar, kendilerini daha iyi hisseder ve gebeliği hakkında daha iyi duygular hissetmektedir (Kömürcü ve Merih, 2012: 148; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014: 824).

Birinci trimesterde fetüs hareketlenir ve böylece kadınlar ilk defa içinde var olan canlıyı hissedebilmektedir (Kömürcü ve Merih, 2012: 148; Taşkın, 2016: 98). Bu durum anne ile fetüsün bağımlı artırmaktadır (Sözeri, 2011).

Hamileler ilkin bebeklerini kendilerinden bir parça olarak hissederken daha sonra farklı bir varlık olduğunu kabullenir ve böylece annelik rollerini benimsemektedir (Taşkın, 2016: 98). Teknolojinin gelişmesiyle uygulanan ultrasonografik yöntemlerle fetüsün kalp atışlarının anneler tarafından duyulmasıyla bebeğin canlı olmasının öncesinde hissedilmesiyle hamilelik sürecinde olumlu değişikliklerin yaşanmasına katkı sağlanmaktadır. İkinci trimesterde içe dönüklük, fiziksel görünüşünün değişiklik göstermesine bağlı olarak utanma (Sözeri, 2011), pasiflik, aşırı hassasiyet, büyük sevinç ve alınganlık gibi duyguların yoğun ve ani yaşanması nedeniyle değişimlerin yaşandığı görülebilmektedir (Taşkın, 2016: 98). Hamilelik durumunun kabul edilmesine rağmen anlayış ve duygu değişikliği, alınganlık, aşırı hassasiyet, huzursuzluk, büyük mutluluk, ani kızgınlık, sorun çözümlemede duraksama gibi birtakım şaşkıncı değişimlerin yaşandığı da görülebilmektedir (Özkan, 2010: 94).

Hamile kadınlar aldıkları kilolar ile fiziksel görünümünün değişmesinden etkilendikleri için eşlerinin beğenmeyeceğini ve çekiciliklerini yitirdiklerini

düşünebilmektedir (Özkan, 2010: 94). Ayrıca kadınlar bebeklerine zarar verebilecekleri düşüncesiyle cinsel aktiviteden uzak durmak isteyebilmektedir (Altınçelep, 2011: 96).

Kadınların bu dönemde primer odakları bebekleridir (Kömürcü ve Merih, 2012: 148). Yoğun enerji mutluluk duygularıyla kendilerini genel olarak iyi hissetmektedirler ve bebek sağlıklı dünyaya getirmek için yapılması gerekli görünenleri planlamaktadır (Kömürcü ve Merih, 2012: 148). Hamileler için bebekleri artık daha çok önemli olduğundan birtakım işlerine ve çevresindeki diğer insanlara karşılık daha az ilgi göstermektedir (Kömürcü ve Merih, 2012: 148).

### **Üçüncü Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler**

Üçüncü trimesterde, fetüsün büyümesiyle ve uterusun hacmin artmasıyla hamileler daha yorgundur. Gebeler bu dönemde daha bitkin ve varisleri de belirginleşmiştir (Altınçelep, 2011: 96). Üçüncü trimesterde, hamilelerin psikolojisi doğuma hazır olma ihtiyacı hissetmektedir (Özkan, 2010: 94).

Hamile kadınlar bu dönemde bebeğin odasını hazırlama, isim bulma, kıyafetler alma gibi bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamak istemektedir (Altınçelep, 2011: 96). Doğumun yaklaşmasından kaynaklı olarak hamileler doğum eyleminden ve bebeğinin ağırlığı için kaygı duymaktadır (Sözeri, 2011). Kadınlar artık hamilelik sürecinden sıkılmakta, sıklıkla idrara çıkmakta, iştahları değişkenlik göstermekte, varis, kas krampları, hemoroid, ödem, uykusuzluk ve bel ağrılarıyla karşılaşmaktadır (Altınçelep, 2011: 96). Bu dönemde hamileler tekrardan ambivalan duyguları yaşarken bir taraftan doğum yapmaktan korkarken diğer taraftan bebeği istemektedir (Altınçelep, 2011: 96). Kadınlar; doğumu, hamileliği, bebekleri hakkında eşlerinin düşünce ve duygularını kendileriyle paylaşmasını istemektedir (Altınçelep, 2011: 96). Bu dönemde kadın bebeğini kaybedebileceğini ya da zarar görebileceği duygusunu daha yoğun yaşar ve dolayısıyla kendilerine çok daha fazla dikkat etmektedir. Hamile bu dönemde fiziksel ve duygusal açıdan kontrolü kaybetmekten korkar, bu nedenle fiziksel ve duygusal destek için diğer insanlara bağımlı kalma ihtiyacı hissetmektedir. Bilhassa eşlerini sürekli ararlar ve anında ona ulaşacağından emin olmak istemektedir. Hamileler doğum anıyla ilgili kaygı yaşayabilmektedir. Hamile kadınlar doğum zamanının belirsizliğinden, hastaneye zamanında varamamaktan, doğum sancısından, kendi ve bebeğinin hayatı ile ilgili kaygılar taşımaktadır. İlk kez doğum yapacak kadınlar bilinmezlik korkusu yaşarken, doğumu deneyimleyen kadınlar ise bir şeyin

yanlış gideceğinden korkmaktadır (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014: 824).

Hamilelerin yaşantısı ve mental durumları gebelik sürecini, fetüsü, aile bireylerini ve hatta toplumu etkileyebileceği için bu dönemde karşılaşılan psikososyal problemlerin tespit edilmesi ve bu sorunların çözülebilmesi açısından girişimler planlanarak uygulanmalıdır (Altınçelep, 2011: 96).

### **2.1.3. Doğum Şekilleri**

Williams tarafından yazılan Obstetrik adlı kitabındaki doğum tanımı “*düzenli uterus kasılmalarının başlangıcından plasentanın çıkışına kadar geçen dönemdir* (Williams, 2011).” olarak ifade edilmektedir. Doğum, genel termolojiye göre 500 gram üzerindeki ağırlıkta veya baş-topuk mesafesi 25 cm ve daha üstünde fetüs doğumu olarak tanımlanmaktadır (Danfort, 2003: 944). Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise gebeliğin 20. haftası itibariyle sonlandırılan gebeliğe “*doğum*” denilmektedir (WHO-Report, 2010). Tanımlardan da anlaşılacağı üzere plasentanın çıkmasına veya umbilikal kordonun kesilmesine bağlı kalmadan anne rahminden fetüsün tamamen çıkması doğum olarak tanımlanmaktadır. Bu eylem iki şekilde gerçekleşebilmektedir; normal vajinal doğum ve sezaryen doğumdur (Williams, 2011; Danfort, 2003: 944; Steven, 2009: 411; Ronald vd, 2010: 472; Çiçek vd, 2006: 227).

#### **2.1.3.1. Normal Vajinal Doğum**

Vajinal yoldan fetüsün ile eklerinin bir müdahale gerektirmeksizin kendiliğinden dışarı çıkması normal vajinal doğum olarak tanımlanabilmektedir. Normal doğum bebeğin uterus (rahim), vajina (doğum kanalı) ve cervix (rahim ağzı) yolu ile fetüs ve plasentanın dışarı çıkması olarak ifade edilmektedir. Doğum eylemi sırasında bu işlem uterus kasların kasılmasıyla oluşmaktadır. Birçok kadının hamile kalmasından itibaren 38 ile 40 hafta aralığında doğum yapabilmektedir (Steven, 2009: 392; Ronald vd, 2010: 472).

Obstetrik müdahale ile yapılan vajinal doğuma “Müdahaleli (asiste) Vajinal Doğum” denilmektedir. Sezaryen kullanılmasıyla yapılan doğumda ise abdomene ve uterusa atılan bir kesik (incision) sayesinde açılan aralıktan plasenta, fetüs ve diğer zarların dışarıya çıkartılmasına denilmektedir (Cunningham vd, 2001; Danforth, 2003: 943; John, 2005: 154).



Bu kavram doğumdaki yapılan her işlemin tıbbi müdahale ya da bakım yapılmadan gerçekleşebildiği anlamını taşımamaktadır. Normal vajinal doğumda ortaya çıkan doku yırtılmaları (lasera; lacerations) yalnızca tıbbi müdahale ile düzeltilebilmektedir. Bu denli tıbbi onarımlar fizyolojik vajinal doğumunda kendiliğinden kabul edilmektedir. Her bir kadının acı eşiğinin değişkenlik göstermesinden kaynaklı olarak doğumun farklı evlerinde analjezikler uygulanmaktadır. Bu şekilde kullanılan analjezikler kendiliğinden gelişen vajinal doğumun bir gerekliliği ve parçası olarak görülmektedir (Steven, 2009: 392;Ronald vd, 2010: 472;Çiçek, 2006: 227).

### **2.1.3.2. Sezaryen (Cesarean Section; Cs)**

Uterus ve abdominal duvarına yapılan müdahale ile birlikte fetüsün, plasentanın ve zarların dışarı çıkartılması işlemine sezaryen olarak tanımlanmaktadır. Uterus rüptürü ya da sekonder implantasyonun oluşması sonucunda abdominal boşluğa yerleşen fetüsün abdominal insizyon yoluyla abdominal boşluktan dışarı çıkartılmasına (Abdominal delivery) bu işlemin içerisinde yer almamaktadır (Cunningham vd, 2011; Steven, 2009: 392).

Sezaryen doğum önceki zamanlarda hayati tehlikesi olan anneler için uygulanırken günümüzde daha çok fetal sorunlar nedeniyle uygulanmaktadır. Sezaryen uygulamasının fetüsten kaynaklı olarak uygulanmasının nedenleri arasında pozisyon anomalileri ve prezentasyon sayılabilmektedir. Genellikle sezaryenin % 85'ten daha fazlası daha önce sezaryen öyküsü olanlarda, fetal distres, makat prezentasyonu ve distosi nedeniyle uygulanmaktadır (Marut, 1979: 263). Sezaryen doğumun bu kadar fazla kullanılmasının nedeni vajinal doğum, makat doğum ve doğum esnasında meydana gelebilecek fetal sorunlarla ilişkili hukuki kaygılardan endişelenen obstetrisyenlerin önerdiği düşünülmektedir (Paul, 2007: 7). Fakat son yıllarda sezaryen doğumun gerçekleştirilebilmesi için annenin de onayının alınması gerektiğine dikkat çekilmektedir (Department of Health, 1993;National Institute for Clinical Excellence, 2004; Department of Health, 2004). Geleneksel modeldeki düşünceye göre doğum uzmanına, anne ile bebeğin sağlığı konusunda en doğrusunu bilen, kaygıları gideren, karar almada lider olan, olası tehlikeleri önleyebilecek kişi olarak nitelendirilmiştir (Kalish, 2006: 884; Paul, 2007: 7). Ortak karar alınan yeni paradigmadaysa hamile ile klinisyen arasında bilgi alışverişi yapılarak doğum konusu tartışılarak, doğum şekline karar verilmektedir (Kalish, 2006: 884;Montgomery vd, 2007: 1305).Fakat sezaryen doğum öyküsü olan kadınların kendileri için en uygun

olabilecek doğuma karar verebilmesi için sezaryen ve normal vajinal doğumun riskleri ve faydaları konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir (Charles vd, 1999: 781). Bu amaç doğrultusunda kadınların karar vermelerinde müdahale etmeden ve etkilemeden seçimleri konusunda bilgilendirilerek tedavi çeşitlerinden birini tercih edebilmeleri ve tercihlerin sonucunda sağlıklarında yaşanacak değişimler hakkında aydınlatıcı karar destek programları uygulanmaktadır. Karar destek programlarıyla birlikte bilinç düzeyinin ve beklentilerin artıracığı, karar almada iç çatışmaların azaltacağı ve kadınların karara aktif olarak katılacağı düşünülmektedir. Karar alma konusunda asıl sorumluluğun kadınların üzerine yüklendiği ve operasyon sırasında olabilecek tehlike ve faydalar hususunda detaylı bilgilere sahip olması gerektiğini belirten yayınlarda bulunmaktadır (York vd, 2005: 442; Emmett vd, 2006: 1441).

## **2.2. Yeme Bozukluğu**

Bütün beslenme davranış bozukluklarını kapsayan, genel olarak bu rahatsızlıklara belirtmek için “Yeme Bozuklukları” (YB) tanımı kullanılmaktadır. Bulimia Nervosa (BN) ve Anoreksiya Nervosa (AN) en iyi bilinen yeme bozukluklarıdır. Bunların yanında yiyecek maddesi olmayan cisimlerin yenilmesini ifade eden pika ve yenilmiş bir yemeğin tekrardan ağza getirerek çiğnediği anlamına gelen davranışa ruminasyon bozukluğu denilmektedir. Dünya çapında pika ve ruminasyon bozukluğu psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılması içerisinde yer alan yemek yemeyle ilişki davranış sorunlarıdır. YB, ortaya çıkma sebepleri karmaşık, erken başlayıp uzun bir süreçte devam eden ve terapötik güçlükler ile ifade edilen ölümlerle bile sonuçlanabilen bozukluklar olmaktadır (Oral, 2006).

YB patolojisi Kernberg’e (Kernberg, 1994: 708) göre, bedene yapılan bir saldırdır. YB yaşayan hastalar, sürekli psikosozal ve metabolik komplikasyonlara maruz kalmaktadır. Aynı anda şiddetli duygudurum bozukluğu ve anksiyete gösterebilmektedir. Ayrıca bu hastaların izole bir yaşam tarzını benimsedikleri görülebilmektedir (Aydın vd, 1999: 179).

### **2.2.1. Yeme Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi**

YB sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden insanları etkileyebilen, yemek yeme davranışlarına, kiloya ve fiziksel görünüşle ilişkili düşüncelerle kendini gösteren bir durumdur (Ünalın vd, 2009: 75). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013)’na

göre, YB; pika, bulimia nervoza (BN), anoreksiya nevroza (AN) ve adlandırılmayan birçok YB davranışları olmak üzere ayrılmaktadır. Bunlar (Association, 2013);

1. Pika
2. Geri Çıkarma
3. Kaçıngan/kısıtlı yeme
4. Anoreksia Nervosa
5. Bulimia Nervoza
6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
8. Tanımlanmamış Yeme Bozukluğu
9. DSM-V tanı kriterleri içinde gösterilmeyen (az bilinen) yeme bozuklukları
  - Bigoreksiya (kas dismorfizmi)
  - Ortoreksiya nevroza
  - Kuş gibi beslenme

YB ilk defa 17.yüzyılda tanımlanmıştır. Fakat tanımlanmasının ardından geçen süreçte literatür çalışmaları sınırlı kalmıştır. 20. yüzyıla gelindiğinde bu bozuklukların belirlenmesi, tanı ölçütü ve tedavisi hakkında araştırmalara ağırlık verilmiş ve sınıflandırması da 19. yüzyılın ortalarında yapılmıştır. Bilinçlenme düzeyinin artmasıyla beraber bu hastalığa sahip hastaların sayısının arttığı görülmüştür. YB oluşmasında stres etmenin başlıca etken olduğu tespit edilmiştir (Fairburn ve Bohn, 2005: 696).

YB tarihsel açıdan geçmişe sahip bir patoloji grubu olmaktadır. YB antik çağlardan itibaren değişkenlik gösteren sıklıklarla ve belirtilerle kendini göstermektedir (Canat, 1999: 134). Andersen ve Yager'e (2005) göre, YB geçmiş zamanlardan beri var olmuş, fakat bulimia nervozanın ve anoreksiya nervozanın sınıflandırma sistemine resmi olarak yakın dönemlerde dâhil edilmiştir (Andersen ve Yager, 2005: 2013). Modern çağın hastalıklarından biri olan YB, hızlı artış gösteren hastalık grupları arasında yer almaktadır. Çekiciliğin zayıflık olması, incelik kavramı, estetik kaygılarının farklı algılanması YB hastalıklarını artırmaktadır. Bilhassa genç kızların kilosu fazla olması; insanların yaşlı gördüğü, zarafet ve inceliğin daha çekici geldiği yönündeki anlayış ince olma, zayıf kalma isteğini ortaya çıkarmaktadır (Ertaş,

2006).

1930 yılından itibaren YB'ları psikanalitik açıdan anlatılmaya çalışılmış ve bozulan yeme fonksiyonları ve kusma davranışı üzerinde durulmuştur. Freud'un bu açıklamaları üzerine hemen hemen de bütün anlatımlar "cinselliğin kontrolü" ve "bozulmuş beslenme dürtüsü" odaklanmıştır (Pirim vd, 2004: 32). Psikiyatri alanında YB'nin oluşum sebepleri ve sağaltımı tartışma konusu olan bir hastalıktır. YB komplikasyon ve sonucu bakımından önemli riskler barındırmaktadır. 30 yıllık bir sürecin içinde AN sahip hastaların %25'i hayatını yitirmekte, % 25'i kronik hale dönüşmekte yani düşük vücut ağırlığıyla yaşamlarını sürdürmekte veya BN gelişebilmekte dolayısıyla da kilolarında yüksek oranda değişimler görülebilmektedir (Hantaş, 2002). YB erkeklere kıyasla kadınlarda çok daha fazla görülebilmektedir. Genel olarak %1 oranında yaygınlık göstermektedir (Davidson ve Neale, 2004: 219).

### **2.2.2. Yeme Bozukluğu Belirtileri ve Tanı Ölçütleri**

YB; düzensiz gıda alınımı ve orantısız vücut görünümüyle karakterize olan bir zihinsel hastalık olmaktadır (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013). Doğurganlık ve ergenlik dönemlerini yaşayan bireylerde sıklıkla görülebilmektedir (Lowe vd, 2012: 183; Linna vd, 2014: 7). YB kilo ve besinlerle ilişkili bilişsel bozuklukların kapsayan, dengesiz beslenme davranışıyla ciddi medikal/nutrisyonel komplikasyonlara sebebiyet veren psikiyatrik bir sendrom olmaktadır ve tedavi yaklaşımları da multifaktöriyel olmak üzere değerlendirilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Hamilelik; YB davranışlarının nüksetmesi veya iyileşmesi için kritik noktası olan psikolojik, fiziksel ve sosyal dönüşümleri kapsayan bir süreç olmaktadır (Watson, 2014: 659). Hamilelikte kilo alınımını kontrol altında tutulması açısından enerji alımlarını azaltan ve çok fazla egzersiz yapan hamileler için Pregoreksiya tanımı kullanılmaktadır ("CBS News", 2008).

Hamilelik döneminde Pregoreksiya kıyasla obezite daha fazla görülebilmektedir. Bununla birlikte kadınların bedensel görünüşlerine ne kadar dikkat ettiklerine ve beslenme davranışı bozukluklarının öyküsüne beslenme uzmanların dikkat etmesi gerektiği belirtilmektedir (Mathieu, 2009; 978).

YB hamilelik dönemine ciddi etkiler yaratarak, bebek ve anne için olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Lowe, 2012: 183). Doğurganlık çağında ve hamilelerde görülen en bilinen YB belirtileri; bireyin bedeninden şikâyet etmesi, kilo alma kaygısı,

düzensiz ve dengesiz beslenmesidir (Linna, 2014: 392). Hollanda 'da YB öyküsü olan hamile kadınlarla gerçekleştirilen bir çalışmada; YB geçmişi olan kadınların, YB öyküsü olmayanlara kıyasla yüksek düzeyde diyet kalitesinin bulunduğu ve beslenme davranış bozukluğu olan annelerin emzirme sıklığının daha az olduğu tespit edilmiştir (Nguyen, 2017: 112).

Jinekolojik ve obstetrik komplikasyonlar YB olan kadınlarda sıklıkla görülebilmektedir. Plansız hamilelik durumu, infertilite, düşük, hamilelik boyunca yetersiz gıda alınımı, gebelerde iştahsızlık, baş çevresi küçük bebekler, bedensel ve kilo değişimlerinden kaynaklı olarak doğumdan sonra depresyon ve anksiyete görülmesi, jinekolojik kanser, cinsel işlev bozukluklarına neden olabilmektedir. Bu durumların dışında AN da bebeklerin emzirilmesi erkenden bırakılmakta, BN da ise polikistik over sendromu ve çok fazla beslenme sonucunda obezite neden olan komplikasyonları bulunmaktadır (Easter, 2015: 23; Kolko, 2016.). Hamilelik süresince beslenme anne ve bebeğin sağlığını etkilemektedir. Bu süreçte bebeğin gelişimi etkilenerek uzun vadeli sonuçlara yol açabileceğinden hamilelerin beslenmesine dikkat etmesi gerekmektedir.

YB fiziksel görünüş bozukluğu ve düzensiz beslenmeyle karakterize olan zihinsel bir rahatsızlık olmaktadır (America Psychiatric Association, 1994; America Psychiatric Association, 2013). YB davranışları vücut ağırlığı ve besinlerle ilişkili bilişsel bozuklukları kapsayan, dengesiz beslenme tutumlarıyla ciddi medikal/nutrisyonel komplikasyonlara yol açmaktadır psikiyatrik bir sendrom olarak değerlendirilmektedir ve tedavi yaklaşımları multifaktöriyel olmak üzere değerlendirilmektedir (America Psychiatric Association, 1994).

YB, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) prensiplerine göre BN, AN ve kişiselleşmiş YB olarak ifade edilmektedir (Czech Szcza, 2015: 1713). DSM-V kriterlerine göre yeme davranış bozukluğunun sınıflaması Tablo 2.1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1. DSM-V kriterlerine göre yeme davranış bozukluğunun sınıflaması**

<b>DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine göre Sınıflanması</b>
Anoreksiya Nervoza (AN)
Bulimia Nervoza (BN)
Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
Pika
Geri çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu
Sınırlayıcı/kısıtlayıcı besin alımı ile ilgili hastalıklar
Diğer Belirlenmiş Beslenme ya da Yeme Bozukluğu
Belirlenmemiş Beslenme ya da Yeme Bozukluğu

**DSM-V kriterlerine göre yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervoza (AN):**

- A. İhtiyaca göre enerjinin alınmasının kısıtlanması, kişinin yaş, cinsiyet ve gelişimsel olarak ilerlemesinde ve vücut sağlığında belirgin bir düşüşe neden olur. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığı, olması gerekenin en düşüğünün altında veya gençler ve çocuklar için beklenenin en düşüğünün altında olarak tanımlanır.
- B. Kilo almaktan veya şişman olmaktan aşırı korkma veya sabit bir biçimde kişinin düşük vücut ağırlığında olması için kilo almayı zorlaştıracak devamlı davranışlar sergilemek.
- C. Kişinin vücudunu ya da ağırlığını nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk vardır. Kişi değerlendirme yaparken vücuduna ya da ağırlığına ilişkin yersiz yüklemeler yapar ya da düşük vücut ağırlığının önemiyle ilgili durumu kavrayamaz. (American Psychiatric Association, 2013 :173).

## **Bulimia Nervoza (BN):**

- A. Tekrarlayıcı tıkanırcasına yeme dönemleri. Tıkanırca yeme dönemi aşağıdaki her iki durum ile belirlidir:
1. Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu insanın yiyebileceğinden daha fazla yiyeceği, farklı zaman dilimlerinde (örn: herhangi iki satte bir ) yeme
  2. Bu dönem esnada yemek yemeyle ilgili bir denetimin var olmadığı duyumunun olması
- B. Kilo almamak için, kendini kusturma, iç sürdüren ve idrar sökücü ilaçlar ya da bazı ilaçları yanlış yere kullanma, hemen hemen hiç yememe veya aşırı spor yapma gibi tekrarlayan, uygunsuz istek ve davranışlarda bulunma.
- C. Tıkanırca yeme ve uygunsuz istek ve davranışların her ikisinin de üç ay içinde, en az haftada bir kez olması.
- D. Kişilik değerlendirmesinde, vücut biçimi ve ağırlığı ile ilgili olumsuz biçimde etkilenmesi.
- E. Bu bozukluğun, sadece anoreksiya nevroza dönemleri sırasında ortaya çıkması. (American Psychiatric Association, 2013: 175).

## **Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu**

- A. Tekrarlayıcı tıkanırcasına yeme dönemleri. Tıkanırca yeme dönemi aşağıdaki her iki durum ile belirlidir:
1. Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu insanın yiyebileceğinden daha fazla yiyeceği, farklı zaman dilimlerinde (örn: herhangi iki satte bir ) yeme
  2. Bu dönem esnada yemek yemeyle ilgili bir denetimin var olmadığı duyumunun olması
- B. Tıkanırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü ( ya da daha fazlası) eşlik eder:
1. Normalden daha çok hızlı yeme.
  2. Rahatsız edecek kadar tokluk hissine denk gelme.
  3. Fiziksel açlık hissetmiyorken çok fazla yeme.
  4. Yeme miktarından utandığı için yalnız yeme.
  5. Sonrasında kendinden tikslenme, suçluluk hissetme ya da çökkünlük yaşama.

- C. Tıkanırcasına yeme davranışıyla ilgili belli sıkıntı duyma.
- D. Bu tıkanırcasına yeme davranışlarının, ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olması.
- E. Tıkanırcasına yemeye; bulimina nevrozadaki gibi tekrarlayan, uygunsuz istek ve davranışlar eşlik etmez ve tıkanırca yeme sadece BN ve AN'nın gidişatı sırasında ortaya çıkmamaktadır. (American Psychiatric Association, 2013: 176).

**Pika:**

- A. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri en az bir ay süreyle, sürekli olarak yeme.
- B. Bu davranışın kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu olmaması.
- C. Bu yeme davranışının kültürel bir dayanağının olmaması veya toplumsal olarak kabul görülecek bir davranış olmaması.
- D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozuklukla ortaya çıkıyorsa (otizm, şizofreni, anlıksal yetiyitimi) ayrı bir klinik değerlendirme gerekli olacak kadar ağırdır. (American Psychiatric Association, 2013: 171).

**Geri çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu:**

- A. En az bir ay süreyle, kişinin yediği yiyeceği sık sık geri çıkarması. Çıkarılan bu yiyeceğin yeniden çiğnenmesi, yeniden yutulması ya da dışarı tükürmesi.
- B. Sık sık geri çıkarmaya eşlik eden bir mide-bağırsak veya başka bir sağlık problemiyle ilgili olmaması.
- C. Bu yeme bozukluğunun, sadece AN, BN, tıkanırcasına yeme veya kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunda ortaya çıkmaması.
- D. Bu belirtilerin, başka bir ruhsal bozuklukla ortaya çıkıyorsa (otizm, şizofreni, anlıksal yetiyitimi) ayrı bir klinik değerlendirme gerekli olacak kadar ağırdır. (American Psychiatric Association, 2013: 172).

**Kaçınan/kısıtlı besin alımı ile ilgili hastalıklar:**

- A. Aşağıdakilerden biri ya da birçoğunun eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da gerekli enerjinin sürekli olarak karşılanmaması durumunda ortaya çıkan bir yeme ve beslenme bozukluğu.
  1. Belli derecede kilo kaybı (veya çocuklarda gelişiminin durması ya da
  2. beklenen kiloya ulaşmaması)



3. Belli bir beslenme eksikliği.
  4. Tüp yardımıyla beslenme veya ağızdan besin alma destekçilerine bağlı kalma.
  5. Toplumsal ve ruhsal işlevselliğinin düşmesi.
- B. Bu bozukluk, kültürel olarak kabul gören ya da ulaşılabilir yiyecek olmaması.
- C. Bu yeme bozukluğu, sadece AN ya da BN gidişatı sırasında ortaya çıkmamakta ve kişinin kilosu veya vücut biçimiyle ilgili algılamada herhangi bir bozukluk olmaması.
- D. Bu bozukluğa eşlik eden bir sağlık durumu ile açıklanamaz ya da başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğunun başka bir bozukluk veya durumda çıkması; var olan durumun ya da bozukluğun ağır olabileceğinden klinik açıdan ayrı bir değerlendirme gerektirir. (American Psychiatric Association, 2013: 172).

#### **Diğer Belirlenmiş Beslenme ya da Yeme Bozukluğu:**

Klinik değerlendirmede belli bir sıkıntıya veya toplumsal, iş alanlarında veya önemli başka işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluklarındaki tanı ölçütleri için bu tanıları tam karşılayamadığı durumlarda bu tanım kullanılmaktadır. Bu kategori, beslenme ve yeme bozukluğunda herhangi özgül bir tanı ölçütünü karşılamamasının özel nedenini klinisyenlerce tartışmak istenildiğinde kullanılır. (American Psychiatric Association, 2013: 177).

#### **Belirlenmemiş Beslenme ya da Yeme Bozukluğu:**

Klinik değerlendirmede belli bir sıkıntıya veya toplumsal, iş alanlarında veya önemli başka işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluklarındaki tanı ölçütlerinin baskın olduğu, ancak bu tanıları tam karşılayamadığı durumlarda bu tanım kullanılmaktadır. Bu kategori, beslenme ve yeme bozukluğunda herhangi özgül bir tanı ölçütünü karşılamamasının özel nedenini klinisyenlerce tartışmak istenildiğinde kullanılır. (American Psychiatric Association, 2013: 179).

Hamilelikte fiziksel görünüşün değişmesi ve ağırlığı konusunda kaygıların aşırı olarak yaşandığı dönemde YB öyküsü olan kişiler için hamilelik daha az tolere edilmektedir (Erginbas Kender, 2015: 123). YB olan kadınlarda obsesif kompulsif

bozukluk, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar sıklıkla görülebilmektedir. Bilhassa hamilelikte fetüsün ağırlığı ve sağlığından kaynaklı olarak YB gösteren kadınlarda hamileliğe bağlı kaygılar taşıdığı görülmektedir (Erginbas Kender, 2015: 123).

Hamilelikte YB için başlıca risk faktörleri;

- 30 yaşın üzeri,
- Cinsel istismar öyküsü,
- Hamilelik öncesi teşhis edilen YB öyküsü,
- Geçmiş zamanda yaşanan ciddi bir olaya maruz kalma veya psikolojik travmalar oluşturmaktadır (Czech Szczapa, 2015: 1713).

### **2.2.3. Yeme Bozukluğu Nedenleri**

YB hastalar demografik özellikleri büyük farklılıklar göstermektedir. YB'nın temel durumlarından biri, kişinin kendini şişman olarak algılamasıdır. Vücut şeklini hasarlı görmesi (zayıf veya normal bir vücuda sahip olmasına rağmen), şişmanlama ve kilo alma kaygısını ya da inceleme konusunda yoğun yaşaması nedensiz bir obsesyonu bulunmaktadır (Kreipe ve Birndorf, 2001: 1038).

#### **Aile ilişkileri ve etkileşimi;**

Araştırmacıların AN olan hastaların aile ilişkilerinde tespit ettikleri patolojileri AN yol açan sebepler olarak göstermektedir. “Psikosomatik aile” kuramına göre “aile ilişkileri patoloji semptomu AN olan kişilerdir.” Yani temelde anaoreksiyalılar, bahsedilmeyen aile iletişim patolojisinin dışavurumdur. Psikosomatik aileler tartışmadan kaçan, aşırı bağlı, çok koruyucu; kuralcı ve katı; yetersiz sorun çözme kapasitesi; ilişkiler birbirine uzak ya da yakındır (Kapudan ve Erol, 2013: 42). YB sahip olan çocukların ailelerinin genelde çok koruyucu, her şeylerine karışan, bireysel takılmalarına izin vermeyen yapıya sahiptir. Ayrıca ebeveynlerinin empati kurması zor, daha az destekleyen ve sorunlu oldukları görülmüştür (Siyez, 2006: 24; Yücel, 2009: 41)

#### **Açlık sendromu;**

YB olan hastaların kilo vermek için aşırı çabalaması, sekonder gelişim gösteren yemekle ilgili düşünce uğraşı, emosyonel gerginlikleri, yeme atakları, bilişsel kusurları ve sosyal izolasyonları değerlendirilmemektedir (Kapudan ve Erol, 2013: 42). Araştırmalar YB ve diyet yapmanın arasında bağlantının olduğunu açıkça

göstermektedir. Klinik çalışmaların sonucunda YB davranışının görülmesinden önce, kişilerin diyet yaptıklarını tespit etmiştir (Baş, 2008: 217).

Psikoloji ve tıbbi bakımdan en iyi durumdaki genç askerler ile gerçekleştirilen çalışmada, altı ay süresince normal öğünün yarısını yemek durumunda bırakılmış ve sonucunda AN belirtileri göstermeye başlamışlardır. Kronik açlıkla birlikte sekonder olarak fizyolojik bozukluklarda meydana gelmiştir. Açlık durumları insanları karakteristik şekilde etkilemektedir. Genellikle kendilerini diğerlerinden ayırma, gizlenme, inziva ve aile üyelerinden uzaklaşma görülebilmektedir (Garner ve Garfinkel, 1997: 14).

### **Beden imgesi;**

AN olan hastalarının fiziksel görünüşlerinin bozulması, bedenlerini olduğu gibi algılayamadıkları için klinik tablo sürmektedir. Hastaların vücut büyüklüğünde, ağırlığında ve şeklinde hasarlı olması ve kendilerini olduklarından daha kilolu görmeleri sağlayan AN için klişeleşen belirtilerdir. Bu durumda AN hastası olan bireyler kendinin “şişman” olduğunu iddia ederken, kendi gibi başka AN hastasını hastalık derecesinde, aşırı zayıf görmektedir. Genellikle hastalar olduklarından daha şişman veya büyük hissettiğini söyler ve bu şekilde anlaşılmaktadır (Kapudan ve Erol, 2013: 42).

### **Sosyokültürel etkenler;**

Toplumların zayıflık hakkındaki normları YB'nin etiolojisinde önemlidir (Siyez, 2006: 24). YB'de aile, kişisel ve sosyokültürel etkiler risk faktörleri olarak sıralanmaktadır. Sosyokültürel çalışmalar batılı genç kızların üzerinde ince bir vücutları olmaları hakkındaki kültürel baskıların, YB için gereken riskleri oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Tozzi vd, 2003: 148). Belli bir ağırlığın ya da zayıflığın sporda iyi bir performans sergilediğine inanılması ağırlık ve estetik sporlarıyla uğraşan atletlerin, nüfusun geneline göre YB maruz kalma tehlikesi daha yüksektir (Costarelli, 2009: 108). Zayıf olma durumunun incelik, başarı, çekicilik ve güzellik olarak algılandığı kültürel baskılar, bireyleri diyet yapmaya yönlendirdiği ve YB gelişimine neden olabileceği belirtilmektedir. Fakat güzellik algılarındaki değişim, bedenlerinin ince olması konusundaki isteklilik medya ve sosyal baskılardan kaynaklı olarak kilo ve diyet konularının toplumsal obsesyona dönüşebilmesine rağmen AN prevalansı düşük olmaktadır. AN için düşük prevalans oranı haricindeki etkenlerin etkili olabileceğini göstermektedir. Söz konusu olan kültürel etkilerin genelini AN

gerçekleştirmemektedir. Yalnızca düşük oranda hastalığa yatkınlığı olan bireylerde AN olabilmektedir. AN'yi açıklayabilmek için bu faktörler yeterli gelmemektedir ama tikanırçasına yeme bozukluğu (TYB) ve BN açısından bahsedilen sosyokültürel etkilerinin AN'ye karşılık daha çok etkili olacağı düşünülmektedir (Kapudan ve Erol, 2013: 42).

### **Biyolojik görüşler;**

YB davranışlarını düzenlenmesi işlevinde nörotransmitterlerin, Hipotalamusta paraventriküler çekirdekte karmaşık etkileşimleri bulunmaktadır. Serotonin hormonu doygunluk hissini artırırken, norepinefrinin iştah artırıcı etki yaratmaktadır. Serotonin gıda alımını azaltmakta, impulsif, obsesif-kompulsif ve agresiflik davranışları düzenlemektedir. Dopaminin az ya da çok aktivasyonu da YB yol açmaktadır. Hormonlar ve ilaçlar, dopamin transmisyonuna etki eden invivo çevresel stresler olarak gıda alımını kısıtlanmamasına sebep olmaktadır (Maner, 2001:134).

Beyin görüntüleme çalışmaları sırasında, AN gelişmesinden sonra tespit edilen yapısal beyin fonksiyonları değişiklikleri (beyin genişlemesi, atrofi) belirlenmesiyle beraber, AN gelişiminde mevcut bir patoloji görülememiştir (Kapudan ve Erol, 2013: 42).

### **Genetik faktörler;**

AN hastası olan bireylerin kız kardeşleri için %6.6 oranda AN gelişim yatkınlığı bulunmaktadır. Sınırlayıcı tip AN konkordansı; çift yumurta ikizinde hiç yokken, tek yumurta ikizinde %66 oranında olduğu tespit edilmiştir. İkiz çalışması büyük bir örnekleme yapılmış olup çift yumurta ikizleri ile tek yumurta ikizlerin BN konkordansı karşılaştırıldığında tek yumurtaların anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bazı araştırma çalışmalarında AN, BN olan hastaların birinci derecen akrabalarında AN, BN ve bu hastalığa benzeyenlerin ailevi kümelemesi de dikkat çekmektedir (Maner, 2001:134).

Genetik açıdan nelerin kalıtıldığı tartışma konusudur ve belirlenememiştir. YB katkı sağlayacak belirli genlerin tespit edilmesinde olabildiğince karmaşık olmaktadır. Günümüze kadar basit çeşitlerde, yalnızca yeme, kilo ve faaliyet düzenlemeye katkı sağlayan ve son dönemlerde sıkça bahsedilen daf-2 düzenleyici genleri gibi, 200'den daha fazla gen bulunduğu saptanmıştır (Kapudan ve Erol, 2013: 42).

## **Ağırlıkla ilişkili takıntı ve yeme bozukluğu;**

Ağırlıkla ilişkili takıntı tıkanırcasına yemek yeme ve başka YB davranışlarıyla (sınırlama ve arınma gibi) bağlantılıdır. Yetişkinlerle gerçekleştirilen çalışmada, ağırlıkla alakalı takıntıların, YB oluşturma riskini artırdığı tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda ağırlıkla ilgili takıntıların, arınma davranışı gösterenlerin bulimik davranış yatkınlığı artırabildiği doğrultusundadır (Baş, 2008: 217).

### **2.2.4. Yeme Bozukluğu Tedavi**

AN ve BN hastalıklarının tedavisi için henüz bir temel tedavi yaklaşımı belirlenmemiştir. Bireysel, grup veya aile psikoterapi tekniğin ve farmakolojik tedavinin etkili olup olmadığı konusu tartışılmaktadır. Genellikle kabul edilen pek çok tedavi yaklaşımları aynı zamanda, ortak çalışma ve işbirliği kapsamında faydalanmaktadır. Bu kapsamda somatik ve beslenme durumunun değişmesiyle bağlantılı medikal girişimler de bulunulmalıdır. AN'de vücut ağırlığının artırılması, BN' de ise tıkanırcasına yemek yeme sanrılarının azaltılması için beslenme uzmanıyla; iç hastalıkları uzmanına somatik komplikasyonlar nedeniyle başvurulması gerekmektedir (Beumont ve Touyz, 1995: 309). AN tedavisi boyunca, beslenme rehabilitasyonu esnasında vücut imgesi düzene girmeden hızlı kilo alamı risk taşımaktadır. Başlangıçta günlük olarak 1.500 kalori alınarak, bir haftada 1 ile 1.5 arasında kilo artışı beklenmektedir. Somatik komplikasyonların hayati tehlike yaratacak seviyedeysen ve beden ağırlıkları cinsiyet, boy ve yaşa göre beklentinin %30 oranının altında kalıyorsa hospitalizasyon gerektirebilmektedir. YB tedavisi için aile terapisinin etkili olduğu konusu giderek daha fazla kabul görmektedir. Bazı araştırmacılara göre ailenin değerlendirilmediği YB tedavisi başarısız olmaktadır (Maltese ve Halfon, 1990: 474). Ailesi ile birlikte yaşayan hastalarda daha fazla etkili olmaktadır.

Bireyselleşme ve otonomi kazanmanın temelinde ile ve ergenle birlikte çalışılmaktadır. BN tedavisine kıyasla AN'nin tedavisi daha kabul görmektedir (Dare ve Eisler, 1995: 321). Bilişsel (Kognitif) Davranışçı psikoterapi yöntemi etkili olanlardan bir tanesidir. AN ve BN uenztr yöntemleriyle uygulanmaktadır. Doğru kabul edilmeyen yeme davranışları ve vücut ağırlıklarıyla çok fazla çaba gösterilmesi hedeflenmektedir. Kognitif davranışçı psikoterapinin temel semptomlarından biri olan imgesi bozukluğunun düzeltilebilmesi de olabildiğince etkili olmaktadır (Garner, 1989: 489).

YB bozukluğunun tedavisinde, bilhassa AN, aktarım (transfert, transference) zorluğu sebebiyle klasik psikanalizin etkisi sınırlı kalmaktadır. Psikopatolojinin açıklanabilmesi açısından psikanalitik referanslara ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat tedavi olmayı yeterince istemeyen hastalarla bunların çalışması mümkün olmamaktadır. YB tedavisi için psikodinamik psikoterapi önem taşımaktadır. Psikodinamik psikoterapi, hastaların duygularını ifade edebilmesini ve hissetme kapasitesini artırmayı sağlamayı, bağımlılık ve güç duygularından bahsedebilmesini kolaylaştırmayı, ilkel suçluluk ve süperego duygusunu ele alarak mevcut beslenme davranışına uygun olacak şekilde çözüm stratejilerinin geliştirilmesi, kişisel bakımın artırılmasını ve hastanın sağlıklı yemek yeme, fiziksel ve bilişsel durumuna geri dönebilmesini amaçlamaktadır (Herzog, 1995: 333).

Hamilelik döneminde YB davranışları gebelik sonucunu ve yenidoğan bebeklerin sağlıkları üzerinde etkili olmaktadır. Dolayısıyla erkenden tanı konulması ve müdahale edilmesinin kolaylaştırılması amacıyla obstetrik bakım yapılması ve perinatal danışmanlık desteklerine önem verilmesi gerekmektedir. Hamilelik döneminde ve daha öncesinde YB; fetüsün gelişimine, düşükler, perinatal mortalite, yüksek veya düşük doğum ağırlığına, doğum kusurları ve erken doğum gibi hamilelik komplikasyonlarına ve kötü doğum neticelerin ortaya çıkma ihtimalini artırabilmektedir. Hamilelik süresince YB ve bilhassa tavsiye edilen ağırlığın üstünde kilo alan kadınlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Henüz yeni doğum yapan kadınlar genellikle evlerinde tek başına olduğu için YB zemin hazırlayabilmektedir. Bu kadınlar, doğum sonrasında yeme davranışlarını etkileyebilecek, doğumdan sonra anksiyete ve depresyon yaşadıkları için yüksek risk taşımaktadır (Çelik, 2018: 132).

Dengeli ve yeteri kadar beslenme konusu yaşamın her evresinde olduğu gibi hamile sağlığı içinde önem taşımaktadır. Hamileliğin prekonsepsiyonel döneminden başlayarak postpartum dönemine kadar besin ve enerji unsurlarının yeterli seviyede alınmasıyla anne ile bebeğin sağlığı arasında tespit edilen ilişkiye bağlı kalarak, YB hamilelik süresince ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların engellenmesinde ve tedavi edilmesinde beslenmeyle gereken uygulamaların araştırılması ve dikkate alınması gerekmektedir. Hamilelik öncesinde ya da sonrasında YB olan kadınların dengesiz ve düzensiz beslenmesiyle bağlantılı olarak erken doğum (prematüre), düşük doğum ağırlıklı bebekler, intrautein büyüme geriliği (IUBG), düşük doğum ağırlıklı bebek ve neonatal ölüm tehlikesini artırmaktadır. Dengesiz ve düzensiz beslenmenin sonucunda ortaya çıkabilen bu problemler, bilhassa 18 yaşın

altında genç kızlarda ve adölesan hamilelerde, yetişkin kadınlarda daha yaygın görülebilmektedir. Hamilelikte, maternal metabolizmayla birlikte fetal metabolizmanın eklenmesi, dengeli ve yeterli beslenmeyle artan ihtiyaçların karşılanması için önem taşımaktadır (Samur, 2008: 20). Doğum öncesi sonuçlarını etkileyen en önemli faktör hamilelik döneminde ve öncesinde sahip olunan vücut ağırlığı olmaktadır. Annelerin ve bebeklerin en iyi düzeyde sağlıklı olabilmesi için annelerin gebelik dönemine normal vücut ağırlığı ile başlayabilmesi ve süreç boyunca tavsiye edilen ağırlığın üstüne çıkmaması ya da altında düşmemesi gerekmektedir. Bu konuda DSM-V kriterlerine göre gerçekleştirilen değerlendirmeyle YB olabilecek hamilelerin, kadın doğum uzmanların tavsiyesi üzerine diyetisyenle görüşmesi gerekmektedir. YB olduğundan şüphelenilmese bile; postpartum ve hamilelik dönemi boyunca psikolojik, fiziksel ve sosyal değişikliklerin yaşanabilmesi nedeniyle bu süreçte multidisipliner çalışma yapılması olabildiğince önem taşımaktadır. YB hikâyesi olan kadınların ya da gelişim gösterebilenlerin kilo alımları yakından takip edilmesi ve gıda alımını konusunda erkenden müdahale edilmesi, maternal vitamin ile mineral suplementasyonları yapılması gerekmektedir. YB ile ilişkili çalışmalarda hamilelik dönemi konusunda gıda alımının dikkat edilerek tüketilmesi, erken ya da geç dönemde YB riskinin meydana gelmesinde pre/perikonsepsiyonel besin unsurlarının suplementasyonları ve ilgili kofaktörleri etkileri tam olarak belirlenememektedir. Dolayısıyla postpartum ve hamilelik sürecinde YB etkilerini belirleyebilecek araştırma çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Çelik, 2018: 132;Samur, 2008: 20).

### **2.3. Depresyon**

Derin üzüntü içine duygudurumunun konuşma, düşünce ve davranışlarda durgunluğa, yavaşlamaya yol açmasıyla değersiz, güçsüz, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık ve hatta intihar gibi oluşumlara yol açan sendrom depresyon olarak ifade edilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

#### **2.3.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi**

Kaygı, öfke, kızgınlık ve depresif ruh hali gibi belirtiler depresyonun bir göstergesidir. Genel olarak bu semptomlar disfori adıyla tanımlanmaktadır ve enerji düşüklüğü, yorgunluk, uyku düzensizlikleri, iştahsızlık gibi davranış problemleri bu duruma eşlik edebilmektedir (Maloni vd, 2005: 21). Depresyon halinde insanlar zevk almama, suçluluk ve değersiz hissetme, konsantrasyonların da azalma gibi belirtiler

gösterebilmektedir (“Department of Health, Government of South Australia”, 2017).

Depresyonun tekrarlama olasılığının yüksek olması, kronikleşmesi ve sıklıkla tekrar etmesinden kaynaklı olarak performans düşüklüğüne, hatta intihar girişimlerine yol açmasıyla nedeniyle toplumsal ve bireysel açıdan önemli bir sağlık problemi olmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 531).

Depresyonun bilhassa kadınlarda daha fazla görülme sıklığının olmasından dolayı ABD depresyon olgusunu kamu sağlığı sorunu şeklinde ifade etmektedir. Her beş kadından birinin yaşamı süresince ciddi bir depresyon bozukluğu epizoduna maruz kalacağı düşünülmektedir. Ayrıca depresyonun ilk görülebilme yaşının ergenliğin ilk evrelerinde olduğu belirtilmektedir (Orr vd, 2007: 541; Ertan, 2008: 27).

Birinci evre olarak sağlık hizmeti kuruluşlarına başvuranlarda sıklıkla rastlanan depresyon bozukluğu yaşam boyunca prevalans oranının %10 ile %21 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (Noble, 2005: 51). Kadınlardaki depresyon bozukluğunun, kronikleşmesi ve yaşam boyunca depresyon prevalansları erkek bireylere kıyala daha fazladır (Özyurt ve Deveci, 2010: 4).

Dünya çapında akıl hastalıklarının yaygın olarak görüldüğüne dair aratan bir kaygı yaşanmaktadır (Leung ve Kaplan, 2009: 1571). Sıklıkla karşılaşılan duygudurum bozuklukları ruhsal sorunu olarak değerlendirilmektedir ve bu durumların içerisinde yer alan depresyon ise sıklıkla görülebilmektedir. Depresyon DSÖ’ye göre, dünya genelinde yetersizliğin başta gelen sebebidir ve engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı yükü (DALY - Disability Adjusted Life Year) açısından katkı sağlayan küresel çaptaki hastalıkların sıralamasında 4. sırada yer almaktadır. DSÖ göre depresyon 2020 yılına kadar, cinsiyet ve yaş sınırlılığı olmaksızın, engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı yüküne en fazla katkıda bulunacak hastalıklar arasından ikinci sırada yer alacaktır (WHO, 2008). Günümüzde depresyon bozukluğu, üreme çağına gelen (15 ile 44 yaş aralığı) kişiler için en büyük yetersizliğin ikinci sebebi olmaktadır (Leung ve Kaplan, 2009: 1571).

### **2.3.2. Depresyonun Belirtileri ve Tanı Ölçütleri**

Depresyon; duygusal, içgüdüsel ve bilişsel alanlar ile ilişkili birçok belirtiyi içermektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 531). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM-V-TR)’da yeğin (majör) depresyon bozukluğunun belirtileri şu şekildedir:



- A. İki haftalık aynı dönem süresince, aşağıda yer alan belirtilerin 5 tanesini (veya daha fazlasını) bulundurmakta ve daha öncesindeki işlevsellik düzeylerinde bir değişikliğe neden olmaktadır; bu belirtiler içerisinde en az biri ya ilgisini kaybetme veya zevk almama ya da çökkün duygu durumudur.
1. Tüm veya tamamen her etkinliklere karşılık ilgisiz davranma ya da bunlardan keyif alamamak, hemen hemen her gün, günün tamamında bulunmaktadır (öznel anlatımlara göre veya gözlemlerle belirlenmektedir.)
  2. Hemen hemen her gün, günün neredeyse tamamında çökkün duygu durumu sürmektedir, kişi bu halini ya kendisi bildirmekte (örneğin; üzüntülü, umutsuz veya kendini boşlukta hissetmektedir) ya da başkaları tarafından fark edilmektedir (ağlamaklı görünmektedir) (Bu duygu durumu ergen ve çocuklarda kolay kızma halinde belirebilmektedir.)
  3. İstemsiz kilo veriliyorken (diyet yapmak için çaba harcamıyorsa) aşırı kilo kaybı veya alma (örneğin; bir ayda ağırlığı %5 oranında ve daha fazla değişiklik gösteriyorsa) veya gün geçtikçe beslenme isteğinde artış ya da azalış görülmektedir. (Not: Bu durum çocuklarda düşünülürken kilo almayı sağlanamaması göz önüne alınmalıdır.)
  4. Genellikle uykusuz kalma ya da çok fazla uyuma hali görülmektedir.
  5. Psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) veya yavaşlama (başkaları tarafından gözlemlenebilmektedir; sadece, öznel yavaşlama veya dinginlik duygusu taşımak değildir.) devamlı yaşanmaktadır.
  6. İçsel gücün tükenmesi (enerji düşüklüğü) veya bitkinlik devamlı olarak kendini göstermektedir.
  7. Değersiz, aşırı veya uygunsuz suçluluğu durumlarının devamlı olarak hissedilmektedir. (sanrılar şeklinde olabilmektedir) (sadece hastalıktan kaynaklı olduğundan kendini suçlu hissetme ve kınama şeklinde değildir.)
  8. Bir şey düşünmede veya odaklanmada zorluk çekme veya kararsız kalma durumunu sürekli yaşamaktadır. (kişi kendinde fark etmektedir ya da başkaları tarafından gözlemlenmektedir.)
  9. Tekrar eden ölüme düşüncesi (sadece olum korkusunu olmaz), özellikle belirlemeksizin tekrarlayan intihar (kendini öldürme) düşüncesi veya girişim ya da bunun üzerine bir eylem planlamaktadır.
- B. Bu bulgular, klinik açıdan belirli bir sıkıntıya veya toplumsal, iş ile ilişkili alanlarda ya da diğer önemli işlevsel alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.

C. Bu süreçte, bir maddenin veya başka bir sağlık durumuna fizyoloji ile ilişkili etkilerine bağlanmamaktadır.

Not: Yeğın depresyon dönemini A ile C tanı ölçütleri oluşturmaktadır.

Not: Önemli bir kayıp (yitim) (örneğin; parasal çöküntü, yas, doğal bir yıkım neticesinde kaybedilenler, ciddi bir hastalık veya yeti yitimi) karşılaşıldığında ifade edilen tepkilerin arasında, A tanı ölçütünde gösterilen, derin üzüntü hissetme, sürekli yitim hakkında düşünme, uykusuzluk durumu, yemek yeme istekliliğın artması y ada azalması şeklinde belirtiler gösterilebilmektedir. Bu belirtiler depresyon dönemine benzeyebilmektedir. Buna benzer belirtiler gözlemlenebilir veya yaşanan yitime karşı uygun bulunsa da, önemli bir yitim belirtilen tepkiyle birlikte yeğın depresyon döneminin de görülebileceğı düşünölmelidir. Bu kararı alırken, bireyin öyküsü ve kültürel ölçütler göz önüne alınarak yitimle ilgili hissedilen acının dışavurumunun gözlemlenmesi gerekmektedir.

D. Şizofreni, şizoduygulanımsal bozukluk, sanrılı bozukluk, şizofrenimsi bozukluk veya şizofreni açılım içinde ve psikozla giden tanımlanmamış veya tanımlanmış başka bozukluklar ile birlikte yeğın depresyonun ortaya çıkış dönemi açıklanamamaktadır.

E. Hipomani veya mani dönemleri hiçbir zaman görölememektedir.

Not: Hipomani ya da maniye benzer dönemlerin maddenin neden olduğu dönemler ise veya fizyolojiyle ilişkili etkileri başka sağlık durumlarına bağlanması durumunda bu dışlama uygulanmamaktadır (Köroğlu, 2015: 93).

### **2.3.3. Depresyonun Nedenleri**

Genetik, psikososyal ve biyolojik etmenlerden kaynaklı olarak oluşan depresyonun tam olarak nedenleri bilinmemektedir. Biyolojik ve genetik etmenlerin depresyona etken olduğu temellerin bilinmemesinden önce bu durum psikolojik kuramlar ile ifade edilmeye çalışılmıştır (Üçel, 2016: 43).

Bilimsel çalışmalarla birlikte depresif bozuklukların ortaya çıkmasında psikososyal stresörlerin ve yaşanan olayların etkili olduğu tespit edilmiştir (Üçel, 2016: 43). Genetik faktörler depresyon oluşumuna %33'lük bir oranda etkili olmaktadır. Genetik faktörler şiddetli depresyonu, erken yaşlarda gelişen ve de tekrar eden depresyon vakaların riskini artırmaktadır (Levinson, 2006: 88). Depresyon

gelişimine ilaç kullanımını etkili olabilmektedir. Antipsikotik, anksiyolitik, hipnotik, sedatif grubu ilaçlar örnek verilebilmektedir (Townsend, 2016).

#### **2.3.4. Depresyon Tedavi**

Hamileliğe bağlı olarak gelişen depresyonun erkenden belirlenmesi, doğumdan sonra depresyon oluşumunu önlenmesi ve doğum sonrası iyileşmede oldukça önem taşımaktadır (Luke vd, 2009: 1843). Erkenden tanı konularak tedaviye başlanılmazsa; anne ve bebeğin bağ kurması konusunda zorluklarla karşılaşılabilir (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 351).

Antenatal depresyon tedavisinin seçeneklerinde psikoterapi (grup ya da bireysel), nonfarmakolojik (farmakoloji dışında), ilaç tedavisi (antidepresan ilaçları) ve diğer uygulamalarla yürütülmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 528). Hafif seviyede geçen depresyonda ilk olarak farmakoloji dışı ve psikoterapi tedavi uygulamaları tavsiye edilirken, orta ya da şiddetli depresyonda ise farmakoloji (antidepresan kullanımı) tedavisi önerilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

**Psikoterapi;** Depresyon tedavi yöntemleri ile antepartum ve postpartum depresyonda kullanılan tedavi yöntemleri birbirine benzemektedir (Sevindik, 2005). Psikoterapi türlerinden en çok kişilerarası ilişkiler ve bilişsel-davranışçı terapi kullanılmaktadır (Spinelli ve Endicott, 2003: 558; Dimidjian ve Goodman, 2009: 511; Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

**Kişilerarası ilişkiler terapisi;** Hayata yaşanan yeni oluşumlara adapte olma ve sosyal etkileşim konuları üzerine odaklanan depresyon tedavisinde kişilerarası ilişkiler psikoterapisi etkili bir yöntem olmuştur. Hamilelikte kişilerarası ilişkiler terapisi sayesinde 16 haftalık bir sürecin sonunda kadınların duygu durumunda yeterli seviyede düzeldiği tespit edilmiştir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 528).

Kişilerarası terapi, hamilenin gösterdiği depresif belirtilerin azalması ve bireylerin arasındaki ilişkilerin düzelmesi için gereken sosyal becerileri kazandırmayı amaçlamaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011: 152). DSM-IV tanı ölçütüne göre majör depresyon tanısı konan hamileler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada; Kişilerarası ilişkiler terapi uygulanan kadınların hamilelik süreci boyunca ve postpartum dönemlerinde yaşadıkları depresyonda anlamlı derecede düzelme görüldüğü saptanmıştır (Spinelli ve Endicott, 2003: 558).

**Bilişsel-davranışçı terapi;** İnsanların günlük hayatın zorluğundan ve yaşantısında üstesinden gelemediği durumlarda bu bireyler destek amaçlı öğrenme

kuramını uygulayan, “burada ve şimdi” ile ilgilenen, probleme odaklanan ve temeli davranışçı psikolojik danışma kuramına dayanan psikoterapi tekniğine bilişsel-davranışçı terapi denilmektedir. Bilişsel-davranışçı terapi; Hamilelik sürecinde yaşanabilecek problemlere ve gerginliklere karşılık hamileyi bilgilendirerek ve adapte olmasına katkı sağlayarak, bu tür oluşumlarla daha kolay başa çıkmasını amaçlamaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

Araştırmalara göre ilaç tedavi yöntemlerine kıyasla bilişsel-davranışçı terapi yöntemi fetüsün ve annenin sağlığı için daha güvenli bulunmuş, hafif seviye depresyon belirtilerinde çok daha etkili olduğu tespit edilmiştir (Bhatla ve Bhatla’dan aktaran; Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

**Farmakolojik tedavi;** Hamilelik döneminde uygulanan depresyon tedavisinin tehlikeli olmayacağı belirtilirken, tedavi edilmeyen depresyonun ise kötü sonuçlanacağı öngörülmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152). Hamilelik sürecinde zorunlu olarak ilaç kullanılmasının gerekli görüldüğü durumlarda, tavsiye edilen ilacın teratojenite riskiyle depresyon tedavisinin fetüsün ve annenin sağlığına verebileceği zararların tartışılması, kar-zarar dengenin belirlenmesi gerekmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

Günümüzde hamilelik depresyonunda sıklıkla tercih edilen ilaç grupları; seçici serotonin, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanları olmaktadır. Fakat artık son yıllarda majör yan etkileri bulunması nedeniyle trisiklik grubu antidepresan ilaçların kullanımı önerilmemektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 528; Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

Majör depresif bozukluğunda ilaç tedavisinin gerekli görüldüğü durumlarda öncelikli olarak serotonin geri alım inhibitörleri kullanılması önerilmektedir. Eğer hastanın daha öncesinde kullanarak fayda gördüğü ya da halen devam ettiği bir antidepresan var ise uygunluk durumuna göre öncelikli olarak bu ilaçların kullanılması ve mümkünse tek bir ilaçla tedavinin devam ettirilmesi gerekli görülmektedir. Böylece fetüsün ve annenin çeşitli ilaçlara maruz kalması en aza indirgenmektedir (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 351; Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

Hamilelikte kullanılan antidepresan ilaçların, spontan abortus görülme riskini arttırıcı ve çocukların gelişmesinde olumsuz etkiler yaratacağı düşünülmüştür. Konjenital malformasyonlara, SSRI grubundaki ilaçların (sertralin, paroksetin, fluoksetin) sebebiyet verdiğini konu alan araştırmaların bulunmasına karşılık, son

yıllarda yapılan çalışmalar bu gruptaki ilaçların konjenital malformasyon riskini artırıcı bir etki yaratmadığı belirtilmiştir (Muzik vd, 2009: 779). Hamilelik döneminde antidepresan ilaç kullanımının güvenli olduğuna dair yapılan çalışmalar sonucunda güvenilir olduğu kanıtlanmış fakat fetüs ve anne için güvenilirliği bildirilen ilaçlara öncelik tanınmıştır (Karataylı, 2007).

Hamile olmayan kadınlarda da olduğu gibi, depresyon tedavisinde akut, idame ya da devamlı fazlarında öngörülenden daha önce antidepresan tedavinin sonlandırılması rekürensive ya da relapsive yol açabilmektedir. Relapsların etkili bir şekilde engellenebilmesi için genellikle depresyon tedavisinde, antidepresan tedavide remisyonun başlamasından sonra 4 ile 6 ay daha devam ettirilmesi tavsiye edilmektedir (Karataylı, 2007).

Hamilelikte benzer tipte ve az miktarda (mümkünse yalnız) antidepresan ilaçların mümkün mertebede en düşük dozda kullanılması, temel tedavi yöntemini oluşturmaktadır (Bowen ve Muhajarine, 2006: 28; Muzik vd, 2009: 779).

**Nonfarmakolojik tedaviler;** bu tedaviye yönelik yapılan çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Yoga, meditasyon, masaj, egzersiz, Elektrokonvülsif Terapi (EKT), beslenme (bilhassa omega-3 alınımlı) ve ışık tedavisi başlıca hamilelik depresyonunda uygulanan farmakoloji dışı yöntemler olmaktadır (Brenda vd, 2009: 1571, Dimidjian ve Goodman, 2009: 511).

Chang ve arkadaşlarına göre, perinatal depresyonda bilişsel davranışçı terapi, psikoterapinin ve müzik dinlemek gibi etkinlikler iyileştirmede iyileşme sürecinde fayda sağlamaktadır (Chang'dan aktaran Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

#### **2.4. Anksiyete**

Günlük hayatlarında bireyler anksiyete ile karşılaşabilmektedir. Stres olgusu ile anksiyete karıştırılmaktadır. Stres, dışardan gelen bir baskı olup bireylerin başa çıkabildiği bir faktör olurken, strese karşı gösterilen tepki ise anksiyete olmaktadır (Townsend, 2016).

Anksiyete, bireylerin çevresinde ortaya çıkabilecek değişimlere karşı hazırlayan ve bu olaylara karşılık gösterdiği bir tepkidir. Organizmanın birçok psikolojik durumlardan koruyan sistem anksiyetedir. Anksiyete, tehdit oluşturacak bir olayda, organizmayı yavaşlatmakta ya da tehlikeden uzaklaştırmaktadır. Tehdit süresince anksiyete organizmayla uyumlu olarak çalışmakta ve böylece insanların hayatını devam ettirebilmesi için gerekli olan bir duyguyu sağlamaktadır. Fakat anksiyeteye

uzun süre ve şiddetli şekilde maruz kalan bireyin hayatı, insan ilişkileri ve sosyal yaşamı kötü yönde etkilenebilmektedir. Böyle bir durumda anksiyete, bireylerde ruhsal problem haliyle ortaya çıkmaktadır (Locke vd, 2015: 21; Townsend 2016). Anksiyete, ortada tehdit oluşturabilecek bir oluşum yokken ortaya çıkıyorsa ve uzun süre devam ediyor, bitmiyorsa “patolojik anksiyete” durumu söz konusu olmaktadır (Eşel, 2003: 82).

#### **2.4.1. Anksiyetenin Tanımı ve Tarihçesi**

Anksiyete, tanımlanamayan veya belirlenemeyen bir sebeple yaşanan huzursuzluk, korku, tedirginlik, dispne, uyku problemi, gerginlikle ortaya çıkan terleme gibi değişikliklere neden olan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Black ve Andreasen 2011; Özdamar vd, 2014: 74).

Psikiyatrik sorunlardan bir olan anksiyete bozukluğu sıklıkla görülebilen bir hastalıktır ve yaklaşık %30 oranında kadınlarda görülmektedir (Özdamar vd, 2014: 74).

Anksiyete genellikle bilinç dışı çatışmaya bağlı olarak gerçekleşmektedir. Anksiyete nedeni belli olmadan ortaya çıkan kaygı, bunaltı, iç sıkıntı gibi kavramlarla ifade edilen ve bireyler tarafından tanımlanamayan tehlikeye ya da içsel tehditte karşılık tepkilerini rahatsızlık, korku ve endişeyle gösteren bir duygudurumu olmaktadır (Kılıçarslan, 2008; Arslan vd, 2011: 82).

Zorlayıcı durumlarla baş edememe yetersiz hissetme ve geleceğine dair düşüncelerin belirsizliği, anksiyetenin bilişsel yönünü ortaya çıkarmaktadır (Pişirgen, 2011).

Herhangi bir anksiyete türü toplumun %5-10'ununda görülmektedir. Genellikle anksiyete bozuklukları 20 ile 30 yaş aralığında başlamaktadır (Budakoğlu vd, 2005: 94). Gelişen batılı ülkelerde toplum genelinde anksiyete, depresyon ve bunlarla birlikte madde veya alkol kullanımı sıklıkla görülen psikiyatrik bozukluklar olmaktadır. Bir yıllık prevalans oranı %17.7 bulunduğ belirtilmektedir (Ertan, 2008: 82).

Depresyonda da olduğu gibi anksiyete bozukluğu erkeklere kıyasla kadınları daha fazla etkileyebilen, yaygın olarak görülen bir sağlık problemi olmaktadır (Andersson vd, 2004: 471; Coleman vd, 2008: 119). Yapılan araştırma çalışmalarına göre erkeklerin %19'unun, kadınların ise %31'inin hayatı boyunca anksiyete bozukluğunun görülmesinin mümkün olduğu tespit edilmiştir (Cloitre vd, 2004: 15; Kocabaşoğlu ve Başer, 2008 :352; Coleman vd, 2008: 119).

Panik bozuklukları kadınlarda %5 oranında olurken, erkeklerde %2 oranında prevalans gösterdiği tespit edilmiştir. Panik bozukluk ile birlikte ortaya çıkan agorafobi ise kadınlarda %7'lik yaşam boyu yaygınlık orana sahipken, erkeklerde bu oran %3.5'i göstermektedir. Kadınlarda, anksiyete bozukluğunun gelişiminin yaşam döngüsü süresince üreme hormonlarının düzeyindeki dalgalanmalara bağlı olduğu düşünülmektedir (Cloitre vd, 2004: 15).

#### **2.4.2. Anksiyete Belirtileri ve Tanı Ölçütleri**

İnsanlarda duygusal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal anksiyete durumlarının belirtileri görülmektedir.

**Bilişsel Belirtiler:** Bireyin aklının karışması, çevresini bulanık görmesi, aşırı uyanıklık hali, devamlı kendine odaklanma, etrafını olduğundan daha farklı görmesi, olağanüstü hissetmesi gibi duygusal belirtileri ortaya çıkabilmektedir. Kontrol dışında düşünmesi, önemli olayların unutulması, dikkatini toplamakta zorlanması, odaklanmada güçlük çekmesi, düşünme gücünün ve düşüncede duraksaması gibi düşünce zorluğu belirtileri göstermektedir. Kontrolünü kaybedeceğini düşünme, ölüm korkusu, olaylarla baş edememe korkusu, aklını yitirme korkusu, fiziksel zarar görme korkusu, bilişsel sapmalar gibi kavramsal zorluk belirtilerini gösterebilmektedir (Stein ve Hollender, 2011).

**Duygusal Belirtiler:** Bireyde endişe, korku, tedirginlik, sinirlilik, gerginlik, çaresizlik, tetikte olma, tehlikelerden korunma amacıyla uzaklaşmak gibi belirtiler görülebilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

**Davranışsal Belirtiler:** Birey huzursuzluk, kaçma, aniden duraksama, davranışlarını baskılama, koordinasyon bozukluğu ve konuşmada zorluk gibi belirtiler gösterebilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

**Fizyolojik Belirtiler:** Bireyde çarpıntı, nefes darlığı, derin soluma, bayılma hissi, aritmi, bronşiyal spazm, reflekslerde artma, kasların gerilmesi, karın ağrısı, yorgunluk, iştahsızlık, ateş basması, terleme, konstipasyon, ağız kuruluğu, ishal, kusma, bulantı, spazm, uykusuzluk, cinsel sorunlar, sık idrara çıkma, kan basıncı ve kalp hızının değişmesi gibi belirtiler görülmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007; Stein ve Hollender, 2011).

#### **2.4.3. Anksiyetenin Nedenleri**

Anksiyete durumunun ortaya çıkmasında psikolojik, sosyal ve biyolojik birçok faktör rol oynamaktadır.

Anksiyetenin ortaya çıkmasındaki nedenler:

- Dayanma mekanizmasının etkisiz kullanılması, dayanma gücünün aştığı stres kaynakları, dayanma stratejisinin tükenmesi,
- Özgüveni tehdit edilmesi,
- Bir olaya karşılık güçsüz ve umutsuz hissedilmesi,
- Olaylarla birlikte gerçekleşemeyen beklentiler,
- Dinlenme, uyku, beslenme gibi fizyolojik ihtiyaçlarını yerine getirememesi,
- Yaptığı işe değer verememesi, saygı duymaması,
- Sağlığını tehlikeye atması,
- Psikososyal ve fiziksel değişikliklere karşılık ortaya çıkan kriz hali,
- Çalışma yaşantısında ortaya çıkan değişiklikler,
- Geleceği için endişelenmesi,
- Yerleşim yeri değişikliği, doğal afet gibi durumlardan kaynaklanan çevresel değişiklikler,
- Sık sık bakım isteyen sağlık problemleri olarak sıralanmaktadır (Pıçakçıefe, 2010: 371).

**Gebelikte Anksiyetenin Belirtileri:** Sürekli olarak yorgun, sinirli, endişeli, huzursuz bacak, aşırı düzeyde kabiliyetsizlik, geleceğinden endişe duymak, dikkat dağınıklı, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, iştahsızlık, baş dönmesi, bulantı, kusma ve baş dönmesi gibi fiziksel olarak hamilelerde anksiyete belirtileri görülebilmektedir (Anniverno vd., 2013; Milgrom vd., 2008).

#### 2.4.4. Anksiyeti Tedavi

Hamilelerde genellikle depresyon ve anksiyete birlikte görülmektedir. Hamilelik döneminde depresyon ve anksiyete tedavi edilmez ise doğumdan sonra bir takım problemlere yol açabilmektedir. Bu bozukluklar sadece anneyi etkilemekle kalmayıp, eşini, fetüsü, yenidoğanı ve diğer aile bireylerini etkileyebilmektedir (Misri vd, 2010; Britton, 2011: 225; Anniverno vd,2013: 272).

Günümüze kadar anksiyete bozukluğunun perinatal dönemde psikolojik terapilerin etkili olduğuna dair yapılan çalışmaların yetersiz olmasına rağmen, (Anniverno vd, 2013: 272) anksiyete tedavisi için, psikoterapi (bilhassa bilişsel davranış terapi) ve az da olsa ilaç tedavisi uygulamalarının olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür (Heron vd, 2004: 69). Hamilelik döneminde psikotropik ilaçların



kullanılması ciddi tartışmalara yol açmıştır. Yeterli kanıtların bulunmamasından dolayı SSRI grubu ilaçlar günümüze kadar en yaygın kullanılan ilaç olmuştur. Fakat üçüncü trimester evresinde paroksetin kullanımına bağlı olarak yüksek oranda erken doğumun ve perinatal komplikasyonların geliştiği belirtilmiştir (Costei vd, 2002: 1130). Solunum sıkıntısı, sarılık ve hipoglisemi gibi perinatal komplikasyonlar görülebilmektedir. Yan etkilerinin kötü sonuçlar doğurabileceği düşünüldüğünde hamilelik döneminde anksiyete tedavisine yönelik psikoterapi uygulaması genellikle tercih edilmektedir (Coleman vd, 2008: 118).

**Psikolojik tedaviler:** Günümüzde anksiyete tedavisinde, bilişsel-davranışçı terapinin uygulanmasının daha etkili ve verimli olduğu düşünülmektedir. Bu tedavi yöntemi hastalara göre uygulanabilmekte ve olabildiğince kısa zamanda sonuç alınmaktadır.

Bilişsel-davranışçı terapi; özellikle semptom odaklı ve hafif tedavilerin özel bir uygulaması olmaktadır. Anksiyete için tek müdahale olarak önerilmektedir. Gruplar halinde bilişsel-davranışçı terapi ve gevşeme uygulanabilmektedir. Zaman geçtikçe kişilerarası psikoterapi uygulamasının başarı oranı artmaktadır. Depresyonda etkili olduğu kanıtlanırken, anksiyete problemlerinde ne kadar etkili olduğu belirlenememektedir. Psikodinamik psikoterapilerin anksiyete üzerinde etkili olmaktadır, fakat uzun süreli bir tedavi istemektedir (Anniverno vd, 2013: 272).

**Farmakolojik tedaviler:** Anksiyolitikler (benzodiazepinler); araştırmalar, benzodiazepin kullanımından sonra orofasiyal yarık eksikliklerinin arttığını kanıtlamıştır. Araştırmalar benzodiazepinlerin, Apgar düşük skoru, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum eğilimi gibi olumsuz obstetrik sonuçlarla bağlantılı olduğunu göstermiştir (Beck, 2004: 220).

Hamilelikte benzodiazepinin bilhassa alprazolamıyla kullanılması, risk/yarar dengesi yönünden henüz net olarak belirlenemediğine dair birtakım kanıt bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, hamilelik döneminde benzodiazepinlerin kullanıldığına dair birtakım göstergeler şu şekildedir:

- Benzodiazepinler hamilelik ya da emzirme döneminde kullanılacaksa 4 haftadan kısa sürede ve etkili olanların kullanımı tercih edilmelidir.
- En düşük dozda ve kısa süreli tedavi uygulaması hamileler için daha güvenlidir.
- Birikim reaksiyonun engellenmesi için etkisi uzun süren

benzodiazepinler kullanılmamalıdır.

- Uzun vadeli güvenilir olan benzodiazepinlerin kullanımı tercih edilmelidir (Kanto'dan aktaran Anniverno vd, 2013: 272).

Antidepresanlar; SNRI ve SSRI gibi psikotrop antidepresan ilaçlar hem depresyon, fobik ve panik bozukluklarda hem de obsesif kompulsif bozukluk (OKB)'da kullanılmaktadır. Bu nedenle hamilelikte yaygın olarak kullanılan ve üreme

50

güvenlik çalışmasında en yüksek miktarı veren ilaçlar olmaktadır. Geçmiş yıllarda hamileler için SSRI'ler kısmen güvenli sayılırken son yıllarda ise teratojenik güvenliği açısından şüphe duyulmaktadır (Çetin, 2011: 167).

Hamilelikte ve postnatal dönemde SSRI kullanımıyla ilgili detaylı prospektif çalışmalar artış göstermektedir. Fakat kanıtların birçoğu bu ilaçlarla doğum kusurlarının ortaya çıkmasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu durumla beraber birtakım bulgular SSRI kullanımıyla düşük doğum ağırlığının ve erken doğum gibi olumsuzlukların obstetrik sonuçlardan kaynaklandığını belirtmektedir. SSRI maruz kalmanın ardından hafif düzeyde yoksul neonatal adaptasyon (yenidoğan çekilme sendromu) da yol açan neonatal sonuçlarla bağlantılı olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Einarson ve Einarson, 2005: 825).

Antipsikotikler; anksiyete tedavisinin ilk evresinde antipsikotiklerin kullanımı uygun bulunmamaktadır. Gerek primer nesil antipsikotikler gerekse sekonder nesil antipsikotiklerin kullanılmasının doğum kusurlarıyla bir bağlantısının olmadığı konusunda seyrekte olsa kanıtlar bulunmaktadır. Primer ve sekonder nesil antipsikotikler, hamilelikte obeziteye, gestasyonel diyabete ve düşük veya yüksek doğum ağırlıklarıyla ilişkili olmaktadır (Anniverno vd, 2013: 272).

Hamilelik sürecinde psikotrop ilaç kullanımı riskli olabilmektedir, fakat ilacın kullanılmaması her durumda daha iyi olmayacağı varsayılmaktadır. Hamilelik sürecinde tedavi edilmeyen ruhsal problemler bireyi, fetüsü ve diğer aile bireylerini ruhsal ya da fiziksel açıdan ciddi derecede etki etmektedir (NİCE, 2007; Field vd, 2010: 26; Qiao vd, 2012: 238).

Ruhsal sağlık bozukluğu bulunan ve hamile kalmayı planlayan, hamile veya emziren kadınların için reçete edilen ilaçlar yeni olmasa dâhil (NİCE, 2007) aşağıda yer alan tavsiyelerin takip edilmesi gerekmektedir:

- Fetüs, bebek ve anne için daha az riskli profili ilaçların kullanılması,

- Tedavi en kısa zamanda düşük dozla başlatılarak, yavaş yavaş en etkili doza kadar artırılmalıdır,
- Kombine ilaç tedavisi uygulamalarından ziyade bir tek tedavi yönteminin kullanılması,
- Düşük doğum ağırlıklı, hasta ya da preterm bebekler için ekstra önlemlerin alınmalıdır.

Psikoterapinin ve farmakolojik tedavinin bir arada kullanılmasını öngören entegre yaklaşım, semptomların iyileşmesine yönelik yapılan en önemli terapötik girişimdir (NICE, 2007; Anniverno vd, 2013: 272).

## **2.5. Hamilelik Döneminde Yeme Bozukluğu**

Kadınların hamile kaldıktan sonra fiziksel görünüşü ve kilosu hakkında daha fazla endişe duymaktadır (Özgen vd, 2012: 238). Hamilelikte, yeme bozukluklarının gelişmesi bir dönüm noktasına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Pregoreksiya, hamilelik döneminde kontrollü kilo artışları için aşırı egzersiz yapan ve enerji alımını azaltan hamileleri tanımlamaktadır (News, 2008). Hamilelik sürecinde obeziteye kıyasla pregoreksiya durumu daha yaygın görülmektedir (Mathieu, 2009: 978).

YB ergenlik ya da doğurganlık dönemini yaşayan kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir. Hamilelikte YB sonuçları fetüsü ve anneyi etkilemektedir (Lowes vd, 2012: 183).

YB sahip hamilelere yönelik Hollanda'da yapılan bir araştırmada; YB olan kadınların olmayanlara kıyasla daha fazla diyet kalitesi olduğu tespit edilmiştir. Bu durumla birlikte YB'ye sahip olan annelerin bebeklerini daha az emzirdiği sonucuna varılmıştır (Nguyen vd, 2017: 111). YB gösteren kadınlarda yaygın olarak ortaya çıkan jinekolojik ve obstetrik komplikasyonlar;

- Düşük yapma,
- İnfertilite,
- Gebelik sırasında yetersiz beslenme,
- Plansız gebelik,
- Baş çevresi küçük bebeklerin doğması,
- Doğum sonrası anksiyete görülmesi,
- Hamilelik döneminde kilo, beden ve iştah değişikliklerinden kaynaklı olarak doğum sonrasında depresyon görülmesi,
- Doğum sonrası cinsel işlev bozuklukları,

- Jinekolojik kanserler belirtileri görülmektedir (Kolko vd, 2016;Czech vd, 2014: 1713).

Anorektik kadınlar emzirmeyi erkenden bırakırken, bulimik kadınlarda polikistik over belirtileri görülebilmektedir. Şiddetli YB sonucunda obezite gelişerek sorunlara yol açabilmektedir (Kolko vd, 2016;Czech vd, 2014: 1713). Hamilelik döneminde fetüsün sağlığı ve kilo alma nedeniyle YB görülen kadınlar hamileliği konusunda endişe duymaktadır (Kolko vd, 2016).

Hamilelik Döneminde YB yol açan risk faktörleri;

- Hamilelik öncesinde YB öyküsü,
- 30 yaştan küçük olmak,
- Cinsel istismara maruz kalmak,
- Geçmiş zamanda yaşanan psikolojik travmalar gösterilmektedir (Czech vd, 2014: 1713).

YB öyküsüne sahip olan kadınların, YB olmayan kadınlara kıyasla düşük doğum ağırlıklı bebekler doğurduğu tespit edilmiştir. Anorektik hamilelerde anemi, zamanından önce kasılmalar, yavaş fetal büyüme, erken doğum, perinatal ölüm, küçük doğum ağırlığı, tıkanırmasına YB sahip hamilelerde maternal hipertansiyon, sürmatüresyon, doğumun 1. ve 2. evresinin uzaması ve bulimik hamilelerde zamanından önce kasılmalar, düşük APGAR skorları ve yenidoğan canlandırma daha fazla görülmektedir (Linna vd, 2014: 7).

Hamilelikte YB davranışının değişmesi, ilerlemesi veya yeni bir YB oluşmasına etki eden bir unsur olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca YB sahip kadınların hamileliğinde bozuk yeme davranışının daha kötüleştiği ya da hafif ve orta seviyede ilerlediği düşünülmektedir (Coker vd, 2013: 1410).

Bir başka YB olan pikannın ise hamilelikte prevalans oranı %0.02 ile %74 arasında değiştiği belirlenmiştir (Nunes vd, 2014: 428;Ezzeddin vd, 2015: 460). Kaliforniya’da yapılan bir araştırmada 65 ailenin pika prevalans oranı hamilelerde %58.5, hamile olmayan kadınlarda bu oran %23.1 olduğu tespit edilmiştir (Fawcett vd, 2016: 280).

Pika davranışına başlıca; elektrolit bozukluğu, parazit enfeksiyonu, gastro intestinal komplikasyonu, kurşun zehirlenmesi, ağız ve diş yaraları, demir eksikliği anemisi gibi etkenlerinden oluşmaktadır (Nunes vd, 2014: 428).

Hamilelikte pika karın ağrısı, kabızlık ve bulantı, besin harici maddelerin tüketilmesiyle yetersiz beslenme, bebek ve anneler için yüksek riskli hamilelikler, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, perinetal mortalite ve mikrosefali daha fazla görülmektedir (Nunes vd, 2014: 428;Ezzeddin vd, 2015: 460).

Brezilya’da gerçekleştirilen kentsel bir çalışmada, hamilelikte YB prevalans oranı %7.6 olurken, pika prevalans oranı %5.7 olarak saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete belirtileri YB olan kadınlarda anlamlı derecede artış göstermiştir (Santos vd, 2016: 579).

YB hamilelik izleminde değerlendirilememektedir. Hamilelikte YB tespit edebilen bir test bulunamamaktadır. Hamilelik öncesinde mevcut YB, hamileliğin 3. ayı itibariyle kilo artışının yaşanmamasına ve “hiperemezis gravidarum” durumların değerlendirilmesinde önem taşımaktadır (Özdemir, 2014). Hamilelikte YB değerlendirilmesi için tanı koymayı kolaylaştıran birtakım sorular sorulmaktadır (Kadıoğlu ve Oksay, 2017: 46). Tablo 2.2’de bu sorulara yer verilmektedir.

**Tablo 2. Prenatal Dönemde Yeme Bozuklukları Taramasında Sorulabilecek Örnek Sorular**

<b>Gebelik İzlemlerinde Yeme Bozukluklarına İlişkin Bilişsel Göstergeleri Sorgulama;</b>	<b>Gebelik İzlemlerinde Yeme Bozukluklarına İlişkin Davranışsal Göstergeleri Sorgulama;</b>
<p>Her izlemde kilo takibinin yapılması konusunda ne düşünüyorsunuz?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ağırlık artışınız konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?</li><li>• Bedeninizde oluşan fiziksel değişiklikler hakkında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?</li><li>• Geçmişte kilo vermek için çabaladığınız oldu mu?</li><li>• Cevabınız “evet” ise: Bunun için neler yaptınız? Yaptığınız eylemlerin sağlıklı olduğunu söyleyebilir misiniz?</li><li>• Geçmişte beden imajı ile ilgili problem yaşadınız mı?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geçmişte, besinlerinizi kısıtladığınız, diyet yaptığınız veya beslenmeden kaçındığınız dönemler oldu mu? Belli besin veya besin gruplarını tüketmekten kaçınır mısınız?</li><li>• Cevabınız “evet” ise; Aşırı gıda tüketimi veya abur cubur tüketim dönemlerini biraz açıklayabilir misiniz? (Açıklamalar yeme bozuklukları tanı kriterleri çerçevesinde değerlendirilmeli; Tikanırcasına yeme bozukluğu kriterlerini karşılıyor mu? Yoksa gebelik döneminde normale göre daha fazla besin alımı mı?)</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aşırı besin veya abur cubur tüketim periyodlarınız ne kadar sıklıkla tekrarlıyor?</li><li>• İştah kesici veya laksatif kullanarak, kusarak veya aşırı egzersiz yaparak zayıflamayı denediniz mi?</li></ul>

Hemşirelerin ve ebelerin olumlu yönden annelerin benlik saygısının geliştirip, yanlış yeme davranışlarının tekrarlamasını ve devam etmesini önlemeye çalışması gerekmektedir. YB olan kadınların hamileliği öncesinde, hamilelik sürecinde ve sonrasında bilgilendirilmesi öngörülmektedir (Kadıoğlu ve Oksay, 2017: 46).

YB olan kadınlara yönelik yapılan bakımlar ise;

- Kadınların tutumlarını değiştirebilmek için YB döllenmeye ve bebeklerine nasıl etki edebileceği konusunda bilgi verilmektedir.
- Tedavi yöntemi belirlenmeden hamilelikten korunma amaçlı aile planlaması teknikleri hakkında bilinlendirilmektedir.
- BN ve AN hakkında sorular yöneltilerek obstetri öyküsü alınmaktadır.
- YB'nin bebeklerin gelişim ve büyümesi üzerine olan etkileri hakkında bilgi verilirken fetal dönemi belirten fotoğraflarla sağlıklı beslenme biçimi anlatılmaktadır.
- Hamile kalmayı düşünenlerde gebelik döneminde yaşanan fiziksel değişiklikler (karnın şişmesi, hızlı kilo artışı) ve YB'den kaynaklı bebekte ortaya çıkabilecek komplikasyonlarla ilgili bilgi verilmektedir.
- Hamilenin diyetinin planlanması yapılırken hemşire, ebe, kadın doğum uzmanı, diyetisyen ve psikiyatrist iş birliğinde olmaktadır.
- Hamilelik döneminde kilonun artış göstermesi, fiziksel görünüşünün değişmesi ve bebeklerin sağlıklı gelişimi üzerine etkilerine yönelik olumlu pekiştirmeler yapılmaktadır.
- Bilhassa hamilelik döneminde hiperemesis gravidarum, kilo alma veya kilo kaybetme, sık kusmalara bağlı olarak gelişen diş sağlığı problemleri sorgulanmakta ve dikkate alınmaktadır (Kadıoğlu ve Oksay, 2017: 46). YB olan kadınlara yönelik verilen bilgiler Tabla 2.3'de yer almaktadır.

**Tablo 3. Yeme Bozukluğuna Sahip Kadınlara Amerikan Gebelik Derneği'nin Öneriler**

<b>Hamilelik Dönemi Öncesinde</b>	<b>Hamilelik Döneminde</b>	<b>Hamilelik Dönemi Sonrasında</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlıklı olan kilo korunmalı,</li> <li>• Laktasif kullanarak ve kusma yolu ile boşaltımdan uzak durulmalı,</li> <li>• Gebe kalmayı düşünmeden önce bir sağlık profesyonelinden danışmanlık almalı,</li> <li>• Gebelik süresince yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak için bir beslenme uzmanı ile diyet hakkında görüşmeli,</li> <li>• Yeme bozukluğuna neden olan, altta yatan nedenleri belirlenmeli ve stresi gidermek için bireysel ve grup terapilerine katılmalıdır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebeliğin erken dönemlerinde gebelik izlemi ve yeme bozukluğu hikâyesi varlığı kaydedilmeli,</li> <li>• Sağlıklı kilo devam ettirilmeli,</li> <li>• Yeterli ve dengeli beslenme devam ettirilmeli,</li> <li>• Beslenmenin düzenlenmesi ve devam ettirilmesi için beslenme uzmanının desteği sağlanmalı,</li> <li>• Laktasif kullanarak ve kusma yolu ile boşaltımdan uzak durulmalı,</li> <li>• Yeme bozukluğuna neden olan, altta yatan nedenler belirlenerek ve stresi gidermek için bireysel ve grup terapilerine dâhil edilmelidir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beden ve ruh sağlığının devam ettirilmesi için danışmanlık almaya devam edilmeli,</li> <li>• Doğum sonunda meydana gelen depresyon ya da yeme bozukluğunun nüks etmesi durumunda sağlık profesyoneli ile iletişim sürdürülmeli,</li> <li>• Emzirmenin erken dönemde başlaması ve devam ettirilmesi için emzirme danışmanı tarafından desteklenmeli,</li> <li>• Sağlıklı kilo yönetiminin devam ettirilmesi için diyetisyen desteğine başvurulmalıdır.</li> </ul>



Hamilelik döneminde ortaya çıkan beslenme problemleriyle yeme bozukluğu ve ilişkili yeme davranışları arasındaki değişiklikler araştırılmaktadır.

- Hamile kadınların kilo almalarına yönelik kaygılarını belirtmesi ve yemek yeme davranışlarını açıklamaları için desteklenmesi gerekmektedir.
- Hamilelikte ki izlenimlerde gebelik haftasıyla fundus yüksekliğinin uyumu, fetüsün gelişimi ultrason ile değerlendirilmektedir.
- Uzun süreli emzirme, pozitif anne-bebek bağına geliştirir, doğumdan sonra kilo vermeye yardımcı olur ve annenin sağlıklı beslenmeye geri dönmesinde fayda sağlayan olumlu etkileri hakkında bilgi verilmektedir.
- YB sahip hamilelerin daha önceki gebeliğindeki emzirme süresi ve yaşadığı emzirme sorunları fikir vermektedir. Emzirmenin kısa sürmesinin nedeni sorgulanabilmektedir (Kadıoğlu ve Oksay, 2017:46).

## 2.6. Hamilelik Döneminde Depresyon

Uluslararası yapılan çalışmalara göre hamilelik döneminde yaşanan depresyon, 18 ile 44 yaş aralığındaki kadınların doğurganlık ve doğum sonrası evrelerinde sıklıkla görülmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152). Hamilelerin %7-%21'inde depresyon belirtileri görülebilmektedir. Cochrane Veri Tabanı, hamilelikte depresyon görülme sıklığının oranı %10,7 ulaştığını belirtmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

Türkiye'de hamilelik döneminde yaşanan depresif hastalıklar hakkında yeterli kadar bilimsel çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışmalara göre hamilelerde depresyon %12 ile %36 oranları arasında değişiklik göstermektedir (Eskici vd, 2012: 13).

Hamilelik dönemi depresyonun farklı kültürlerde görülme sıklığını konu alan bir araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre; Macaristan'da %17,9, Amerika'da %20, Finlandiya'da %30, Kanada'da %25 oranlarında hamilelik döneminde kadınların depresyon belirtisi gösterdiği tespit edilmiştir (Da Costa vd, 2000: 35; Kurki vd, 2000: 489; Marcus vd, 2003: 376; Bödecs vd, 2009: 1891).

Depresyon belirtilerinden olan uyku düzensizlikleri, iştah kaybı, enerji düşüklüğünün sağlıklı hamilelik dönemini yaşayan kadınlarda ortaya çıkması, depresyon tanısının konulmasında yeterli gelmemektedir. Hamilenin çok dikkatli

izlenmesiyle umutsuzluk, kendini suçlama, hayatından zevk almama, intihar etme düşüncesi gibi belirtilerin varlığı fark edildiğinde depresyon tanısı konulmaktadır (Dağlar vd, 2015: 34).

Annenin yaşının büyük veya küçük olması, yetersiz sosyoekonomik durumu, düşük eğitim seviyesi, daha önceden yaşadığı depresyon, ailede depresyon öyküsü, aile içi şiddet, düşük öyküsü, evlilik problemleri, evde bakıma muhtaç birey, plansız gebelik, fazla çocuk sayısı, madde, alkol ve sigara bağımlılığı, gebelik komplikasyonları, fetüsün sağlığından endişe etmek, doğum anı korkusu gibi riskler hamilelik dönemi depresyonundan kaynaklanmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008: 528; Eskici vd, 2012: 13; Dağlar vd, 2015: 34).

Hamilelik döneminde depresyon belirtisi göstermeyen kadınlara kıyasla depresyon tanısı konanlarda erken doğumun görülmesi %13 oranında daha fazla olduğu ve %15 düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğma oranda artış görüldüğü tespit edilmiştir. Depresyon teşhisi konan kadınların, fetüsün hamilelik haftasından daha küçük, yavaş gelişen ve düşük doğum ağırlığına sahip bebekleri doğurma ihtimalinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Diego vd, 2009: 63).

Hamilelikte yaşanan depresyon anne ve fetüsün sağlığını etkilemekte ve postpartum depresyonun temelini oluşturmaktadır. Dolayısıyla hamileliğin erken dönemlerinde tanısının konulması ve tedavisinin planlanarak uygulanması gerekmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011: 152).

Hamilelik döneminde depresyonun yaşanmaması için ilk olarak risk altındaki kadınların tespit edilmesi gerekmektedir. Risk taşıyan kadınların erkenden tanısının konulması ve uygun tedavi sürecinin başlatılması, hastalığın sonucunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukların engellenmesinde ya da en az düzeye indirgenmesinde faydalı olmaktadır. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (ACOG), etnik kökeni, sosyal statüsü ve eğitim düzeyi fark etmeksizin bütün hamile kadınların gebelik döneminin her trimester evresinde en az bir kere, ruhsal hastalığa yönelik tarama yapılmasını tavsiye etmektedir (ACOG, 2006: 473).

Antenatal depresyonun kötü sonuçlanacağına dikkat edildiğinde, tanılamada, tedavide ve önlemede faydalı olması açısından risk faktörlerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Hayatın normal dönemlerinde yaşanan depresyona benzer şekilde, hamilelik döneminde yaşanan depresyonun gelişmesine etki eden birçok risk faktörü bulunmaktadır (Leigh ve Milgrom, 2008: 10).

**Yaş:** Araştırmalara göre erken yaşta hamilelik döneminde depresyon gelişimi riskli olduğu kabul edilmiştir (Reid vd, 2009: 504). Bazı çalışmalar ise 30 yaşını geçen kadınların, erken yaşta hamile kalanlara kıyasla depresyon semptomlarını 5 kata daha fazla gösterdiği tespit edilmiştir (Luke vd, 2009: 1844).

**Düşük Gelir Düzeyi:** Araştırmalara göre aile içi gelir azaldıkça depresyonun görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum hamilelik dönemi depresyonunda sosyoekonomik faktörün etkili olacağını göstermektedir (Gözüyeşil vd, 2003: 52; Rich Edwards vd, 2006: 224; Karmaliani vd, 2009: 419; Zeng vd, 2015: 6).

**Düşük öğrenim düzeyi:** Hamilelik döneminde depresyona neden olan etkenlerden biride öğrenim durumu faktörü olmaktadır. Kadınların öğretim durumu düzeyi düşükçe, hamilelik döneminde depresyon görülme sıklığı o kadar artmaktadır (Gözüyeşil vd, 2003: 52; Bunevicius vd, 2009: 602; Luke vd, 2009: 1844; Lancaster, 2010: 9).

**Depresyon öyküsü:** Önceden yaşanan depresyon, antenatal depresyona zemin hazırlamaktadır (Lancaster, 2010: 9). Araştırmalara göre depresyon öyküsüne bağlı olarak hamilelik depresyonunun gelişebilmektedir (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 352; Edwards vd, 2008: 47; Bunevicius vd, 2009: 602; Luke vd, 2009: 1844; Lancaster, 2010: 9).

**Ailede depresyon öyküsü:** Araştırmalara göre herhangi bir aile bireyinde depresyon öyküsü olana kadınların hamileliklerinde depresyona maruz kalma ihtimali daha fazla olmaktadır (Marcus, 2003: 376; Carter ve Kostaras, 2005: 97; Leung ve Kaplan, 2009: 1571).

**Stres verici ve olumsuz yaşam olayları:** Duygu durum bozukluklarının oluşmasında stres yaratan yaşam olayları etkili olmaktadır. Araştırmalara göre olumsuz olayları ve stres hamilelik döneminde depresyonun oluşma riskini artırmaktadır (Pakenham vd, 2007: 271; Reid vd, 2009: 505; Bunevicius vd, 2009: 602; Luke vd, 2009: 1844).

**Planlanmamış gebelik:** Bu durumda kalan kadınlar hamileliğini zor kabul edebilmektedir. Dolayısıyla da depresyon ortaya çıkma riski artmaktadır. Araştırmalara göre planlanmamış hamilelik durumuna bağlı olarak depresyon gelişebilmektedir (Bunevicius vd, 2009: 602; Pearson vd, 2009: 626; Çakır ve Can, 2012: 41).

**İstenmeyen gebelik:** Araştırmalara göre istenmeyen hamilelik durumuyla depresyonun görülme riski arasında ilişki bulunmaktadır (Rich Edwards vd, 2006: 224; Bunevicius vd, 2009: 602; Karmaliani vd, 2009: 419).

**Düşük ve kürtaj öyküsü:** Kadınların kürtaj ya da düşük deneyimi olan kadınlarda hamilelik depresyonunun görülme sıklığı artmaktadır (Gözüyeşil vd, 2003: 52; Faisal Cury ve Menezes, 2007: 28; Zeng vd, 2015: 6).

**Çocuk sayısı:** Araştırmalara göre hane içindeki çocuk sayısı artıkça hamilelik döneminde depresyonun görülme sıklığı artmaktadır (Chung vd, 2001: 832; Records ve Rice, 2007: 236; Çakır ve Can, 2012: 38).

**Sigara ve alkol kullanımı:** Hamilelik döneminde alkol ya da sigara kullanımı depresyona yol açan risk faktörleridir (Chung vd, 2001: 832; Marcus, 2003: 376; Lee ve Chung, 2007: 96; Şahin ve Kılıçarslan, 2010: 54).

**Geniş aile:** Çekirdek ailelere kıyasla kalabalık ailelerde yaşayan kadınların hamilelik döneminde depresyon yaşaması için bir risk faktörü olmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010: 54). Fakat bazı çalışmalar bu durumunun tam tersini ortaya koyarak, kalabalık ailenin depresyondan koruduğunu belirtmektedir (Akbaş vd, 2008: 88).

**Sosyal destek azlığı:** Sosyal destek yetersizliği ile ilişkili olarak antenatal depresyon gelişim göstermiştir. Hamilelerin sosyal destek almasıyla depresyon düzeyi arasında olumsuz yönde güçlü bir bağlantı bulunmuştur. Araştırmalara göre hamilelik döneminde düşük düzeyde sosyal yardım alan kadınların depresyon puanında anlamlı derecede artış görülmüştür (Vırit vd, 2008: 11; Leigh ve Milgrom, 2008: 10; Reid vd, 2009: 505; Luke vd, 2009: 1844; Zeng vd, 2015: 6).

**Aile içi şiddet:** Gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalarda, anksiyete ve antenatal depresyonun aile içi şiddetle bir ilişkisinin bulunduğu belirlenmiştir. Japonya'da hamile kadınlar ile yapılan klinik çalışmasında, hamilelerin %5.4'ünün hamilelik döneminde aile içinde şiddet gördüğüne dair bulgulara rastlanmıştır. Bu duruma bağlı olarak kadınlarda depresyon ve anksiyete görüldüğü tespit edilmiştir (Kataoka'dan aktaran Karmaliani vd, 2009: 419). Perinatal ruhsal bozukluklara ile aile içi şiddetin ilişkisini inceleyen bir araştırma çalışmasında hamilelik döneminde depresyona maruz kalan kadınların oranı %23.7 olarak saptanmıştır (Howard vd, 2013: 15).

## 2.7. Hamilelik Döneminde Anksiyete

Erkeklerle göre kadınlarda anksiyete bozuklukları daha çok görülmektedir. Anksiyete bozukluğu kadınların %30'unda üreme çağında ortaya çıkmaktadır (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 352; Eskici vd, 2012: 13). Bu nedenle, anksiyete bozukluğu hamilelik döneminde çok fazla yaşanmaktadır. Bu duruma rağmen hamilelik döneminde anksiyete bozukluğuyla hakkında yapılan çalışmalar sınırlı kalmaktadır (Özdamar vd, 2014: 73).

Araştırmalara göre hamilelik döneminde anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı %6 ile %30 oranları arasında değişiklik göstermektedir (Andersson vd, 2003: 151; Uğuz vd, 2010: 214). Kadınların doğurganlık dönemiyle birlikte hamilelik ve doğumla ilişkili psikolojik ve fizyolojik farklılıklar yaşanmaktadır ve bu oluşumlar anksiyeteye benzetilmektedir. Dolayısıyla hamilelik döneminde anksiyete bozukluğunun tanısının konulması oldukça zor olabilmektedir (Cloitre, 2004: 15).

Hamilelik döneminde anksiyetenin ortaya çıkmasının temel sebebi kadınların kendilerinden daha çok bebeklerini düşünmesinden kaynaklanmaktadır. Kadınların eğitim durumu, eşiyile problem yaşaması, bebeğin sağlığı hakkında endişe duyması, operasyonlu doğum, ailesiyile ilişkili sorunları, hayatının değişmesi anksiyete bozukluğunun meydana gelmesine neden olmaktadır (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008: 352; Şahin ve Kılıçarslan, 2010: 54; Dönmez vd, 2014: 914).

Araştırmalara göre kadınlar hamilelik döneminde gebeliği ve doğumu hakkında endişe duymaktadır. Kadınların hissettiği bu korkularda anksiyete düzeyini artırmaktadır (Alipour vd, 2011: 5; Dönmez vd, 2014: 914). Bu korkuların zor doğum veya sezaryen doğum eylemi, düşük doğum ağırlığı, preterm bebek ile bağlantılı olabileceği belirtilmektedir (Eskici vd, 2012: 13). Hamilelik döneminde anksiyete tanısı konan kadının, çocukluğunda düşük motor ve mental becerileri, dikkat dağınıklığı, huzursuz mizaç olduğu düşünülmektedir (Özdamar vd, 2014: 73).

Hamilelik döneminde anksiyete bozukluğunun gelişmesinde psikolojik faktörler önemli rol oynamaktadır. Hamilelikte serum östrojen düzeylerinin 100 kat, serum progesteron düzeylerinde ise 1000 kat olmak üzere ciddi gonadal steroid düzeylerinde değişiklikler görülmektedir. Bu türdeki duygusal sıkıntılar değişikliklerle birlikte şiddetlenmektedir (Anniverno vd, 2013: 282).

Kişisel anksiyete ya da depresyon öyküsü, aile bireylerinde anksiyete bozukluğu öyküsü, çocuk bakımından endişe duyma, tiroid dengesizliği, suçluluk eğilimi,

mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı ve sürekli başarısız olacağına inanama gibi kişisel faktörler antenatal anksiyeteye zemin hazırlamaktadır (Anniverno vd, 2013: 282, Daştan vd, 2015: 74; Department of Health, Government of South Australia, 2017).

Yetersiz sağlık bakımı, az gıda alınımı, madde, alkol ve sigara kullanımı gibi kötü ve zayıf davranışlar ile hamilelikte depresyonun ve anksiyetenin ortaya çıkması bağlantılı olmaktadır (Burt ve Hendrick'ten aktaran Kılıçarslan, 2008).

Yetersiz sosyoekonomik statü, düşük eğitim seviyesi, evliliğinden tatmin olmama, çocukların ihtiyacı olan sağlık bakımlarını yaptıramama, perinatal stresörler, hayat şartlarının değişmesi, aile içindeki sıkıntılı zamanlar hamilelik süresince anksiyete bozuklukların oluşma riskini artırmaktadır (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008; Arslan vd, 2011: 352; Anniverno vd, 2013: 282; Daştan vd, 2015: 74).

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

## YÖNTEM

### 3.1. Yöntem ve Model

Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladığımız çalışma modeli, nicel yaklaşımda ilişkisel tarama araştırmasıdır. Nicel bir yaklaşımda, değişkenler arasındaki ilişki gözlemlenerek nesnel olan yaklaşımlar test edilir. Bu değişkenler genellikle ölçme araçları ile ölçülebilmekte ve sayısallaştırılarak istatistiksel işlemlerle analiz edilebilmektedir. Bu çalışmada, nicel yaklaşımda tarama yöntemi kullanılmıştır. Tarama çalışmalarında, mevcut durum herhangi bir müdahale olmaksızın açıklanmakta ve ortaya çıkarılmaktadır. Yaşananlar değil, var olmaya devam eden durumlar tartışılır. Bu tür çalışmalarda araştırmacı, üzerinde çalıştığı olguyu kontrol etmez ve araştırma durumuna ve verilere müdahale etmez.

Tarama çalışmaları geniş bir popülasyon üzerinde yapılmaktadır. Araştırmacı tarafından belirlenen soru maddeleri mevcut cevap maddeleri kullanılarak cevaplanır. Araştırmacılar, seçilen yanıt öğelerinin neden kaynaklandığından ziyade nasıl dağıtıldığıyla daha fazla ilgilenmektedir. Genel tarama modeli birden fazla ögeye sahip bir evrende evren hakkında kapsamlı bir yargıya varmak için, tüm evrende ya da ondan alınacak bir örneklem üzerinde yapılan tarama çalışmalarıdır. Bu tarama modelinde, işlem sırasında ilişkisel tarama yapılabilmektedir.

### 3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışma, Van ilinde hamileliğin 2 ve 3. trimesterinde (son 6 ay) olan 352 kadınla yapılmıştır.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmanın değişkenlerine ilişkin ölçek maddeleri ve araştırmaya katılan katılımcılarla ilgili soruları içeren anket yoluyla toplanmıştır. Araştırmada kullanılan anket 4 kısımdan oluşmaktadır.

### 3.3.1 Sosyo-demografik Form

Araştırmaya katılımı kabul eden bireylere uygulanan sosyo-demografik formda; demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, evlenme yaşı ve yılı , kilo alımı, çalışma durumu.), gebelik sayısı, tekil veya çoğul hamilelik durumu, kürtaj ve düşük durumu, hamileliğin hangi döneminde (kaçıncı trimesterde) , planlanan doğum şekli, daha önce alınan psikiyatrik tanı, sigara kullanımı, , pika ve önceki gebeliğin nasıl sonlandığı, kaçınıcı haftada sonlandığına dair bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır.

### 3.3.2. Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Fairburn ve Beglin tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği; 28 gün içinde yeme tutumlarındaki bozuklukları objektif değerlendirmektedir. 22 soru ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; Yemeye İlgili Endişeler (YİE), Kısıtlama (K), Beden Şekliyle İlgili Endişeler (BİE) ve Kiloyla İlgili Endişeler (KİE), Tıkınırcasına Yeme (TY), 'dir. Tıkınırcasına Yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçek puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar patolojinin varlığını belirtmektedir. (Fairburn ve Beglin, 1994). Yücel ve arkadaşları tarafından ilk kez 2011 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .93 olarak saptanmıştır. (Yücel vd., 2011) Ayrıca ölçeğin yetişkinler üzerinde geçerlik ve güvenilirliği Baktıroğlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .92 olarak saptanmıştır. (Baktıroğlu vd., 2019) Bu tez çalışmasında araştırmanın birinci aşamasında YBDÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .96 olarak hesaplanmıştır.

### 3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda bilişsel, duygusal vejetatif ve somatik semptomları ölçmektedir. (Beck, 1961). Kesme noktası 17 olarak belirlenen Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirleyen ölçek depresyon tanısı koymamaktadır. 21 maddeden oluşan ölçekte her bir madde 0-3 arasında puan almaktadır. Ölçekte alınan toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (Hisli, 1989). Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alfa) ise .94 olarak hesaplanmıştır.



### **3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Bireylerin yaşadığı ve içinde bulunduğu anksiyete belirtileri ve bulgularının sıklığını belirlemek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. 21 maddeden oluşan bu ölçek bireylerin son bir haftada ifade edilen rahatsızlıkları sınıflandıran, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. 0-7 arası puan minimal seviyede, 8-15 arası puan hafif seviyede, 16-25 arası puan orta seviyede, 26-63 puan arası ise şiddetli seviyede anksiyete belirtileri göstermektedir. (Beck, 1988). Türkiye’de Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. (Ulusoy, 1988). Çalışmamızda Beck Anksiyete Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alfa) ise .95 olarak hesaplanmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Van ilinde bulunan ve örnekleme giren katılımcılara anket dağıtılmış, bunlardan 362 âdeti geri dönmüştür. Dahil etme kriterlerini karşılamaması nedeniyle 10 veri örnekleme dışı bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemini 352 katılımcı oluşturmuştur.

### **3.5. Araştırmada Verilerin Analizi**

Elde edilen veri toplama aracı, örnekleme giren hamile kadınlar tarafından uygulanmıştır. Hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 22. 0 (Statistical package for the Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir.

Demografik değişkenlere göre dağılımların belirlenmesi amacıyla frekans (N) ve yüzdeler (%) hesaplanmıştır. Ayrıca, yaş, evlenme yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, hamile kalınan kilo, hamilelikte alınan veya verilen kilo bilgileri ise ortalama ve standart sapma kullanılarak sunulmuştur. Ölçeklerin ve alt boyutlarına ait madde toplamları, ortalamaları ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Çalışmada iki kategoriye sahip değişkenler (medeni durum, çalışma durumu, kürtaj olma, düşük yapma durumu, daha önceden psikiyatrik tanı alma durumu, önceki hamilelikte tıbbi bir sorun yaşama durumu, önceki hamilelikte psikiyatrik bir sorun yaşama durumu, şu an ki hamilelik durumunuz, hamilelik dönemi, planlanan doğum şekli, besin değeri olmayan şeyler tüketme durumu) ile ölçekler arasındaki ilişki bağımsız örneklem T testi ile belirlenmiştir. Üç veya daha fazla kategoriye sahip değişkenler ile ölçekler arasındaki

fark One-Way ANOVA ile tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmadaki nicel değişkenler ile ölçekler arasındaki belirleyiciyi tespit etmek için pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon testi sonucuna göre, 0,01-0,29 düşük ilişki; 0,30-0,70 orta düzeyde ilişki; 0,71-0,99 yüksek düzeyde ilişki ve 1,00 mükemmel ilişki olarak belirlenmiştir. Araştırmada p değerinin 0,05'in altında olması, istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### 3.6. Güvenilirlik Analizi

Çalışmada ölçeklerin ve alt boyutların güvenilirliğini ölçmek için cronbach's alfa analizi uygulanmıştır. Testte yer alan soruların varyansların toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değerler alan Alfa katsayısı, bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Ankette bulunan soruların bütün oluşturup oluşturmadıkları ve homojen yapıyı açıklaması için cronbach's alfa kullanılmaktadır. Katılımcıların cevap verdikleri sorularının toplanmasında soruların yakınlığını ve benzerliğini açıklayan bir Alfa katsayısıdır. Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir (Büyüköztürk, 2010).

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise test güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise test düşük güvenilirliktedir,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise test oldukça güvenilirdir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise test yüksek derecede güvenilir bir testtir.

**Tablo 4. Çalışmanın Güvenilirlik Analizi**

Ölçek	Cronbach's Alpha	N
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	0,955	28
Beck Anksiyete Ölçeği	0,944	21
Beck Depresyon Ölçeği	0,956	21

Yukarıdaki çizelgede görüldüğü üzere araştırmanın ölçekleri ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyi oldukça yüksektir. Bu sebeple güvenilir bir anket olduğunu kanıtlamaktadır.

### 3.7. Normallik Analizi

Bu esnada parametrik ya da parametrik olmayan analiz teknikleri arasından hangi tekniğin kullanılacağına dair karar vermek için elde edilen verilerin normallik analizinin yapılması gerekmektedir. Normal dağılım içerisinde ölçeklerin puanlarının incelenmesi için yapılması gereken öncelikli işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ve -3 arasında bir değerde olması normal dağılım açısından yeterli kabul edilmektedir (Hopkings ve Weeks, 1990). Bu bağlamda ölçek puanları normal bir dağılım göstermektedir. Öte yandan söz konusu ölçek ve ölçek boyutlarına yönelik histogram, grafik ve varyasyon katsayıları da incelenmiş ve bunların da normal dağılıma uygun olduğu saptanmıştır. Böylece, analizler gerçekleştirilirken parametrik teknikler ele alınmıştır. Ek olarak analizler gerçekleştirilirken, test yöntemlerinden bağımsız gruplar t-testi ve ANOVA testi kullanılmıştır.

**Tablo 5. Çalışmanın Normallik Analizi**

Test	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	3,3751	1,3566	-0,940	-1,120
Beck Anksiyete Ölçeği	32,5463	15,8081	-0,452	-0,872
Beck Depresyon Ölçeği	33,4508	14,3845	-0,321	-0,450

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Bilgilerinin Dağılımları

Tablo 6. Bireylerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin sonuçları -1

Özellik	Frekans	%	
Yaş (Ort ± SS)*	28,92±5,60		
Evlenme yaşı (Ort ± SS)*	23,96±2,73		
Çocuk sayısı (Ort ± SS)*	1,2±0,96		
Evlilik süresi	1 yıldan az	42	11,9
	1 yıl	41	11,6
	2-3 yıl	82	23,3
	4-6 yıl	66	18,8
	6 yıldan fazla	121	34,4
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Medeni durum	Evli	344	97,7
	Bekar	8	2,3
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu	59	16,8
	Ortaokul mezunu	69	19,6
	Lise mezunu	66	18,8
	Üniversite mezunu	115	32,7
	Yüksek lisans mezunu	43	12,1
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	102	29,0
	Çalışmıyor	250	71,0
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Vücut Kitle İndeksi	Normal Kilolu	115	31,6
	Fazla Kilolu	165	46,8
	Obez	72	21,6
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Daha önce kürtaj olma durumu	Evet	44	12,5
	Hayır	308	87,5
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Daha önce düşük yapma durumu	Evet	68	19,3
	Hayır	284	80,7
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Daha önce psikiyatrik bir tanı alma durumu	Evet	47	13,4
	Hayır	305	86,6
	<i>Toplam</i>	352	100,0
Sigara kullanma durumu	Evet	96	27,3
	Hayır	256	72,7
	<i>Toplam</i>	352	100,0

\* Ort ± SS = Ortalama±Standart sapma

Tablo 6’da gösterildiği üzere çalışmaya dâhil edilen bireylerin yaş ortalaması 28,92±5,60’dır. Katılımcıların evlenme yaşları ortalaması ise 23,96±2,73’dür. Katılımcıların 1 ile 4 arasında çocukları bulunmakta ve ortalama 1,2±0,96’dır. Katılımcıların %34,4’ü altı yıldan daha fazla süredir evlidir. Bireylerin %97,7’si evli, sadece %2,3’ü bekarıdır. Araştırmanın çoğunluğunda evli bireyler bulunmaktadır.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %16,8'i ilköğretim mezunu, %19,6'sı ortaokul mezunu, %18,8'i lise mezunu, %32,7'si üniversite mezunu, %12,1'i ise yüksek lisans mezunudur. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunu (%71,0) çalışmayan bireyler oluşturmaktadır ve %29'u çalışmaktadır. Bireylerin vücut kitle indekslerine bakıldığında, %31,6'sı normal kilolu, %46,8'i fazla kilolu, ve %21,6'sı obezdir. Bireylerin %12,5'i daha önce kürtaj olmuş, %19,3'ü ise daha önce düşük yapmıştır. Katılımcıların %13,4'ü daha önce psikiyatrik tanı almıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %27,3'ü sigara kullanmakta, 72,7'si ise sigara kullanmamaktadır.

**Tablo 7. Bireylerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin sonuçları -2**

Özellik	Frekans	%	
Kaçınıcı hamileliğiniz	İlk	182	51,7
	2.	65	18,5
	3.	69	19,6
	4 ve üstü	36	10,2
	<i>Toplam</i>	<i>352</i>	<i>100,0</i>
Bir önceki hamileliğinizin sonlanım şekli	Normal doğum	82	48,0
	Planlı doğum	8	5,3
	Zorunlu sezaryen	43	25,1
	Ölü doğum	9	5,3
	Düşük	20	11,7
	Kürtaj	8	4,7
	<i>Toplam</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>
Önceki hamileliğinizin kaçınıcı haftada sonlandığı	24. ve 30. haftalar arası	30	17,5
	32. ve 36. haftalar arası	39	22,8
	36. ve 38. haftalar arası	79	46,2
	38. ve 41. haftalar arası	23	13,5
	<i>Toplam</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>
Önceki hamilelikte tıbbi bir sorun yaşama durumu	Evet	87	51,2
	Hayır	83	48,8
	<i>Toplam</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>
Önceki hamilelikte psikiyatrik bir sorun yaşama durumu	Evet	66	38,8
	Hayır	104	61,2
	<i>Toplam</i>	<i>170</i>	<i>100,0</i>
Şuanki hamilelik durumunuz	Tekil	338	96,0
	Çoğul	14	4,0
	<i>Toplam</i>	<i>352</i>	<i>100,0</i>
Şuanki hamilelik döneminiz	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	57,4
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	42,6
	<i>Toplam</i>	<i>352</i>	<i>100,0</i>
Şu andaki hamilelik için planlanan doğum şekli	Normal doğum	190	54,0
	Sezaryen	162	46,0
	<i>Toplam</i>	<i>352</i>	<i>100,0</i>
Besin değeri olmayan şeyler (toprak, sabun, kâğıt vb. ) tüketme durumu	Evet	72	20,5
	Hayır	280	79,5
	<i>Toplam</i>	<i>352</i>	<i>100,0</i>
Hamile kalınan kilo (Ort ± SS)*	59,68±6,51		
Eğer varsa, kaç kilo alındığı (Ort ± SS)*	10,67±6,60		
Eğer varsa, kaç kilo kaybedildiği (Ort ± SS)*	1,27±0,67		

\* Ort ± SS = Ortalama±Standart sapma

Tablo 7’de bireylerin daha önceki ve şuan ki hamileliğine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Bireylerin %51,7’sinin ilk hamileliği, %18,5’inin 2. hamileliği, %19,6’sının 3. hamileliği, %10,2’sinin ise 4 ve üzeri hamileliğidir. Çalışmaya katılan katılımcılardan daha önceden hamile kalan 170 bireyin, önceki hamilelikleri %48 normal doğum, %5,3 planlı doğum, %25,1 zorunlu sezaryen, %5,3 ölü doğum, %11,7 düşük, %4,7 ise kürtaj ile sonlanmıştır. Katılımcıların %17,5’inin önceki hamilelikleri 24. ve 30. haftalar arasında, %22,8’inin 32. ve 36. haftalar arasında, %46,2’sinin 36. ve 38. haftalar arasında, %46,2’sinin 38. ve 41 haftalar arasında sonlanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %51,2’si önceki hamilelikte tıbbi bir sorun yaşamıştır. Katılımcıların %38,8’i önceki hamilelikte psikiyatrik bir sorun deneyimlemiştir. Bireylerin şuan ki hamilelik durumlarına bakıldığında %96’sı tekil gebeliğe, %4’ü ise çoğul gebeliğe sahiptir. Araştırmanın çoğunluğunda tekil gebeliği bulunan bireyler yer almaktadır. Bireylerin %57,4’ü 14.-26. Haftalar (2. Trimester) arasında, %42,6’sı ise 27.-40. Haftalar (3. Trimester) arasında hamilelik dönemine sahiptir. Katılımcıların %54’ü normal doğum planlamakta, %46’sı ise sezaryen doğum planlamaktadır. Katılımcıların çoğunluğu normal doğum planlamaktadır. Katılımcıların %20,5’i hayatlarının herhangi bir döneminde toprak, sabun, kil, kül vb. besin değeri olmayan şeyler yemiş, %79,5’i ise daha önce besin değeri olmayan şeyler yememiştir. Bireylerin hamile kaldıkları kiloların ortalaması  $59,68 \pm 6,51$ ’dir. Çalışmaya katılan bireylerin aldıkları kiloların ortalaması  $10,67 \pm 6,60$ ’dır. Kilo kaybettiğini söyleyen katılımcılar ise ortalama  $1,27 \pm 0,67$  kilo verdiğini ifade etmiştir.

#### 4.2. Sosyo-Demografik Bilgilerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 8. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşlarına ilişkin sonuçlar**

	$r_p^*$	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	0,354	<0,001**
<i>Kısıtlama</i>	0,347	<0,001**
<i>Yeme ile İlgili Endişeler</i>	0,355	<0,001**
<i>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</i>	0,353	<0,001**
<i>Kilo Endişeleri</i>	0,349	<0,001**
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	0,278	<0,001**
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	0,286	<0,001**

\*  $r_p$ = pearson korelasyon katsayısı, \*\* $p < 0,001$

Tablo 8’de yaş ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri için kolerasyonlar sunulmuştur. Bulgulara göre, yaş ile yeme bozuklukları puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Yaş ile depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Bu durum, yaş arttıkça, yeme bozukluğu toplam ve alt boyut, anksiyete ve depresyon puanlarının yükseldiğini gösterir.

**Tablo 9. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile vücut kitle indekslerine ilişkin sonuçlar**

Ölçekler		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Normal Kilolu	115	3,4114 <sup>a</sup>	1,7126	1,330	0,143
	Fazla Kilolu	165	3,0840 <sup>b</sup>	1,6496		
	Obez	72	3,0238 <sup>c</sup>	1,4049		
<b>Kısıtlama</b>	Normal Kilolu	115	3,8411 <sup>a</sup>	1,6708	121,112	<0,001** a>b,c #
	Fazla Kilolu	165	2,3630 <sup>b</sup>	1,3449		
	Obez	72	2,2316 <sup>c</sup>	1,7839		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Normal Kilolu	115	2,8679 <sup>a</sup>	1,1364	5,075	<0,001** a>b #
	Fazla Kilolu	165	2,2467 <sup>b</sup>	1,4152		
	Obez	72	2,6342 <sup>c</sup>	1,4382		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Normal Kilolu	115	3,6290 <sup>a</sup>	1,9840	2,630	0,421
	Fazla Kilolu	165	3,8864 <sup>b</sup>	1,9972		
	Obez	72	3,6214 <sup>c</sup>	1,1518		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Normal Kilolu	115	2,5304 <sup>a</sup>	1,6626	2,430	0,450
	Fazla Kilolu	165	2,6582 <sup>b</sup>	2,1366		
	Obez	72	2,3316 <sup>c</sup>	1,3340		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Normal Kilolu	115	36,5357 <sup>a</sup>	5,5926	135,142	<0,001** c>b #
	Fazla Kilolu	165	24,4303 <sup>b</sup>	15,2372		
	Obez	72	39,9211 <sup>c</sup>	15,9413		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Normal Kilolu	115	31,8929 <sup>a</sup>	12,8198	122,212	<0,001** c>a,b #
	Fazla Kilolu	165	22,1697 <sup>b</sup>	12,7205		
	Obez	72	38,3289 <sup>c</sup>	11,9581		

\*One-Way ANOVA testi, \*\*  $p<0,001$ , # Posthoc Bonferroni düzeltmeli test

Tablo 9’da çalışmaya katılan bireylerin vücut kitle indeksleri ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları One-Way ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır. Test sonucunda, vücut kitle indeksleri sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu toplam puanı arasında herhangi bir fark belirlenememiştir ( $p>0,05$ ). Ancak, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğine ilişkin alt boyutlar incelendiğinde, normal kilolu bireylerin kısıtlama ve yeme ile ilgili endişeler alt boyutundan aldıkları puanın fazla kilolu bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Ayrıca, vücut kitle indeksi sınıflandırmasına göre, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Obez bireylerin depresyon ve anksiyete puanları fazla kilolu bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0,001$ ).

**Tablo 10. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamile kaldıkları vücut kitle indekslerine ilişkin sonuçlar**

	$r_p^*$	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	-0,041	0,214
<i>Kısıtlama</i>	-0,044	0,212
<i>Yeme ile İlgili Endişeler</i>	-0,058	0,164
<i>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</i>	-0,012	0,325
<i>Kilo Endişeleri</i>	-0,051	0,185
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	-0,032	0,257
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	-0,021	0,295

\*  $r_p$ = pearson korelasyon katsayısı

Tablo 10’da hamile kalınan kilo ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki korelasyonlar sunulmuştur. Bulgulara göre, hamile kalınan vücut kitle indeksi ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).



**Tablo 11. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile medeni durumlarına ilişkin sonuçlar**

Ölçekler		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evli	344	2,33	2,06	-0,822	0,412
	Bekar	8	2,94	2,46		
<b>Kısıtlama</b>	Evli	344	2,18	2,06	-0,700	0,484
	Bekar	8	2,70	2,39		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Evli	344	2,41	2,09	-0,675	0,500
	Bekar	8	2,92	2,38		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evli	344	2,38	2,08	-0,929	0,353
	Bekar	8	3,07	2,56		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evli	344	2,31	2,10	-0,900	0,369
	Bekar	8	3,00	2,54		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evli	344	19,94	19,14	-1,865	0,063
	Bekar	8	32,75	21,53		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evli	344	25,54	21,19	-1,592	0,112
	Bekar	8	37,62	21,94		

\* Bağımsız örneklem T-testi

Tablo 11’de çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki fark Bağımsız örneklem T-testi ile gerçekleştirilmiştir. Test sonucuna göre, medeni durum ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile eğitim düzeylerine ilişkin sonuçlar**

Ölçekler	N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri	
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	İlkokul	59	1,3112 <sup>a</sup>	1,2916	145,132	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	1,7885 <sup>b</sup>	0,9517		
	Lise	66	1,6233 <sup>c</sup>	0,2300		
	Üniversite	115	3,9553 <sup>d</sup>	1,7067		
	Yüksek lisans	43	4,6131 <sup>e</sup>	1,3014		
<b>Kısıtlama</b>	İlkokul	59	1,1356 <sup>a</sup>	1,3043	133,864	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	1,6812 <sup>b</sup>	0,9727		
	Lise	66	1,4939 <sup>c</sup>	0,2607		
	Üniversite	115	3,7965 <sup>d</sup>	1,7545		
	Yüksek lisans	43	4,3814 <sup>e</sup>	1,3372		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	İlkokul	59	1,4271 <sup>a</sup>	1,3602	137,635	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	1,8174 <sup>b</sup>	1,0022		
	Lise	66	1,7242 <sup>c</sup>	0,2757		
	Üniversite	115	4,0557 <sup>d</sup>	1,1041		
	Yüksek lisans	43	4,6605 <sup>e</sup>	1,4333		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	İlkokul	59	1,3665 <sup>a</sup>	1,3142	141,509	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	1,8388 <sup>b</sup>	0,9572		
	Lise	66	1,6610 <sup>c</sup>	0,2996		
	Üniversite	115	3,9989 <sup>d</sup>	1,7475		
	Yüksek lisans	43	4,7035 <sup>e</sup>	1,2697		
<b>Kilo Endişeleri</b>	İlkokul	59	1,2754 <sup>a</sup>	1,2668	138,238	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	1,7885 <sup>b</sup>	0,9863		
	Lise	66	1,5833 <sup>c</sup>	0,3111		
	Üniversite	115	3,9413 <sup>d</sup>	1,8044		
	Yüksek lisans	43	4,6628 <sup>e</sup>	1,2746		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	İlkokul	59	15,1525 <sup>a</sup>	8,9717	24,981	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	11,5217 <sup>b</sup>	11,4295		
	Lise	66	10,1364 <sup>c</sup>	7,5669		
	Üniversite	115	29,7913 <sup>d</sup>	11,8236		
	Yüksek lisans	43	31,1628 <sup>e</sup>	11,5284		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	İlkokul	59	15,3051 <sup>a</sup>	11,6163	58,851	<b>&lt;0,001**</b> <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	Ortaokul	69	14,6667 <sup>b</sup>	9,3756		
	Lise	66	12,7576 <sup>c</sup>	6,9505		
	Üniversite	115	43,7217 <sup>d</sup>	12,1591		
	Yüksek lisans	43	30,3256 <sup>e</sup>	12,6565		

\*One-Way ANOVA test değeri, \*\* p<0,001 # Posthoc Bonferroni düzeltilmeli test

Tablo 12’de çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumu ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki fark One-Way ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Test sonucunda, eğitim durumu sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Özellikle, üniversite veya yüksek lisans mezunu olan bireylerin, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları diğer eğitim gruplarına göre daha yüksektir.

**Tablo 13. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çalışma durumlarına ilişkin sonuçlar**

Ölçekler		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu</b>	Çalışıyor	102	3,7634	1,8388	9,083	<0,001**
	Çalışmıyor	250	1,7691	0,8806		
<b>Değerlendirme Ölçeği</b>						
<b>Kısıtlama</b>	Çalışıyor	102	3,6216	1,9121	9,191	<0,001**
	Çalışmıyor	250	1,6088	0,8438		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Çalışıyor	102	3,8235	1,8356	8,778	<0,001**
	Çalışmıyor	250	1,8608	0,9296		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Çalışıyor	102	3,8223	1,8806	9,044	<0,001**
	Çalışmıyor	250	1,8175	0,8892		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Çalışıyor	102	3,7475	1,9164	8,847	<0,001**
	Çalışmıyor	250	1,7580	0,9130		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Çalışıyor	102	33,9608	10,9728	9,574	<0,001**
	Çalışmıyor	250	14,6400	5,3700		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Çalışıyor	102	48,2353	8,9622	17,094	<0,001**
	Çalışmıyor	250	16,6760	4,1856		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*p< 0,001

Tablo 13'te çalışmaya katılan bireylerin çalışma durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki fark bağımsız örneklem T-testi ile sunulmuştur. Test sonucunda, çalışma durumu sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu toplam ve alt boyut, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,001). Çalışan bireylerin, yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete puanları çalışmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001).

**Tablo 14. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile evlenme yaşlarına ilişkin sonuçlar**

	r <sub>p</sub> *	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	0,418	<0,001**
<b>Kısıtlama</b>	0,409	<0,001**
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	0,408	<0,001**
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	0,420	<0,001**
<b>Kilo Endişeleri</b>	0,418	<0,001**
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	0,277	<0,001**
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	0,393	<0,001**

\* r<sub>p</sub>= pearson korelasyon katsayısı, \*\*p<0,001

Tablo 14’de evlenme yaşı ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki korelasyon sunulmuştur. Bulgulara göre, evlenme yaşı ile yeme bozuklukları ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Evlenme yaşı ile anksiyete puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Başka bir deyişle, evlenme yaşı arttıkça, katılımcıların yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları artmaktadır.

**Tablo 15. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile evlilik süresine ilişkin sonuçlar**

Bağımlı değişken		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	1 yıldan az	42	1,5855 <sup>a</sup>	1,0893	5,748	<b>&lt;0,001**</b>  <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	1 yıl	41	1,6508 <sup>b</sup>	0,9052		
	2-3 yıl	82	2,0222 <sup>c</sup>	1,9798		
	4-6 yıl	66	2,7541 <sup>d</sup>	1,1181		
	6 yıldan fazla	121	2,8452 <sup>e</sup>	2,0973		
<b>Kısıtlama</b>	1 yıldan az	42	1,4143 <sup>a</sup>	1,0777	5,480	<b>&lt;0,001**</b>  <b>d-e&gt;a,b #</b>
	1 yıl	41	1,5512 <sup>b</sup>	0,9098		
	2-3 yıl	82	1,8707 <sup>c</sup>	0,9707		
	4-6 yıl	66	2,6212 <sup>d</sup>	1,0958		
	6 yıldan fazla	121	2,6628 <sup>e</sup>	1,1293		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	1 yıldan az	42	1,6714 <sup>a</sup>	1,0797	6,015	<b>&lt;0,001**</b>  <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	1 yıl	41	1,7024 <sup>b</sup>	0,9499		
	2-3 yıl	82	2,0780 <sup>c</sup>	1,0187		
	4-6 yıl	66	2,8394 <sup>d</sup>	1,1524		
	6 yıldan fazla	121	2,9537 <sup>e</sup>	1,1055		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	1 yıldan az	42	1,6788 <sup>a</sup>	1,0834	5,472	<b>&lt;0,001**</b>  <b>d-e&gt;a,b,c #</b>
	1 yıl	41	1,7012 <sup>b</sup>	0,9186		
	2-3 yıl	82	2,0884 <sup>c</sup>	1,0142		
	4-6 yıl	66	2,7727 <sup>d</sup>	1,1403		
	6 yıldan fazla	121	2,9008	1,1070		
<b>Kilo Endişeleri</b>	1 yıldan az	42	1,5655 <sup>a</sup>	1,0884	5,731	<b>&lt;0,001**</b>  <b>d-e&gt;a,b,c#</b>
	1 yıl	41	1,6098 <sup>b</sup>	0,8825		
	2-3 yıl	82	2,0091 <sup>c</sup>	1,9994		
	4-6 yıl	66	2,7765 <sup>d</sup>	1,1537		
	6 yıldan fazla	121	2,8264 <sup>e</sup>	1,1582		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	1 yıldan az	42	18,4524 <sup>a</sup>	8,6981	6,381	<b>&lt;0,001**</b>  <b>d-e&gt;b #</b>
	1 yıl	41	14,2927 <sup>b</sup>	5,5599		
	2-3 yıl	82	16,2439 <sup>c</sup>	6,7166		
	4-6 yıl	66	17,5909 <sup>d</sup>	7,8988		
	6 yıldan fazla	121	27,0248 <sup>e</sup>	11,1909		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	1 yıldan az	42	20,5238 <sup>a</sup>	8,4420	4,045	<b>0,003***</b>  <b>e&gt;a,b #</b> <b>d&gt;a,b,c #</b>
	1 yıl	41	20,7805 <sup>b</sup>	8,2845		
	2-3 yıl	82	21,8171 <sup>c</sup>	9,5411		
	4-6 yıl	66	27,7424 <sup>d</sup>	12,0609		
	6 yıldan fazla	121	31,0331 <sup>e</sup>	12,6619		

\*One-Way ANOVA test değeri, \*\*  $p<0,001$ , \*\*\*  $p<0,05$  # Posthoc Bonferroni düzeltilmiş test

Tablo 15’de evlilik süresi ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılık One-Way ANOVA test ile sunulmuştur. Bulgulara göre, evlilik süresi ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Evlilik süresi 4-6 yıl veya 6 yıldan fazla olan bireylerin, yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olarak belirlenmiştir.

**Tablo 16. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kaçınıcı kez hamile kaldıklarına ilişkin sonuçlar**

Ölçekler		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	İlk	182	2,1279 <sup>a</sup>	1,0219	12,331	<0,001** b-c>a,d #
	2.	65	3,0734 <sup>b</sup>	1,1029		
	3.	69	2,9875 <sup>c</sup>	1,1121		
	4 ve üstü	36	1,0530 <sup>d</sup>	0,9154		
<b>Kısıtlama</b>	İlk	182	1,9308 <sup>a</sup>	1,0043	14,084	<0,001** b-c>a,d #
	2.	65	3,0031 <sup>b</sup>	1,1022		
	3.	69	2,8754 <sup>c</sup>	1,0883		
	4 ve üstü	36	1,0602 <sup>d</sup>	0,7389		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	İlk	182	2,2066 <sup>a</sup>	1,0378	11,513	<0,001** b-c>a,d #
	2.	65	3,1662 <sup>b</sup>	1,1591		
	3.	69	3,0464 <sup>c</sup>	1,1554		
	4 ve üstü	36	1,0444 <sup>d</sup>	0,8191		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	İlk	182	2,1909 <sup>a</sup>	1,0493	11,711	<0,001** b-c>a,d #
	2.	65	3,0942 <sup>b</sup>	1,1348		
	3.	69	3,0362 <sup>c</sup>	1,1262		
	4 ve üstü	36	1,0274 <sup>d</sup>	0,9688		
<b>Kilo Endişeleri</b>	İlk	182	2,1497 <sup>a</sup>	1,0581	11,316	<0,001** b-c>a,d #
	2.	65	3,0038 <sup>b</sup>	1,1499		
	3.	69	2,9565 <sup>c</sup>	1,1608		
	4 ve üstü	36	1,1884 <sup>d</sup>	0,8681		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	İlk	182	18,5714 <sup>a</sup>	8,5604	7,298	<0,001** b-c>a,d # a>d #
	2.	65	25,3692 <sup>b</sup>	10,1499		
	3.	69	25,1739 <sup>c</sup>	11,1388		
	4 ve üstü	36	9,9444 <sup>d</sup>	5,5178		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	İlk	182	22,7473 <sup>a</sup>	9,5015	14,808	<0,001** b-c>a,d # a>d #
	2.	65	32,5077 <sup>b</sup>	12,8774		
	3.	69	35,1014 <sup>c</sup>	13,0537		
	4 ve üstü	36	11,5000 <sup>d</sup>	6,8394		

\*One-Way ANOVA testi sonucu p değeri, \*\*  $p<0,001$  # Posthoc Bonferroni düzeltmeli test

Tablo 12’de çalışmaya katılan bireylerin kaçınıcı kez hamile kaldığı ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki farklılık One-Way ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Test sonucunda, kaçınıcı kez hamile kaldığı sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Özellikle, ikinci veya üçüncü kez hamile kalan bireylerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

**Tablo 17. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile çocuk sayılarına ilişkin sonuçlar**

	$r_p^*$	P değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	-0,079	0,137
<i>Kısıtlama</i>	-0,090	0,091
<i>Yeme ile İlgili Endişeler</i>	-0,063	0,235
<i>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</i>	-0,080	0,134
<i>Kilo Endişeleri</i>	-0,080	0,132
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	-0,100	0,060
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	-0,025	0,638

\*  $r_p$ = pearson korelasyon katsayısı

Tablo 17’de çocuk sayıları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki korelasyonlar sunulmuştur. Bulgulara göre, çocuk sayıları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik durumlarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Tekil	338	2,3198	1,0739	-4,209	<b>0,022**</b>
	Çoğul	14	3,0032	1,0477		
<i>Kısıtlama</i>	Tekil	338	2,1675	1,0750	-4,093	<b>0,027**</b>
	Çoğul	14	2,7857	1,0221		
<i>Yeme ile İlgili Endişeler</i>	Tekil	338	2,4071	1,0978	3,986	<b>0,032**</b>
	Çoğul	14	2,9714	1,1337		
<i>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</i>	Tekil	338	2,3695	1,0932	-4,278	<b>0,020**</b>
	Çoğul	14	3,0982	1,0257		
<i>Kilo Endişeleri</i>	Tekil	338	2,3018	1,1098	-4,430	<b>0,019**</b>
	Çoğul	14	3,1250	1,1433		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Tekil	338	19,4911	8,9151	-7,638	<b>&lt;0,001***</b>
	Çoğul	14	38,2857	9,5543		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Tekil	338	25,4408	11,0640	-4,653	<b>0,014**</b>
	Çoğul	14	35,0000	14,5294		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*  $p<0,05$ , \*\*\* $p<0,001$

Tablo 18’te görüldüğü üzere, çalışmaya katılan bireylerin hamilelik durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki fark bağımsız örneklem T-testi gerçekleştirilmiştir. Test sonucunda, hamilelik durumu sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir

( $p < 0,05$ ). Çoğul gebeliği olan bireylerin yeme bozukluğu toplam ve alt boyut puanları, depresyon ve anksiyete puanları tekil gebeliği olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 19. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile kürtaj olup olmamalarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evet	44	3,8543	1,8446	5,352	<0,001**
	Hayır	308	2,1316	1,0176		
<b>Kısıtlama</b>	Evet	44	3,7955	1,9166	5,726	<0,001**
	Hayır	308	1,9630	1,9951		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Evet	44	3,8636	1,8212	5,008	<0,001**
	Hayır	308	2,2247	1,0582		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evet	44	3,9460	1,8679	5,455	<0,001**
	Hayır	308	2,1774	1,0312		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evet	44	3,7330	1,9532	4,838	<0,001**
	Hayır	308	2,1347	1,0629		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evet	44	37,1364	10,4570	6,584	<0,001**
	Hayır	308	17,8247	7,8610		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evet	44	48,2955	8,8180	8,170	<0,001**
	Hayır	308	22,6104	9,6010		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\* $p < 0,001$

Tablo 19’da belirtildiği üzere çalışmaya katılan bireylerin daha önceden kürtaj olma durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki fark bağımsız örneklem T-testi ile belirlenmiştir. Test sonucunda, daha önceden kürtaj olma durumları sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0,001$ ). Kürtaj olan bireylerin yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete puanları kürtaj olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p < 0,001$ ).

**Tablo 20. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile düşük yapıp yapmamalarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evet	68	2,9672	1,0551	2,771	<b>0,006**</b>
	Hayır	284	2,1985	1,0548		
<b>Kısıtlama</b>	Evet	68	2,8000	1,1755	2,716	<b>0,007**</b>
	Hayır	284	2,0465	1,0255		
	Evet	68	3,0471	1,0551	2,751	<b>0,007**</b>
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Hayır	284	2,2817	1,0860		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evet	68	3,0570	1,0539	2,920	<b>0,004**</b>
	Hayır	284	2,2408	1,0745		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evet	68	2,8971	1,0841	2,460	<b>0,014**</b>
	Hayır	284	2,1998	1,1026		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evet	68	28,1471	11,5311	3,841	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	284	18,3451	8,2212		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evet	68	37,1176	13,2562	5,046	<b>&lt;0,001***</b>
	Hayır	284	23,1162	9,8566		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\* p<0,05, \*\*\*p< 0,001

Tablo 20’de belirtildiği üzere çalışmaya katılan bireylerin daha önceden düşük yapma durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılık bağımsız örneklem T-testi tespit edilmiştir. Test sonucunda daha önceden düşük yapma durumları sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,005). Düşük yapan bireylerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları düşük yapmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p<0,05).



**Tablo 21. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hamilelik dönemlerine ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	2,1573	1,0195	-1,999	<b>0,046**</b>
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	2,6024	1,1260		
<b>Kısıtlama</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	2,0149	1,0220	-1,867	0,063
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	2,4307	1,1246		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	2,2356	1,0365	-2,020	<b>0,044**</b>
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	2,6907	1,1598		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	2,2030	1,0470	-2,043	<b>0,042**</b>
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	2,6617	1,1311		
<b>Kilo Endişeleri</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	2,1460	1,0589	-1,949	<b>0,049**</b>
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	2,5883	1,1675		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	17,0396	7,5416	-3,679	<b>&lt;0,001***</b>
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	24,5467	10,6588		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	14.-26. haftalar (2. Trimester)	202	22,7723	9,9191	-3,163	<b>0,002**</b>
	27.-40. haftalar (3. Trimester)	150	29,9267	12,3484		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \* p<0,05, \*\*\*p< 0,001

Tablo 21’de çalışmaya katılan bireylerin hamilelik dönemleri ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılık bağımsız örneklem T-testi gerçekleştirilmiştir. Test sonucunda, hamilelik dönemleri sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Hamilelik dönemi 27.-40. haftalar arasında olan bireylerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları 14.-26. haftalar arasında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Ancak, hamilelik dönemi sınıflandırması ile yeme bozukluğu ölçeği kısıtlama alt boyutu arasında herhangi bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

**Tablo 22. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile şu andaki hamilelikleri için nasıl bir doğum şekli planladıklarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Normal doğum	190	1,2988	0,5375	-12,257	<0,001**
	Sezaryen	162	3,5763	1,9463		
Kısıtlama	Normal doğum	190	1,1537	0,5185	-12,099	<0,001**
	Sezaryen	162	3,4099	1,9756		
Yeme ile İlgili Endişeler	Normal doğum	190	1,3958	0,5895	-11,819	<0,001**
	Sezaryen	162	3,6420	1,9748		
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	Normal doğum	190	1,3401	0,5488	-12,271	<0,001**
	Sezaryen	162	3,6397	1,9645		
Kilo Endişeleri	Normal doğum	190	1,2763	0,5575	-12,092	<0,001**
	Sezaryen	162	3,5756	1,0064		
Beck Anksiyete Ölçeği	Normal doğum	190	9,8158	7,9504	-13,554	<0,001**
	Sezaryen	162	32,4630	11,3658		
Beck Depresyon Ölçeği	Normal doğum	190	12,5895	7,5935	-17,121	<0,001**
	Sezaryen	162	41,3395	11,6408		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*p< 0,001

Tablo 22'de çalışmaya katılan bireylerin planlanan doğum şekli ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılık bağımsız örneklem T-testi ile yapılmıştır. Test sonucunda, planlanan doğum şekli sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Sezaryen doğum planlanan bireylerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları normal doğum planlanana göre istatistiksel olarak daha yüksektir ( $p<0,001$ ).

**Tablo 23. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile daha önce psikiyatrik tanı alıp almadıklarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Evet	47	4,0077	1,8764	6,203	<0,001**
	Hayır	305	2,0911	0,9857		
Kısıtlama	Evet	47	3,8681	1,9324	6,269	<0,001**
	Hayır	305	1,9338	0,9744		
Yeme ile İlgili Endişeler	Evet	47	4,0383	1,8634	5,911	<0,001**
	Hayır	305	2,1816	1,0248		
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	Evet	47	4,0904	1,9154	6,271	<0,001**
	Hayır	305	2,1377	0,9976		
Kilo Endişeleri	Evet	47	3,9787	1,9088	6,007	<0,001**
	Hayır	305	2,0811	1,0315		
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	47	34,6809	11,2133	5,769	<0,001**
	Hayır	305	18,0131	7,9800		
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	47	50,5106	17,4852	9,602	0,003***
	Hayır	305	22,0164	9,1468		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*p< 0,001, \*\*\* p<0,05

Tablo 23’de görüldüğü gibi, çalışmaya katılan bireylerin daha önceden psikiyatrik tanı alma durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılık bağımsız örneklem T-testi ile belirlenmiştir. Test sonucunda, daha önceden psikiyatrik tanı alma durumları sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Daha önceden psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05).

**Tablo 24. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sigara kullanıp kullanmamalarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evet	96	3,8101	1,7591	8,976	<0,001**
	Hayır	256	1,7983	1,9135		
<b>Kısıtlama</b>	Evet	96	3,6708	1,8460	9,098	<0,001**
	Hayır	256	1,6375	0,8754		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Evet	96	3,8833	1,7595	8,777	<0,001**
	Hayır	256	1,8844	0,9538		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evet	96	3,8724	1,7782	8,960	<0,001**
	Hayır	256	1,8457	0,9301		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evet	96	3,7682	1,8422	8,555	<0,001**
	Hayır	256	1,7969	0,9555		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evet	96	33,7188	10,9272	8,887	<0,001**
	Hayır	256	15,1836	5,9288		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evet	96	47,6979	18,8680	15,224	<0,001**
	Hayır	256	17,6172	5,5400		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*p< 0,001

Tablo 24’te, çalışmaya katılan bireylerin sigara kullanma durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki farklılığı gösteren bağımsız örneklem T-testi sonucu verilmektedir. Test sonucunda, sigara kullanma durumları sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu ve anksiyete arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,001). Sigara kullanan bireylerin yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete puanları kullanmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,001).

**Tablo 25. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile besin değeri olmayan (toprak, sabun, kil vb.) şeyler tüketip tüketmemelerine ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evete	72	4,0505	1,6403	8,584	<0,001**
	Hayır	280	1,9089	0,9460		
<b>Kısıtlama</b>	Evete	72	3,8583	1,6204	8,362	<0,001**
	Hayır	280	1,7636	0,9598		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Evete	72	4,1417	1,6738	8,514	<0,001**
	Hayır	280	1,9893	0,9696		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evete	72	4,1059	1,6681	8,517	<0,001**
	Hayır	280	1,9594	0,9635		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evete	72	4,0660	1,6667	8,555	<0,001**
	Hayır	280	1,8893	0,9859		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evete	72	25,2917	10,3466	2,514	0,012***
	Hayır	280	18,9393	8,7972		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evete	72	27,8194	10,2632	0,894	0,372
	Hayır	280	25,3071	11,5078		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*p< 0,001, \*\*\* p<0,05

Tablo 25’de çalışmaya katılan bireylerin besin değeri olmayan besin tüketip tüketmeme durumları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılığı gösteren bağımsız örneklem T-testi sonucu görülmektedir. Test sonucunda, besin değeri olmayan besin tüketip tüketmeme durumları sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Tüketen bireylerin yeme bozukluğu ve anksiyete puanları tüketmeyen bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Besin değeri olmayan besin tüketip tüketmeme durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

**Tablo 26. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinin nasıl sonlandığına ilişkin sonuçlar**

Ölçekler		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Normal doğum	82	1,8548 <sup>a</sup>	0,8441	7,504	<b>&lt;0,001**</b> <b>b,c,d,e,f&gt;a<sup>#</sup></b> <b>c,d,f&gt;a,b,e<sup>#</sup></b>
	Planlı doğum	9	2,3232 <sup>b</sup>	1,1729		
	Zorunlu sezaryen	43	3,8647 <sup>c</sup>	1,9241		
	Ölü doğum	9	3,5606 <sup>d</sup>	1,4070		
	Düşük	20	2,9568 <sup>e</sup>	1,8860		
	Kürtaj	8	3,8920 <sup>f</sup>	1,7786		
<b>Kısıtlama</b>	Normal doğum	82	1,6659	0,8643	7,783	<b>&lt;0,001**</b> <b>b,c,d,e,f&gt;a<sup>#</sup></b> <b>c,d,f&gt;a,b,e<sup>#</sup></b>
	Planlı doğum	9	2,1556	1,2556		
	Zorunlu sezaryen	43	3,6744	1,8470		
	Ölü doğum	9	3,3556	1,4449		
	Düşük	20	2,8200	1,0353		
	Kürtaj	8	4,0250	1,7186		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Normal doğum	82	1,9732	0,8581	6,899	<b>&lt;0,001**</b> <b>c,d,e,f&gt;a,b<sup>#</sup></b>
	Planlı doğum	9	2,4444	1,0488		
	Zorunlu sezaryen	43	3,9860	1,9796		
	Ölü doğum	9	3,5111	1,3856		
	Düşük	20	3,0200	1,0426		
	Kürtaj	8	3,7500	1,7394		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Normal doğum	82	1,9116	0,8554	7,385	<b>&lt;0,001**</b> <b>c,d,e,f&gt;a,b<sup>#</sup></b>
	Planlı doğum	9	2,3889	1,1807		
	Zorunlu sezaryen	43	3,8837	1,9636		
	Ölü doğum	9	3,6806	1,4678		
	Düşük	20	3,0125	1,7935		
	Kürtaj	8	4,0625	1,8383		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Normal doğum	82	1,8293	0,8806	7,341	<b>&lt;0,001**</b> <b>c,d,e,f&gt;a,b<sup>#</sup></b>
	Planlı doğum	9	2,2500	1,2741		
	Zorunlu sezaryen	43	3,9128	1,9991		
	Ölü doğum	9	3,6389	1,3687		
	Düşük	20	2,9375	1,9209		
	Kürtaj	8	3,5625	1,0166		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Normal doğum	82	16,6220	6,9273	3,732	<b>0,003***</b> <b>b, c,d,e,f&gt;a<sup>#</sup></b>
	Planlı doğum	9	21,5556	8,5007		
	Zorunlu sezaryen	43	28,5814	11,9688		
	Ölü doğum	9	28,8889	13,2832		
	Düşük	20	29,4000	11,8786		
	Kürtaj	8	35,8750	12,6364		

<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Normal doğum	82	18,4878	6,6542	11,297	<b>&lt;0,001** b, c,d,e,f&gt;a#</b>
	Planlı doğum	9	25,7778	12,5376		
	Zorunlu sezaryen	43	42,1163	11,8732		
	Ölü doğum	9	37,0000	16,2916		
	Düşük	20	39,1000	12,4871		
	Kürtaj	8	48,1250	19,3127		

\*One-Way ANOVA testi, \*\* p<0,001 # Posthoc Bonferroni düzeltmeli test

Tablo 26’da çalışmaya katılan bireylerin önceki hamileliklerinin sonlanma şekli ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki farklılık One-Way ANOVA testi sonuçları ile sunulmuştur. Test sonucunda, önceki hamileliklerinin sonlanma şekli sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Normal doğum olan bireylerin yeme bozukluğu toplam ve alt boyut, depresyon ve anksiyete puanları diğer gruplara göre daha düşük çıkmıştır (p<0,001).

**Tablo 27. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinin kaçınıcı haftada sonlandığına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	24. ve 30. haftalar arası	30	3,2621 <sup>a</sup>	1,0420	3,335	<b>0,021**</b> <b>a,b&gt;c,d<sup>#</sup></b>
	32. ve 36. haftalar arası	39	3,3217 <sup>b</sup>	1,0785		
	36. ve 38. haftalar arası	79	2,2509 <sup>c</sup>	1,9853		
	38. ve 41. haftalar arası	23	2,4466 <sup>d</sup>	1,2143		
<b>Kısıtlama</b>	24. ve 30. haftalar arası	39	3,1000 <sup>a</sup>	1,0703	3,330	<b>0,021**</b>
	32. ve 36. haftalar arası	79	3,1590 <sup>b</sup>	1,1448		<b>a,b&gt;c,d<sup>#</sup></b>
	36. ve 38. haftalar arası	23	2,0785 <sup>c</sup>	1,0131		
	38. ve 41. haftalar arası	30	2,2783 <sup>d</sup>	1,1240		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	24. ve 30. haftalar arası	79	3,3467 <sup>a</sup>	1,1712	3,165	<b>0,026**</b> <b>a,b&gt;c,d<sup>#</sup></b>
	32. ve 36. haftalar arası	23	3,4051 <sup>b</sup>	1,0993		
	36. ve 38. haftalar arası	30	2,3595 <sup>c</sup>	0,9381		
	38. ve 41. haftalar arası	39	2,5043 <sup>d</sup>	1,3008		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	24. ve 30. haftalar arası	23	3,3333 <sup>a</sup>	1,0038	3,267	<b>0,023**</b> <b>a,b&gt;c,d<sup>#</sup></b>
	32. ve 36. haftalar arası	30	3,3622 <sup>b</sup>	1,0762		
	36. ve 38. haftalar arası	39	2,3101 <sup>c</sup>	1,0275		
	38. ve 41. haftalar arası	79	2,5000	1,2047		
<b>Kilo Endişeleri</b>	24. ve 30. haftalar arası	30	3,2167 <sup>a</sup>	1,1098	3,310	<b>0,022**</b> <b>a,b&gt;c,d<sup>#</sup></b>
	32. ve 36. haftalar arası	39	3,3397 <sup>b</sup>	1,1201		
	36. ve 38. haftalar arası	79	2,2120 <sup>c</sup>	1,0381		
	38. ve 41. haftalar arası	23	2,4783 <sup>d</sup>	1,2725		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	24. ve 30. haftalar arası	39	25,7333 <sup>a</sup>	11,4201	1,895	<b>0,132</b>
	32. ve 36. haftalar arası	79	28,3333 <sup>b</sup>	11,9069		
	36. ve 38. haftalar arası	23	19,5316 <sup>c</sup>	8,7335		
	38. ve 41. haftalar arası	30	21,7826 <sup>d</sup>	10,3982		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	24. ve 30. haftalar arası	79	40,0000 <sup>a</sup>	13,4197	5,909	<b>0,001**</b> <b>a,b&gt;c,d<sup>#</sup></b>
	32. ve 36. haftalar arası	23	35,8718 <sup>b</sup>	12,2298		
	36. ve 38. haftalar arası	30	22,9873 <sup>c</sup>	10,1999		



38. ve 41. haftalar arası	39	28,0000 <sup>d</sup>	12,9683
---------------------------	----	----------------------	---------

\*One-Way ANOVA testi, \*\* p<0,05 # Posthoc Bonferroni düzeltmeli testi

Tablo 27’de çalışmaya katılan bireylerin önceki hamileliklerinin kaçınıcı haftada sonlandığı ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılık One-Way ANOVA testi sonucu ile verilmiştir. Buna göre, önceki hamileliklerinin kaçınıcı haftada sonlandığı sınıflandırmasına göre, yeme bozukluğu ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Önceki hamileliği 24-30. veya 32-36. haftalar arasında sonlanan bireylerin yeme bozukluğu toplam ve alt boyut puanları ve depresyon puanları, diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır. Önceki hamileliği 32. ve 36. haftalar arası veya 36. ve 38. haftalar arası sonlanan bireylerin anksiyete puanları diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır (p<0,05). Önceki hamileliklerinin kaçınıcı haftada sonlandığı sınıflandırması ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (p>0,05).

**Tablo 28. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinde tıbbi bir sorun yaşayıp yaşamamalarına ilişkin sonuçlar**

Ölçekler		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evet	87	3,0815	1,03448	2,397	<b>0,018***</b>
	Hayır	83	2,3237	1,08755		
<b>Kısıtlama</b>	Evet	87	2,8989	1,10357	2,275	<b>0,024***</b>
	Hayır	83	2,1711	1,06484		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Evet	87	3,1586	1,04192	2,279	<b>0,024***</b>
	Hayır	83	2,4313	1,11948		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evet	87	3,1580	1,04851	2,521	<b>0,013***</b>
	Hayır	83	2,3584	1,0858		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evet	87	3,0603	1,09719	2,310	<b>0,022***</b>
	Hayır	83	2,3102	1,13693		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evet	87	30,5747	11,56366	5,339	<b>&lt;0,001**</b>
	Hayır	83	15,0964	5,61629		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evet	87	39,5517	12,78655	6,499	<b>&lt;0,001**</b>
	Hayır	83	19,3855	7,12781		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\*p< 0,001, \*\*\* p<0,05

Tablo 28’de belirtildiği üzere çalışmaya katılan bireylerin önceki hamileliklerinde tıbbi bir sorun yaşayıp yaşamamaları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız örneklem T-testi gerçekleştirilmiştir. Önceki hamileliklerinde tıbbi bir sorun yaşayıp yaşamama durumları ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (p<0,05). Önceki hamileliğinde tıbbi sorun yaşayan bireyler,

yaşamayan bireylere göre daha yüksek yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanına sahiptir.

**Tablo 29. Bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile önceki hamileliklerinde psikiyatrik bir sorun yaşayıp yaşamamalarına ilişkin sonuçlar**

		N	Ortalama	Standart sapma	Test istatistik değeri*	p değeri*
<b>Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği</b>	Evet	66	3,7273	1,8494	5,468	<0,001**
	Hayır	104	2,0647	1,9821		
<b>Kısıtlama</b>	Evet	66	3,5364	1,9327	5,258	<0,001**
	Hayır	104	1,9135	0,9792		
<b>Yeme ile İlgili Endişeler</b>	Evet	66	3,7970	0,8555	5,279	<0,001**
	Hayır	104	2,1712	1,0186		
<b>Beden Şekli ile İlgili Endişeler</b>	Evet	66	3,8201	1,8516	5,671	<0,001**
	Hayır	104	2,0974	0,9784		
<b>Kilo Endişeleri</b>	Evet	66	3,6932	1,9443	5,211	<0,001**
	Hayır	104	2,0553	1,0301		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evet	66	33,3939	11,4346	5,771	<0,001**
	Hayır	104	16,4423	6,6825		
<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	Evet	66	45,7273	10,9273	8,928	<0,001**
	Hayır	104	19,5769	6,9875		

\* Bağımsız örneklem T-testi, \*\* p<0,05

Tablo 29’da belirtildiği üzere çalışmaya katılan bireylerin önceki hamileliklerinde psikiyatrik bir sorun yaşayıp yaşamamaları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla Bağımsız örneklem T-testi gerçekleştirilmiştir. Sonuca göre, önceki hamileliklerinde psikiyatrik bir sorun yaşayıp yaşamama durumu ile yeme bozuklukları, depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (p<0,001). Önceki hamileliklerinde psikiyatrik bir sorun yaşayan bireylerin yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek saptanmıştır (p<0,001).

**Tablo 30. Yeme bozuklukları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki**

		Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Test istatistiği*	1	0,494
	p değeri		<0,001**
	N	352	352
Beck Anksiyete Ölçeği	Test istatistiği*	0,494	1
	p değeri	<0,001**	
	N	352	352

\*Pearson Korelasyon testi değeri, \*\* p<0,001

Tablo 30'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan katılımcıların yeme bozukluklarını değerlendirme puanları ile beck anksiyete ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon testi yapılmıştır. Sonuca göre, yeme bozuklukları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,001).

**Tablo 31. Yeme bozuklukları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki**

		Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği
Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	Test istatistiği*	1	0,686
	p değeri		<0,001**
	N	352	352
Beck Depresyon Ölçeği	Test istatistiği*	0,593	1
	p değeri	<0,001**	
	N	352	352

\*Pearson Korelasyon testi değeri, \*\* p<0,001

Tablo 31'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan katılımcıların Yeme Bozukluklarını Değerlendirme puanları ile Beck Depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon testi yapılmıştır. Sonuca göre, yeme bozuklukları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,001).

**Tablo 32. Yeme bozukluklarının, anksiyete ve depresyon düzeylerini yordamasına ilişkin regresyon analizi**

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standart hata	Beta	t değeri	p değeri	Tolerans	VIF
Yeme Bozuklukları	Beck Anksiyete	0,005	-0,645	13,710	<0,001	0,690	1,746
	Beck Depresyon	0,005	0,953	23,910	<0,001	0,720	1,453

R= 0,789, R<sup>2</sup>=0,623, F=210,183, p<0,001

Çoklu regresyon sonuçlarına göre, yeme bozukluğu bağımlı değişkeni puanlarına, anksiyete ve depresyon bağımsız değişkenlerinin %62 oranında katkı sağladığı belirlenmiştir ( $R^2=0,623$ ). Çoklu regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Bireylerin anksiyete ve depresyon puanları yeme bozukluğu puanları için önemli bir belirleyicidir. Anksiyete ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi gösteren Beta katsayısının (-0,645) yeme bozuklukları ile depresyon arasında Beta katsayısının (0,953) olduğu saptanmıştır.



## TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma kapsamında, hamilelerde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile demografik değişkenler karşılaştırılmıştır.

Çalışmada toplam 352 hamile kadın değerlendirilmiştir. Bireylerin yaş ortalaması  $28,92 \pm 5,60$ 'dır. Türkiye'de TNSA 2018 verilerine göre de en fazla doğurganlık yaşı yirmili yaşlardır. (TNSA, 2018). Çalışmaya katılan bireylerin yaşları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri artmaktadır. Çalışmayı destekler nitelikte; Tekgöz ve vd. (2009) araştırmasında ilk gebeliği olan, 30 yaş ve üzerinde olan gebelerde anksiyete görülme oranlarının arttığını tespit etmişlerdir. Yücel vd. (2012) yaptığı bir çalışmada ise 30 yaş üstü olan hamile kadınlarda depresyon ve anksiyete oranları daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz (2013) araştırmasında yaş ile depresyon arasında anlamlı bir farklılık gözlemleyememiş ancak 19 yaş altı ve 35 yaş üzeri hamilelerde depresyon düzeyi toplam puanlarının daha fazla olduğunu saptamıştır. Bazı çalışmalar ise 30 yaşını geçen kadınların, erken yaşta hamile kalanlara kıyasla depresyon semptomlarını 5 kata daha fazla gösterdiği tespit edilmiştir (Luke vd, 2009: 1844). Saraç, yaptığı bir çalışmada farklı yaş gruplarında yeme tutumlarını değerlendirildiğinde 35-44 yaş arasındaki kadınların daha çok yeme bozukluğu riski olduğunu belirtmiştir. Bir başka çalışmada da yaş arttıkça yeme bozukluğu riskinin arttığı ifade edilmiştir. YB doğurganlık ve ergenlik dönemlerini yaşayan bireylerde sıklıkla görülebilmektedir (Lowes vd, 2012: 183; Linna vd, 2014: 7). Coker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaş ortalamasının 29-33 olan hamile kadınlarda YB davranışının değişmesi, ilerlemesi veya yeni bir YB oluşmasına etki eden bir unsur olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca YB sahip kadınların hamileliğinde bozuk yeme davranışının daha kötüleştiği ya da hafif ve orta seviyede ilerlediği düşünülmektedir (Coker vd, 2013: 1410). Bu bulgular ışığında hamilelik döneminde ileri yaşta yapılan evliliğe ya da ileri yaşın verdiği önceki olumsuz deneyimlere bağlı olarak karamsarlık ve kaygı olduğu düşünülebilir. Ayrıca ileri yaşta bebek bakımının zorlaşması ve ileri yaştaki annelerin çocuk sayısının fazla olması hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon semptomlarının yaşanmasında ilişkili olabilir. Yalnız araştırmaların aksine Şahin (2015) çalışmasında anksiyete toplam puanları ile yaş değişkeni arasında

anlamli bir farklılık bulamamış ancak 30 yaş altı kadınlarda 30 yaş üstü kadınlara kıyasla anksiyete toplam puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Figueiredo ve vd. (2007) yaptıkları araştırmada ergenlik dönemindeki hamilelerin daha yüksek depresif belirti gösterdiklerini belirtmiştir. Alan yazında hamilelik depresyonu için en önemli risk faktörlerinden birinin yaş olduğu belirtilmiş ve diğer çalışmalarda genç yaşta gebeliklerde depresyon sıklığının arttığı belirtilmektedir (Kazi vd., 2006; Bödecs vd., 2009). Eryılmaz (2017) araştırmasında gebelerin ilk gebelik yaşlarının düşmesiyle depresyon düzeylerinin yükseldiğini belirtmiştir. Lau ve Keung (2017) erken yaşta gebe kalan kadınlarda depresif belirtilerin daha fazla olduğunu açıklamıştır. Dağlar ve Nur da çalışmalarında hamilelikte yaşın anksiyete düzeyi üzerinde anlamlı fark oluşturmadığını belirtmiştir. (Dağlar ve Nur, 2014). Ro, Reas ve Rosenvinge (2012) ise çalışmasında bireylerin yeme bozuklukları toplam puanları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Dolayısıyla hamilelik döneminde depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğu değerlendirmesinde yaş etkeninin çalışmalara göre farklılık gösterdiği söylenebilir.

Çalışmada bireylerin evlenme yaşı ortalaması  $23,96 \pm 2,73$ 'tür. TNSA 2008 verilerinde ilk evlenme yaş ortalaması 20,8 olup çalışmayla yakınlık göstermiştir. (TNSA, 2018) Çalışmada evlenme yaşı ile yeme bozuklukları anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Evlenme yaşı arttıkça, katılımcıların yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri artmaktadır. Bir çalışmada da evlenme yaşı 30 ve üzeri olan hamilelerde depresif belirtilerin daha fazla olduğu belirtilmiştir. (Yücel, 2013) Çalışmanın tam tersi Yazıcı'nın yaptığı çalışmada da 15-19 yaşları arasında evlenenlerde depresyon diğer yaş aralıklarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Yazıcı, 2017). Öztürk'ün 2017'de hamilelerle yaptığı çalışmada da evlenme yaşı ile depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (Öztürk, 2017). Literatürde hamilelerde evlenme yaşı ile yeme bozukluğu ile ilgili araştırmaya rastlanmamıştır. Hamilelerde evlenme yaşının depresyon ve anksiyete semptomlarının çalışmalara göre farklılık gösterdiği söylenebilir.

Çalışmada bireylerin vücut kitle indeksleri (VKİ) ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bireylerde VKİ arttıkça depresyon ve anksiyetenin de arttığı görülmüştür. Literatürde bulgulara paralel şekilde VKİ ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. VKİ arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı bulunmuştur. Hamile kadınların en yüksek anksiyete puan ortalamasının obez

hamilelerde olduğu bildirilmiştir (Aralı, 2020). Bogaerts ve ark. yaptığı bir çalışmada da, obez hamilelerin normal kilolu hamilelere kıyasla depresif ve anksiyete semptomlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Başka çalışmalarda benzer şekilde, normal kilolu veya obez olmayan referans gruplara kıyasla gebelik obezitesi grubundaki kadınlar arasında anksiyete veya anksiyete düzeylerinin yaygın olduğu bildirilmiştir. (Catov vd., Harville ve vd, Laraia vd.). Eryılmaz'ın yaptığı çalışmada hamile kadınların VKİ dağılımı ile BDÖ puan ortalaması karşılaştırmasında normal ve fazla kilolu hamilelerde düşük; kilolu olan hamilelerde ise BDÖ puan ortalaması daha yüksektir. (Eryılmaz, 2017). Ayrıca çalışmada hamile kadınlarda yeme bozukluğu ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğine ilişkin alt boyutlar incelendiğinde, normal kilolu bireylerin kısıtlama ve yeme ile ilgili endişeler alt boyutundan aldıkları puanın fazla kilolu bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada Ro, Reas ve Rosenvinge (2012) yaptıkları çalışmalarında hamile olmayan bireylerde yeme bozukluğu toplam puanları ile vücut kitle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Aynı şekilde Lavender ve vd. (2010) yaptıkları çalışmalarında bireylerin yeme bozuklukları ve alt boyut toplam puanları ile vücut kitle indeksleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Fakat bir çalışmada da YB hamilelik öncesi vücut kitle indeksiyle kilo alımı ve hamilelik VKİ'si arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. (Santos vd.,2017:579). Dolayısıyla VKİ'nin artmasıyla psikolojik semptomların bir sonucu veya bu semptomlarıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bireylerin medeni durumu ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Benzer bir şekilde Bulut ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada medeni durum ile depresyon arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. (Bulut vd., 2017). Çalışmamızın aksine Baktıroğlu (2019) çalışmasında bireylerin medeni durumları ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Medeni durumu 'Diğer' olan katılımcıların YBDÖ alt boyutu olan beden şekli ile ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler ile ilgili toplam puanı 'bekar' ve 'evli' bireylere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca yapılan bir çalışmada doğum öncesinde anksiyete (%9.1) ve depresyon (%8.1) sonuçlarının ilişkili faktörlerden birinin medeni durum olduğu bildirilmiştir. (Fadzil vd., 2013). Bu araştırmalar çalışmayla benzerlik göstermemektedir. Çalışmada bireylerin %97,7'si evli, sadece %2,3'ü bekadır. Evli bireylerin çoğunlukta olması

medeni durum ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark tespit edilmemesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmadaki bireylerin eğitim düzeyleri ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Özellikle, üniversite veya yüksek lisans mezunu olan bireylerin, yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanları diğer eğitim gruplarına göre daha yüksektir. Şahin'in (2015) yaptığı çalışmada ise ilköğretim ortaokul mezunu hamilelerin depresyon düzeyi, üniversite mezunu olan hamilelerin ise anksiyete düzeyi daha yüksektir. Buna göre, eğitim durumunu yükseldikçe bireylerin depresyon ve anksiyete semptomları değişkenlik gösterebilir. Eğitimin artmasıyla çalışma durumunun da artabileceği düşünüldüğünde çevresel faktörler, bebek bakımı, iş veya okul hayatının zorlukları hamileler üzerinde psikolojik semptomlarda etkili olabilir. Fakat Gözüyeşil vd., (2018) yaptığı çalışmada üniversiteyi bitirmiş hamilelerin diğer hamile gruplara göre depresyon düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Arslan'ın yaptığı bir çalışmada bireylerin eğitim durumları ile anksiyete toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat aynı çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (Arslan, 2010). Bazı araştırmalarda ise eğitim düzeyinin artması depresyonu düşürdüğü belirtilmiştir. Eğitim düzeyinin artması bireyin kendi yaşamında, benlik saygısının yükseldiği ve depresyon oranının düştüğünü göstermektedir. (Gotlib, 1987;144). Dağlar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan bireylerin, eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre depresyon puan ortalaması daha yüksektir. (Dağlar, 2014) Şahin ve Kılıçarslan, çalışmalarında en son bitirilen okulun depresyonla ilişkili olmadığını belirlemişlerdir. (Şahin vd., 2010). Yücel ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da hamilelerin eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu bilgiler ışığında çalışmalarda farklı örneklem grupları olması, farklı bölgelerde farklı yöntemler ile yapılmış olması çalışmalarda değişkenlik göstermesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmada, çalışma durumları ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan bireylerin, çalışmayan bireylere göre yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kısaoğlu'nun yaptığı çalışmada da çalışan hamilelerin çalışmayan hamilelere göre depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. (Kısaoğlu 2017). Çalışan bireylerin iş hayatının yoğunluğu, stresi ve hamilelikte iş hayatında



karşılaşabileceği olumsuz durumlar çalışan kadınlarda anksiyete ve depresyonun yüksek olabileceği düşünülmektedir. Fakat çalışmanın tam tersi, Yılmaz (2013) ve Gözüyeşil ve vd. (2008) yaptıkları araştırmada çalışmayan gebelerin depresyon düzeylerinin çalışan bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bir diğer çalışmada da çalışmayan hamilelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin çalışan hamilelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (Şahin,2015) Ayrıca bazı çalışmalarda herhangi bir işte çalışma ile BDÖ puan ortalamasının arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (Sevindik, 2005; Altınay, 1999). Casanueva vd.nin yaptığı bir çalışmada da hamile kadınların çalışma durumlarının depresyon belirtileri etkilemediğini belirtmiştir. (Casanueva vd., 2000). Literatürde bulgularının farklılığına bakıldığında hamilelerin sosyoekonomik durumu, buldukları coğrafya, çalışılan örneklem sayısı sonuçların değişkenlik göstermesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmada bireylerin evlilik süresi ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Evlilik süresi 4-6 yıl veya 6 yıldan fazla olan bireylerin, yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada evlilik süresiyle depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulunamazken, evlilik süresi arttıkça anksiyetenin de arttığı bildirilmiştir. (Daştan,2015). Bir diğer çalışmada da evlilik süresi ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur. (Akbaş, 2008). Bu bağlamda evlilik süresinin artmasıyla yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyonun artması sorumlulukların artması ve yaşın ilerlemesiyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin çocuk sayıları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmada çocuk sayısının ortalama  $1,2 \pm 0,96$  olması yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon ile ilişki bulunmamasında etkili olduğu düşünülebilir. Çocuk sayısının az olması bakımı kolaylaştırabilir ve hamilelikte depresif veya anksiyetik bir durum söz konusu olmayabilir. Fakat araştırmanın aksine Osman ve vd. (2015) ve Arslan (2010) yaptıkları çalışmalarında 3'ten fazla çocuğu bulunan hamilelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bir başka araştırmada hamile kadınlarda BDÖ ile çocuk sayısı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuşken, BAÖ ile çocuk sayısı arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. (Karataylı, 2007). Bu çalışmalarda da kadınların çocuk sayısının artmasıyla çocuk büyütmenin zorluklarının

farkına varması, sorumluluklarının fazla olması gibi durumlardan dolayı anksiyete ve depresyonun arttığı düşünülebilir.

Çalışmada bireylerin kürtaj olup olmamaları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kürtaj olan bireylerin yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon düzeyleri kürtaj olmayan bireylere kıyasla daha yüksek çıkmıştır. Zaman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada daha önce kürtaj olan hamilelerin kürtaj olmayanlara göre depresyon düzeyleri yüksek çıkmıştır. Fakat aynı çalışmada anksiyete düzeylerinde bir farklılık belirtilmemiştir. (Zaman vd., 2018). Hamilelikte depresyon düzeyi ile kürtaj ilişkisini inceleyen bir araştırmada da depresyonla kürtaj arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. (Gözüyeşil, vd., 2008) Çalışmanın aksine Tekgöz ve vd. (2009) yaptıkları araştırmada bireylerin anksiyete düzeyleri ile kürtaj öyküsü arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Daha önce kürtaj olan anne adayları için kürtajın anlamı, nasıl olduğu veya nedenleri, nasıl etki bıraktığı gibi olabilecek durumların sonraki hamilelik sürecindeki ruhsal durumunu etkilediğini düşünülebilir.

Bireylerin düşük yapıp yapmamaları ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Düşük yapan bireylerin yeme bozuklukları ve depresyon düzeyleri düşük yapmayan bireylere oranla daha yüksek çıkmıştır. Genez, yaptığı çalışmada daha önce düşük yapan hamilelerin yapmayanlara göre kaygı düzeylerini daha yüksek bulmuştur. (Genez, 2002). Başka bir çalışmada düşük yapan hamilelerin %47.6'sı orta düzeyde depresif belirtiler % 52.4'ü ise anksiyete belirtileri gösterdiği belirtilmiştir (Şahin,2015). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011) düşük sayısı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmaya göre düşük sayısı arttıkça anksiyete düzeyi de artmıştır. Bu sonuçlara göre bireyin daha önce düşük yapması anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. Beklenmedik veya tıbbi bir nedene bağlı bir düşük, anne adayında sonraki hamilelik sürecinde tekrar aynısını yaşama kaygısı veya depresyon yaşayabileceğini düşünebilir. Fakat Öztürk (2017) 215 hamile kadınla yaptığı çalışmada depresyon toplam puanları ile düşük yapma durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Çalışmada %20.1 bireyin daha önce düşük deneyimi olduğunu ifade ettiğinden ve örneklem sayısının farklılığından kaynaklı bu araştırma çalışmayla farklılık gösterebilmektedir.

Bireylerin önceki hamileliklerinin nasıl sonlandığı ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Zorunlu sezaryen

olanların, ölü doğum ve düşük yapanların normal ve planlı doğum yapanlara oranla yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksektir. Çalışmayla benzer şekilde Arslan ve vd. (2011) yaptıkları araştırmalarında ölü doğum sayılarının artmasıyla gebelerin depresyon toplam puanlarının arttığını gözlemlemiştir. Dolayısıyla anne adaylarının daha önce deneyimledikleri hamileliğin sonlanışı şimdiki hamileliklerinde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Bireylerin nasıl bir doğum şekli planladıkları ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sezaryen doğum şekli planlayan bireylerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri normal doğum planlayan bireylere oranla daha yüksek çıkmıştır. Van'da 2020 yılında, doğum yöntemleriyle depresyon ve anksiyete ile ilişkisini inceleyen bir araştırmada depresyon ve anksiyetesi yüksek olan hamilelerin sezaryen yöntemini tercih ettikleri bulunmuştur. (Kızılkaya, 2020). Çalık ve Aktaş'ın (2011) yaptığı çalışmada da depresyonun doğum şeklinde cerrahi müdahaleyi arttırdığını bildirmiştir. Normal doğum ile ilgili toplumda zor bir yöntem olarak algılanması, acı çekme korkusu, normal doğumun zamanının tam olarak bilinmemesi, geç yaşta anne olmak, gibi durumların annelerde sezeryan doğum şeklini seçmede etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin daha önce psikiyatrik tanı alıp almamaları ile yeme bozuklukları, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Daha önce psikiyatrik bir tanı alan bireylerde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmayı destekler nitelikte Bunevicius ve vd. (2009) Hollanda'da yaptıkları araştırmalarında gebelerin önceki depresyon öyküleri ile depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Öztürk (2017) ve Pişirgen (2011) araştırmalarında daha önceden psikiyatrik bir sorun yaşamış ve tedavi görmüş olan bireylerde gebelik depresyonunun daha fazla yüksek çıktığını belirtmiştir. Aynı şekilde Osman ve vd. (2015) ve Yılmaz (2013) araştırmalarında da daha önceden depresyon öyküsü olan gebelerde depresyon düzeylerinin daha fazla olduğunu açıklamıştır. Ayrıca %71,4'ünde anksiyete bozukluğu saptanan hamilelerin daha önce psikiyatrik tanı alma durumu ile anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. (Ortaarık vd., 2012). Başka çalışmalarda da daha önce psikiyatrik tanı alan bireylerin hamilelikte depresyon ve anksiyete için önemli risk etmeni oluşturduğu bildirilmektedir (Anderson, 2004; Akbaş, 2008). Daha önce alınan psikiyatrik tanının

hamilelik döneminde yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyona zemin hazırladığı ve bu durumu tetiklediği düşünülebilir.

Hamilelik sürecinde kadının yaşadığı duygular ve verdiği tepkiler trimesterlere göre farklılık gösterir (Özorhan vd., 2014). Hamilelikte anksiyete ve depresif belirti görülme sıklığı da gebelik trimesterlerine göre değişkenlik gösterebilmektedir (Dağlar ve Nur, 2014). Çalışmamızda hamilelik dönemleri ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hamilelik dönemleri 27.-40. haftalar (3. Trimester) arasında bulunan bireylerin 14.-26. haftalar (2.Trimester) arasında bulunan bireylere oranla yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha fazladır. Anne adaylarının hamilelik sürecinde sona doğru yaklaştıkça doğum ile ilgili endişelerinin arttığı, sosyal destek beklentisiyle depresyonun arttığını düşünebiliriz. Çalışmamızı destekler nitelikte Karataylı (2007) çalışmasında 3. trimesterdeki gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek çıktığını ifade etmiştir. Literatürde hamileliğin üçüncü trimesterinde ikinci trimesterine kıyasla depresyon ve anksiyete semptomlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. (Vırit, 2008; Sevindik, 2005; Aktaş vd., 2009). Benner ve vd. (2004) sistematik gözden geçirme araştırmasında depresyon yaygınlığının 1. trimesterde %7,4, 2. trimesterde %12,8, 3. trimesterde ise %12,6 olarak bulmuştur. Araştırmamızı destekler nitelikte olan bir diğer çalışmada kadınların gebelik haftaları ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Lee ve vd., 2007). Eryılmaz (2017) çalışmasında ise bireylerin gebelik haftaları ile depresyon toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışma araştırmayı destekler nitelikte olmayıp farklılığın bireysel özelliklerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada sigara kullanma durumları ile yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sigara kullanan bireylerin kullanmayan bireylere oranla yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Sigara kullanan anne adaylarının sigarayı yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete ile bir baş etme yöntemi olarak kullandığını düşünebilir. Araştırmayı destekler nitelikte Wang ve vd. (2016) yaptıkları çalışmalarında bireylerin sigara içme durumları ile depresyon arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Aynı şekilde Sevindik (2005) çalışmasında da sigara içme durumları ile depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulmuştur. Arslan ve vd. (2011) araştırmalarında sigara kullanımı ile depresyon toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamış fakat sigara kullananlarda

anksiyete puanlarının daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Jansen vd.nin yaptığı bir çalışmada da hamilelik döneminde sigara kullananların depresyon riskinin 1.72 kat arttırdığını ifade etmiştir. (Jansen vd., 2010). Başka bir çalışmada da Goedhart vd.nin yaptığı çalışmada ise hamilelik süresince sigara kullanma devam etmenin anksiyeteyle anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. (Goedhard vd., 2009).

Bir yeme bozukluğu davranışı olan pika; besin değeri olmayan maddelerin (toprak, kil, nişasta, buz gibi) yenilmesidir. (Çelik ve ark. 2018) Çalışmada hamilelerin besin değeri olmayan şeyleri tüketip tüketmemeleri ile yeme bozuklukları ve anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve pika oranı %20,5'tir. Pika olan hamilelerde pika olmayanlara göre yeme bozukluğu ve anksiyete düzeyi daha yüksektir. Hamilelik döneminde pikanın varlığı kültürel farklılıklar gösterebilmektedir. (Kimmel, vd. 2015). Arjantinli hamile kadınlarda pika araştırmasında 1.014 kadından 235'inde pika bulunmuş, pika oranı %23.2 olarak belirtilmiştir ve bu oran çalışmayla benzerlik göstermektedir. (Lopez vd., 2012) Kaliforniya'da Meksikalı hamilelerde yapılan çalışmada 65 ailede hamile kadınların pika oranını %58.5 bulunmuştur (Fawcett vd.,2016). İran'da 300 hamile kadınla yapılan çalışmada ise pika oranı %8.33 bulunmuştur (Ezeddin vd., 2015). Brezilya'da 913 hamile kadınla yapılan bir çalışmada da pika oranı %5.7 bulunmuştur. (Santos vd, 2016). Ayrıca ülkemizde Malatya' da yapılan bir araştırmada hamilelerin %14.9'da pika bulunmuştur. (İrge vd., 2015) Gaziantep'te 203 hamile kadınla yapılan bir çalışmada pika oranı %32 bulunmuştur. (Demir vd., 2020) İstanbul'da hamile kadınlarda yapılan çalışmada pika bulunmamıştır. (Özçelik,2010). Bu bilgiler ışığında hamilelerde pika oranının kültürel olarak farklılaştığını, bireylerin besin değeri olmayan maddeleri tüketmede geleneklerin, alışkanlıkların ve dini inanışların etkili olduğunu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin, yeme bozuklukları ile anksiyete düzeyleri ve yeme bozuklukları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmaya benzer bulgulara sahip bir çalışmada YB olan hamilelerde depresyon yaşandığı bildirmektedir (Zerwas, 2014). Benzer bir çalışmada ise, hamilelik süresince YB olan ve daha önce depresyon geçmişi olan bireylerde hem depresyon hem de anksiyete yüksek olduğu bildirmektedir (Easter, 2015). Bu bilgiler ışığında hamilelik sürecinde yeme bozukluğu ile diğer psikopatolojilerle (anksiyete ve depresyon) ilişkili olduğunu ve bu durumu tetiklediği düşünülebilir.

Çalışmada hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu; yeme bozukluğu bağımlı değişkeni puanlarına, anksiyete ve depresyon bağımsız değişkenlerinin %62 oranında katkı sağladığı belirlenmiştir. Çalışma anksiyete ve depresyon puanları yeme bozukluğu puanları için önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Brezilya'da 913 hamile kadınla yapılan bir çalışmada da depresyon ve anksiyete belirtileri YB olan kadınlarda anlamlı derecede artış göstermiştir (Santos vd, 2016: 579). Bu çalışma araştırmayla paralellik göstermektedir. Anksiyete ve depresyonun varlığı yeme bozukluğu için öngörücü bir belirleyicidir. YB, besin tüketimi ve yeme davranışlarıyla ilgili kronik bozulmalarla karakterize olup, psikolojik ve fiziksel sağlığı kötü yönde etkileyen bir faktördür (Lee vd, 2000). YB işlevsel sorunlara, tıbbi problemlere ve hatta intihara varan sonuçları doğurmaktadır (Lee vd, 2000). Hamilelik döneminde YB'nin başlaması ya da nüksetmesi açısından hassas bir dönemdir (Çoban ve Yanıkerem, 2010; Sunil Sharma ve Rose Franco, 2004). YB sahip kişilerin hamilelik döneminde bozuk yeme tutumlarının daha kötüleştiği belirtilmektedir (Miller, 2004) Hamilelik dönemi içerisinde yapılan taramalara YB tanısının konulmasında yardımcı olmaktadır. YB perinatal etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar anorektik hamilede anemi, erken doğum, perinetal ölüm, fetal büyüme geriliği, erken, düşük doğum ağırlığına yol açtığını belirtirken, tıkanırcasına yeme bozukluğuna sahip hamilelerde maternal hipertansiyon, postterm gebelik ve doğum anının uzattığını belirtmektedir. BN olan hamilelerin doğumu sırasında yetersiz kasılma, düşük düzeyde APGAR skoru ve yenidoğan canlandırma vakaları sıklıkla görülmektedir (Sternfeld, 1995). Bu araştırma, bu alanda yapılan diğer çalışmalarla büyük oranda paralel bulgulara ulaşmıştır.

## ÖNERİLER

Çalışmada hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile depresyon ve anksiyeteye ilişkisi bakıldı. Çalışmanın örneklem sayısı 352 ile sınırlı olup bu konuda daha çok örnekleme ihtiyaç vardır.

Çalışmada hamilelik döneminde yaş arttıkça hamile kadınlarda yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. İleri yaşta olan hamileliklerin takip edilmesi ve aile planlaması ile ilgili eğitimler verilmesi önerilir. İleri yaştaki hamileliklerle ilgili daha kapsamlı araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre VKİ arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat bu sadece hamilere özel ya da genel olup olmadığının değerlendirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca hamileler, hamilelik öncesinde ve hamilelik süresi boyunca dengeli ve yeterli beslenme konusunda bilgilendirilmedi.

Çalışmada eğitim ve çalışma durumu, evlenme yaşı, evlilik süresi, çocuk sayısı, planlanan doğum şekli, kürtaj olma, düşük yapma gibi etmenlerin yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu konu üzerinde yapılacak diğer çalışmalarda daha fazla örnekleme ve kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hamilelerde daha önce psikiyatrik tanı alanların yeme bozukluğu, anksiyete ve depresyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır. İleri çalışmalarda daha önce psikiyatrik tanının hamilelik dönemiyle ilişkisinin araştırılması hem literatür hem de anne adaylarında erken tanı ve tedavi için elzemdir.

Çalışmada sezaryen doğum planlayanların oranı %46,0'dır. Ayrıca sezaryen doğum planlayanların normal doğum planlayanlara göre yeme bozukluğu anksiyete ve depresyonu daha yüksek saptanmıştır. Bu konuda hamilelerin seçtikleri doğum şekliyle ilgili etmenlerin belirlenmesi, normal doğum ile ilgili algıların araştırılması için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalarda dünyada ve ülkemizde hamilelik döneminde pikanın varlığını ortaya koymaktadır. Çalışmada da hamile kadınlarda pika oranı % 20,5'tir. Bu sebeple hem kültürler arası pikanın değerlendirilmesi hem de hamilelik döneminde pikanın varlığı ile ilgili yapılacak literatür çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Son trimesterde anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olduğu saptanmıştır. Hamilelik sürecinde annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı düzenli ve sürekli olarak takip edilmesi önerilir. Hamilelikte görülebilecek psikolojik semptomlarla ilgili hamilelere ve eşlere eğitim verip baş etme becerileri oluşturabilirler. Bu konuda literatüre katkı sağlayacak daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışma hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu; anksiyete ve depresyon puanları yeme bozukluğu puanları için önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Hamilelerde depresyon ve anksiyete varlığında yeme bozukluğu riski daha kapsamlı incelenmeli. Ülkemizde, hamilelik döneminde yeme bozukluğuna ilişkin az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu konu üzerine daha fazla çalışma yapılması sonraki araştırmacılara ışık tutacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir

YB; sosyal, fiziksel ve psikolojik etkilerinin yanında fetüse ve yenidoğana etkili olabileceğinden doğum bakımının multidisipliner ekip yaklaşımıyla ilerlenebilir.

Türkiye’de doğum öncesinde ve sonrasında YB tanımlarının yapılabileceği ölçeklerin geliştirilmesi hamilelerin yeme davranışlarının hamilelik döneminde ve sonrasındaki izlenimlerinde sorgulanması risk içeren grupların belirlenebilmesinde ve olabilecek komplikasyonların engellenmesinde etkili olabilir.



## KAYNAKÇA

- ACOG. (2006). "Psychosocial Risk Factors: Perinatal Screening and Intervention." Committee Opinion No.343. *Obstet Gynecol.*, 108:469-77.
- Akbaş, E., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H., ve Sertbaş, G. (2008). "Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi." *Türk Nöro-Psikiyatri Derneği*, 45(3): 85-91.
- Aktan, B., (2015). "Klinik Pilates Egzersizleri ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Sadece Doğum Eğitime Göre Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi." Yüksek Lisans Tezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 150.
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E. ve Vafaei, M.A. (2011). "The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(2), 1-6.
- Altuntuğ, K., Ege, E. (2013). "Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi." *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 15(2): 45-56.
- Altınçelep, F. (2011) "Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi." İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 96.
- American Psychiatric Association. (1994) "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)." Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013) "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)." American Psychiatric Pub.
- Andersen AE, Yager J: Eating disorders. (2005: 2021-2005) "Comprehensive textbook of psychiatry." 8. baskı, cilt 1. Sadock B, Sadock V, (Ed), Philadelphia.- Lippincott Williams, Wilkins, p.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. ve Åström, M. (2003) "Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 189(1), 148–154. DOI:10.1067/mob.2003.336

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M. & Bixo, M. (2004) "Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome." *American College of Obstetricians and Gynecologists*; 104(3): 467-476. doi:10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9
- Anniverno, R., Bramante, A., Mencacci, C. and Durbano, F. (2013) "Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period.": 259-285. <http://dx.doi.org/10.5772/52786>
- Association A. (2013) "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)." American Psychiatric Pub. <http://dx.doi.org/10.5772/52786>
- Arali, M. (2020) 'Gebelik Öncesi Beden Kütle İndeksinin Prenatal Bağlanma ve Anksiyete Düzeyine Etkisi' Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı , Erzurum,
- Arslan, B. (2010) Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, Tıpta Uzmanlık Tezi, TC. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., ve Mungan M.T. (2011) "Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme." *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*; 21(2): 79-84.
- Arslan, F. (2001) "Primipar annelere gebelikte ve doğum sonrası bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi.", *Doktora Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Dâhili Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.*
- Atasever İ, Sis Çelik A. (2018) "Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.*; 21(1): 60-68
- Aydemir H, Uyar Hazar H. (2014) "Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.*; 3(2): 815-833.
- Aydın, G., Ceylan, M.E., Hariri, A.G. (1999) "Yeme bozukluklarında biyolojik farklılıklar." *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 4(2):175-184.

- Baktiroğlu, G. (2019) Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Yetişkinler Üzerinde Geçerlik, Güvenirlik Ve Norm Çalışması [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Baş, M. (2008) "Diyetsel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi." Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Baysal A, BAŞ M, ed). 1'inci baskı. İstanbul: 202-232.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961) "An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry.;" 4(6): 561-71.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, (1988) Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol; 56: 893-897
- Beck, C. (2004) "Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth." *The Aftermath. Nursing Research*; 53(4): 216-224.
- Beebe, K.R. ve Lee, L.A. (2007) "Sleep disturbance in late pregnancy and early labor." *The Journal of perinatal ve neonatal nursing*; 21(2): 103-108.
- Bekmezci, H. ve Özkan, H. (2016) "Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları." *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 8: 50-62. DOI:10.17367/JACSD.2016823640
- Beumont PJV, Touyz SW. (1995) "The nutritional management of anorexia and bulimia nervosa." Brownell KD, Fairburn CG (eds) *Eating Disorders and Obesity. New York: The Guilford Press*: 306-312.
- Bitirgen, E., Köşüş, A., Kalem, M.N., Duran, M. ve Köşüş, N. (2016) "Gebelikte cilt hastalıkları." *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2): 79-83.
- Black, D.W. ve Andreasen, N.C. (2011) "Introductory textbook of psychiatry." (5thed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bowen, A., and Muhajarine, N. (2006) "Antenatal Depression. Canadian Nurse Journal.;" 102: 26-30.
- Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, Nemeth N.M. and Sandor, J. (2009) "Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample." *Orvosi Hetilap*; 150(41), 1888-1893. DOI:10.1556/OH.2009.28712.

- Brenda, M., Leung, Y., Bonnie, N. D., and Kaplan, J. (2009) "Perinatal Depression: Prevalance, Risks and the Nutrition Link-A Review of the Literature." J Am Diet Assoc.; 109: 1566-1577. doi: 10.1016/j.jada.2009.06.36.
- Britton, J. (2011) "Infant Temperament and Maternal Anxiety and Depressed Mood in the Early Postpartum Period." Women and Health; 51(1): 55-71. doi: 10.1080/03630242.2011.540741
- Budakoğlu, I. İ., Maral, I., Coşar B., Biri A., and Bumin M.A. (2005 ) "15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler." TJOD; 2(2): 92-97.
- Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jurenienne K, Pop VJ. (2009) "Psychosocial risk factors for depression during pregnancy." Acta Obstet Gynecol Scand,88,: 599-605.
- Canat S. (1999) "Yeme bozukluklarına genel bakış." *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*; 4(2):133-136.
- Carter D., and Kostaras X. (2005 ) "Psychiatric Disorders in Pregnancy." BC Medical Journal.; 47: 96-99.
- CBS News. (2021) "Pregorexia" inspired by thin celebs. CBS News Web site. <http://www.cbsnews.com/stories/2008/08/11/earlyshow/health/main4337521.shtml>. Erişim tarihi:06.09.
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A. (1999) "What do we mean by partnership in making decisions about treatment." BMJ; 319:780-2.
- Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F. and Lee, D. T. (2001) "Antepartum Depressive Symptomatology is Associated with Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes." Psychosomatic Medicine; 63:830-834.
- Cihan Gökşin, F., Gökgöz Durmaz, F., Karsavuran, N. (2012). Konya'daki Gebe Kadınların Sağlıklı Gebelik Süreci Ve Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeyleri. STED; 21 (5): 271-276.
- Cloitre, M., Yonkers, K. A., and Pearlstein, T. (2004) "Women and anxiety disorder: Implications for diagnosis and treatment." CNS Spectr; 9: 1-16.

- Coll, C.V.N., Silveira, M.F., Bassani, D.G., Netsi, E., Wehrmeister, F.C., Barros, F.C. (2017), and Alan Stein, A. "Antenatal Depressive Symptoms Among Pregnant Women: Evidence From A Southern Brazilian Population-Based Cohort Study." *Journal of Affective Disorders* 209: 140–146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>, E.T.20.09.2021.
- Couto, E.R., Couto, E., Vian, B., Gregório, Z., Nomura, M.L., Zaccaria, R., and Junior, R.P. (2009) "Quality of Life, Depression and Anxiety among Pregnant Women with Previous Adverse Pregnancy Outcomes." *Sao Paulo Medical Journal*, 127(4): 185-189. doi: 10.1590/S1516-31802009000400002
- Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. (2013) "Is Pregnancy a Trigger for Recovery from an Eating Disorder." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 92(12);1407-13.
- Coleman, V. H., Carter, M. M., Morgan, M. A. and Schulkin, J. (2008) "Obstetrician-Gynecologists' Screening Patterns for Anxiety During Pregnancy." *Depression and Anxiety*; 25: 114-123.
- Costarelli V, Stamou D. (2009) "Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes." *J Exerc Sci Fit*; 7 (2): 104–111.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. (2001) "Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics." 21st ed. USA: 537-65.
- Czech-Szczapa B, Szczapa T, Merritt TA, Wysocki J, Gadzinowski J, Ptaszyk T, Drews K. (2014) "Disordered eating attitudes during pregnancy in mothers of newborns requiring Neonatal Intensive Care Unit admission: a case control study." *J Matern Fetal Neonatal Med.*; 28(14): 1711–1715.
- Çakır, L. & Can, H. (2012) "Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi." *Turkish Family Physician*; 3(2): 35-42.
- Çakırer N, Çalışkan Z. (2010) "Nevşehir ili Ağılı köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar". *TAF Preventive Medicine Bulletin*.; (4): 343-8.
- Çalık, K.Y. ve Aktaş, S. (2011) "Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1),: 142-162.

- Çelik, M. N., & Samur, F. G. (2018) "Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları." *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*; 15(3), 130-134.
- Çetin, M. "Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı. Bir Güncelleme." (2011) *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 21(2): 161-73. doi: 10.5455/bcp.20110706032759.
- Çiçek MN, Akyürek C, Çetin C, Haberal A. (2006) "Normal doğum: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi." 2: 217- 237.
- Çoban, A. ve Yanikkerem, E.U. (2010) "Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi." *Ege Tıp Dergisi*; 49(2): 87-94
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. ve Brender, (2000) W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*; 59(1), 31–40. DOI:10.1016/s0165-0327(99)00128-7
- Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. (2015) Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. *Kashed*, 2(1);: 27-40.
- Danforth D.N. Operative Delivery In: R.C. Benson. (2003) *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*: 939-948.
- Dare C. Eisler I. (1995) "Family therapy and eating disorders." Brownell KD, Fairburn CG (eds) *Eating Disorders and Obesity. New York: The Guilford Press*: 318-323.
- Daştan, B. N., Deniz, N., ve Şahin, B. (2015) "Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi." *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 6(2): 71-78.doi: 10.5505/phd.2015.91885.
- Davidson, M. R., London, M. L., and Ladewig, P. W. (2012 ) *Olds' maternal-newborn nursing and women's health across the lifespan*: 1128.
- Demir M., Bucak F., Taşkırhan H.(2020) Anemik Gebelerde Pikanın değerlendirilmesi *Ege Klin Tıp Derg*;58 (3): 268-272
- Demiryay A. (2006) "Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar." *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon* (Danışman: Yard. Doç.Dr. Nihal Cengiz).

- Department of Health. (1993) Changing childbirth. Part 1: report of the expert maternity group. London: HMSO.
- Department of Health. (2004) Maternity standard, national service framework for children, young people and maternity services. London: DH Publications.
- Department of Health. (2004) *Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. London: DH Publications.
- Diego M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. and Gonzalez Quintero, V. (2009) "Prenatal depression restricts fetal growth". *Early Human Development*; 85(1), 65-70. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002
- Dimidjian, S., and Goodman, (2009) S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol.*; 52: 498-515.
- Dönmez, S., Yenieli, Ö.A. ve Kavlak, O. (2014) "Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebeleri durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri*; 3(3), 908-920.
- Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F and Schmidt U. (2015) "Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns." *European Eating Disorders Review*.2015; 23(1); 19-27.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., and Dekker, G. (2008) "Antenatal Psychosocial Risk Factors And Depression Among Living in Socioeconomically Disadvantaged Suburbs in Adelaide, South Australia." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 42: 45-50.
- Einarson, T. R., and Einarson, A. (2008) "Newer Antidepressants in Pregnancy and Rates of Major Malformations: A Meta-Analysis of Prospective Comparative Studies." *Pharmacoepidemiol Drug Saf*; 14(12): 823–27.
- Emmett CL, (2006) Shaw ARG, Montgomery AA, Murphy DJ. Women's experience of decision-making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG.*; 113:1438-45.

- Erginbas Kender E, Yüksel G, Ger C, Özer U. (2015) "Eating attitudes, depression and anxiety levels of patients with hyperemesis gravidarum hospitalized in an obstetrics and gynecology clinic." *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*; 28: 119-126.
- Ertan, T. (2008) "Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi." İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi; 62: 25-30.
- Ertaş HS. (2006) *Yeme bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*. İstanbul, Timaş Yayınları.
- Eryılmaz S. (2017) 'Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki ilişkinin Belirlenmesi', Yüksek Lisans Tezi.
- Eskici, L., Demir Akca, A.S, Atasoy, N., Arıkan, İ. ve Harma, M. (2012) "Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri." *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*; 6(1), 10-16.
- Eşel, E. (2003) "Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi." *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,13(2): 78-87.
- Evans, J., (2001) "Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth." *Bmj*; 323(7307): 257-260.
- Everett C. (1997) Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *BMJ*; 315:32.
- Ezzeddin N, Zavoshy R, Noroozi M, Jahanihashemi H, Riseh SH. (2015) "Prevalence and Risk Factors for Pica During Pregnancy in Tehran, Iran." *Eat Weight Disord*. 2015; (20);457-463.
- Fairburn CG, Bohn K. (2005) "Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV." *Behaviour Research and Therapy*. 43(6); 691-701.
- Fadzil A., Balakrishnan K., Razali R., (2013) 'Kartini Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia' , *Asia-Pacific Psychiatry* 5 7–13



- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007) "Prevalence of Anxiety and Depression During Pregnancy in a Private Setting Sample." *Archives of Women's Mental Health*; 10: 25-32.doi: 10.1007/s00737-006-0164-6.
- Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. (2016) "A meta-Analysis of the Worldwide Prevalance of Pica During Pregnancy and the Postpartum Period." *International Journal of Gynecology and Obstetrics.*: 277-283.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., Ascencio A., Schanberg S., Kuhn C. (2010) "Comorbid Depression and Anxiety Effects on Pregnancy and Neonatal Outcome." *Infant Behavior and Development*; 33: 23–29. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.004.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression During Pregnancy and the Postpartum Period in Adolescent and Adult Portuguese Mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10: 103–109.
- Gaillard R. (2019) "LifeCycle Project-Maternal Obesity and Childhood Outcomes Study Group." *Association of gestational weight gain with adverse maternal and infant outcomes. JAMA*; 321(17):1702-1715.
- Garner D, (1989) Cognitive Therapy. American Psychiatric Association. Treatments of Psychiatric Disorders. Washington, 482-491.
- Garner DM, (1997) "Garfinkel PE. Diagnostic Issues." *Handbook Of Treatment For Eating Disorders.* (Garner DM, Garfinkel PE, ed). Second edition. New York London. *Guilford Press*: 3-24.
- Gotlib IH, Whiffen VE. (1987) Prevalence rates and demografic characteristic associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*;144:188-293.
- Gölbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Çetin A. (2010) Prevalence and correlates of depression in pregnancy among turkish women. *Maternal and Child Health Journal.* 14(4): 485-491.
- Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş. (2008) "Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi." *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 39-66

- Guszkowska, M., Langwald, M., Zaremba, A. ve Dudziak, D. (2014) “The correlates of mental health of well-educated Polish women in the first pregnancy.” *Journal of Mental Health*, 23(6): 328-332. DOI:10.3109/09638237 . 2014 . 971144.
- Hantaş Y. (2002) “Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması.” *Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.*
- Harrison, P.A. and Sidebottom, A.C. (2008) “Systematic Prenatal Screening for Psychosocial Risks.” *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(1): 258-276. doi: 10.1353/hpu.2008.0003
- Helli, A., Dolapçioğlu, K. ve Çekiç, Ç. (2011) “Gebelikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler.” *Türk Üroloji Seminerleri*, 2: 121-123.
- Heron, J., O’Connor, G. T., Evans, J., Golding, J. and Glover, (2004) V. The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and the Postpartum in A Community Sample. *Journal of Affective Disorders*; 80: 65–73.
- Herzog D. (1995) “Psychodynamic psychotherapy for anorexia nervosa.” Brownell KD, Fairburn CG (eds) *Eating Disorders and Obesity. New York: The Guilford Press*, 330-335.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A., & Örs R. (2014). Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(1): 15-20.
- Hisli N. (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck Depression Inventory). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6: 118-22.
- Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K. and Feder, (2013) G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.*, 10(5): 1-16.doi: 10.1371/journal.pmed.1001452.
- Institute of Medicine. (2009) *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines.* Washington, DC: National Academies Press.

- İrge E, Timur S, Zincir H ve ark. (2005). Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 14(7):157-160.
- John B. Liao., Catalin S. Buhimschi., and Erol R. Norwitz. (2005) Normal Labor: mechanism and duration. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 32:145-164.
- Josefsson, A., (2001)“Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum.” *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica: Original Article*; 80(3): 251-255.
- Kadioğlu M, Oksay Ü. (2017) “Yeme Bozukluklarının Gebelik ve Doğum Sonu Sürece Etkileri.” *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 3(1); 40-53.
- Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. (2006) Decision-making about caesarean delivery. *Lancet*; 367:883-5.
- Kapudan H, Erol A. (2013) Yeme bozukluklarının etiyolojisi. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E,ed). 1’inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 39-44.
- Karaçam Z, Ançel G. (2009) Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*; 25: 344-356.
- Karataylı, S. (2007) “Gebelerde Trimestirler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri.” *Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya*.
- Karmaliani, R., Asad, N., Bann, C. M., Moss, N., McClure, E. M., Pahsa, O., Wright, L. L., & Goldenberg, R. L. (2009) “Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors Among Pregnant Women of Hyderabad.” *Pakistan International Journal of Social Psychiatry*,55(5); 414-424.doi: 10.1177/0020764008094645.
- Kazi, A., Fatmi, Z., Hatcher, J., Kadir, M. M., Niaz, U., & Wasserman, G. A. (2006). Social Environment and Depression among Pregnant Women in Urban Areas of Pakistan: Importance of Social Relations. *Social Science & Medicine*, 63(6): 1466-1476.

- Kernberg OF. (1994) Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America*; 17:701-714.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006) “Sağlığın tanımı: başa ıkma.” *Journal of İstanbul Kltr University*, 3: 47-49.
- Kreipe RE, Birndorf DO. (2001) “Eating disorders in adolescents and young adults.” *Medical Clinics of North America*; 84 (4): 1027–1049.
- Kılıç M, Erci B. (2017) The Effect of the Care Provided Based on Self-Care Model of Orem on Self-Care Agency and Frequency of Nursing Diagnoses in Pregnant Women with Threat of Preterm Birth. *Turkiye Klinikleri J Nurse Science*. 9 (1): 1-14.
- Kılıçarslan, S. (2008) “Edirne Őehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik zellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kayđı Düzeyleri.” *Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalı*, Edirne.
- Kızılkaya Beji, N. ve Özkan, SA. (2015) Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. (Ed. N. Kızılkaya Beji), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 227-247.
- Kivlighan, K. T., DiPietro, J. A., Costigan, K. A., and Laudenslager, M. L. (2008) Diurnal Rhythm of Cortisol During Late Pregnancy: Associations with Maternal Psychological Well-Being and Fetal Growth. *Psychoneuroendocrinology*, 33: 1225-1235. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.06.008.
- Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer Brody S. (2015) Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Kocabaşoğlu, B. ve Beşer, S.Z. (2008) Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. *İ.. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*; 62, 349-354.
- Kolko RP, Emery RL, Marcus MD, Levine MD. (2016) Loss of control over eating before and during early pregnancy among community women with overweight and obesity. *International Journal of Eating Disorders*.

- Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011) “Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi.” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 67-99.
- Kömürcü N, Merih DY. (2012) Doğum Öncesi Dönem. İçinde: Coşkun AM. eds. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul,; 5: 131-166.
- Köroğlu, E. (2015) DSM -5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Ankara: HYB Yayıncılık: 92-94.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R. ve Kabukcuoğlu, K. (2017) “Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi.” *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7: 152-158. DOI:10.5152/clinexphealthsci.2017.359.
- Kuğu, N. ve Akyüz, N. (2001) “Gebelikte ruhsal durum.” *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1): 61–64.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. ve Ylikorkala, O. (2000) “Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia.” *Obstetrics and Gynecology*; 95(4), 487–490. DOI:10.1016/s0029-7844(99)00602-x
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., and Davis, M.M. (2010) “Risk Factors for Depressive Symptoms During Pregnancy: A Systematic Review.” *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 5-14.doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007.
- Lau, Y. & Keung, D. W. F. (2007). Correlates of Depressive Symptomatology during the Second Trimester of Pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 64: 1802–1811. doi:10.1016/j.socscimed.2007.01.001
- Lee, K.A., Zaffke, M.E. ve McEnany, G. (2000) “Parity and sleep patterns during and after pregnancy.” *Obstetrics ve Gynecology*; 95(1): 14-18.
- Lee, D. T., & Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 183-191.

- Lee, D., Chan, S., Sahota, D., Yip, A., Tsui, M., and Chung, T. (2004) A Prevalence Study of Antenatal Depression Among Chinese Women. *Journal of Affective Disorders*; 82: 93-99.doi:10.1016/j.jad.2003.10.003.
- Lederman R, Wels K. (2009) Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development; 3: 1-38.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008) “Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stres.” *BMC Psychiatry*; 8(24): 1-11.doi: 10.1186/1471-244X-8-24.
- Leung, B. M. Y., and Kaplan, B. J. (2009) Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link, A Review of the Literature. *Journal of the American Dietetic Association*; 109: 1566-1575. doi: 10.1016/j.jada.2009.06.368
- Levinson, D.F. (2006) The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*; 60(2), 84–92. DOI:10.1016/j.biopsych.2005.08.024.
- Lindgren K. (2005) Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse*; 34(4): 465-72.
- Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, Obstetric, (2014) And Perinatal Health Outcomes In Eating Disorders. *Am J Obstet Gynecol*; 211: 392.e1-8.
- Locke, A.B., Kirst, N. ve Shultz, C.G. (2015) Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*; 91(9), 617-624.
- López LB, Marigual M, Martín N, Mallorga M, Villagrán E, Zadorozne ME, Martín De Portela ML, (2012) Orgega Soler CR. Characteristics of pica practice during pregnancy in a sample of Argentine women. *J Obstet Gynaecol*. 32:150–
- Lowes H, Kopeika J, Micali N, Ash A. (2012) Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician and Gynaecologist*; 14: 179–187.
- Luke, S., Salihu, H. M., Alio, A. P., Mbah, A. K., Jeffers, D., Lo Berry, E. & Mishkit, V. R. (2009) “Risk Factors for Major Antenatal Depression among Low-Income African American Women.” *Journal of Women’s Health*; 18(11): 1841-1846. doi: 10.1089=jwh.2008.1261.

- Maloni, J. A., Park, S., Anthony M. K., & Musil C. M. (2005) "Measurement of Antepartum Depressive Symptoms During High-Risk Pregnancy." *Research in Nursing and Health*; 28: 16-26. doi: 10.1002/nur.20051
- Maltese MT, Halfon O. (1990) REflexion sur les interactions familiales dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance*; 38:470-478.
- Maner F. (2001) Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*; 5: 130-139.
- Marakoğlu, K. & Şahsıvar M. Ş. (2008) "Gebelikte Depresyon." *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science*; 28(4): 525-532.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Frederic C. B. & Kristen L. B. (2003) "Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings." *Journal of Women's Health*; 12(4): 373-380.
- Marut JS, Mercer RT. (1979) "Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births". *Nurs Res.*: 28(5): 260-6.
- Mathieu J. (2009) What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*.109(6); 976-79, 2009.
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., and Ferreira, M. E. C. (2017) "Body Image, Eating Attitudes, Depressive Symptoms, SelfEsteem and Anxiety in Pregnant Women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil." *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(2): 437-445.
- Miller, E.H., (2004) "Women and insomnia." *Clinical cornerstone*; 6(1): 6-18.
- Misri, S., Kendrick, K., Oberlander, T. F., Norris, S., Tomfohr, L., Zhang, H. and Grunau, R. E. (2010) "Antenatal Depression and Anxiety Affect Postpartum Parenting Stress: A Longitudinal, Prospective Study." *La Revue canadienne de psychiatrie*; 55(4): 222-228.
- Moldenhauer JS. (2015) Abnormalities and Complications of Labor and Delivery. In Beers MH (ed). *The Merck Manual*, 19th edition.
- Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, Peters TJ, Murphy DJ. (2007) Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ*; 23;334(7607):1305.

- Muzik, M., Marcus, S. M., Heringhausen, J. E., & Flynn, H.A. (2009) When Depression Complicates Child Bearing: Guide Lines Forscreening and Treatment During Antenatal and Postpartum Obstetric Care. *Obstet Gynecol Clin North*; 36: 771–788.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004) Caesarean section: clinical guideline 13. London: NICE.
- News C. (2008) "Pregorexia" inspired by thin celebs. . CBS News :<http://www.cbsnews.com/stories/2008/08/11/earlyshow/health/main4337521.shtml> Erişim tarihi: 06.10.2021.
- Nguyen AN, de Barse LM, Tiemeier H, Jaddoe VW, Franco OH, Jansen PW, (2017) et al. Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite*. 109:108-14.
- NICE, (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. Leicester: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists *Lancet tıp dergisi*. Action Plan for Every Newborn May 2014. [https://elsjbsprodcdn.jbs.elsevierhealth.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/everynewborn\\_exec\\_summ.pdf](https://elsjbsprodcdn.jbs.elsevierhealth.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/everynewborn_exec_summ.pdf).Erişim tarihi: 06.09.2021.
- Noble, (2005) R.E. Depression in Women. *Metabolism*; 54(1): 49-52.
- Nunes MA, Pinherio AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. (2014) “Eating Disorders Symptoms in Pregnancy and Postpartum: A Prospective Study in a Disadvantaged Population in Brazil.” *International Journal of Eating Disorders*; (47); 426-430.
- Oral N. (2006) “Yeme tutum bozukluğu ile kişilerarası şemalar, bağlanma stilleri, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke arasındaki ilişkilerin incelenmesi.” *Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Orr, S. T., Blazer, D. G., James, S. A. and Reiter, J. P. (2007) “Depressive Symptoms and Indicators of Maternal Health Status During Pregnancy.” *Journal of Women’s Health*; 16(4): 535-542.doi: 10.1089/jwh.2006.0116.
- Osman, A. H., Hagar, T. Y., Osman, A. A., & Suliaman, H. (2015) “Prevalence of Depression and Anxiety Disorders in Perinatal Sudanese Women and



Associated Risks Factors.” Open Journal of Psychiatry, 5; 342-349.  
<http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2015.54039>, E.T.20.09.2021.

Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H. ve Muhcu, M. (2014) “Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar.” *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*; 45(2): 71-77.

Özdemir A. (2014) “Lise Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişki.” *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi.*

Özçelik D. (2010) “15-49 Yaş Arası Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıkları.” *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi.*

Özgen L, Kınacı B, Arlı M. (2012) “Ergenlerin Yeme Tutumu ve Davranışları.” *Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Ankara. 45(1); 229-247.

Öztürk, G. E. A. (2017). Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Özkan H. (2010) “Annelik kimlik gelişimi eğitiminin primiparların annelik rolü kazanımına ve bebeğim algısına etkisi.” *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.*

Özorhan, E. Y., Apay, S. E., ve Altun, Ö. Ş. (2014) “Gebelikte Ruh Sağlığı.” *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik EDergisi*, 3(2): 33-42.

Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç. ve Karakayalı, Ç. (2018) “Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler.” *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2): 34-46. DOI:10.15511/tjtfp.18.00234.

Özyurt, B. C., and Deveci, A. (2010) “Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi.” *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21: 1-7. doi: 10.5080/u6350

- Pakenham, K. I., Smith, A., and Rattan, S. L. (2007) "Application of A Stress and Coping Model to Antenatal Depressive Symptomatology." *Psychology, Health and Medicine*; 12(3): 266-277.doi:10.1080/1354850060087170.
- Paul T., Ayuk T. (2007) Vaginal birth after a caesarean is not always beneficial. *BMJ*. 335(7609):7.
- Pearson, R. M., Cooper, R. M., Penton-Voak, I. S., Lightman, S. L., and Evans, J. (2009) Depressive Symptoms in Early Pregnancy Disrupt Attentional Processing of Infant Emotion. *Psychological Medicine*, 40: 621–631. doi:10.1017/S0033291709990961
- Pıçakçıefe, M. (2010) "Çalışma yaşamı ve anksiyete." *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 9(4), 367-374.
- Pirim B ve ark. (2004) "Yeme bozukluklarında psikoaktif madde kullanımı: Bir gözden geçirme." *Bağımlılık Dergisi*; 5(1):30-34.
- Pişirgen, T. N. (2011) "Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi." *Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir*.
- Qiao, Y., Wang, J., Li, J., & Wang, J. (2012) Effects of Depressive and Anxiety Symptoms During Pregnancy on Pregnant, Obstetric and Neonatal Outcomes: A Follow-up Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 32: 237–240.doi: 10.3109/01443615.2011.647736.
- Ramachandra, P., Maiya, A.G., Kumar, P. ve Kamath, A. (2021) Prevalence of musculoskeletal dysfunctions among Indian pregnant women. *Journal of Pregnancy*, 4, 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/437105>,E.T.20.09.2021.
- Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J., Bauersachs, J., Blomström-Lundqvist, C., Cıfkova, R., De Bonis, M. ve ark. (2018) ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal*, 39, 2018: 3165–3241. DOI:10.1093/eurheartj/ehy340
- Reid, H., Power, M., and Cheshire, K. (2009) Factors Influencing Antenatal Depression, Anxiety and Stres. *British Journal of Midwifery*, 17(8); 501-508.

- Ricci SS, Kyle T. (2009) *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
- Rich-Edwards, J.W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B.L., McLaughlin, T.J., Joffe, H., and Gillman M.W. (2006) "Sociodemographic Predictors of Antenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Women in A Medical Group Practice." *J Epidemiol Community Health*; 60:221–227.doi: 10.1136/jech.2005.039370
- Rø, Ø., Reas, D. L., & Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors*, 13(2), 158–161.
- Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney ve Ingrid E. Nygaard. (2010) *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*. (Çev. Edit. Ali Ayhan. Güneş Tıp Kitabevi). Ankara. 430-514.
- Samur, G. (2008) *Anne sütü*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara; 1-21.
- Santos AM, Benute GRG, Nomura1 RMY, Santos No, Lucia Mcsd, Fransisco RPV. (2016) Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. *Matern 1 Child Health J*; (20); 577-582
- Santos MA, Benute GR, (2017) dos Santos NO, et al: Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery*; 51:12
- Sayın NC ve ark. (2018) *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*;11(1):76-81.
- Sevil, Ü. ve Bakıcı, A. (2002) "Gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi." *Sağlık ve Toplum Dergisi*; 12(3): 56-62.
- Sevil, Ü. D., Saruhan, A., Ertem, G., ve Kavlak, O. (2004) "Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi." *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1); 67-76.
- Sevindik, F. (2005) "Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler." *Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ*.

- Siyez DM. (2006) “Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisiyle İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi.” *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 20: 21-27.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. ve Mebazaa, A. (2016) Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal Of Africa*, 27(2): 89–94.
- Sözeri C. (2011) “Gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi.” T.C. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul* (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız).
- Spinelli, M., and Endicott, J. (2003) Controlled Clinical Trial of İnterpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women. *Am J Psychiatry*; 160: 555–562.
- Sternfeld, B., (1995) “Exercise during pregnancy and pregnancy outcome.” *Medicine and science in sports and exercise*; 27(5): 634-640.
- Stein, D.J. ve Hollender, E. (2011) Textbook of anxiety disorder. America: American Psychiatric Publishing.
- Steven G. Gabre, Jennifer R. Niebly. (2009) Obstetrics: Normal and problem pregnancies. (Çev. Edt. Turgay Şener ve Mete H. Tanır.) Nobel Kitabevi. Ankara, 302-520.
- Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, et al. (2009) Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord*; 42: 387–93.
- Sunil Sharma, M. ve Rose Franco, M. (2004) “Sleep and its disorders in pregnancy.” *Wisconsin Medical Journal*; 103(5): 48.
- Şahin, E.M. ve Kılıçarslan, S. (2010) “Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler”. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58.
- Şahin P. (2015) Gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, ss. 124.

- Şen, S., Cetişli, N.E. ve Saruhan, A. (2012) “Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi.” *International Journal of Human Sciences*, 9(2): 1-13.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara, <http://beslenme.gov.tr>.
- Taş E, Üstüner I, Özdemir H, Dikeç A, Avşar F (2010). Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 2, 7-12.
- Taşkın, L. (2016) Gebelikte annenin fizyolojisi. İçinde L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi: 87-112.
- Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A., & Kısa, C. (2009). Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 13(3): 132-136.
- Tetikurt, C. (2000) “Gebelikte solunum fizyolojisi.” *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 31(2): 118-122.
- Townsend, M.C. (2016) Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. (Çev. Ed. C.T. Özcan ve N. Gürhan). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL. (2003) “Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient’s perspective.” *International Journal of Eating Disorders*; 33 (2): 143–154.
- Tunç, S., Yenicesu, O., Çakar, E., Özcan, H., Pekçetin, S. ve Danışman, N. (2012) “Antenatal dönemde anksiyete ve depresyonun görülme sıklığı ve ilişkili faktörler.” *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 9(35): 1431-1435.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara,(2018).[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_a\\_na\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_a_na_Rapor.pdf) Erişim tarihi: 06.10.2021.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother Int Q*; 12: 28-35.
- Uguz, F., Gezginc, K., Kayhan, F., Sarı, S. ve Büyüköz, D. (2010) Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *General*

Hospital Psychiatry, 32(2): 213–215.  
DOI:10.1016/j.genhosppsy.2009.11.002.

Üçel, U.İ. (2016) “Depresyon etiyolojisi ve sitokinlerin rolü.” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 6(1), 41-45.

Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., ve Kandemir, H. (2008) “Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi.” *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 9-13.

Watson HJ, Holle AV, Knoph C, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, et al. (2014) Psychosocial Factors Associated with Bulimia Nervosa during Pregnancy: An Internal Validation Study. *Int J Eat Disord*; 48:654–662.

Wang, Y., Wang, X., Liu, F., Jiang, X., Xiao, Y., Dong, X., Kong, X., Yang, X., Tian, D., & Qu, Z. (2016). Negative Life Events and Antenatal Depression Among Pregnant Women in Rural China: The Role of Negative Automatic Thoughts. *PLoS ONE* 11(12): 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0167597

WHO-Report (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Cesarean Sections Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Luz Gibbons, Jose M. Belizan, Jeremy A Lauer, Ana P Bertan, Mario Merialdi and Fernando Althabe.

Williams Obstetrics. (2011) Edit. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. 23rd Ed.

World Health Organisation. (2004) The Global Burden of Disease: 2004 update.2008. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_part4.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part4.pdf) Erişim tarihi: 06.10.2021.

World Health Organization Maternal Mortality, (2016) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim tarihi: 06.09.2021.

Yanikkerem, E., Altıparmak, S. ve Karadeniz, G. (2006) “Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi.” *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*: 10.

Yavuz, S. ve Aykut, M. (2014). Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Bakanlığı bölgesinde gebe kadınların gebelikte beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve beslenme durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 10-20.

- York S, Briscoe L, Walkinshaw S, Lavender T. (2005) Why women choose to have a repeat caesarean section? *British Journ Midwifery*. 13:440-5.
- Yıldız, H. (2011) “Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması.” *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 63-74.
- Yılmaz, S.D. ve Beji, N.K. (2010) “Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler.” *Genel Tıp Dergisi*, 20(3): 99-108.
- Yücel B, Polat A, İkiz T, Dugor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. (2011) The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*. 2011 Nov-Dec;19(6):509-511.
- Yücel, P., Çayır, Y. ve Yücel, M. (2013) “Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu.” *Klinik Psikiyatri*, 16: 7-17.
- Yücel B. (2009) “Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları.” *İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*, İstanbul. 22 (4): 39-43.
- Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015) “Prevalence and Predictors of Antenatal Depressive Symptoms Among Chinese Women in Their Third Trimester: A Cross-Sectional Survey.” *BMC Psychiatry*, 15(66): 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0452-7.

## EKLER

EK-A

### ÇALIŞMA ADI: HAMİLELİK DÖNEMİNDE YEME BOZUKLUĞU İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Psikolog Seda Sari tarafından yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Çalışmanın amacı hamilelik döneminde yeme bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi bulmaktır. Sizden istenen size iletilen formları doldurmanızdır. Sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve hiçbir şekilde kişisel bilgileriniz yer almayacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllü olmanız gerekmektedir. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20-25 dakikadır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilme hakkınız vardır.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum, araştırmacının anlattıklarını dinledim, anladım. Çalışmada kişisel bilgilerimin gizli tutulacağı ve araştırma dışında başka amaçla kullanılmayacağı bana açıklandı. Araştırmacıya gerekli soruları sordum ve cevaplarını aldım. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

#### **Gönüllünün;**

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



## KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Şuanki kilonuz:
3. Boyunuz:
4. Kaç kiloyla hamile kaldınız:
5. Kilo aldıysanız kaç kilo aldınız:
6. Kilo kaybettiyseniz kaç kilo kaybettiniz:
7. Medeni durumunuz:
8. Eğitim düzeyi:
  - a) İlkokul mezunu
  - b) Ortaokul mezunu
  - c) Lise mezunu
  - d) Üniversite mezunu
  - e) Yüksek lisans mezunu
9. Çalışma durumu:
  - a) Çalışıyor
  - b) Çalışmıyor
  - c) Emekli
10. Evlenme yaşı:
11. Kaç yıllık evlisiniz:
12. Kaçınıcı hamileliğiniz?

- a) İlk
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4 ve üstü

13. Kaç Çocuğunuz var:

(Şimdiki hamileliğınız hariç)

14. Hamilelik durumunuz nedir?

- a) Tekil gebelik
- b) Çoğul

15. Hiç kürtaj oldunuz mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise kaç defa:

16. Hiç düşük yaptınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise kaç defa:

17. Hamileliğin hangi dönemindesiniz?

- a) İlk 13 hafta (1.Trimester)
- b) 14.-26. Haftalar (2.Trimester)
- c) 27.-40. Haftalar (3.Trimester)

18. Şu andaki hamileliğiniz için nasıl bir doğum şekli planlıyorsunuz?

- a) Normal Doğum
- b) Sezaryen

19. Daha önce psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise tanınız:

20. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise günde kaç tane:

21. Kimlerle Yaşıyorsunuz:

22. Hayatınızın herhangi bir döneminde toprak, sabun, kil, kül, kağıt, kahve çekirdeği, buz, sünger ya da bunun gibi besin değeri olmayan şeyler yiyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise hangi dönemde:

- a) Hamilelik döneminden önce
- b) Hamilelik döneminden önce ve hamilelik sırasında
- c) Sadece hamilelik döneminde

Önceki gebeliğe ilişkin bilgiler;

Eğer ilk hamileliğiniz ise bu bölümdeki soruları yanıtlamayınız.

23. Bir önceki hamileliğiniz nasıl sonlandı?

- a) Normal Doğum
- b) Planlı Doğum
- c) Zorunlu Sezaryen
- d) Ölü Doğum
- e) Düşük
- f) Kürtaj

24. Önceki hamileliğiniz kaçınıcı haftada sonlandı?

- a) 24. ve 30. haftalar arası
- b) 32. ve 36. haftalar arası
- c) 36. ve 38. haftalar arası
- d) 38. ve 41. haftalar arası

25. Önceki hamilelikte tıbbi bir sorun yaşandı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

26. Önceki hamilelikte psikiyatrik bir sorun yaşadınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır



## YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)

**YÖNERGE :** Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

**1'den 12'ye kadar olan sorular:** Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbiri n-de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbiri n-de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

**13'ten 18'e kadar olan sorular :** Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

Son dört hafta içinde (28 gün)...		
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	.....
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	.....
15-	Son 28 günün kaç <b>GÜNÜNDE</b> aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	.....
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?	.....
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müşhil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	.....
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?	.....

**19'dan 21'e kadar olan sorular:** Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.

Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına yeme” teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yemek durumlarını saymayınız.)	Hiç		Biraz		Orta		Önemli ölçüde
		0	1	2	3	4	5	6

**22'den 28'e kadar olan sorular:** Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

**BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir.

Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.



1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyleri dűřünmek zorlařıyor.

3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir Őey dűřünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.,

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				

18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

