

Pregoreksiya: Gebelikte Yeme Bozukluğu

Pregorexia: Eating Disorder in Pregnancy

✉ Meltem Puşuroğlu¹, ✉ Çiçek Hocaoglu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize

ÖZ

Pregoreksiya, gebelikte gözlenen yeme bozukluğu annenin ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen bir tablodur. Artan popüler kültürle birlikte hayatımıza giren ince beden algısı ile birlikte giderek sıklığı artmaktadır. Pregoreksiya hem annenin sağlığını hem de bebeğin gelişimini olumsuz etkilemektedir. Gebelik anne için karmaşık fizyolojik ve ruhsal bir süreçtir. Klinisyenler öncelikle gebelikte yeme bozukluğu açısından dikkatli olmalıdır. Gebeler poliklinikte yeme bozukluğu açısından gözden kaçabilmektedir. Tedavi sürecinde ise annenin gebelikte beslenmenin önemi konusunda bilgilendirilmesi çok önemlidir. Anneye hem beslenme konusunda bilgi verilmeli hem de ruhsal destek sağlanmalıdır. Anne ve bebek için her yönden sağlık sorunu teşkil edecek olan pregoreksiyanın klinisyenler tarafından bilinmesi önemlidir

Anahtar sözcükler: Gebelik, yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza, pregoreksiya

ABSTRACT

Pregorexia, the eating disorder observed during pregnancy, is a condition that negatively affects the health of the mother and the baby. The frequency of thin body perception, which has entered our lives with popular culture, is increasing. Pregorexia negatively affects both the health of the mother and the development of the baby. Pregnancy is a complex physiological and spiritual period for the mother. First of all, clinicians should be careful about eating disorders during pregnancy. Pregnant women may be unnoticed in terms of eating disorders in the outpatient clinic. In the treatment duration, it is very important to inform the mother about the importance of nutrition during pregnancy. The mother should be informed about nutrition and psychiatric treatment support should be provided. It is important for clinicians to know about pregorexia, which is an important health problem for both mother and baby.

Keywords: Pregnancy, eating disorder, anorexia nervosa, pregorexia

Giriş

Sağlıklı ve dengeli beslenme kişinin ihtiyacı olan tüm temel besin öğelerini dengeli ve yeterli biçimde almasıdır. Gebelik döneminde anne hem kendisi hem de fetüsün sağlıklı gelişimi için yeterli ve dengeli beslenmeli ayrıca kilo dengesini korumalı ve ihtiyacı olan tüm besinleri almalıdır. Özellikle ilk trimester olmak üzere gebeliğin her evresinde kalori ve besin ihtiyacı artmaktadır. Bebeğin gelişim evrelerinin tam olması ve annenin gebelik sürecini sağlıklı geçirmesi adına gebelikte beslenme önemlidir (Procter ve Campbell 2014). Gebelik sürecinde alınan kalori miktarının yanı sıra vitamin ve minerallerin yeterli olarak alınması gereklidir. Tek başına fazla kalori alınması asıl hedef değildir. Gebe kadınların kliniğe daha sıklıkla fazla kilo alımı ile başvurdukları görülmektedir. Bu durumda gebelerde kilo kaybı ya da yetersiz beslenmenin göz ardı edilebilmesine yol açmaktadır (Çelik ve Samur 2018).

Her ne kadar hamilelikte kilo alımı daha ön planda olsaydı da gebelerin bir kısmında hamilelik sürecinde kilo alımından aşırı korkma ve kısıtlayıcı diyetlere başvurma şeklinde kilo kaybı da gözlenebilir. Gebelikte kilo kaybı çok sık gözlenirse de olası sonuçları açısından klinisyenler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelik süreci hem fizyolojik hem de psikolojik olarak anne bedeni için bir değişim sürecidir. Özellikle son zamanlarda popüler kültürün de teşvikiyle gebelerde kilo alımının kısıtlanması giderek artmaktadır.

Pregoreksiya literatürde henüz yeni tanımlanmaktadır. Gebelik sürecinde tanı ve tedavi açısından klinisyenlere yol gösterecek veriler kısıtlıdır. Araştırmamızda Google scholar ve pubmedde geçmişten bugüne yayınlanmış olan pregoreksiya, gebelikte beslenme, gebelikte yeme bozukluğu terimleri aratılarak ulaşılan özgün makaleler ve derleme çalışmaları incelenmiştir. Geleneksel derleme metoduyla yeni bir tanı olan pregoreksiya ile ilgili alan yazınına katkı sunmak amaçlanmıştır.

Pregoreksiya

DSM 5'e göre yeme bozuklukları devamlı bir şekilde gıdanın tüketimini ya da emilimini engelleyen yeme ve yeme davranışı ile ilişkili bozuklukları tanımlar. Ancak DSM 5'te pregoreksiyaya ait bir tanımlama yoktur. Bu sebeple DSM 5'te yer alan yeme bozukluklarının pregoreksiya tanısının ne kadarını kapsadığı konusunda literatürde kesin bilgi yoktur. Ancak genel olarak pregoreksiya, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza klinik bulgularının ilk defa gebelik döneminde görülmesi şeklinde tanımlanabilir. Henüz klinisyenlerin çok fazla kullanmadıkları bir terimdir (Takimoto ve ark. 2011, Harasim-Piszczatowska ve Krajewska-Kułak 2017).

Pregoreksiyanın ayrı bir tanım olduğuna dair tartışmalar sürmektedir. Öncesinde var olan riskli yeme davranışlarının bir devamı olarak gebelikte yeme bozukluğunun görülmesi olası bir durumdur. Ancak bazı klinik durumlarda ise ilk defa gebelikte gözlenebilmektedir. Pregoreksiyanın ilk defa gebelik döneminde mi görüldüğü yoksa devam eden bir yeme bozukluğunun gebeliğe yansması mı olduğuna dair veriler sınırlıdır. Bu sebeple klinik olarak başlangıç dönemine ait ayırım yapmak klinisyenler için zordur. Ancak ortak görüş gebeliğin yeme bozuklukları açısından riskli bir dönem olduğu ve pregoreksiyanın gebelikte ortaya çıkan yeme bozukluğu olduğu şeklindedir. Tanı kriterlerinin olmayışı, pregoreksiya tanısına ait belirtilerin tam olarak sınıflandırılmamış olması tanı koyma sürecini zorlaştırmaktadır. Klinikte kullanılan bir tanımlama sistemi olmasa da risk faktörlerinin değerlendirilmesi ile yeme bozukluklarının DSM 5 tanı kriterleri göz önünde bulundurularak pregoreksiya tanısı konulabilir. Yeme bozuklukları üreme çağındaki kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir. Bu sebeple gebelik sürecinde görülme sıklığı artış gösterebilmektedir (Bannatyne ve ark. 2018, Janas-Kozik ve ark. 2021).

Anne ve Fetüs Üzerine Etkileri

Gebelik süreci hem fizyolojik hem de ruhsal açıdan karmaşık bir süreçtir. Yeme bozukluklarına ait bulgular gebelikte artabileceği gibi bazı durumlarda azalabilir. Anne de bebeğini koruma içgüdüğü ile yeme bozukluğuna ait semptomlar düzelebilir. Ancak yine de literatürdeki bulgular geçmişte yeme bozukluğuna ait bulguları olan hastaların pregoreksiya açısından daha riskli oldukları yönündedir (Micali ve ark. 2007, Bannatyne ve ark. 2018). Gebelikte beden imajının değişimine dair kaygıların artışı nedeniyle yeme bozukluğu belirtileri artabilir. Bu sebeple anneler görsel kaygılarından dolayı besin alımını kısıtlama davranışında bulunabilir (Kaiser ve Allen 2008). Gebelik sürecinde yeterli ve dengeli beslenmeyen annelerde anemi ve hipertansiyon bildirilmiştir. Özellikle demir eksikliği anemisi daha sık gözlenmektedir ve bu durum bebekte gelişme geriliğine yol açmaktadır. Ayrıca annenin anemisinin depresyon gibi duygu durum bozuklukları ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (Linna ve ark. 2013). Annenin yeme bozukluğuna bağlı depresif bozukluk semptomlarının ortaya çıkması doğum sonrasında annenin bebeğe bakım verme sürecini de olumsuz etkilemektedir. Anne ve bebekte bağlanma sorunları, annenin bebeğe bakım vermekte zorluk yaşaması gibi yenidoğan döneminde zorluklar görülebilir. Bununla birlikte pregoreksiyası olan annelerin bebeklerini daha kısa süre emzirdikleri görülmüştür. Yeme bozuklukları gebelik sürecinde sadece fiziksel olarak etki oluşturmamaktadır. Annenin aynı zamanda ruhsal sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Tablo.1). Annenin beden imajı ile aşırı ilgilenmesi gebelik sürecini kabullenmesinde de güçlük yaratabilmektedir. Anne de özgüven kaybı, depresif duygulanım, kendine ve bedenine yönelik olumsuz hisler görülebilmektedir (Watson ve ark. 2014). Bu süreçlerin sonucunda yeme bozukluğu olan kadınların gebelikte ve doğum sonrası dönemde daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadıkları gözlenmiştir (Nguyen ve ark. 2017). Ayrıca annenin gebelik öncesinde depresyon ve anksiyetesinin olması yeme bozukluğu sıklığını artırmaktadır. Anneler de gebelik sürecinde gözlenen bu durumların yanı sıra doğum sonrası dönemde de bebekle ilgili kaygıları daha fazla olabilmekte, bakım vermede zorluk yaşayabilmektedirler (Watson ve ark. 2015).

Tablo 1. Gebelikte yeme bozukluğunun anne üzerine etkileri

Obstetrik komplikasyonlarda artış
Demir eksikliği anemisi
Hipertansiyon
Artan sezaryen riski
Depresif bozukluk riskinde artış
Anne bebek bağlanmasında bozukluk

Pregoreksiyanın fetüs üzerine olan etkilerine bakıldığında ise annenin yetersiz beslenmesi plasental gelişmede yetersizlik, erken membran rüptürü, uterin enfeksiyonlar gibi klinik tablolara neden olabilir. Bu durumda erken doğum, ölü doğum, sepsis gibi komplikasyonlara yol açabilir. Yapılan çalışmalarda gebelikte yeme bozukluğu olan annelerin daha sık sezaryen oldukları, bebekte apgar skorunda düşüş olduğu, daha sık doğum komplikasyonu yaşadıkları gözlenmiştir. Fetüs düşük kilolu olabilir, gelişim sorunları gözlenebilir, nöral tüp defekti, mikrosefali,

ani ölüm görülebilir. Özellikle gebeliğin son 3 ayında beslenme yetersizliği olan annelerin bebeklerinde ilk bir yılda ani ölüm sıklığı artmıştır (Keen ve ark. 2003). Bu annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlıklı olmak, ölü doğum gibi durumlar oluşabilmektedir. Ayrıca spontan erken doğum, mikrosefali de gözlenen durumlar arasındadır (Tuncer ve ark. 2020). Yeme bozukluklarının için de annenin en tehlikeli davranışı laksatif, kafein, diüretik gibi maddeler almasıdır. Bu durum çok ciddi tablolara yol açabilmektedir. Fetüste elektrolit dengesizliği, gelişme geriliği, ani ölüm gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ayrıca anneler kilo kaybı için aşırı egzersiz yapabilmektedir. Her ne kadar gebelikte egzersizin anne ve bebek için sağlıklı olduğunu bildiren çalışmalar mevcutsa da aşırı egzersizin özellikle fetal kan akımını azaltacağına ve fetal distrese yol açacağına dair veriler mevcuttur (Keen ve ark. 2003) (Tablo.2).

Tablo 2. Gebelikte yeme bozukluğunun fetüs üzerine etkileri

Erken doğum
Düşük doğum ağırlığı
Mikrosefali
Düşük apgar skoru
Artmış ani bebek ölümü
Artmış ölü doğum riski

Epidemiyoloji

Yeme bozuklukları genellikle kadınlarda daha sıktır, bununla birlikte gebelik dönemi ve sonrasında yeme bozukluğu semptomlarında da artış gözlenebilmektedir. Gebelikte yeme tutumunda bozulmanın %0,6 ile %27,8 arasında değiştiği bildirilmektedir. Gebelikte yeme davranışını değerlendirebileceğimiz bir ölçek bulunmamaktadır. Ayrıca henüz tanı kriterleri netleşmiş bir tanı sınıflaması da yoktur. Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler, iştah azalması ve artması, bulantılar, psikolojik değişim gibi tüm süreçler göz önüne alındığında gebelikte yeme bozukluğuna ait veriler net olmayabilir (Easter ve ark. 2013). Genel olarak görülme sıklığı % 5 olarak verilmiştir (Tuncer ve ark. 2020). Pregoreksiyaya yönelik tanı kriterleri bulunmamakla birlikte gebelikte hemen hemen bütün semptomlar tüm kadınlarda benzerdir. Henüz yapılandırılmış, gebelikte yeme bozukluğu tanısında kullanılan bir ölçek bulunmamaktadır. Yeme bozukluğu tarama ölçekleri bazı çalışmalarda kullanılmıştır. Bu durumda elde edilen veriler tam olarak doğru verileri yansıtmamaktadır. Bazı çalışmalarda ise gebelerde yeme bozukluğu semptomlarını tarayan öz bildirim ölçekleri kullanılarak veri toplanmıştır. Bu çalışmalarda elde edilen sıklık oranları değişkenlik göstermektedir (Bye ve ark. 2020).

Etyoloji

Gebelik yeme bozukluğu gelişimi açısından riskli bir dönemdir. Annenin hem bebeği ile ilgili kaygıları hem de vücut imajına dair olumsuz duygulanımı içsel sıkıntı kaynağı oluşturabilmektedir. Yeme bozukluklarının gelişiminde annede görsel kaygılarla birlikte gelişen bir yeme davranışı bozukluğu olmakla birlikte bilişsel bir bozuklukta mevcuttur. Yeme bozuklukları özellikle kadınlarda ve ergen yaş grubunda daha sıklıkla gözlenmektedir. Olumsuz yaşam olayları, stresli dönemler, çocukluk çağı travmaları gibi faktörler yeme bozukluğu davranışını tetikleyebilmektedir (Çelik ve Samur 2018).

Annenin kısıtlayıcı diyet yapması, kilo ile aşırı düşünel uğraşısının oluşu, ufak ufak öğünlerle beslenmesi, öğün atlama gibi yeme bozukluğu davranışları gözlenebilir. Ayrıca annenin gebeliği yokmuş gibi konuşması, gebeliğine yönelik farkındalığının az olması, öncesinde yeme bozukluğu olması gibi faktörler pregoreksiya için ön görümlerdir. 30 yaş altı olmak, öncesinde cinsel travma varlığı, psikostresörlerin olması, depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların eşlik etmesi, ilk gebelik olması pregoreksiya için risk faktörlerindedir. Özellikle ilk gebelik anne için zor bir süreçtir. Anneliğe ilk adım, belirsizliğin oluşu, ebeveynliğe alışma süreci gibi stresörler annede kaygı artışına yol açabilmektedir (Czech-Szczapa ve ark. 2015).

Popüler kültür çağında medyada abartılı olarak vurgulanan zayıf anne görselleri, kilo almayan anneler, doğum sonrası hemen eski kilosuna hatta daha düşük kiloya dönen annelere özendirici haberlerin yapılması ile gebelikte yeme bozukluğu giderek artış göstermektedir. Annede yeme bozukluğu öyküsü olması fetüs ve anne için bir risk faktörüdür. (Tuncer ve ark. 2020). Gebelikte kilo alınmaması, depresyon belirtilerinin olması, uzayan hiperemesis gravidarum, pregoreksiya açısından öngörücü olabilir (Hawkins ve Gottlieb 2013). Hamilelikteki yapısal, endokrinolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayamama, yeme bozukluğu semptomu olmayan kadınlarda bile yeme bozukluklarının gelişimi açısından bir risk olarak değerlendirilebilir (Andersen ve Ryan 2009).

Psikodinamik açıdan bakıldığında ise temelinde yatan mekanizmalar net olmasa da anoreksiyaya benzer nedenlerin olduğu düşünülmektedir. Beden imajı algısı, zayıf olma, çocukluk çağı travmaları, ihmal gibi birçok neden bu sürecin altında yatan sebeplerden olabilmektedir. Ayrıca medyanın sürekli zayıf kadın imajını dayatması, kişilerin abartılı algısı da bu süreçte etkilidir (Mathieu 2009). Gebelik dışında yeme bozukluklarının etiolojisine ait birçok araştırma yapılmıştır. Ancak gebelikte gelişen yeme bozukluğunun etiolojisine yönelik bilgiler kısıtlıdır (Linna ve ark. 2013) (Tablo3).

Tablo 3. Gebelikte yeme bozukluğu gelişimi için risk faktörleri
30 yaş altında olmak
İlk gebelik
Öncesinde yeme bozukluğu öyküsü olması
Cinsel travma öyküsü
Psikiyatrik hastalık varlığı
Azalmış aile desteği
Geçirilmiş psikiyatrik travma varlığı
İstenmeyen gebelik

Tedavi

Gebelikte kilo kaybından ziyade daha sıklıkla kilo alımı gözlense de fetüs ve anne için tehlikeli olan bu tablonun klinisyenler tarafından iyi bilinmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Gebelik öncesi dönemde anne adaylarında kilo alma korkusu, düşük vücut kitle indeksinin olması beslenme bozukluğu, psikolojik sorunlar olması gebelik sürecinde pregoreksiya açısından risklidir. Klinisyenlerin bu konuda dikkatli olması risk faktörlerini belirlemesi ve gebelik öncesinde müdahale etmesi gerekmektedir. Uzamış hiperemezis gravidarum varlığı, artan hamilelik süresine rağmen beklenen kilo alımının olmayışı, annede yeme bozukluğu davranışlarının bulunması, tekrarlayan kusmalar, kilo alımı ile aşırı zihinsel uğraşının olması klinisyenler için uyarıcı olmalıdır (Hawkins ve Gottlieb 2013). Uyarıcı semptomları olan gebelerde yeme düzeni, beslenme davranışları muhakkak sorgulanmalıdır. Bazen gebeler kaygı nedeni ile şikayetlerini dile getirememektedir. Ya da aşırı kaygı ile kendisi de yeme bozukluğunun farkında olmayabilir. Böyle bir durumda gebenin dile getirmesi beklenmeden yeme bozukluğu semptomları değerlendirilmelidir. Pregoreksiyanın tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Tedavi ekibinde kadın doğum uzmanı, psikiyatrist, psikologlar, dâhiliye hekimleri, diyetisyen, ebe ve hemşire bulunmalıdır. Tüm ekip iş birliği halinde çalışmalı, bu süreçte gebeyi desteklemelidir. Tedavi sürecinde öncelikle annenin bebeği ve kendisi için sağlıklı beslenmesinin önemi anlatılmalıdır. Beslenme hakkında eğitim, annenin beslenmesinin bebeğin gelişimi için önemi vurgulanmalıdır. İyi bir eğitim ve bilgilendirme ile annenin dikkatini kilodan ziyade sağlıklı gelişim sürecine çevirmek çoğu zaman mümkün olmaktadır. Gerekli olan besinler, besinlerin çeşitliliği ve miktarı ve işlevleri konusunda anne ayrıntılı bir şekilde eğitilmelidir (Rasmussen ve ark. 2010). Bu süreçte annenin psikiyatrik durumu, bebekle ilgili kaygıları takip edilmelidir. Annenin depresif semptomları taranmalı mümkünse ek tanılar için tedavi düzenlenmelidir. Annenin beslenme eğitimi ile birlikte ruhsal açıdan iyi bir gebelik geçirmesi için çalışılmalıdır. Anneye kilo alımına odaklanmak yerine optimal kilo alımı ve sağlıklı gebelik süreci konusunda destek verilmelidir. Diüretikler, zayıflama ilaçları, aşırı egzersiz gibi etmenlerin gebelik ve bebek için olumsuz sonuçları konusunda anne bilgilendirilmelidir. Doğum öncesinde hatta mümkünse gebelik öncesinde annenin vücut kitle indeksi ölçülmeli, kaydedilmeli, annenin bu süreçte sağlıklı kilo alımı ve diyetisyen eşliğinde takibi yapılmalıdır. Anneler de iki kişilik yeme algısı, değişen iştah, psikolojik stres gibi faktörler yeme bozukluğunun belirlenmesini zorlaştırabilir. Altta yatan semptomlar gizlenebilir. Ayrıca damgalanma korkusu, annenin çekinceleri semptomlarını gizlemesine neden olabilir. Bu sebeple sağlık profesyonelleri yeme bozuklukları konusunda dikkatli olmalı anne ile iş birliği halinde olmalıdır. Pregoreksiya gibi gebelik sürecindeki yeme bozuklukları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalıdırlar. Gebede semptomların ara ara artması ve azalması, gebenin gizlemeye çalışması tanı koyma sürecini güçleştireceğinden tedavinin en önemli aşaması terapötik işbirliğidir (Franko ve Walton 1993).

Bebeğin gelişimi için en önemli husus annenin yeterli ve dengeli beslenmesidir. Annenin gerekli tüm besin maddelerini alması optimal insülin düzeyi konusunda diyeti düzenlenmelidir. Beslenme programı gün içine yayılmış şekilde olmalıdır. Her 3-4 saatte bir öğün olacak şekilde düzenlenmelidir. Bu dönemde annenin ihtiyacı olan ortalama kalori 2200-2900 kcal arasında değişmektedir. Annenin kilosu, boyu, metabolizması, yaşı bu değeri etkilemektedir, bu değerler ortalama değerlerdir (Kaiser ve Allen 2008). Besin öğelerinin %50-60'ı karbonhidratlardan olmalı, diyeti yumurta, et, balık gibi temel aminoasit içeren besin gruplarını yeterli ve dengeli içermelidir. Bu süreçte günlük protein ihtiyacı 0,3 g/kg şeklindedir. Protein ihtiyacının karşılanmasında çoğunluğun hayvansal proteinlerden sağlanması gereklidir. Esansiyel yağ asitlerini içeren beslenme düzeni sağlanmalıdır. Gebelikte genel olarak alınması gereken optimal kilo 12,5-18,0 arasındadır. Annelerin gebelik

sürecinde ideal kilo değişimleri göstermesi beklenmektedir. Ayrıca annenin günlük ortalama kalori alım ihtiyacı ikinci trimesterde 360 kcal üçüncü trimesterde 475 kcal artmaktadır. Gebelik ilk dönemlerinde mide bulantısı ve kusmaya bağlı kilo kaybı görülebilmektedir. Gebeliğin ilk üç aylık dönemde kilosu normal kilolu kadınlarda yaklaşık 2 kg (VKİ <18,5), normal vücut ağırlığı olan kadınlarda yaklaşık 1,6 kg (VKİ 18,5-24,9) ve fazla kilolu kadınlarda yaklaşık 1 kg (VKİ 25,0-29,9) artmalıdır. Bu artışın altında kilo alımı olan annelerde yeme bozukluğu açısından dikkatli olunmalıdır. Bebeğin gelişimi için en önemli basamak annenin sağlıklı beslenmesidir. Özellikle kahvaltı ve öğle öğünleri önemlidir. Anne bu süreçte profesyonel beslenme desteği almalıdır (Mandera ve ark. 2019).

Tablo 4. Gebelikte yeme bozukluğunun tedavisinde dikkat edilmesi gereken konusunda klinisyenlere öneriler

Hamilelik kararı verildikten sonraki dönemden itibaren beslenme, gıda takviyesi, diyet düzenlemesi konusunda eğitim verilmeli
Gebelik öncesi psikiyatrik hastalıkların tedavisi düzenlenmeli
Anne ve bebek gelişimi için gerekli beslenme düzeni konusunda eğitim verilmeli
Gebelik sürecinde depresyon ve anksiyete gelişimi açısından dikkatli olunmalı
Annenin kilosu takip edilmeli
Besin ihtiyacı kalori alımı konusunda anneye eğitim verilmeli
Emzirme desteklenmeli
Bebeğin gelişimi ve doğum kilosu takip edilmeli
Doğumdan sonra da annenin kilosu takip edilmeli yeme bozukluğu açısından izlenmeli

Sonuç

Pregoreksiya halen klinisyenler tarafından yeteri kadar tanınmamaktadır. Tanı sınıflaması, ölçme araçlarının olmayışı tanı koyma ve takip sürecini zorlaştırmaktadır. Pregoreksiya tanımı diğer yeme bozukluklarına göre hayatımıza geç giren bir tanımlama olsa da klinikte yeme bozukluğu olan gebeler bulunmaktadır. Hem anne hem fetus açısından riskler göz önünde bulundurulduğunda tedavisi, takibi ve risk faktörleri açısından dikkatli olunması ve multidisipliner bir yaklaşım sağlanması önemlidir. Literatürde pregoreksiyaya ait bilgiler kısıtlıdır. Özellikle bu alanda yeni bilgilere ve araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Etiyolojisi ve epidemiyolojisine yönelik daha geniş kitleli araştırmalar yapılmalı, özellikle gebelik dönemine ait yeme bozukluğu semptomları tanımlanmalı ve bu alanda ölçekler geliştirilmelidir.

Kaynaklar

- Andersen AE, Ryan GL (2009) Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet gynecol*, 114:1353-1367.
- Bannatyne AJ, Hughes R, Stapleton P, Watt B, MacKenzie-Shalders K (2018) Consensus on the assessment of disordered eating in pregnancy: an international Delphi study. *Arch Womens Ment Health*, 21:383-390.
- Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM et al. (2020) Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 28:141-155.
- Czech-Szczapa B, Szczapa T, Merritt TA, Wysocki J, Gadzinowski J, Ptasiński T et al. (2015) Disordered eating attitudes during pregnancy in mothers of newborns requiring Neonatal Intensive Care Unit admission: a case control study. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 28:1711-1715.
- Çelik MN, Samur FG (2018) Gebelik ve yeme davranış bozuklukları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15:130-134.
- Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J et al. (2013) Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*, 21:340-344.
- Franko DL, Walton BE (1993) Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *Int J Eat Disord*, 13:41-47.
- Harasim-Piszczatowska E, Krajewska-Kułak E (2017) Pregoreksja-anoreksja kobiet ciężarnych. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 13:363-367.
- Hawkins LK, Gottlieb BR (2013) Screening for eating disorders in pregnancy: how uniform screening during a high-risk period could minimize under-recognition. *J Womens Health (Larchmt)*, 22:390-392.
- Janas-Kozik M, Żmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichoń L, Siwiec A et al. (2021) Systematic review of literature on eating disorders during pregnancy-risk and consequences for mother and child. *Front Psychiatry*, 13:12:777529.
- Kaiser L, Allen LH (2008) Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*, 108:553-561.
- Keen CL, Clegg MS, Hanna LA, Lanoue L, Rogers JM, Daston GP et al. (2003) The plausibility of micronutrient deficiencies being a significant contributing factor to the occurrence of pregnancy complications. *J Nutr*, 133:1597-1605.
- Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M (2013) Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46:826-833.

- Mandera A, Pawlikowska A, Szuster EM, Całkosiński A, Kostrzewska P, Majewski M (2019) The pregorexia-anorexia during the pregnancy. *Journal of Education, Health and Sport*, 9:137-144.
- Mathieu J (2009) What is pregorexia? *J Am Diet Assoc*, 109:976-979.
- Micali N, Treasure J, Simonoff E (2007) Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*, 63:297-303.
- Nguyen AN, de Barse LM, Tiemeier H, Jaddoe VWV, Franco OH, Jansen PW et al. (2017) Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite*, 109:108-114.
- Procter SB, Campbell CG (2014) Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Acad Nutr Diet*, 114:1099-1103.
- Rasmussen KM, Abrams B, Bodnar LM, Butte NF, Catalano PM, Siega-Riz AM (2010) Recommendations for weight gain during pregnancy in the context of the obesity epidemic. *Obstet Gynecol*, 116:1191.
- Takimoto H, Mitsuishi C, Kato N (2011) Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior. *Asia Pac J Clin Nutr*, 20:212-219.
- Tuncer E, Gümüş AB, Keser A. (2020) The importance of pregorexia awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 10:186-190.
- Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg C et al. (2014) Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: findings from the norwegian mother and child cohort study. *Nor Epidemiol*, 24:51-62.
- Watson HJ, Von Holle A, Knoph C, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T et al. (2015) Psychosocial factors associated with bulimia nervosa during pregnancy: An internal validation study. *Int J Eat Disord*, 48:654-662.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.