

T.C.
SİNOP ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
DISİPLİNLERARASI ÇEVRE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



**ÇEVRESEL VE BİREYSEL FAKTÖRLERİN GEBELİKTEKİ
ORTOREKSİYA NERVOZA İLE İLİŞKİSİ**

ÖZNUR SAĞLAM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER

SİNOP - 2024

TEZ KABUL

ÖZNUR SAĞLAM tarafından hazırlanan “**ÇEVRESEL VE BİREYSEL FAKTÖRLERİN GEBELİKTEKİ ORTOREKSİYA NERVOZA İLE İLİŞKİSİ**” başlıklı bu çalışma, 12.02.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından **YÜKSEK LİSANS tezi** olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Nigar ARDIÇ ÇELİK
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza

**Üye
(Danışman)**

Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER
Sinop Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL
Sinop Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza

ETİK BEYANI

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Öznur SAĞLAM

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇEVRESEL VE BİREYSEL FAKTÖRLERİN GEBELİKTEKİ ORTOREKSİYA NERVOZA İLE İLİŞKİSİ ÖZNUR SAĞLAM

SİNOP ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
DISİPLİNLERARASI ÇEVRE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DANIŞMAN:DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZLEM GÜNER

Ortoreksiya Nervozu bireyin sağlıklı beslenmeyi saplantı haline getirdiği ve yeme davranışında bozulmaların görüldüğü psikiyatrik hastalıklardır. En sık doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmektedir. Gebelik dönemi fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı önemli bir dönemdir. Bu süreçteki değişimler yeme davranış bozukluklarının başlamasına veya mevcut yeme bozukluğunun iyileşmesine zemin hazırlamaktadır. Gebelik beslenme gereksiniminin arttığı bir süreçtir. Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme maternal ve fetal sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Bu çalışma çevresel ve bireysel faktörlerin gebelikteki ortoreksiya nervozu ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma Kasım 2022 - Temmuz 2023 tarihleri arasında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ile NST birimine başvuran gebelerle yürütülmüştür. Gebe bireylerin yaş ve antropometrik ölçümleri, sosyo-demografik özellikleri, gebelik bilgileri, beslenme süreci özellikleri, sağlıklı beslenme takıntısı durumlarına ilişkin veriler, “Gebe Tanıtım Formu”, “Ortoreksiya Nervozu-11 Ölçeği”, “Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği” ve “Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28.79 ± 5.02 yıl olarak bulunmuştur. Gebelik öncesi kilo ortalaması 67.39 ± 14.81 kilogramdır. Gebelerin ortalama gebelik haftaları 29.67 ± 9.08 bulunmuştur. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği toplam puan ortalaması olarak 35.51 ± 4.57 olarak bulunmuştur. Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçeği puanı ortalaması 18.76 ± 2.73 olarak saptanmıştır. Gebelerin ORTO-11 ölçeği puanı ortalaması 27.39 ± 4.61 olarak saptanmıştır. Gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, eş eğitim durumu, sigara kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, takviye gıda kullanma, spontan gebelik, kafein tüketimi, bulantı ve kusma yaşama durumu, gebelikle ilgili bilgi alma sıklığı, gebelikle ilgili aile ve arkadaşlarla konuşma ile ORTO-11 ölçeği arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). ORTO-11 ölçeği ile kilo, BKİ, gebelik öncesi kilo, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Gebelikte yeme bozukluğu görüldüğünde gebelerin multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlıklı beslenme davranışı edinmesine yardımcı olunmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Gebelik; Ortoreksiya Nevrozu; Ebelik; Psikolojik Sağlamlık; Kendilik Algısı

Şubat 2024, Sayfa

ABSTRACT

MSC THESIS

THE RELATIONSHIP OF ENVIRONMENTAL AND INDIVIDUAL FACTORS WITH ORTHOREXIA NERVOSA DURING PREGNANCY

ÖZNUR SAĞLAM

**SINOP UNIVERSITY INSTITUTE OF GRADUATE PROGRAMS
DEPARMENT OF INTERDISCIPLINARY ENVIRONMENTAL HEALTH
SUPERVISOR:ASSIST. PROF. ÖZLEM GÜNER**

Orthorexia Nervosa is a psychiatric disorder in which the individual becomes obsessed with healthy eating and has disruptions in eating behavior. It is most commonly seen in women of reproductive age. Pregnancy is an important period in which physiological, psychological and social changes occur. Changes in this process pave the way for the onset of eating behavior disorders or the recovery of an existing eating disorder. Pregnancy is a process in which nutritional needs increase. During this period, adequate and balanced nutrition positively affects maternal and fetal health. This study was conducted to determine the relationship between environmental and individual factors and orthorexia nervosa during pregnancy. The study was conducted with pregnant women who applied to Sinop Atatürk State Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic and NST unit between November 2022 and July 2023. Age and anthropometric measurements of pregnant individuals, socio-demographic characteristics, pregnancy information, nutritional process characteristics, data on healthy eating obsession, "Pregnant Introduction Form", "Orthorexia Nervosa-11 Scale", "Pregnant Women's Self-Perception Scale" and "Pregnant Women's Self-Perception Scale" and "Pregnant Women's Self-Perception Scale". It was collected using the "Brief Psychological Resilience Scale". The average age of the pregnant women participating in the study was found to be 28.79±5.02 years. The average weight before pregnancy is 67.39 kilograms. The average gestational week of the pregnant women was 29.67±9.08. The average total score of the Pregnant Women's Self-Perception Scale was found to be 35.51±4.57. The average score of the Brief Psychological Resilience scale was determined as 18.76 ± 2.73. The average ORTO-11 scale score of pregnant women was found to be 27.39±4.61. It is stated that there is a significant difference between the education level, employment status, family type, spouse's educational status, smoking status, presence of chronic disease, use of supplements, spontaneous pregnancy, caffeine consumption, nausea and vomiting, frequency of seeking information about pregnancy, talking to family and friends about pregnancy and the ORTO-11 scale. A low-level positive relationship was found between ORTO-11 Scale and weight, BMI, pre-pregnancy weight, number of pregnancies, and number of living children. When eating disorders occur during pregnancy, pregnant women should be helped to acquire healthy eating behavior through a multidisciplinary team work.

KEYWORDS:Pregnancy; Orthorexia Nervosa; Midwifery; Psychological Resilience; Self-Perception

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başladığım tarihten, tez çalışmamdaki tüm süreçler de dahil olmak üzere her konuda bana ilgi ve desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübesini örnek aldığım tez danışmanı hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem Güner'e

Veri toplamamda bana yardımcı olan Sinop Atatürk Devlet Hastanesinin, Kadın Doğum polikliniği, NST polikliniği ve Doğumhane çalışanlarına,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her döneminde bana destek veren, sevgili aileme ve kardeşlerime, tez yazımı sürecimde bana motivasyon veren değerli arkadaşlarıma,

Bu araştırmaya katılmayı kabul eden ve bilimsel katkı sunmaya yardımcı olan tüm gebe kadınlara,

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

Öznur SAĞLAM

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL	i
ETİK BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
1.1.Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırma Amacı	2
2.1. Gebelik.....	3
2.2.Gebelikte Oluşan Değişimler.....	3
2.2.1. Fizyolojik değişiklikler	3
2.2.2. Psikolojik değişimler.....	5
2.3.Gebelikteki Değişimlerin Kadın Sağlığına Etkisi.....	6
2.3.1.Kendilik algısı ve gebelik.....	6
2.4. Gebelikte Beslenme	7
2.4.1. Gebelikte enerji alımı	8
2.4.2. Gebelikte ağırlık kazanımı	9
2.4.3.Gebelikte ihtiyaç duyulan besin öğeleri	10
2.5. Ortoreksiya Nervoza	18
2.5.1. Ortoreksiya nervoza etiyolojisi	19
2.5.2. Ortoreksiya nervoza epidemiyolojisi	20
2.5.3. Ortoreksiya nervoza sınıflandırması ve tanı kriterleri	21
2.5.4. Tedavisi	23
2.6. Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları	24
2.7. Çalışmanın Ebelik Alanına Katkısı.....	26
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	29
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	29
3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	29

3.7.Verilerin Analizi.....	30
4. BULGULAR.....	32
4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
4.2. Gebelerin Gebelik Süreçlerine Özgü Özelliklerine göre Dağılımı	34
4.3. Gebelikte Ortoreksiya Nervozaya Eğilimini Etkileyen Çevresel ve Bireysel Faktörlere İlişkin Bulgular	37
5. TARTIŞMA	49
5.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma.....	49
5.2. Gebelerin Gebelik Süreçlerine Özgü Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma.....	51
5.3. Gebelerin Kendilerini Algılama, Kısa Psikolojik Sağlamlılık ve Ortoreksiya Nervozaya-11 Ölçeklerine İlişkin Bulgularının Tartışması.....	53
5.4. Ortoreksiya Nervozayı Etkileyen Çevresel ve Bireysel Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışması.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler	63
7. KAYNAKLAR	65
EK 1	78
EK 2	79
EK 3	83
EK 4	84
EK 5	85
EK 6	86
EK 7	89
EK 8	92
EK 9	94
EK 10	95
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Güncel IOM rehberine göre gestasyonel kilo alım (GKA) oranları.....	9
Tablo 2. Beden kitle indeksine göre gebelikte trimestirlere göre ve toplam alınması gereken ağırlık kazanımları	10
Tablo 3. Kadınlar için önerilen diyetle alınması gereken besin değerleri.....	11
Tablo 4. Antropometrik ölçümlere ilişkin frekans dağılımı.....	32
Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin frekans dağılımı.....	33
Tablo 6. Gebeliğe özgü özelliklere ilişkin frekans dağılımı.....	34
Tablo 7. Gebelik ve beslenme süreci özelliklere ilişkin frekans dağılımı.....	35
Tablo 8. Gebelik sürecine ilişkin frekans dağılımı.....	36
Tablo 9. Ölçeklerin düzeylerine ilişkin frekans dağılımı.....	37
Tablo 10. ORTO-11 Ölçeğinin antropometrik ölçümlerle ilişkisi.....	37
Tablo 11. ORTO-11 Ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırma.....	38
Tablo 12. ORTO-11 Ölçeği ile çalışma durumu karşılaştırma.....	38
Tablo 13. ORTO-11 Ölçeği ile aile tipi karşılaştırma.....	39
Tablo 14. ORTO-11 Ölçeği ile eş eğitim durumu karşılaştırma.....	39
Tablo 15. ORTO-11 Ölçeği ile yaşanan yer durumu karşılaştırma.....	39
Tablo 16. ORTO-11 Ölçeği ile gelir durumu karşılaştırma.....	40
Tablo 17. ORTO-11 Ölçeği ile sigara tüketme durumu karşılaştırma.....	40
Tablo 18. ORTO-11 Ölçeği ile psikiyatrik tedavi görme karşılaştırma.....	41
Tablo 19. ORTO-11 Ölçeği ile kronik hastalık durumu karşılaştırma.....	41
Tablo 20. ORTO-11 Ölçeği ile evlilik süresi ve fiziksel aktivite değişkenleri arasındaki ilişkisi.....	41
Tablo 21. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci bulantı kusma durumları karşılaştırma.....	42
Tablo 22. ORTO-11 Ölçeği ile bu gebelikte problem yaşama durumları karşılaştırma.....	42
Tablo 23. ORTO-11 Ölçeği ile bu gebelikte sağlık kuruluşlarına gitme durumları karşılaştırma.....	42
Tablo 24. ORTO-11 Ölçeği ile planlı gebelik durumları karşılaştırma.....	43
Tablo 25. ORTO-11 Ölçeği ile spontan gebelik durumları karşılaştırma.....	43
Tablo 26. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci özellikleri ilişkisi.....	44
Tablo 27. ORTO-11 Ölçeği ile diyet uygulama durumları karşılaştırma.....	44
Tablo 28. ORTO-11 Ölçeği ile vejeteryanlık durumları karşılaştırma.....	45
Tablo 29. ORTO-11 Ölçeği ile gebelikte beslenme değişiklik durumları karşılaştırma.....	45
Tablo 30. ORTO-11 Ölçeği ile takviye gıda kullanma durumları karşılaştırma.....	45
Tablo 31. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci kafein tüketme durumları karşılaştırma.....	46
Tablo 32. ORTO-11 Ölçeği ile doğum hazırlık kurslarına katılım durumları karşılaştırma.....	46
Tablo 33. ORTO-11 Ölçeği ile gebelikte ilgili bilgi toplama durumları karşılaştırma.....	46
Tablo 34. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci kendini rahatlatma durumları karşılaştırma.....	47
Tablo 35. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik ile ilgili arkadaş ve aile ile konuşma durumları karşılaştırma.....	47
Tablo 36. ORTO-11 Ölçeği ile Eşle ilişki düzeyi, GS Eş Destek ve Sosyal Destek Düzeylerini karşılaştırma.....	48
Tablo 37. ORTO-11 Ölçeği ile Ölçek düzeyleri arası ilişki.....	48

1. GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı ve Önemi

Gebelik kadın hayatında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun yaşandığı bir süreçtir. Yeme davranışında bozulmaların görüldüğü ve mevcut yeme bozukluğunun tetiklenebileceği bir dönemdir (Erkılıç ve Özenoğlu, 2022). Kadının gebelik dönemi çevresel, bireysel ve kültürel özellikleri temel alınarak değerlendirilmelidir (Özdamar vd., 2014). Yeme bozuklukları doğurganlık çağındaki kadınlarda çok sık görülmektedir (Easter vd., 2013). Gebelik döneminde annenin dengeli öğünler tüketmesi ve yeterli kilo alımının sürdürüldüğü doğru beslenme alışkanlıkları, fetüsün büyümesi ve gelişmesi ile anne sağlığını etkileyen çok önemli bir konudur (das Neves vd., 2022). Gebeler bu süreçte besin alımlarını düzenleyerek, yaşam tarzı alışkanlıklarını iyileştirme eğilimindedirler (Gerontidis vd., 2022). Düzensiz ve sağlıksız beslenme, fetüste abortus, doğum kusurları ve erken doğum riskine neden olabilmektedir. Gebe kadında ise yaşamın ilerleyen dönemlerinde obezite ve diyabet gibi sağlık sorunları riskini de artırabilmektedir (Pieczykolan vd., 2017). Yeme bozukluğu öyküsüne sahip gebelerde hiperemesis, düşük doğum ağırlığı, baş çevresi küçük bebek, mikrosefali ve gebelik haftasına göre küçük bebek doğurma riski daha yüksektir (Koubaa vd., 2005).

Ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenme konusunda patolojik bir saplantının görüldüğü yeme bozukluğudur. Ortoreksiya nervozada; saf gıda tüketme isteği, katı diyetler, kişinin zamanının çoğunu yemek satın almak ve sağlıklı besin tüketmek için plan yaparak geçirdiği görülmektedir. Bireyler sağlıksız beslendiğinde kendini suçlamakta ve pişmanlık yaşamaktadır (Bratman, 1997). Vücut imajından memnuniyetsizlik, kısıtlayıcı diyetlerin benimsenmesi ve çeşitli gıdaların yetersiz alımı ile ilişkili, sağlıklı "temiz" beslenmeye yönelme ortoreksik eğilimlerin gelişimine neden olmaktadır (Gerontidis vd., 2022). Yapılan bir çalışmada kadınların en az %5'inde gebelik boyunca uygunsuz yeme davranışının görüldüğü ve %7,6'sının gebelikte yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Santos vd., 2017). Fizyolojik değişikliklerin olduğu gebelik döneminde kilo alımının artması ve vücut imajında görülen değişimler ortoreksiya nervoza eğilimini arttırmaktadır. Bu dönem yeme bozukluğu olan gebeler için endişeli ve stresli bir süreçtir.

Gebeler kilo alımından korktuğu için yemek yemekten kaçınabilir veya aşırı egzersize başvurabilir (Erkılıç ve Özenoğlu, 2022).

Ebelerin ve kadın doğum uzmanlarının gebelik öncesi ve gebelik döneminde kadınları düzenli ve sağlıklı beslenmeye teşvik etmesi, sağlıklı bir gebelik geçirilmesi ve fetüsün uygun şekilde gelişmesini sağlayacağı için oldukça önemlidir (Pieczykolan vd., 2017).

Gebelik döneminde kilo alımı ve vücut şeklindeki değişiklikler beslenme düzenini etkilemektedir ve sağlıklı yeme takıntısına neden olabilmektedir. Gebe kadınlarda sağlıklı yeme takıntısının ve etki eden çevresel ve bireysel faktörlerin erken dönemde belirlenmesi gebeliğin sağlıklı şekilde geçirilmesi ve fetüs sağlığı açısından önemlidir.

1.2. Araştırma Amacı

Gebelik; sosyal, psikolojik ve fiziksel değişimleri içeren bir süreçtir. Bu değişim içindeki süreçte vücut şeklinde bozulma, kilo alma korkusu gibi nedenlerden dolayı yeme davranış bozuklukları görülebilmektedir (Çelik ve Samur, 2018). Yeme bozukluğu olan gebelerden doğan bebeklerin %17'sinde yaşamının ilk yılında büyüme geriliği tanısı konulduğu, ayrıca bazı çalışmalarda düşük (abortus) ve erken doğum riskinin yüksek, apgar skorlarının ortalamadan daha düşük olduğu bulunmuştur (Kadioğlu ve Oskay, 2017). Gebelikte bozulmuş yeme davranış ve tutumları, gebelik sonuçları ve yenidoğan sağlığını etkileyebileceğinden erken tanı ve müdahaleyi kolaylaştırmak için bu konulara odaklanmak amacıyla perinatal danışmanlık ve obstetrik bakım önem kazanmaktadır (Çelik ve Samur, 2018). Bu nedenle bu çalışmanın amacı, gebelikte ortoreksiya nervoza eğilimini etkileyen çevresel/bireysel faktörlerin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, kadın yaşamında psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı doğal ve karmaşık bir süreçtir (Coşkun vd., 2020). Gebelik kadın üreme hücresi ovum ile erkek üreme hücresi spermin birleşmesi (fertilizasyon) ile gerçekleşen duruma denir. Fertilizasyon sonunda oluşan yeni hücre zigot adını alır. Zigot büyümeye devam ederken aynı zamanda plasenta oluşur. Zigot büyüyerek 3.-7. haftaya kadar embriyo, 8. haftadan sonra ise fetüs adını alır (Çelikkan, 2021). Kadın bedeni gebelikte büyüyüp ve gelişerek fetüsün gereksinimlerine uygun ortam sağlar, doğum ve laktasyona hazırlanır (Larqué vd., 2013; Demir, 2021).

2.2. Gebelikte Oluşan Değişimler

2.2.1. Fizyolojik değişiklikler

Gebelik döneminde fizyolojik olarak kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, genital, kas-iskelet, endokrin sistemlerinde ve deri üzerinde değişimler meydana gelmektedir. Gebelikle birlikte sistemik kan basıncında ve vasküler dirençte azalma, kardiyak atım hacminde artış görülmektedir. Gebeliğin ikinci ayı ile artan östrojen ve progesteron vazodilatasyon sağlayarak vasküler dirençte azalma, bu azalmayı dengelemek için de kalp atım hacminde artış oluşturur (Taşkın, 2020). Geniş bir nabız basıncı ve düşük ortalama arter basıncı nedeniyle sodyum ve su tutulmasına yol açacak olan renin-anjiyotensin sistemi aktive olur. Böylece plazma hacminde %40-50 artış meydana gelir. Kan artışıyla kan basıncı yeniden yükselir, yatkınlık olan anne adaylarında hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsi sorunlarının meydana gelme olasılığı artar (Coşkun, 2015).

Gebelikle birlikte östrojenin mukozal alanlarda yaptığı kanlanmadaki artış aynı zamanda hiperemik ve ödemli bir görüntü oluşturur. Bu nedenle burun sürekli tıkanık ve kanama olabilir. Bu durumun sürekliliği söz konusu olursa burundan solunum yapmayı zorlaştırarak solunum zorluğuna neden olur. Fetüse giden oksijen anneden geçtiği için annenin oksijen tüketimi normalden yaklaşık %15-20 oranında artmıştır (Alpay Türk, 2015). Bu durumu sağlayabilmek için; diyafragma ortalama 4 cm yukarıya yer değiştirir,

akciğerlerdeki hava kanallarının düz kaslarında dilatasyon ve göğüs kafesinin esnekliği artarak hacminin genişlemesi, solunum merkezindeki karbondioksit basıncına duyarlılığın artması, hava akımı direncinin azalması, solunum sistemindeki rezidüel volümün azalması, ventilasyonda artma, solunum alkalozuna yatkınlık gibi değişimler görülmektedir (Özkan Arslan, 2019).

Gastro-intestinal sistem; diş etlerinde ödem, tükürük salgısında artma ve mide sol yukarıya yer değiştirir. Progesteronun etkisiyle midenin peristaltik hareketlerinde yavaşlamayla mide geç boşalır. Bu da midede yanma, bulantı-kusma ve konstipasyona neden olabilir (Taşkın, 2020). Gebelerin bazılarında çok yemek yeme, bazı yiyeceklere yönelik aşırı istek veya normal besin maddeleri dışında toprak, kil gibi maddeleri yeme arzusu (pika) olabilmektedir. Pika ve aşırme nedeni psikolojik olarak değerlendirilmektedir (Demir, 2021). Gebelik öncesi normal beden kitle indeksinde olan gebeler için ideal ağırlık artışı 12-16 kg'dır (Taşkın, 2020). Gebelikte artan besin gereksinmesi iştah artışı, plasenta, büyüyen fetüs, maternal dokularda büyüme, ve amniyotik sıvı kilo artışının en önemli nedenidir (Güler vd., 2019).

Uterus gebelikle birlikte hormonların etkisi altında kanlanmasının artmasıyla boyutlarında, ağırlığında artma ve şeklinin de yuvarlaktan ovoide değişmesi gözlenir (Taşkın, 2020). Serviks kanlanmanın artması ile ödemli, daha yumuşak ve morumsu bir görünüm alır, aynı zamanda servikal glandların sekresyonunun artması ile servikal kanal kalın yapılı mukusla kapatılarak uterusla dış ortam arasında bariyer oluşur (Taşkın, 2020; Demir, 2021). Vajinada artan kanlanma ile varislere eğilimi artarken aynı zamanda morumsu bir renk alır (Pratilas ve Dinas, 2018).

Gebeliğin ilk belirtisi meme dokusundaki değişimlerdir. Memelerde alveol dokusunun hipertrofisi ile büyüme ve dolgunlaşma, damarlanma ve areola kısmındaki pigmentasyonun artmasıyla görülen koyulaşma görülür. Üçüncü ayda ağız sütü olarak bilinen kolostrum gelmeye başlar (Taşkın, 2020).

Gebelik sürecinde östrojenin etkisi ile kanlanmanın artışı vasküler değişiklik ve hiperpigmentasyon oluşur (Pandey vd., 2019). Gebelik maskesi olarak bildiğimiz kloasma gravidarum yüzde oluşan pigmentasyonun en belirgin göstergesidir (Kumru, 2018). Linea nigra abdominal bölgedeki pigmentasyon artışında orta hatta kahverengimsi (linea nigra) çizgi olarak karşımıza çıkar. Birde ilerleyen haftalarda gerilen abdominal

bölgede stria gravidarum denilen kırmızımsı hafif çöküntülü çizgiler oluşabilmektedir (Rabinerson vd., 2018; Jaafar vd., 2019).

Gebelikteki kilo alımı ve hormonal değişiklikler kas-iskelet sisteminde değişimlere neden olabilir. Ağırlık merkezindeki değişimi telafi etmek için lomberlordoz, boyun ön fleksiyonu ve omuzların aşağı doğru hareketi olabilir. Doğum için hazırlanmak üzere Relaxin, progesteron ve gebeliğin mekanik etkileriyle eklem laksitesi artması söz konusu olabilir (Gaiser, 2014).

Gebelikte su tutulumuna bağlı plazma ve interstisyel volümünde oluşan artma, hormonların da etkileri ile üriner sistem üzerinde yapısal ve işlevsel değişiklikler oluşturur. Büyüyen uterusun mesaneyi baskılaması sonucu sık sık ve acil idrar yapma hissi meydana gelir. Progesteronun relaksasyon etkisi ile staz ve gebelikle değişen idrar içeriği üriner enfeksiyonlar için risk oluşturur (Taşkın, 2020).

2.2.2. Psikolojik değişimler

Gebeliğin öğrenilmesi ile anne adayını ilk olarak ambivalan dediğimiz duyguların iç içe geçtiği belirsizliğin hâkim olduğu, gebelik varlığını ve bu kararın doğruluğunun sorgulandığı bir dönem yaşar. Bu durum gebeliği kabul etme yaklaşımına göre daha yoğun yaşanabilmektedir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Birinci trimester olan bu dönemde gebeliğe özgü semptomlar olan fizyolojik amenore, bulantı/kusma hissi, progesteronun etkisi ile oluşan genel yorgunluk hali, artmış uyuma isteği gibi durumların yaşanması ya da şiddetli olması bu dönemde olumsuz duygulanımı artırmaktadır. Anne adayını genellikle gebeliğinin sosyal çevresi tarafından kabul edildiğini ve istendiğini bilmek ister. Bu dönemin sonuna doğru artık gebeliğe uyum sağlamaya başlaması beklenir. Kadının gebeliğe özgü yaşadığı semptomlardan keyif almaya odaklanması gebeliği kabul etmesidir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2020).

Bu dönemin ardından ikinci trimesterde gebeliğin fizyolojik semptomlarının azalmasına bağlı kadın gebeliğine yönelik daha olumlu yaklaşım içerisindedir. Anne adayını gebelik görüntüsü olan karnının büyümesi ile beden imajı algısı oluşmaya başlar. Bu durum her kadın için farklı yaklaşım oluşturabilmektedir. Gebeliği kabullenmiş olan anne adayları beden imajındaki değişimlere daha olumlu bakış açısı geliştirmektedir. Bu süreçte anneler bebeklerinin sağlıkları ile ilgili bilgi edinmeye ve bebekleri ile bağ kurmaya meyillidirler (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2020). Bu olumlu yaklaşımların dışında değişen

hormonal dengeler nedeni ile anne adayını aşırı mutluluk, ani öfke ya da ani alınganlıklar gibi hızlı duygusal geçişler yaşayabilmektedir (Taşkın, 2020).

Gebeliğin son üç ayı olan üçüncü trimesterde artan kilo ile büyüyen karın gebeliğe özgü semptomları yeniden annenin hayatına dahil etmektedir. Bu süreçte annenin rahat hareket edememesi, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma hissetmesi olumsuz beden imajı algısı oluşturmaya zemin hazırlamaktadır. Aynı zamanda bir de gebeliğin sürecindeki tüm yorgunlukların bu süreçte artması, doğuma yaklaşmanın verdiği anksiyete ve korku anne adayının duygusal destek ihtiyacını artırmaktadır (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Bu süreç özellikle yakın çevre tarafından da bebeğin heyecanla beklenme sürecidir. Anne adayının bebekle ilgili olumsuz bir duyguyu kendi üzerine alarak kötü hissetmesi muhtemeldir. Bu nedenle yakın çevrenin ve eşin bebeğe yönelik duygu ve düşüncelerini açıkça söylemesi ve anne adayını desteklemesi oldukça önemlidir (Taşkın, 2020).

2.3.Gebelikteki Değişimlerin Kadın Sağlığına Etkisi

Gebelikte birlikte annede hormonal nedenlerle fizyolojik ve psikolojik değişimler meydana gelmektedir. Bu psikolojik ve fizyolojik değişimler beraberinde bazen sistemik olarak ciddi boyutlara varan kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları ve karaciğer hastalıklarına yol açmaktadır. Gebelikte sıklıkla karşımıza gestasyonel diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği ve preeklamsi çıkmaktadır. Bu hastalıklar anne ve bebek hayatı açısından önemli riskler içermesinin yanı sıra annenin gebelik sürecindeki hormonal değişimlerle etkilenen psikolojik değişimleri üzerinde de oldukça negatif sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Gebelikteki bu derece ciddi boyutlarda sistemik rahatsızlıklar olmasa da bir başka sıklıkla karşımıza çıkan durum fizyolojik ve psikolojik değişimlerin etkisi altında gebelerin kendini algılama durumları da olumsuz olarak etkilenebilmektedir (Ryan vd., 2019; Samii vd., 2019).

2.3.1.Kendilik algısı ve gebelik

Kendilik algısı, kişilerin yaşamış oldukları durumlardan yaptıkları çıkarımları, sosyal çevrelerinden aldıkları geri bildirimleri ile dış çevrelerini yorumlamaları ile bireysel olarak kendilerine yönelik bakış açısını ifade etmektedir. Bireylerin özelliklerini, yeteneklerini, beklentilerini, inançlarını ve değer yargılarını içeren değişebilir özellik taşıyan bir yapıdır. Kendilik algısı psiko-sosyal sağlık ve benlik saygısı/değerinin en

önemli bileşeni olup bireyin bedeniyle ilişkili duygularını ve düşüncelerini kapsamaktadır (Iliyasu vd., 2019; Weisbrot vd., 2019).

Gebelik fiziksel ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Gebelik kendini gerçekleştirme, mutluluk kaynağı, doyum ve neşe olarak algılanabildiği gibi, kaygı, endişe ve stres yoğunluklu olumsuz duyguları içeren bir dönem olarak da algılanabilmektedir. Kadın hayatında en fazla kilo alınan dönem gebeliktir. Anne adayları bu süreçte aldıkları kilolar nedeniyle gebeliğe yönelik fiziksel ve duygusal sorunlar, bedenleri hakkında geliştirdikleri memnuniyetsizlik hissiyle birlikte olumsuz kendilik algısını oluşturmaktadır (Demir, 2021). Gebelikte beden algısı gebelerin bu süreçte beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. Gebelik döneminde alınan kilolar nedeniyle kadınlar endişe ve stres yaşamaktadırlar. Gebelik sırasında vücutta fark edilen değişiklikler üçüncü trimestirde artmaktadır ve gebelik ilerledikçe, beden imajını algılama düzeyinin azaldığı görülmektedir (Küçükkaya vd., 2020; Şeker vd., 2021).

Gebelik sürecinde gelişen vücut imajından memnuniyetsizlik anne bebek arasındaki ilişkiyi, annenin çevresiyle olan ilişkisini, yaşam kalitesini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir (Şişman ve Kutlu, 2016). Depresyon, uygunsuz diyet ve yeme bozukluklarına, gebelikte aşırı kilo alımı ve doğum sonrası kilo kontrolünü sağlayamama gibi durumlar görülmektedir (Linde vd., 2022).

Özetle, anne adayının gebeliğine ve bedenine ilişkin pozitif yaklaşımının olması hem kendi sağlığını hem de bebeğinin sağlığını ve de dolayısı ile toplumun sağlığını da etkilemektedir.

2.4. Gebelikte Beslenme

Gebelik döneminde anne ve bebek sağlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; gebelik yaşı (18 yaş altı veya 35 yaş üstü doğumlar), gebelik sayısı, ilk ve son gebelikleri arasındaki süre, çoğul gebelikler, annenin kronik hastalıkları, geçirilmiş enfeksiyonlar, radyasyona maruz kalma, kullanılan ilaçlar, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanılması, yiyeceklerle küf, mantar, pestisit kalıntılarının alınması, genetik yapı ve en önemlisi de yeterli ve dengeli beslenmesidir (Köksal,1996).

Gebelik kadın hayatında beslenmenin en önemli olduğu dönemlerden biridir. Beslenme gereksiniminin arttığı bir süreçtir. Bu dönemde yetersiz ve dengesiz beslenme maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde artan enerji ve protein

gereksiniminin karşılanamaması gebelerde ağırlık kaybına neden olabilmektedir. Enerji gereksiniminin karşılanamadığı durumlarda anemi, diş çürükleri, osteomalasia (kemik dokusu harabiyeti) gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Noğay, 2011).

Gebelikte annenin aldığı besin öğeleri plasenta aracılığı ile fetüse taşınarak fetüsün büyüme ve gelişmesi sağlanır. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme bebekte; prematüre doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarına (doğum ağırlığı 2500g'ın altında olanlar), bebekte zihinsel ve fiziksel gelişim bozukluklarına ve bebek ölümleri gibi sorunlara neden olabilmektedir (Samur, 2008; Yavuz ve Aykut, 2014). Gebelikte aşırı kilo alımı gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet, preeklampsi insidansını arttırdığı ve makrozomik bebek ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Gardner vd.,2011).

Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından en çok etkilenen gruplar, okul öncesi dönemdeki çocuklar ile gebe ve emziren kadınlar olarak bilinmektedir. Beslenme problemlerinin başlıca nedenleri; gebelik ve laktasyon döneminde artan besin gereksinimine uygun olarak günlük beslenmeye takviye yapılmaması, ekonomik sıkıntılar nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi nedeniyle besin seçimindeki yanlışlar, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan hatalı uygulamalardır (Samur, 2008). Bunlara ek olarak gebelikte oluşan sağlık problemleri, hiperemesis gravidarum, ilaç kullanımı vb. beslenme düzeyini etkilemektedir (Taş vd., 2010).

2.4.1. Gebelikte enerji alımı

Gebelikte kilo ve enerji alımı beslenmenin önemli göstergeleri olsa da dengeli ve yeterli beslenme kalori alımından daha önemlidir (Güler vd., 2019).

Gebeliğin başlangıcında, enerji gereksinimleri gebelik öncesine göre çok az farklılık gösterir. Daha fazla yemek yerine, kritik besinler açısından zengin gıdalarla sağlıklı beslenmeye odaklanılmalıdır. 'İki kişilik yemek' kavramı, ortadan kaldırılması gereken bir düşüncedir (Koletzko vd.,2013).

Gebelikte enerji ihtiyacı 1. trimestirde 200 kcal/gün, 2. trimestirde 300 kcal/gün ve 3. trimesterde 400 kcal/gün artmaktadır. Fakat bu değerler BKİ'ye göre farklılık göstermektedir (Thomas vd., 2012)

Gebelik öncesi duruma göre anne olması gereken kilonun altındaysa ilk trimestirde günlük beslenmeye ek 250 kcal, daha sonraki süreçte 300 kcal alması önerilmektedir. Gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKI) değeri 30 ve üzeri ise ek takviyeye gerek yoktur,

vücut gereksinimi kadar enerji almalıdır. Gebenin zayıflaması gereken durumlarsa ise ilk trimestirde belirli sınırlarda enerji kısıtlaması yapılsa da sonraki trimestirlerde yapılmaz (Tepe ve Keklik, 2022).

2.4.2. Gebelikte ağırlık kazanımı

Gebelik sırasında kilo alımı, gebelik ürünleri (fetüs, plasenta ve amniyotik sıvı), çeşitli maternal dokularındaki (uterus, memeler, kan hacmi ve ekstraselüler ekstrasvasküler sıvı) artışlardan ve annenin yağ depolarındaki artıştan kaynaklanır (Butte vd., 2004; Kominiarek ve Peaceman, 2017).

Gebelikte annenin günlük aldığı besinlerin plasenta aracılığı ile fetüse taşınmasıyla fetüsün büyüme ve gelişmesi sağlanır. Annenin günlük yaşam faaliyetleri ve fiziksel aktivite durumuna ek olarak fetüsün büyümesi için gereken enerji miktarı kadar ağırlık kazanımı olmalıdır. Gebelikte enerji gereksinimini karşılamak için ihtiyaç duyulan kalori 2.200 - 2.900 kcal arasında değişmektedir (Uzdil ve Özenoğlu, 2015).

Fetüsün büyümesi ve laktasyon döneminde maternal enerji birikimi için gereken minimum gebelikte kilo alımı miktarının 8 kg olduğu tahmin edilmektedir (Kominiarek ve Peaceman, 2017).

Gebelikte ağırlık kazanımının belirlenmesinde, gebelik öncesi BKİ'si kullanılmıştır. Gebelik öncesi ağırlıkları ve boy değerleri kullanılarak gebelikten önceki BKİ'leri $BKİ = \text{ağırlık (kg)} / \text{boy(m}^2\text{)}$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) beden kitle indeksi kategorileri dikkate alınmıştır (Goldstein vd., 2017).

ABD Tıp Enstitüsü [Institute of Medicine (IOM)] 1990 yılında gebelik öncesi BKİ'ye göre kilo alım rehberi hazırlamıştır. Obezitenin artması ve küresel bir sağlık sorununa dönüşmesi nedeniyle 2009 yılında rehber güncellenmiştir. Gebelik öncesi BKİ değerleri dikkate alınarak obez gebeler için kilo alım sınırları belirtilmiştir. Tablo 1'de verilen 2009 yılı IOM kilo alım rehberi Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği tarafından ve birçok ülke tarafından benimsenmiştir (Goldstein vd., 2017). BKİ'ye göre gebelikte trimestirlere göre alınması gereken ağırlık kazanımları ise Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 1. Güncel IOM rehberine göre gestasyonel kilo alım (GKA) oranları

Gebelik başlangıç		Toplam önerilen kilogram (Kg)	
BKİ sınıflaması	BKİ (kg/m ²)	Kg aralığı	*İbs (pound) aralığı

Düşük kilolu	<18,5	12,5-18	28-40
Normal kilolu	18,5-24,9	11,5-16	25-35
Preobez/fazla kilolu	25-29,9	7-11,5	15-25
Obez (Şişman)	≥30	5-9	11-20

Tablo 2. Beden kitle indeksine göre gebelikte trimestirlere göre ve toplam alınması gereken ağırlık kazanımları (Yavuz ve Aykut, 2014).

BKi'ye göre ağırlık kategorileri	Toplam ağırlık kazanımı (kg)	1. trimesterde artış (kg)	2. ve 3.trimesterde haftalık artış (kg)
Zayıf (BKI <20.0)	12.5 – 18.0	2.3	0.49
Normal (BKI 20.0-24.9)	11.5 – 16.0	1.6	0.44
Fazla Kilolu (BKI 25-29.9)	7.0 – 11.5	0.9	0.30
Obez (BKI 30 ve üzeri)	En az 7.0		

Gebelikte aşırı kilo alımı, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, preeklampsi, gebelik yaşına göre büyük bebek (LGA), makrozomi ve sezaryen doğum gibi gebelik sonuçlarına neden olabilir. Obezite, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini artırır (Goldstein vd., 2017; Kominiarek ve Peaceman, 2017). Gebelikte yetersiz gebelik kilo alımı ise erken doğum ve gebelik yaşına göre küçük bebek (SGA) ile ilişkilidir (Uzdil ve Özenoğlu, 2015; Goldstein vd., 2017).

2.4.3.Gebelikte ihtiyaç duyulan besin öğeleri

Su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller vücudun enerji ihtiyacının karşılanmasında ve vücudun diğer yaşamsal fonksiyonlarının sürdürülmesinde günlük olarak alınması gereken temel besin elemanlarıdır. Su en temel besin elemanıdır. Karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden gereken enerji karşılanıp, vitamin ve mineraller bakımından zengin ve bol posalı beslenme tercih edilmelidir. Kolesterol, rafine şeker, sodyum gibi besin grupları yönünden fakir bir diyet önerilmektedir. Sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme için besin gruplarının çeşitliliği önemlidir (Aksoy, 2018). Kadınlar için günlük alınması gereken besin öğeleri ve değerleri Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Kadınlar için önerilen diyetle alınması gereken besin değerleri: (Uzdil ve Özenoğlu, 2015)

Besin Ögesi	Yetişkin kadın	Gebe
Enerji(kkal)	2,403	2,743
		2,855
Protein (g/kg/gün)	0.8	1.1
Karbonhidrat (g/gün)	130	175
Toplam posa(g/gün)	25	28
Linoleik asit (g/gün)	12	13
α -Linolenik asit (g/gün)	12	13
Vitamin A (μ g RAE ^d)	700	770
Vitamin D (μ g)	5	5
Vitamin E (mg α -tokoferol)	15	15
Vitamin K (μ g)	90	90
Vitamin C (mg)	75	85
Tiamin (mg)	1.1	1.4
Riboflavin (mg)	1.1	1.4
Vitamin B-6 (mg)	1.3	1.9
Niasin (mg NE ^e)	14	18
Folat (μ g diyet folat eşdeğeri)	400	600
Vitamin B-12 (μ g)	2.4	2.6
Pantotenik asit (mg)	5	6
Biotin (μ g)	30	30
Kolin (mg)	425	450
Kalsiyum (mg)	1,000	1,000
Fosfor (mg)	700	700
Magnezyum (mg)	320	350
Demir (mg)	8	27
Çinko (mg)	8	11
İyot (μ g)	150	220
Selenyum (μ g)	55	60
Flor(mg)	3	3
Manganez (mg)	1.8	2.0

Molibden (µg)	45	50
Krom (µg)	25	30
Bakır (µg)	900	1,000
Sodyum (mg)	2,300	2,300
Potasyum (mg)	4,700	4,700

Karbonhidratlar: Günlük enerji ihtiyacını karşılamak için vücuda alınan besinlerin %50-60'ı karbonhidratlardan karşılanmaktadır. Besin seçiminde basit karbonhidratlar yerine lif içeriği yüksek ve glisemik indeksi düşük karbonhidratlar tercih edilmelidir. Örn: Tahıl, sebze, kabuklu meyveler ve kurubaklagiller gibi (Uzdil ve Özenoğlu, 2015).

Proteinler: Proteinler vücudun temel yapı taşlarıdır ve organizmanın bütün fonksiyonlarında ve reaksiyonlarında görev almaktadır. Fetüsün büyüme ve gelişmesi için gereklidir. Yeterli ve dengeli beslenme ile günlük protein ihtiyacı karşılanabilmektedir (Çalti, 2006).

Dengeli enerji/protein takviyesi fetal büyümeyi iyileştirir, fetal ve neonatal ölüm riskini azaltabilir. Yüksek protein veya dengeli protein takviyesi tek başına yararlı değildir ve fetüs için zararlı olabilir. Aşırı kilolu veya yüksek kilo alımı görülen gebe kadınların protein/enerji kısıtlaması doğru değildir ve fetüs için zararlı olabilir. Dengeli enerji/protein takviyesi, annenin kilo alımında ve ortalama doğum ağırlığında uygun artışlar ve gebelik yaşına göre küçük (SGA) doğum riskinde önemli bir azalma ile ilişkilendirildi (Kramer, 2003).

IOM tarafından yayınlanan Daily Reference Intake (Günlük Referans Alımı) beslenme önerilerine göre gebe olmayan bir kişi için günlük protein gereksinimi 0.8 g/kg/gün'dür. Gebe kadınlar için bu gereksinim 1.1 g/kg/gün olarak belirlenmiştir. Günlük diyetek ek 25 gr protein eklenmesi gebelikteki protein ihtiyacını karşılamaktadır (Stephens vd., 2015)

Yağlar: Gebe kadınlarda günlük enerjinin %25-30'u yağlardan karşılanmalıdır (Tepe ve Keklik 2022).

Gebelik sırasında, özellikle fetal büyüme ve gelişme için vücuda alınan yağların miktarından çok kalitesi önemlidir. Bu nedenle, toplam yağ alımını artırmak yerine çoklu doymamış yağ asitleri (ÇYDA) oranını arttırmak gereklidir. Beyindeki omega-3 ÇDYA'larının %90'ını dokosaheksaenoik asit (DHA) oluşturur ve alfa-linoleik asit ile linoleik asidin dönüştürülmesiyle elde edilir. N-3 ve n-6 yağ asitleri, doğrudan beyin işlevinde yer alan DHA düzeylerinin düzenlenmesinde de rol oynar. ÇYDA'lar esas

olarak yağlı balıklarda, kabuklu yemişlerde, tohumlarda ve yeşil sebzelerde bulunur. Fetal beyin, sinir sistemi ve retinanın gelişimi için gerekli olan dokosaheksaenoik asidin (DHA, *n* -3 serisinin) yeterli miktarda alımı gebeliğin üçüncü trimesterinde özellikle önemlidir (Marangoni vd., 2016; Cortés-Albornoz vd., 2021).

Amerikan Beslenme ve Diyet Akademisinin raporunda gebelikte haftada en az 227 gr deniz ürününün tüketilmesi ile *n*-3 yağ asitleri, özellikle dokosaheksaenoik asit alımının, bebeğin görsel ve bilişsel gelişiminde olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür. Doğum öncesi cıva maruziyetinin (≥ 1 µg/g) bebekte dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olduğu, doğum öncesi haftada iki porsiyondan fazla balık tüketiminin bu davranışlar için koruyucu olduğu belirtilmiştir (Procter ve Campbell, 2004). Yemekleri pişirmede zeytinyağı başta olmak üzere sıvı yağlar tercih edilmeli, doymuş katı yağlar kullanılmamalıdır (Samur, 2008).

Vitamin ve Mineraller: Artan enerji ve beslenme talepleri nedeniyle gebelikte vitamin ve mineral desteğine olan gereksinim artmaktadır.

Gebelikte multivitamin-mineral desteği kullanım oranı yapılan araştırma sonuçlarına göre %40-91 olarak bildirilmektedir. Gebelerin bir kısmı besin desteklerini sağlık çalışanlarının tavsiyesi üzerine alırken, bir kısmı da kendi inanışları veya çevresindeki insanların tavsiyesi üzerine almaktadır. Ülkemizde gebelik döneminde en fazla kullanılan besin takviyesi Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA 2010) sonuçlarına göre, demir (%43.5) olduğu ve bunu multivitamin mineral (%27.1) ve folik asit (%15.1) kullanımının takip ettiği görülmüştür (Adıgüzel vd., 2015).

Mikro besinler optimal gebelik sonuçları ve gelişmekte olan fetüste doku büyümesini ve işleyişini destekleyen uygun metabolik aktiviteler için kritik öneme sahiptir. Bu nedenle eksiklikler hem anneyi hem bebeği etkileyen olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (Oh vd., 2020)

Demir: Gebelikte demir ihtiyacı fetal ve plasental büyüme ve annenin kan volümündeki yükselme ile ikinci ve üçüncü trimestirde demir gereksinimi artmaktadır. Gebelikte aneminin temel nedeni düşük demir depolarıdır. Sık gebelik geçirme, kötü beslenme ve daha önce anemi öyküsü olan kadınlar anemi yönünden riskli gruptadır (Taşkın, 2020).

Anemi, özellikle küçük çocukları, doğurganlık çağındaki kadınları, gebe ve doğum sonrası kadınları etkileyen ciddi bir küresel halk sağlığı sorunudur. DSÖ verilerine göre, dünyadaki gebelerin ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Dünya

genelinde anemi prevalansı, gebe kadınlarda % 37, gebe olmayan kadınlarda % 30 olarak bildirilmektedir (WHO,2023).

Aneminin önlenmesi için demirden zengin gıdalarla beslenmek önerilir. Emilme kolaylığı ve miktarı açısından kırmızı et en iyi demir kaynağıdır. Bununla beraber pekmez, yumurta, kuruyemişler, yeşil sebzeler, kuru baklagiller (özellikle mercimek ve kuru fasulye), kabuklu deniz ürünleri demir içeriği yüksek besinlerdir. Yemeklerden hemen sonra çay kahve tüketimi demir emilimini azalttığı için önerilmemektedir (Bilgin ve Demirci, 2019).

IOM önerisine göre gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde ve laktasyonda 27- 30 mg/gün elementer demir alınması tavsiye edilmiştir. İkiz gebeliği olanlar ve anemisi olanlara günlük 60-100 mg elementer demir önerilmiştir (Coşkun ve Özdemir, 2009).

Gebelikte demir eksikliği maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi artırır. Preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini arttırır. Bebekte büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilemektedir, motor gelişim ve koordinasyonda bozulmaya, azalmış fiziksel aktiviteye, dikkat eksikliği, yorgunluk, dil gelişimi ve okul başarısında azalmaya ve enfeksiyonlara karşı direncin az olduğu belirtilmektedir (Evcil ve Malas, 2008).

Kalsiyum (Ca) ve Fosfor (Fr): Kalsiyum ve Fosfor fetal kemiklerin ve dişlerin minerilizasyonunda, enerji üretiminde, hücre yapımında ve asit baz dengesinin kurulumunda gerekli minerallerdir. Fetüsün kemik kalsifikasyonunun olduğu son üç ayda kalsiyum ihtiyacı daha fazladır. Gebelikte yaklaşık 30g kalsiyum anne ve fetüste depolanır (Köksal ve Gökmen, 2000).

IOM önerisine göre kalsiyum alımı 19-50 yaş gebe ve emziren kadın için 1000 mg/gün, 14-18 yaş için 1300 mg/gündür.

ABD Tıp Enstitüsü (IOM), 19 yaşından büyük hamile ve emziren kadınlar için günlük 1000 mg kalsiyum tüketimini önermektedir. Uygun kalsiyum tüketimi, 3-4 ara öğün süt veya yoğurt, peynir gibi süt türevi ürünler ve kalsiyum açısından zengin maden suları içeren sağlıklı beslenme ile sağlanabilir. Sütten başka diğer kalsiyum kaynakları pekmez, susam, fındık, fıstık ve benzeri, kurubaklagil ve kurutulmuş meyvelerdir. Kronik otoimmünolojik bozuklukları olan kadınlarda, hamilelik sırasında düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi, laktoz intoleransı veya kişisel tercih nedeniyle süt ve süt ürünlerini atlamayı tercih eden kadınlarda diyet önlemlerine ek olarak 500 ila 1000 mg kalsiyum takviyesi önerilir (Beinder, 2007; Taşkın, 2020).

Fosfor için gebelik ve laktasyonda önerilen miktar 1200 mg dır. Fosfor ve kalsiyum birbirine eşit miktarlarda alındığında emilimleri artmaktadır. Fosfor ihtiyacı, kalsiyum ve proteinden zengin yiyeceklerden, özellikle süt, yumurta ve etten karşılanabilir (Taşkın, 2020).

Kalsiyum (Ca) eksikliği, preeklampsi ve rahim içi büyüme geriliği ile ilişkilidir. Takviye, hem düşük doğum ağırlığı riskini hem de preeklampsinin şiddetini azaltabilir (Hovdenak ve Haram, 2012).

Folik Asit (Folat): Folat, hücre bölünmesi ve doku büyümesi için gereklidir. Nörotransmitterlerin sentezinde yer alması nedeniyle, fetal beyin oluşumu ve gelişimi için gerekli olan temel besinler arasında kabul edilmektedir. Gebelik ve fetal gelişimde çok önemli bir rol oynar (McNulty vd., 2019).

Yeşil yapraklı sebzeler, lahana, baklagiller, tam tahıllı ürünler, domates ve portakal gibi besinler, iyi bir diyet folat kaynağıdır. Gebelikte ek takviye önerilmektedir. Folat açısından zengin bir diyetle ek olarak gebe kalmadan iki ay önce başlayıp gebeliğin ilk üç ayına kadar devam eden günde en az 400 µg folik asit takviyesi önerilmektedir (Koletzko vd.,2019). Folat takviyesi fetüsü nöral tüp defekti, düşük doğum ağırlığı, prematürite ve plasentanın erken ayrılmasına karşı korumaktadır. Folat eksikliği preeklampsi riskini artırır (Valentin vd., 2018).

Yapılan bir çalışmada gebelik öncesi folik asit desteğinin daha önce NTD'li bebek doğurmuş kadınlar ve normal kadınlarda NTD oluşma riskini 2/3 oranında azalttığı görülmüştür (Şahin ve Yurdakul, 2012).

Başka bir çalışmada ise doğuştan kalp hastalığı ve yarık damak gibi doğuştan gelen doğum kusurları riskinin azalttığı bildirilmiştir. (Koletzko vd.,2019).

A Vitamini: Gebelikte A vitamini embriyogeneze ve organogeneze, akciğer ve bağışıklık sistemi fonksiyonlarında önemli bir rol oynar. Gebelik sırasında önerilen günlük alım miktarı, Avrupa Birliği Gıda Güvenliği Ajansı (EFSA) göre 540 µg retinol eşdeğeridir (RE), Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 770 µg RE düzeyi daha yüksektir. Yağda çözünen bir vitamin olarak önceden oluşturulmuş A vitamini balık yağı, et ve süt ürünlerinde bulunur. Retinolün birincil bitki kaynağı olan beta-karoten, özellikle turuncu renkli havuç, tatlı patates, kabak ve biber olmak üzere birçok meyve ve sebzede bulunur. (Brown ve Wright, 2020). Diğer besin kaynakları olarak yumurta, yağlı balık, güçlendirilmiş az yağlı sürülebilir ürünler, süt ve yoğurttur. Teratojenik etkileri göz

önünde bulundurularak yüksek A vitamini düzeylerinden kaçınılmalıdır (Cortés-Albornoz, vd., 2021).

D Vitamini: D vitaminin kalsiyum homeostazı ve kemik dokusunun olgunlaşmasında, steroid hormon etkisi ile epigenetik değişimler gibi birçok görevi bulunmaktadır, Gebelik döneminde kritik öneme sahip bir mikro besindir (Şimşek vd., 2021). Kalsiyum ve Fosfatın düzenlenmesinde önemli görevleri vardır (Açıkgöz ve Şahan, 2021).

D Vitamini yağda çözünen bir vitamindir. Ergokalsiferol (D2) ve kolekalsiferol (D3) olarak iki formu bulunmaktadır. D2 vitamini bitkisel bir sterol olan ergosterol'den elde edilirken, D3 vitamini güneşin ultraviyole (UV) ışınlarının etkisi ile ciltte 7-dehidrokolesterolden endojen olarak sentezlenir. Vücudun ihtiyacı olan D vitaminin %90'ı güneşten alınırken, %10'u yiyeceklerle alınmaktadır (Kürklü ve Ayaz, 2015; Açıkgöz ve Şahan, 2021).

D vitamini seviyesi serum 25-hidroksivitamin D değeri ile ölçülmektedir. Yetişkinlerde 25-OH D düzeyi 10 ng/ml altı eksiklik, 30 ng/ml altındaki değerler yetersiz/düşük, 100 ng/ml yüksek olarak kabul edilmiştir (Güler vd., 2019).

Günlük vitamin D gereksinimi konusunda ülkeler ve kuruluşların farklı önerileri bulunmaktadır. Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine; IOM) gebelik ve laktasyon döneminde günde 600 IU D vitamini takviyesi önermiştir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) gebelikte vitamin D eksikliği tespit edildiğinde 1000-2000 IU/gün dozunda D vitamini takviyesini uygun görmüştür ve daha yüksek dozların zararlı olup olmadığı konusunda araştırmalara gereksinim duyulduğunu bildirmiştir (Güler vd., 2019). Ülkemizde 2011 yılında oluşturulan gebelere D vitamini destek programı ile D vitamininin eksikliğinin sıklığı ve şiddetine düşünülerek kan düzeyine bakılmaksızın başlanır. 12. gebelik haftasından itibaren günde tek doz olarak 1200 IU (9 damla) vitamin D desteğinin verilmesi ve doğum sonrası 6. ay sonuna kadar devam edilmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

D vitamininin, bağışıklık, pankreas, kas-iskelet sistemi ve kardiyovasküler fonksiyon, nöral gelişim ve diğer birçok sistem üzerinde önemli etkileri vardır. Yapılan çalışmalarda gebelikte D vitamini eksikliğinin; preeklampsi, gestasyonel diabetes mellitus (GDM), küçük gestasyonel yaş (SGA), sezaryen doğum ve bakteriyel vajinozis gibi olumsuz gebelik sonuçlarına neden olduğu saptanmıştır (Hollis vd., 2011; Şimşek vd., 2021).

D Vitamini yetersizliğin fetal etkileri; intrauterin gelişme geriliği (IUGR), iskelet gelişimi problemleri (doğumsal rikets), kalsiyum homestasında değişikliğe (hipokalsemi), immün sistem hastalıkları, alerjiye yatkınlık ve postnatal dönemde santral sinir sistemi hastalıkları (şizofreni, otizm, beyin tümörü, multiple skleroz, epilepsi vb.) riskini arttığı bildirilmektedir (Gürz vd., 2015). D vitamini eksikliği, hipokalsemi bulgusu olan yenidoğanlarda nöbetlere neden olmaktadır (Hollis vd., 2011).

Gebelikte sırasında D vitamini eksikliği Orta Doğu ve Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da yaygın olduğunu görülmektedir (Bhowmik, vd., 2021). Ülkemizde D vitamini eksikliğin yüksek olmasının sebebi yaşam tarzı (dini ve kültürel nedenler ile kapalı yaşam tarzı), besinsel ve çevresel (kentsel ve endüstriyel hava kirliliği) etkenlerdir (Açıkgöz vd., 2021).

B12 Vitamini (Kobalamin): Vitamin B12 eritropoez ve yağ, protein, karbonhidrat metabolizması için gerekli olan bir ko-enzimdir. Karaciğerde sentezlenir. Tüm hücrelerde görev almakla beraber kemik iliği, gastrointestinal sistem (GİS), merkezi sinir sistemi(MSS) üzerinde önemli etkileri vardır (Erata ve Güçlü, 2003). B12 vitamini absorpsiyonunda konjenital bir yetersizlik durumunda pernisiyöz anemi gelişebilir (Taşkın, 2020).

B12 vitamini gebelikte gereksinimi artan bir vitamindir. Merkezi sinir sistemi gelişimi ve miyelinizasyonunda gereklidir. Sadece hayvansal kaynaklarda bulunur. Başlıca diyet kaynakları kırmızı et, tavuk, balık, kabuklu deniz ürünleri, süt, yoğurt, yumurta, peynir ve karaciğerdir (Şimşek vd., 2021). Vejetaryen gebeler, B12 vitamini eksikliği açısından riskli gruptadır (Hasbaoui vd., 2021). Maternal B12 eksikliği, yani 200 pg/mL'nin altındaki değerler de artmış nöral tüp defekti riski ile ilişkilendirilmiştir (Cortés-Albornoz, vs., 2021).

İyot: İyot eksikliği dünya çapında görülen bir beslenme sorunudur. Normal beyin gelişimi ve büyümesi için iyot gereklidir. Gebelikte iyot gereksinimleri artar. Konjenital hipotiroidizm, kretinizm ile ilişkilidir. Klinik hipotiroidizm, prematürite, LBW, abortus, preeklampsi, fetal ölüm ve bozulmuş fetal nörobilişsel gelişim gibi kötü perinatal sonuç riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. IOM, gebe kalmadan önce diyet ve ek kaynaklardan 150 µg/gün ve gebelikte ise günde 220 µg iyot alımını önermektedir (Procter ve Campbell, 2014).

2.5. Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya Nervoza (ON), temel semptomu sağlıklı olarak algılanan yiyecekleri yemeye takıntılı ve güvensiz bir şekilde odaklanmak olan olası yeni bir yeme bozukluğunu belirtmek için tanımlanmış bir ifadedir (Cena vd., 2019).

Terim başlangıçta sağlıklı beslenmeye sağlıklı bir saplantıyı tanımlamak için kullanılmıştır ve bu durum genellikle önemli diyet kısıtlamaları, yetersiz beslenmeye bağlı hayatı tehdit eden tıbbi durumları, duygusal dengesizlik ve sosyal izolasyonla ilişkilendirilmiştir (Brytek-Matera, 2012)

Ortoreksiya kelimesi Yunanca “orthos” (doğru, gerçek) ve “orexia” (açlık veya beslenme) kelimelerinin birleşmesi ile ilk kez 1997 yılında Doktor Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır (Bratman ve Knight, 2000). Hastalıklardan ve sağlıklı yaşamdan kaçınmak amacıyla sağlıklı beslenme takıntısı olarak ifade edilmiştir (Domini vd., 2005). Türkçedeki anlamı doğru ve uygun yemek yemektir (Arusoğlu vd., 2008).

ON, sağlıklı beslenmenin aşırılık düzeyinde olması ve normal yaşantıya müdahale edecek derecede takıntı haline gelmesi durumudur (Domini, vd., 2005). Ortoreksiya nervoza kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır. ON sadece, uzun dönem görüldüğü zaman ve günlük yaşamda olumsuz durumlara neden olduğunda (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek gibi) tanımlanabilmektedir (Oğur ve Aksoy, 2015). Henüz biçimsel olarak tanı kriterleri net olarak ifade edilmese de bu durum artan bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Garipoğlu vd. , 2019).

Ortoreksiya nervoza, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeyde zarar görmesine neden olan bir davranıştır. ON’lu bireyler, sağlıklı yiyeceklerin seçilmesinde, planlanmasında, satın alınmasında, hazırlanmasında ve tüketilmesinde, bazı hastalıklarla ilgili koruyucu ve iyileştirici özelliklere sahip olabilecek bazı yiyeceklerle ilişkilendirilen obsesif - zorunlu davranışlar yaşarlar (Dunn ve Bratman, 2016).

Ortoreksiya Nervozalı bireyler diyetlerinde tükettikleri gıdanın miktarına göre değil, gıdanın kalitesine göre seçim yapmaktadırlar (Bratman, 1997).

Ortoreksiya da yemek seçiminde biyolojik olarak saf ve organik yöntemlerle üretilmiş gıdalar tercih edilir (Şengül ve Hocaoglu, 2019). Örneğin; sebzelerin pestisitlere maruz kalıp kalmadığı, süt ve süt ürünlerinin hormonlu hayvanlardan elde edilip edilmediği,

yemek pişirme sırasında besin değerin kaybolup kaybolmadığı; gıda içeriklerinin mikro besinler, yapay tatlandırıcılar veya koruyucu maddeler içerip içermediği ve gıda ambalajlarında kanserojen bileşikler içerip içermediği, gıda etiketlerinin yeterli bilgiyi içerip içermediği gibi konularda takıntılı davranışlar göstermektedirler (Koven ve Abry, 2015).

Bu durum ortoreksiya kişilerde patolojik boyutlara ulaşarak bir obsesyon haline alır ve kişiler bu besin maddelerini bulabilmek için aşırı güç ve zaman harcarlar. Kişiler bu obsesyonları nedeniyle kısıtlayıcı bir diyet uygulayarak yiyeceklerini hazırlarlar ve bu konuya odaklanarak bunu bir saplantı haline getirirler (Şengül ve Hocaoglu, 2019).

Ortoreksiya, saf 'sağlıklı' gıda olarak kabul edilen gıdaların aşırı derecede özen gösterilmesi ve seçilmesi ile karakterize edilen obsesif-kompulsif bir süreçtir. Bu ritüel, çok kısıtlayıcı bir diyet ve sosyal izolasyona yol açar (Bartrina, 2007).

ON' lu kişiler, genetiği değiştirilmiş bileşenler içerebilecek gıdaların yanı sıra sağlıksız yağlar, çok fazla tuz veya çok fazla şeker içeren yiyecekler ve diğer istenmeyen bileşenleri içeren gıdalardan kaçınırlar (Bartrina, 2007). Sebzelerin dilimlenme şekli, yemek hazırlanırken seramik ya da ahşap malzemelerin kullanılması gibi yiyeceklerin hazırlanışında saplantılı düşüncelerin ve zorlayıcı davranışların olduğu görülmektedir. (Brytek-Matera, 2012)

ON'lu kişilerin sağlıklı beslenmediklerinde ıstırap duyduklarını, sağlıklı yemek planlama ve hazırlama konusunda takıntılı olduklarını ve diyet konusunda diğerlerine göre üstünlük duygusu yaşadıklarını öne sürmektedirler (Domini vd. ,2004).

Bu davranış sonuç olarak temel besinlerin eksikliğine, sosyal ve kişisel ilişkilerin değişmesine ve bireyin genel psiko-fiziksel durumunda değişikliğe yol açar. Bazı Ortoreksik bireyler saf veya doğal olmadığını düşündükleri herhangi bir gıda maddesini tüketmektense aç kalmayı tercih ederler. Ortoreksik kişilerin yemek yeme takıntısı zamanla onları sosyal izolasyona götürür. Tükettikleri besinlerin kalitesi kişisel değerlerinden, kişiler arası ilişkilerinden, kariyer planlarından ve sosyal ilişkilerinden daha önemlidir (Bağcı Bossi vd., 2007).

2.5.1. Ortoreksiya nervoza etiyolojisi

Ortoreksiya nervoza'nın etiyolojisinde genellikle birinci dereceden aile üyelerinin ya da yakın sosyal çevrenin besinlere yönelik yaptığı olumsuz yorumlar, yani besinlere yönelik

çevrenin alışkanlıkları ve tutumları dikkati çekmektedir. Bunun dışında bazı hastalıkların, psikolojik ve genetik faktörler de nedenleri arasında yer almaktadır. Sosyal medyanın da etkisiyle birtakım popüler diyetlerin (vegan, likit ve çiğ beslenme gibi) olmasıyla ON eğilimlerinde artış tespit edilmiştir (Tatlises, 2016).

Yeme bozukluğu rahatsızlıklarında mutluluk hormonu düzeyinde azalma olduğu rapor edilmiştir. Bu azalış, depresyon, fiziksel ve duygusal duyumsuzlukla alakalı olabileceği vurgulanmıştır. Bilindiği üzere serotonin hormonunun azalması açlık hissinin, artması da doyma hissinin oluşmasına neden olmaktadır. Genellikle azalan serotonin obsesif kompulsif yatkınlık, endişe, kaygı, sinir hali ve karamsarlık gibi durumlarla bağlantılıdır (Tatlises, 2016). Arusoğlu (2006)'nın yaptığı çalışmada artan yaş, düşük eğitim düzeyi, diyet alma ya da uygulama durumu, evli olma durumu ve çocuk sayısındaki artış gibi faktörlerin de Ortoreksiya Nervozaya yatkınlığı artırdığını bildirmiştir (Arusoğlu, 2006).

2.5.2. Ortoreksiya nervoza epidemiyolojisi

ON ile ilgili geçmiş araştırmaların büyük çoğunluğu sağlıklı beslenme takıntısı ve yaşam tarzı ile ilişkisine odaklanmıştır. Yeme bozukluklarına ilişkin, çok sayıda çalışma, artan ON semptomatolojisinin, kalori kısıtlaması ve ağırlıkla meşgul olma ile ilgili maddeleri içeren sağlıklı beslenme takıntısını değerlendiren anketlerde daha yüksek puanlara karşılık geldiğini ortaya koymaktadır. ON'lu bireylerinin fiziksel olarak sağlıklı olmak istemeleri nedeniyle, spor ve egzersiz sıklığını arttırdığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada ON nın sigara veya alkol kullanımı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Oberle vd., 2017). Obsesyonla ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise, ON semptomlarının artmasının obsesif kompulsif eğilimle ilişkili olduğu saptanmıştır (Koven ve Senbonmatsu, 2013).

Ülkemizde Bağcı Bossi vd. (2007) ORTO-15 ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada Araştırma grubunun %45,5'i ORTO-15 testinden 40'ın altında puan almıştır ve bu kişiler ORTO-15 testine göre yeme alışkanlıkları konusunda ortoreksiya yani “çok hassas davranış” göstermektedirler. Araştırma grubunun ORTO-15 testinden ortalama puanı $39,8 \pm 0,22$ olup kadınlarda $39,4 \pm 0,31$, erkeklerde $40,2 \pm 0,31$ 'dir.

Besinleri satın alırken besin kalitesine önem veren tıp doktorlarının ORTO-15 puanlarının düşük olduğu, yani sağlıklı beslenme konusunda oldukça hassas davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Alışverişini kendisi yapanlarda, öğle ve akşam yemeklerini salata/meyve ile değiştirenlerde, yediklerinin besin değerlerine dikkat edenlerde, dışarıda yemek

sağlıklıdır diyenlerde, yemeklerin içeriğine bakanlarda ORTO-15 puanı daha düşüktür. Satın alınan gıdanın, ürün seçiminde içeriğinin önemli olduğunu söylemesi ve sağlıklı beslenmede gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırmaya katılan tıp doktorlarında sağlıklı ve doğru beslenmeye yönelik “yüksek hassasiyetli davranışların” oldukça yaygın olduğu görülmüştür (Bağcı Bossi vd., 2007).

İstanbul’da bir üniversitede Beslenme ve Diyetetik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ortoreksik eğilim erkeklerde ve ailesiyle yaşayanlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Karakuş vd.,2017). Macaristan’da yapılan bir çalışmada kadınların ON için daha yüksek bir eğilime sahip olduğu diğer çalışmaların aksine, erkek ve kadın bireyler arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Varga vd., 2014).

Kadınlar, ergenler, vücut geliştirme veya estetik gibi spor yapanlar, meslekleri örn. doktorlar, diyetisyenler, sanatçılar daha yüksek risk altındaki gruplardır (Bartrina, 2007).

Ortoreksiya nervozanın görülme sıklığı son yıllarda artış göstermektedir. Bunun sebebi olarak özellikle güzellik kavramının zayıflıkla ilişkilendirilmesi, medyada yer alan diyet ve gıda maddelerinin içerikleri ile ilgili bilgiler, bazı gıdaların katkı maddesi, kanserojen madde, boya ve hormon gibi maddeler içerdiği haberleri etkili etken olmaktadır (Şengül ve Hocaoglu, 2019).

2.5.3. Ortoreksiya nervoza sınıflandırması ve tanı kriterleri

Resmi kategorik tanı kriterleri henüz net bir şekilde tanımlanmamıştır ve ON, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) hiçbir baskısında ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmamıştır.

Ortoreksiyanın net sınıflandırma kriterleri henüz geliştirilmemiştir ve yeme bozuklukları grubuna mı yoksa obsesif-kompulsif bozukluklar grubuna mı ait olduğu konusunda süregelen bir tartışma vardır (Janas-Kozik vd. ,2012).

Ortoreksiya nervoza, zihinsel bozuklukların resmi ICD-11 (International Classification of Disease - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) ve DSM-V sınıflandırmalarında yer almamaktadır. ON ‘un resmi olarak kabul edilmiş bir tanımı veya standartlaştırılmış tanı kriterleri hala yoktur. Pek çok tanı kriteri önerilmiş olsa da hepsi eleştirilmiştir.

Moroze ve ark. tarafından 2015 yılında literatürde ilk kez ortoreksiya nervoza için tanı kriterleri yayınlanmıştır. Bu makalenin ardından Dunn ve Bratman tarafından en son yayınlanan bir makalede, yeme bozuklukları uzmanlarından (ABD, Norveç, Polonya,

İsveç, Avustralya, İtalya ve Almanya'dan) elde edilen veriler dikkate alınarak tanı kriterleri üzerinde bazı değişiklikler yapılması önerilmiştir.

2016 yılında Dunn ve Bratman tarafından yayınlanan çalışmaların analizine, ve anketlere dayanarak yeni tanı kriterleri geliştirmiştir (Dunn ve Bratman, 2016; Niedzielski ve Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Dunn ve Bratman (2016) tarafından oluşturulan tanı ölçütleri:

ON tanı kriterleri arasında iki temel özellik bulunmalıdır:

A) sağlıklı beslenme yoluyla optimum refahı sağladığına inanılan diyet uygulamalarına takıntılı odaklanma (esnek olmayan beslenme kuralları, gıda ile ilgili tekrarlayan ve sürekli meşguliyetler, kompulsif davranışlar);

(B)sonuç olarak, klinik olarak anlamlı bozulma (örneğin, tıbbi veya psikolojik komplikasyonlar, büyük sıkıntı ve/veya önemli işlevsellik alanlarında bozulma (Cena vd., 2019).

ON 'da, böyle bir diyetin sağlığa zararlı etkileri de dahil olmak üzere, gıdanın saflığına her şeyden önce değer verilir. ON'lu kişilerin sağlıklı beslenmediklerinde ıstırap duyduklarını, sağlıklı yemek planlama ve hazırlama konusunda takıntılı olduklarını ve diyet konusunda diğerlerine göre üstünlük duygusu yaşadıklarını öne sürmektedirler (Dunn ve Bratman, 2016).

Moroze et al. (2015) tarafından oluşturulan tanı kriterleri:

A Kriteri: Öğünlerin kalitesi ve bileşenleri ile ilgili kaygılar, "sağlıklı besin" tüketimiyle ilgili obsesyonel kaygılar. (Aşağıdaki maddelerden iki ya da daha fazlası.)

1. Besinlerin “saflığı” ile ilgili düşünceler nedeniyle beslenme açısından dengesiz bir diyet tüketmek.
2. Saf olmayan ya da sağlıksız besinlerin tüketimi ve yiyecek kalitesi ile bileşenlerinin fiziksel ve duygusal sağlık üzerindeki etkileri hakkında endişe duymak.
3. Besinlerin yağ, koruyucu madde, gıda katkı maddesi, hayvansal ürün ve sağlığa etki edebilecek gıda bileşenleri içerdiği korkusu nedeniyle katı besinlerden kaçınması.
4. Gıda alanında uzman olmayan kişilerin besinleri inceleme adına aşırı zaman (günde 3 saat ve/veya üzeri) harcaması, spesifik türde besinler hazırlaması

5. “Sağlıksız” veya “saf olmayan” şeklinde ifade edilen besinlerin tüketimi sonrası kaygı duyma ve pişmanlık yaşama.

6. Başkalarının besinler hakkındaki düşüncelerine karşı hoşgörüsüzlük.

7. Kalitesi ve bileşenleri bilinen besinlere ulaşabilmek için kişinin gelirin göre yüksek miktarda para harcaması.

B Kriteri: Obsesyonel kaygılar aşağıdakilerden herhangi birinin varlığında daha zor bir hal almaktadır:

1. Beslenmedeki dengesizlik nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması, örneğin: dengesiz diyetin beslenme bozukluklarına neden olması.

2. Bireyin “sağlıklı yeme takıntısı” nedeniyle sosyal, akademik, mesleki fonksiyonların zarar görmesi.

C Kriteri: Bu rahatsızlık durumu, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya diğer psikiyatrik hastalıkların semptomlarının kötüleşmesi değildir.

D Kriteri: Davranışın tanımlanmasında bazı dini inanışlara bağlı gıda tercihi ya da tanı konulmuş gıda alerjileri veya özel diyet gerektiren tıbbi hastalıklarla açıklanamaz (Moreze vd., 2015).

2.5.4. Tedavisi

ON ‘un resmi olarak kabul edilmiş bir tanımı olmadığından, ON tedavisi herhangi bir spesifik terapötik yaklaşım içermez. Ortoreksiya tedavisi, hekimler, psikoterapistler ve diyetisyenlerden oluşan multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir (Bartrina, 2007). Tedavide farmakoloji, psikoterapi ve psiko-eğitimin birlikte kullanıldığı yöntemler tercih edilmiştir (Mathieu, 2005). Tedavi yaklaşımlarında, hastanın fiziksel ve ruhsal muayenesi ile kişisel özellikleri dikkatli incelenmeli, hastalığın doğası ve kendine özgü yanları belirlenmeli, semptomlar değerlendirilmeli, hastanın yaşı ve hastanın aile yapısının fiziksel ve ruhsal sağlığına bakılmalıdır (Natenshon, 2017).

Tedavide temel amaç olarak; yetersiz beslenmeyi telafi etmek için dengeli bir diyet önerilir. Kilo kaybının önemli derecede artması durumunda, hastaneye yatış gerekli olabilir. Farmakoterapi uygulamalarında, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) (fluoksetin, sertralin ve paroksetin gibi) ile birlikte bilişsel-davranışçı terapi de önerilmektedir. Olanzapin gibi anti-psikotik ilaçlar, gıda hakkında takıntılı düşünceleri hafifletmek için kullanılabilir (Niedzielski ve Kaźmierczak-Wojtaś, 2021). Komorbid

majör depresyon ile seyreden ortoreksiyada, omega-3 yağ asitleri takviyesi, multivitamin-mineral desteği ile verilen mirtazapine ile başarılı bir şekilde tedavi edildiğini gösteren vaka çalışmaları bulunmaktadır (Lopes vd.,2020).

ON'lu kişilerin ilaçları "doğal olmayan" maddeler olarak düşünüp reddedebileceği unutulmamalıdır. Psikoterapi, hastaların sadece ne yediklerine değil, aynı zamanda nasıl alışveriş yaptıklarına, yemeklerini nasıl hazırladıklarına ve yedikleri şeyler hakkında ne düşündüklerine de odaklanmalıdır. Ek olarak, yeme davranışlarını değiştirme yöntemleri, diyetlerini zenginleştirmeyi ve yemek yerken sosyalleşmeyi kolaylaştırmayı içerebilir. Gevşeme teknikleri, yemek yemeyle ilgili kaygıyı azaltmada da etkili olabilir (Niedzielski ve Kaźmierczak-Wojtaś, 2021). Bazı durumlarda tedavinin bir parçası olarak antiserotoninerjik ilaçlar gerekebilir (Bartrina, 2007).

2.6. Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları

Yeme bozuklukları, fiziksel sağlığı önemli ölçüde etkileyen ve psikososyal işleyişi bozan, hastalık, sakatlık ve ölümcül komplikasyonlara neden olan zihinsel bozukluklardır. Kişinin yemek, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yeme davranışında bozuklukla kendini gösteren bir durumdur. Beden algısını ve yeme tutumunu etkilemektedir. Yeme bozukluğu görülen kişilerde; vücutlarını şişman ve şekilsiz bulma, çok kısıtlı gıda alma, yemeklerden sonra kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi durumlar görülmektedir (van Hoeken ve Hoek, 2020).

Ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan yeme bozuklukları en sık doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmektedir (Crow vd., 2008; Özdamar vd., 2014). Gebelik dönemi fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı önemli bir dönemdir. Bu süreçteki değişimler yeme davranış bozukluklarının başlamasına veya mevcut yeme bozukluğun iyileşmesine zemin hazırlamaktadır (Watson vd., 2015). Gebelikte yeme bozukluğunun en önemli belirtileri kilo alma endişesi, vücut şeklinden memnuniyetsizlik duyma ve bozulmuş yeme davranışlarıdır (Erkılıç ve Özenoğlu, 2022).

Gebelikte yeme bozukluğu için başlıca risk faktörleri: (Czech-Szczapa vd. ,2015).

Yaş;(<30 yıl),

Gebelik öncesi yeme bozukluğu tanısı almış olmak,

Cinsel istismar öyküsü,

Geçmişte yaşanmış stresli bir olay ya da psikolojik travmalar şeklindedir.

Turton ve arkadaşlarına göre; gebelikte yeme bozukluğu prevalansı yaklaşık %4,9'dur(Turton vd., 1999). Araştırmalar, gebe kadınların yaklaşık yüzde 7,5'inde, belirgin davranış değişiklikleri, vücut şekli ve ağırlığı ile aşırı ilgilenme, beden algısında bozulma ve memnuniyetsizlik duyduklarını göstermektedir (Martínez-Olcina. Vd., 2020).

Yeme bozukluğu olan gebelerde depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıklar daha sık görülmektedir. Yeme bozukluğuna sahip gebeler fetüs sağlığı ve ağırlık kazanımı konusunda daha çok stres ve endişe yaşamaktadırlar (Çelik ve Samur, 2018).

Peri-konsepsiyonel ve gebelik dönemindeki yeme bozuklukları, gebelik ve neonatal sonuçları olumsuz etkileyebilir. Maternal yetersiz beslenme, artmış perinatal mortalite ve artmış konjenital malformasyon riski ile ilişkilidir (Dunker vd., 2009).

Yeme bozukluklarında görülen kısıtlayıcı diyetler, kusma ve aşırı egzersiz yapma gibi durumlar temel besinlerin anneden fetüse geçişini engelleyerek fetal büyümenin bozulmasına neden olmaktadır. Annenin yetersiz beslenmesi bağışıklık sisteminde hasara yol açarak annede bulaşıcı hastalık riskini artırabilir. Beslenme bozuklukları; düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğumlara, enfeksiyonlara, büyüme ve nörobilişsel gelişimsel sorunlara neden olmaktadır (Dunker vd., 2009).

Yeme bozukluğu olan kadınlarda en sık görülen jinekolojik ve obstetrik sorunlar infertilite, plansız gebelikler, spontan abortus, yetersiz ve dengesiz beslenme, gebelik haftasına göre baş çevresi küçük bebek doğurmaktır. Gebelik sırasında kadınların iştah, kilo ve vücut biçiminde görülen değişikliklere bağlı olarak doğum sonrası depresyon, anksiyete, cinsel sorunlar ve jinekolojik kanserlerin görülmesi riski artmaktadır. (Çelik ve Samur, 2018). Anoreksiya nervoza (AN) da emzirmenin daha erken bırakılması, bulimia nervoza (BM) da polikistik over sendromu ve aşırı yeme bozukluğu sonucu obezite görülmesi de diğer bazı komplikasyonlardır (Çelik ve Samur, 2018).

Anoreksiya nervozanın gelişmiş ülkelerde erken doğum prevalansını arttırdığı bilinmektedir (Dunker vd., 2009; Easter vd., 2015). Anoreksiya nervozalı kadınlar önemli ölçüde spontan abortus, müdahaleli doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskine sahiptir (Bulik vd., 1999). Yapılan bir çalışmada; BN'lı kadınlarda yetersiz/aşırı kilo alımı, hipertansiyon ve vajinal kanama gebelikte görülen diğer sorunlar olarak

belirlenmiştir. Bulimia Nervozalı gebelerin %10-25“inde hiperemesis gravidarum tespit edilmiştir (Kadioğlu ve Oskay, 2016).

Sosyokültürel değişimlerin ve kültürel çatışmaların yeme bozukluğu sıklığını arttırdığı öne sürülmektedir. Özellikle hızlı sosyal değişim gösteren ülkelerde beden imgesine ilişkin kültürel değerlerin de hızlı değişmesi risk faktörü oluşturmaktadır (van Hoeken ve Hoek, 2020).

Gebelik dönemine yeme bozukluklarına ilişkin bulgular değişiklik göstermektedir. Bu durumun nedenleri; gebe kadının bu durumu gizleme isteği, YB bulgularının özellikle ilk trimestırda görülen beslenme sorunları (bulantı, iştahsızlık, hiperemesis gravidarum, pika) ile karıştırılması ve doğum öncesi kontrolde düzenli olarak sorgulanmaması gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (Kadioğlu ve Oskay, 2016).

2.7. Çalışmanın Ebelik Alanına Katkısı

Yeme bozuklukları insidansının 1980 yılından itibaren özellikle ergenlerde ve genç kadınlarda yüksek prevalans göstermesi, ruhsal ve bedensel sorunlarla komorbidite ve mortalitesi nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektiren bir durumdur (Ünalın vd., 2009).

Gebelikte olumsuz obstetrik sonuçların önüne geçmek için, yeme bozukluğu olan kadınların tespit edilmesi ve uygun perinatal tedavi son derece önemlidir. Yeme bozukluğu olan kadınlar genellikle hastalıklarını sağlık uzmanlarına açıklama konusunda isteksizdirler. Bu nedenle yeme bozukluğu olan birçok kadın hamilelik sırasında fark edilmez ve tedavi edilmez. Bu nedenle yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların gebelik döneminde daha sık takip edilmesi, bununla birlikte emzirme konusunda da daha fazla destek alması gerekmektedir (Ward, 2008; Easter vd., 2013).

Literatürde gebelik sırasında yeme bozukluklarının yaygınlığını araştıran çok az çalışma vardır (Turton vd., 1999). Gebe ve emziren kadınlarda yeme bozukluklarının etkilerini, prevalansını, risklerini ve sonuçlarını araştıran çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. (Martínez-Olcina vd., 2020).

Kilo ve vücut imajı, gebelikte kilo alımı, kilo kontrol teknikleri, gıda kısıtlaması, yeme kalıpları ve davranışları, fiziksel egzersizler ve önceki gebeliklerdeki deneyimler hakkında sorgulama, gebelik sırasında yeme bozukluklarının doğru bir şekilde araştırılması için yararlı olabilir. Yeme bozukluğu olan gebe kadının multidisipliner bir

tedaviye ihtiyacı vardır. Gelecekteki sorunlardan kaçınmak için önleyici müdahale gerekli olabilir (Dunker vd., 2009).

Yeme bozukluğu olan veya önceden yeme bozukluğu olan kadınlar arasında gebelik ve neonatal sonuçlara ilişkin çalışmalar azdır. Bununla birlikte, birkaç çalışma ve vaka raporu, yeme bozukluğu olan kadınlarda olumsuz gebelik ve neonatal sonuçlar riskinde artış olduğunu bildirmiştir (Mantel vd., 2020).

Gelecekteki ebeveynleri, yeme bozukluklarının doğurganlık, gebelik ve yenidoğan üzerindeki etkisi hakkında eğitmek anne ve bebek sağlığı için önem taşımaktadır. Ayrıca gebelik öncesi danışmanlık için genç kadınları vücut imajlarındaki değişiklikler konusunda eğitmek ve bunun bir yaşam olayına sağlıklı bir şekilde uyum sağlamaları konusunda onlara destek olunmalıdır. Ayrıca, hamile kadınlar, ideal kilo alımını sürdürmenin, hamilelik öncesi vücut kitle indeksini yeniden oluşturmaya ve normal beslenme düzenleri yoluyla önceki "öz beden imajını" geri kazanmaya yardımcı olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (Czech-Szczapa vd., 2015).

Ebelerin gebelikte yeme bozukluklarının tespiti ve önlenmesinde danışmanlık ve destek verebilmeleri için bu konuda eğitim almaları gerekmektedir. Gebelik taramalarında hasta bilgilerinde yeme bozukluklarının ve ortoreksiya nervozanın belirlenmesi için sorular oluşturulmalıdır. Yeme bozukluklarında ebeler bakımının geliştirilmesi anne ve yenidoğan sağlığının korunması açısından önemlidir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelikte ortoreksiya nervoza eğilimini etkileyen çevresel/bireysel faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 05.11.2022-05.07.2023 tarihleri arasında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ile NST biriminde yürütülmüştür.

Çalışmanın yapıldığı kurum Sinop merkezinde yer almaktadır ve 1968 yılında kurulmuştur. Toplamda 455 yataklı bir hastanedir. Hastanede üç adet Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve bir adet NST Birimi bulunmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları tarafından gebelerin rutin kontrolleri yapılmakta ve ebeler tarafından gebelerin NST, kilo ve tansiyon takibi yapılarak eğitim verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini, Kasım 2022 - Temmuz 2023 tarihleri arasında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ile NST birimine başvuran (27.283) gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada, evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü, belirlenen hastaneye gelen gebeler temel alınarak, evreni bilinen örneklem yöntemi ile %95 güven aralığında hesaplanmıştır. Çalışmaya, belirlenen kuruma gelen gebelerden en az 379 gebenin alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmamıza nicel araştırma da örneklem seçiminde gelişigüzel örneklem seçiminden yararlanılarak, toplamda 480 gebe katılmıştır. Bu araştırmada “G. Power-3.1.9.7” programı kullanılarak, 0.05 hata payı ile çalışmasının sahip olduğu güç veri toplama sonrasında hesaplanmıştır. Buna göre çalışmanın ORTO-11 ile gebelikteki bulantı kusma parametresi üzerinden one way ANOVA testine yönelik olarak etki büyüklüğü 1.88; alfa değeri 0.05 ve güç 100 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş üstü olan,
- İletişim engeli olmayan,

- Türkçe okuma yazma bilen,
- Sağlıklı ve tekiz gebeliği olan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Anket formunu doldurmasına engel herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olmayan,
- Poliklinikte sağlıklı gebelik takibine gelen gebeler araştırma kapsamına alınacaktır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; ORTO-11 Ölçeği toplam puanıdır.

Bağımsız değişkenler; gebelerin sosyodemografik özellikleri, obstetrik öyküsü, Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği toplam puanıdır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Örnekleme oluşturan gebeler ile görüşme öncelikle uygun bir zaman diliminde poliklinik önünde yapılmıştır. Veriler, anket formu ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma kapsamına seçilen gebelere ilk olarak çalışmanın amacı ve uygulama şekli anlatılıp gönüllü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen gebeler çalışma kapsamı dışında tutulurken araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışmaya alınmıştır. Veriler, “Gebe Tanıtım Formu”, “Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği”, “Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği ” ve “Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Gebelerin formları doldurması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK I)
- Gebe Tanıtım Formu (EK II)
- Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği (EK III)
- Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği (EK IV)
- Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği (EK V) kullanılmıştır.

Gebe tanıtım formu: Araştırmacı tarafından literatür dikkate alınarak oluşturulan formda, gebenin tanıtıcı bilgileri ve obstetrik öyküsü, gebelik dönemi ile ilgili sağlık durumları, besin tüketim sıklığı, mevcut gebeliğe özgü özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 46 soru sorulmuştur (Çavuşoğlu, 2015; Saadat, 2017; Keskin, 2014).

Ortoreksiya nervoza-11 ölçeği (ORTO-11): Bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının belirlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Bratman ve Knight (2000) tarafından ortoreksiya nervoza eğilimlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 10 maddeden oluşan, bireyin kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Arusoğlu ve ark. (2008), ORTO-11'in Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yapmıştır. Maddelere verilen 1 puanı ortorektik eğilimi yansıtırken, 4 puan ortorektik olmayan yatkınlığı ifade etmektedir. Dolayısıyla ölçekten alınan düşük puanlar ortorektik eğilimi anlatmaktadır. Maddeler, bireylerin "kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme, besin seçme, satın alma ve hazırlama" konularındaki tutumlarını araştırmaktadır (Arusoğlu vd., 2008).

Gebelerin kendilerini algılama ölçeği (GKAÖ): Kumcağız, Ersanlı ve Murat tarafından 2017 yılında geliştirilen ölçeğin 2 alt boyutu vardır. Birinci alt boyut (Gebeliğe Ait Annelik Algısı Alt Boyutu) ilk 7 madde, ikinci alt boyut (Gebeliğe Ait Beden Algısı Alt Boyutu) 5 madde olmak üzere ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yanıtları 0-4 puan aralığında değer alır. Ölçek alt boyutlar üzerinden değerlendirilir. Gebeliğe ait annelik algısı alt boyutta en düşük 7, en yüksek 28 puan, gebeliğe ait beden algısı alt boyutta en düşük 5, en yüksek 20 puan alınabilmektedir. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği gebelerin kendilerini algılama düzeylerini belirleyebilmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır (Kumcağız vd.,2017).

Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği (KPSÖ): Ölçek, bireylerin psikolojik sağlamlığını ölçebilmek amacıyla Smith vd. (2008) tarafından geliştirilmiş, 2015 yılında Doğan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. KPSÖ, 5'li likert tipinde, 6 maddelik, özbildirim tarzı bir ölçme aracıdır. Ölçekte bulunan ve tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra, alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir. (Doğan, 2015).

3.7.Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Social Package for Statistical Science 25.0 (SPSS 20.0) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış olup, Tabachnik ve Fidell (2013)' e göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1.50 ile +1.50

arasında ise normal dağılım olduğu kabul edilir olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan geldiği belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmeleri nedeniyle independent student-t ve one-way ANOVA testinden yararlanılmıştır. ANOVA testinde farklılık olması durumunda varyansların homojenliği varsayımı dikkate alınarak Tukey testi ile farklılıklar hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler arasında ilişki bakılırken pearson korelasyondan yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.8. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülmesi için; Sinop Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Disiplinlerarası Çevre Sağlığı Programından tez konusu onaylanmıştır. Ayrıca Sinop Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alınmıştır (Ek-6). Araştırmanın yapılması planlanan hastanenin yönetiminden gerekli yasal izinler alındıktan sonra, araştırma kapsamına alınan gebelere çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için yazılı onamları alınmıştır (Ek-7).

Araştırmanın planlama aşamasında, Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Dr. Arusoğlu'ndan; Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Dr. Kumcağız'dan ve Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Dr. Doğan'dan e-mail yoluyla kullanım izni alınmıştır (Ek-8,9,10).

4. BULGULAR

Gebelerin ortoreksiya nervoza eğilimini etkileyen çevresel/bireysel faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verildi.

4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ve antropometrik ölçüm dağılımları Tablo 4’de gösterildi. Gebelerin yaş ortalamaları 28.79 ± 5.02 yıl olup, araştırmaya katılan bireyler arasında en küçük yaş 18 iken en büyük yaşı 45 yaş olduğu belirlendi. Ortalama boy 1.62 ± 0.08 metredir ve minimum 1.52, maksimum 1.80 aralığındadır. Ortalama kilo 76.72 ± 14.05 kilogramdır ve minimum 50, maksimum 130 aralığındadır. Ortalama BKİ 25.70 ± 5.32 'dir. Ortalama gebelik öncesi kilo 67.39 ± 14.81 kilogramdır ve minimum 41, maksimum 126 aralığındadır. Gebelik öncesi ortalama BKİ 25.70 ± 5.32 'dir. Ortalama gebelik öncesi kilo alma 9.51 kilogramdır ve minimum 0, maksimum 30 aralığındadır. Ortalama gebelik öncesi kilo verme 0.11 kilogramdır.

Tablo 4. Antropometrik ölçümlere ilişkin frekans dağılımı

Değişken	Ort.	Min.	Maks	SS
Yaş	28,79	18,00	45,00	5,02
Boy	1,62	1,46	1,80	0,08
Kilo	76,72	50,00	130,00	14,05
BKİ	25,70	15,43	51,78	5,32
Gecelik Öncesi Kilo	67,39	41,00	126,00	14,81
Gebelik Öncesi Kilo Alma	9,51	0,00	30,00	5,96
Gebelik Öncesi Kilo Verme	0,11	0,00	8,00	0,73

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’de verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu yüksekokul mezunu (%45.63), ardından lise mezunları (%30.63) ve ortaokul mezunları (%19.38) geliyor. Katılımcıların tamamı evli (%100), katılımcıların büyük bir kısmı ev hanımı (%58.13) veya özel sektörde çalışıyor (%19.17) ve çekirdek aile yapısı (%89.38) geniş aile yapısına (%10.63) göre daha yaygın olduğu saptandı. En yaygın eş eğitim durumu yüksekokul mezunu (%37.92) olarak belirlendi. Şehirde yaşayan katılımcıların sayısı (%37.71) ilçede (%25.21) veya köyde (%18.03) yaşayanlardan daha fazla olarak saptandı. Katılımcıların çoğunluğunun gelir durumu orta seviyede (%65.83)’dir. Katılımcıların büyük çoğunluğu sigara kullanmıyor (%80.00), yine

katılımcıların çoğunluğu alkol kullanmıyor (%92.71) olarak saptandı. Psikiyatrik hastalık yaşayan katılımcı oranı %3.96, kronik hastalığı olan katılımcıların oranı %11.25'dir. Ortalama evlilik süresi 5 (1-26) yıl, ortalama fiziksel aktivite düzeyi 5.92 olarak saptandı.

Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin frekans dağılım tablosu

Değişken	Grup	n	%
Eğitim Durumu	İlkokul	22	4,38
	Ortaokul	93	19,38
	Lise	147	30,63
	Lisans/Yüksekokul	219	45,63
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	279	58,13
	Memur	45	9,38
	Esnaf	17	3,54
	Özel Sektör	92	19,17
	Sağlık Çalışanı	22	4,58
	Diğer	25	5,21
Aile Tipi	Çekirdek Aile	429	89,38
	Geniş Aile	51	10,63
Eş Eğitim Durumu	Okuryazar	11	2,29
	İlkokul	37	7,71
	Ortaokul	107	22,29
	Lise	143	29,79
	Yüksekokul	182	37,92
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	91	18,96
	Şehir	181	37,71
	İlçe	121	25,21
	Köy	87	18,03
Aile Gelir Durumu	İyi	160	33,33
	Orta	316	65,83
	Kötü	4	0,83
Sigara Tüketme	Evet	39	8,13
	Hayır	384	80,00
	Nadiren	27	5,63
	Gebelikte Bıraktım.	30	6,25
Alkol Kullanma	Evet	0	0,00
	Hayır	445	92,71
	Nadiren	1	0,21
	Gebelikte Bıraktım.	34	7,08
Psikiyatrik Hastalık Durumu	Evet	19	3,96
	Hayır	461	96,04
	Evet	54	11,25

Kronik Hastalık Durumu	Hayır	426	88,75
		Ort. ± SS	Min-Maks
Evlilik Süresi		5,00±4,55	1-26
Fiziksel Aktivite Düzeyi		5,92±1,89	1-10

4.2. Gebelerin Gebelik Süreçlerine Özgü Özelliklerine göre Dağılımı

Gebelerin gebelik süreçlerine özgü özelliklerine göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir. Katılımcıların %46.8’i gebeliğin ilk üç ayında bulantı ve kusma yaşadığını, %21’i ise bulantı ve kusma probleminin devam ettiğini ve %32’side bu sorunu yaşamadığını ifade etti. Katılımcıların %25.2’si de bu gebelik sırasında problem yaşadığını, geriye kalan %74.7’si ise herhangi bir problem yaşamadığını belirtti. Katılımcıların çoğu (%83.7), gebelik süreci boyunca beş veya daha fazla kez sağlık kuruluşuna kontrol için gittiğini ifade etti. Katılımcıların %76.4’ünün gebeliğin planlı olduğunu, geri kalan %23.5’in ise planlı olmadığı ve katılımcıların %85.4’ünün spontan gebelik olduğu belirlendi. Katılımcıların uyku sorun düzeyi ortalaması 5.50±2.22, gebelik haftası ortalaması 29.67±9.08 (5-41), ortalama gebelik sayısı 1.89±1.07, ortalama yaşayan çocuk sayısı 0.69±0.83 olarak saptandı. Katılımcıların ortalama anksiyete düzeyi 4.43±2.25, ortalama stres seviyesi 5.35±2.46, ortalama korku düzeyi 5.51±2.92, ortalama sağlık endişe düzeyi 4.07±2.48 olarak belirlendi.

Tablo 6. Gebeliğe özgü özelliklere ilişkin frekans dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Gebelik Süresince Bulantı Kusma	Evet, İlk trimestırda	225	46,88
	Evet, devam ediyor.	101	21,04
	Hayır	154	32,08
Bu Gebelik Problem Yaşama	Evet	121	25,21
	Hayır	359	74,79
	Bir	5	1,04
Gebelik Sürecinde Sağlık Kuruluşuna Kontrol İçin Gitme	İki	13	2,71
	Üç	19	3,96
	Dört	41	8,54
	Beş ve üzeri	402	83,75
Planlı Gebelik	Evet	367	76,46
	Hayır	113	23,54
Kendiliğinden Gebelik	Evet	410	85,42
	Hayır	70	14,58
		Ort. ± SS	Min-Maks

Gebelik Süreci Uyku Sorun Düzeyi	5,50±2,22	1--10
Gebelik Haftası	29,67±9,08	5--41
Gebelik Sayısı	1,89±1,07	1--6
Yaşayan Çocuk Sayısı	0,69±0,83	0--5
Gebelik Süreci Anksiyete Düzeyi	4,43±2,25	1--10
Gebelik Süreci Stres Seviyesi	5,35±2,46	1--10
Gebelik Süreci Korku Düzeyi	5,51±2,92	1--10
Gebelik Süreci Sağlık Endişe Düzeyi	4,07±2,48	1--10

Gebelerin gebelik ve beslenme özelliklerine ilişkin dağılım Tablo 7’de gösterilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%97.29), gebelik döneminde diyet uygulamadığını belirtti. Sadece %2.7’i diyet uyguladığını ifade etti. Gebelik sürecinde vejetaryen olan katılımcıların oranı %2.7, vejetaryen olmayanların oranı ise %97.2’dir. Katılımcıların %30.6’sının gebelik döneminde beslenme alışkanlıklarını “canım ne isterse onu yemek” olarak değiştirdiğini ifade etti. Katılımcıların %77.5’inin gebelik döneminde takviye gıda kullanmadığı saptandı. Katılımcıların %39.3’ü nadiren kafein tükettiği, %13.5’inin hiç kafein tüketmediği ve %35.6’sının ara sıra kafein tükettiği belirlendi.

Tablo 7. Gebelik ve beslenme süreci özelliklere ilişkin frekans dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Diyet Uygulama	Evet	13	2,71
	Hayır	467	97,29
Vejetaryenlik Durumu	Evet	13	2,71
	Hayır	467	97,29
Gebelik Beslenme Değişiklik	Hayır	145	30,21
	Canım ne isterse onu yiyorum	147	30,63
	Et ve et ürünleri arttı	35	7,29
	süt ve süt ürünleri arttı	71	14,79
	Tatlı arttı	21	4,38
Takviye Kullanma	her şey arttı	30	6,25
	Diğer	31	6,46
	Kullanıyordum, Gebelikte Devam Ediyorum.	30	6,25
	Kullanıyordum, Gebelikte Bıraktım.	13	2,71
	Kullanmıyordum, Gebelikte Başladım.	65	13,54
Gebelik Kafein Tüketme	Kullanmıyorum.	372	77,50
	Hiçbir Zaman	65	13,54
	Nadiren	189	39,38
	Ara Sıra	171	35,63

Sık Sık	36	7,50
Her Zaman	19	3,96

Gebelerin gebelik sürecine özgü özelliklerine ilişkin dağılım Tablo 8’de gösterilmiştir. Katılımcıların %81.2’sinin doğum hazırlık kurslarına katılmadığı, ancak %11’inin katıldığı belirlendi. Katılımcıların % 28.3 gebelik ile ilgili ayda 4’ten fazla kez bilgi topluyor. Bu, bilgiye erişimin çeşitliliğini ve sıklığını gösteriyor. Gebelik süreci hakkında arkadaş ve aileyle sıkça konuşan katılımcıların oranı %34.7’dir. Katılımcıların büyük bir kısmı, haftada 1-2 kez (29.79%) ve haftada 3-5 kez (25.42%) kendilerini rahatlatma yöntemlerini kullanıyor.

Gebelik Süreci Eş Destek Düzeyi ortalama değeri ve Gebelik Süreci Sosyal Destek Düzeyi ortalama değeri 7.42 olarak saptandı.

Tablo 8. Gebelik sürecine ilişkin frekans dağılımı

Değişken	Grup	n	%
Doğum Hazırlık Kurslarına Katılım	Hayır	390	81,25
	Hayır, Daha önce katılmışım.	22	4,58
	Hayır, katılmayı düşünüyorum.	15	3,13
	Evet	53	11,04
Gebelik ile İlgili Bilgi Toplama	Hiçbir Zaman	73	15,21
	Ayda bir ya da daha az	116	24,17
	Ayda 2-3 kez	97	20,21
	Ayda 4 kez	58	12,08
	Ayda 4+	136	28,33
Gebelik ile ilgili Arkadaş ve Aile ile Konuşma	Hiçbir Zaman	45	9,38
	Ayda bir ya da daha az	101	21,04
	Ayda 2-3 kez	128	26,67
	Ayda 4 kez	39	8,13
	Ayda 4+	167	34,79
Gebelik Süreci Kendini Rahatlatma	Hiçbir Zaman	29	6,04
	Haftada 1 -	79	16,46
	Haftada 1-2 kez	143	29,79
	Haftada 3-5 kez	122	25,42
	Haftada 5 +	107	22,29
		Ort. ± SS	Min-Maks
Eşinizle İlişki Düzeyi		9,01±1,70	0-10
Gebelik Süreci Eş Destek Düzeyi		8,89±2,00	0-10

Gebelik Süreci Sosyal Destek Düzeyi	7,42±2,40	0-10
-------------------------------------	-----------	------

4.3. Gebelikte Ortoreksiya Nervoza Eğilimini Etkileyen Çevresel ve Bireysel Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalaması Tablo 9’da gösterilmiştir. Annelik Algısı alt boyut ortalaması 26.01±3.02 olarak saptandı. Minimum değer 11 ve maksimum değer 28’dir. Bu ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's Alpha değeri 0.84’dir. Beden Algısı alt boyut ortalaması olarak 9.50±3.79 olarak tespit edildi. Bu ölçüm için minimum değer 5 ve maksimum değer 20’dir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's Alpha değeri 0.84’dür.

ORTO-11 ölçeği puanı ortalaması 27.39±4.61 olarak tespit edildi. Minimum değer 15 ve maksimum değer 42’dir. Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.81’dir.

Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçeği (KPSÖ) puanı ortalama olarak 18.76± 2.73 olarak bulundu. Minimum değer 10 ve maksimum değer 28’dir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's Alpha değeri 0.94’dür.

Tablo 9. Ölçeklerin düzeylerine ilişkin frekans dağılımı

Değişken	Ort.	Min.	Maks	SS	Cronbach's Alpha
Annelik Algısı	26,01	11,00	28,00	3,02	0,846
Beden Algısı	9,50	5,00	20,00	3,79	0,843
ORTO-11 Ölçek	27,39	15,00	42,00	4,61	0,819
KPS Ölçek	18,76	10,00	28,00	2,73	0,940

ORTO-11 Ölçeği ile yaş ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki Tablo 10’da verilmiş olup, ORTO-11 Ölçeği ile kilo arasında pozitif ilişki ($r = 0.119$, $p = 0.009$), BKİ arasında pozitif ilişki ($r = 0.118$, $p = 0.010$), Gebelik Öncesi Kilo arasında pozitif ilişki ($r = 0.105$, $p = 0.022$) ve yaş, gebelik öncesi kilo alma, kilo verme değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 10. ORTO-11 Ölçeğinin antropometrik ölçümlerle ilişkisi

Değişken	İstatistik	ORTO-11 Ölçek
Yaş	R	-0,052
	P	0,260
Boy	R	-0,025

	P	0,589
Kilo	R	,119**
	P	0,009*
BKİ	R	,118**
	P	0,010*
Gecelik Öncesi Kilo	R	,105**
	P	0,022*
Gebelik Öncesi Kilo Alma	R	0,021
	P	0,642
Gebelik Öncesi Kilo Verme	R	-0,019
	P	0,671

* $p < 0,05$; r =korelasyon katsayısı

Tablo 11’de eğitim düzeyine göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F = 13.66$, $p = 0.001$). Gruplar arası fark analizine baktığımızda, ilkokul düzeyi (1) ile lisans/yüksekokul düzeyi (4) arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmektedir.

Tablo 11. ORTO-11 Ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Eğitim Durumu		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	İlkokul ⁽¹⁾	29,43	5,55	13,66	0,001*	4<1 4<2 4.3
	Ortaokul ⁽²⁾	28,88	4,16			
	Lise ⁽³⁾	28,21	4,69			
	Lisans/Yüksekokul ⁽⁴⁾	26,01	4,27			

* $p < 0,05$; F =ANOVA Testi, $Fark$ =Tukey Testi

Tablo 12’de çalışma durumuna göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t = 2.047$, $p = 0.041$). Çalışmayan gebelerin ORTO-11 ölçeği puanlarının çalışan gebelerden daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 12. ORTO-11 Ölçeği ile çalışma durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Çalışma Durumu		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Çalışmıyor	27,75	4,63	2,047	0,041*
	Çalışıyor	26,88	4,54		

* $p < 0,05$; t =Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 13’de aile tipine göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, Çekirdek Aile ve Geniş Aile grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t = -2.225$, $p = 0.027$). Geniş Aile grubunun ORTO-11 ölçeği puanlarının Çekirdek Aile grubundan daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Tablo 13. ORTO-11 Ölçeği ile aile tipi karşılaştırma

Değişken	Grup	Aile Tipi		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Çekirdek Aile	27,23	4,52	-2,225	0,027*
	Geniş Aile	28,75	5,20		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 14’de eş eğitim durumuna göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F = 9.604$, $p = 0.001$). Gruplar arası fark analizine baktığımızda, Lisans/Yüksekokul (5) düzeyinin İlkokul (2), Ortaokul (3) ve Lise (4) düzeylerine göre daha düşük ORTO-11 puanlarına sahip olduğu belirtilmektedir.

Tablo 14. ORTO-11 Ölçeği ile eş eğitim durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Eş Eğitim Durumu		ANOVA		Fark
		Ort.	SS	F	p	
ORTO-11 Ölçek	Okuryazar ⁽¹⁾	28,09	4,46	9,604	0,001*	5<2
	İlkokul ⁽²⁾	28,97	5,56			
	Ortaokul ⁽³⁾	28,82	4,63			
	Lise ⁽⁴⁾	27,80	4,27			
	Lisans/Yüksekokul ⁽⁵⁾	25,87	4,24			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 15’de yaşanılan yerlere göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F = 1.724$, $p = 0.161$).

Tablo 15. ORTO-11 Ölçeği ile yaşanılan yer durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Yaşanılan Yer		ANOVA		Fark
		Ort.	SS	F	p	
ORTO-11 Ölçek	Büyükşehir ⁽¹⁾	27,05	4,47	1,724	0,161	-
	Şehir ⁽²⁾	26,96	4,57			

İlçe ⁽³⁾	28,09	4,87
Köy ⁽⁴⁾	27,67	4,42

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 16’da aile gelir durumuna göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F = 0.035$, $p = 0.966$).

Tablo 16. ORTO-11 Ölçeği ile gelir durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Aile Gelir Durumu		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	İyi ⁽¹⁾	27,39	4,78	0,035	0,966	-
	Orta ⁽²⁾	27,39	4,52			
	Kötü ⁽³⁾	28,00	6,27			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 17’de sigara tüketme alışkanlığına göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F = 5.399$, $p = 0.001$) Gruplar arası fark analizine baktığımızda, Evet (1) sigara tüketme grubunun Hayır (2) sigara tüketme grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek ORTO-11 ölçeği puanlarına sahip olduğu belirtilmektedir.

Tablo 17. ORTO-11 Ölçeği ile sigara tüketme durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Sigara Tüketme		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Evet ⁽¹⁾	29,90	3,85	5,399	0,001*	1>2
	Hayır ⁽²⁾	27,06	4,64			
	Nadiren ⁽³⁾	27,11	4,67			
	Gebelikte Bıraktım. ⁽⁴⁾	28,63	4,11			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 18’de psikiyatrik hastalık durumuyla ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($t = -0.986$, $p = 0.324$).

Tablo 18. ORTO-11 Ölçeği ile psikiyatrik tedavi görme karşılaştırma

Değişken	Grup	Psikiyatrik Hastalık Durumu	t testi		
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	26,37	5,31	-0,986	0,324
	Hayır	27,43	4,58		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 19’da kronik hastalık durumuyla ilgili ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t = 1.752$, $p = 0.08$). Kronik hastalığı olmayan grubun ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri daha düşük olarak saptandı.

Tablo 19. ORTO-11 Ölçeği ile kronik hastalık durumu karşılaştırma

Değişken	Grup	Kronik Hastalık Durumu		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	28,43	4,71	1,752	0,08
	Hayır	27,26	4,59		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 20’de ORTO-11 Ölçeği ile evlilik süresi ve fiziksel aktivite değişkenleri arasındaki ilişkisi incelendiğinde; evlilik süresi ile ORTO-11 ölçeği arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0.096$, $p = 0.036$). ORTO-11 ölçeği fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 20. ORTO-11 Ölçeği ile evlilik süresi ve fiziksel aktivite değişkenleri arasındaki ilişkisi

Değişken	İstatistik	ORTO-11 Ölçek
Evlilik Süresi	R	0,096
	P	0,036
Fiziksel Aktivite Düzeyi	R	0,028
	P	0,541

* $p < 0,05$; $r = \text{korelasyon katsayısı}$

Tablo 21’de ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süresince bulantı ve kusma yaşama durumu arasındaki ilişkisi incelendiğinde; gebelik süresince bulantı ve kusma yaşayan durumu ile ORTO-11 ölçeği arasında anlamlı farklar vardır ($F = 3.54$, $p = 0.030$). İlk trimestirdan

başlayıp halen sürekli bulantı ve kusma yaşayan gebelerin ON skoru daha düşük olarak saptandı.

Tablo 21. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci bulantı kusma durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik Süresince Bulantı Kusma		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Evet, İlk trimestırda (1)	27,04	4,80	3,54	0,030*	2<3
	Evet, devam ediyor (2)	26,95	4,38			
	Hayır (3)	28,20	4,41			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 22’da ORTO-11 Ölçeği ile bu gebeliğinde problem yaşama durumu arasındaki ilişkisi incelendiğinde; "Bu Gebelik Problem Yaşama" durumuna göre, değişkenler arasında ORTO-11 ölçeği açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t = -1.194$, $p = 0.233$).

Tablo 22. ORTO-11 Ölçeği ile bu gebelikte problem yaşama durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Bu Gebelik Problem Yaşama		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	26,96	4,48	-1,194	0,233
	Hayır	27,54	4,65		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 23’de ORTO-11 Ölçeği ile bu gebelikte sağlık kuruluşlarına gitme durumları incelendiğinde; "Gebelik Sürecinde Sağlık Kuruluşuna Kontrol İçin Gitme" durumuna göre, gruplar arasında ORTO-11 ölçeği açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F = 0.921$, $p = 0.452$).

Tablo 23. ORTO-11 Ölçeği ile bu gebelikte sağlık kuruluşlarına gitme durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik Sürecinde Sağlık Kuruluşuna		ANOVA	
		Ort.	SS	F	p

		Kontrol		İçin		
		Gitme				
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Bir ⁽¹⁾	28,40	4,10	0,921	0,452	-
	İki ⁽²⁾	26,54	4,25			
	Üç ⁽³⁾	27,53	5,02			
	Dört ⁽⁴⁾	28,59	4,78			
	Beş ve üzeri ⁽⁵⁾	27,28	4,60			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 24’de ORTO-11 Ölçeği ile planlı gebelik durumları incelendiğinde; "Planlı Gebelik" durumuna göre, gruplar arasında ORTO-11 ölçeği açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t = -1.621$, $p = 0.107$).

Tablo 24. ORTO-11 Ölçeği ile planlı gebelik durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Planlı Gebelik		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	27,19	4,44	-1,621	0,107
	Hayır	28,05	5,11		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 25’de ORTO-11 Ölçeği ile spontan gebelik durumları incelendiğinde; "Spontan Gebelik" durumuna göre, gruplar arasında ORTO-11 ölçeği açısından anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Spontan gebelik yaşayanların ORTO-11 ölçeği puanları daha yüksektir ($t = 3.471$, $p = 0.001^*$).

Tablo 25. ORTO-11 Ölçeği ile spontan gebelik durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Spontan Gebelik		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	27,69	4,60	3,471	0,001*
	Hayır	25,64	4,30		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 26’de verilmiş olup, ORTO-11 Ölçek ile gebelik sayısı arasında pozitif ilişki ($r = 0.126$, $p = 0.006$), yaşayan çocuk sayısı arasında pozitif ilişki ($r = 0.128$, $p = 0.005$), gebelik süreci korku düzeyi arasında negatif ilişki ($r = -0.167$, $p = 0.000$) ve gebelik süreci sağlık endişesi arasında

negatif ilişki ($r = -0.124$, $p = 0.006$) saptandı. ORTO-11 ölçek ile gebelik süreci uyku sorunu, gebelik haftası, gebelik süreci anksiyete düzeyi, gebelik süreci stres seviyesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 26. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci özellikleri ilişkisi

Değişken	ORTO-11 Ölçek
GS Uyku Sorunu Düzey	r -0,042 p 0,359
Gebelik Haftası	r 0,049 p 0,282
Gebelik Sayısı	r ,126** p 0,006*
Yaşayan Çocuk Sayısı	r ,128** p 0,005*
GS Anksiyete Düzeyi	r -0,080 p 0,078
GS Stres Seviyesi	r -0,051 p 0,263
GS Korku Düzeyi	r -,167** p 0,000*
GS Sağlık Endişe Düzeyi	r -,124** p 0,006*

* $p < 0,05$; r =korelasyon katsayısı; GS=Gebelik Süreci

Tablo 27’de ORTO-11 ölçeği ile diyet uygulama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Bu, diyet alışkanlıklarının bireylerin ortorektik eğilimlerini etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 27. ORTO-11 Ölçeği ile diyet uygulama durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Diyet Uygulama		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	27,00	5,90	-0,31	0,757
	Hayır	27,40	4,58		

* $p < 0,05$; t =Bağımsız Örneklem t testi

Tablo 28’de vejeteryanlık durumu "Evet" ve "Hayır" grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 28. ORTO-11 Ölçeği ile vejateryanlık durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Vejateryanlık Durumu		t testi	
		Ort.	SS	t	p
ORTO-11 Ölçek	Evet	26,77	4,68	-0,493	0,622
	Hayır	27,41	4,62		

* $p < 0,05$; $t = \text{Bağımsız Örneklem } t \text{ testi}$

Tablo 29’da gebelikte beslenme değişikliği grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 29. ORTO-11 Ölçeği ile gebelikte beslenme değişiklik durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik Beslenme Değişiklik		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Hayır ⁽¹⁾	27,83	4,67	1,519	0,17	-
	Canım ne isterse onu yiyorum ⁽²⁾	27,89	4,41			
	Et ve et ürünleri arttı ⁽³⁾	27,14	4,51			
	süt ve süt ürünleri arttı ⁽⁴⁾	26,65	4,25			
	Tatlı arttı ⁽⁵⁾	25,86	6,29			
	her şey arttı ⁽⁶⁾	26,97	4,57			
	Diğer ⁽⁷⁾	26,39	5,00			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 30’da takviye gıda kullanımı grupları ile ORTO-11 ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Gebelikte Bıraktım" grubu ile "Kullanmıyorum" grubu arasında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 30. ORTO-11 Ölçeği ile takviye gıda kullanma durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Takviye Gıda Kullanma		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Gebelikte Devam Ediyorum. ⁽¹⁾	26,13	4,55	3,864	0,009*	2<4
	Gebelikte Bıraktım. ⁽²⁾	24,62	3,55			
	Gebelikte Başladım. ⁽³⁾	26,52	4,61			
	Kullanmıyorum. ⁽⁴⁾	27,74	4,60			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 31’de gebelik sürecinde kafein tüketme sıklığı grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Hiçbir Zaman" grubu ile "Ara Sıra" ve "Her zaman" grupları arasında anlamlı farklar vardır.

Tablo 31. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci kafein tüketme durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik Süreci Kafein Tüketme		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Hiçbir Zaman ⁽¹⁾	25,75	4,36	3,795	0,005*	1<3 1<5
	Nadiren ⁽²⁾	27,38	4,61			
	Ara Sıra ⁽³⁾	27,97	4,37			
	Sık Sık ⁽⁴⁾	26,69	5,53			
	Her Zaman ⁽⁵⁾	29,26	4,38			

* $p < 0,05$; $F=ANOVA$ Testi, $Fark=Tukey$ Testi

Tablo 32’da doğum hazırlık kurslarına katılım grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 32. ORTO-11 Ölçeği ile doğum hazırlık kurslarına katılım durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Doğum Hazırlık Kurslarına Katılım		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Hayır ⁽¹⁾	27,45	4,63	1,903	0,128	-
	Daha önce katılmışım. ⁽²⁾	26,36	4,96			
	Düşünmüyorum ⁽³⁾	25,13	4,45			
	Evet ⁽⁴⁾	28,00	4,26			

* $p < 0,05$; $F=ANOVA$ Testi, $Fark=Tukey$ Testi

Tablo 33’da gebelik ile ilgili bilgi toplama sıklığı grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Hiçbir Zaman" grubu ile "Ayda 4 kez" ve "Ayda 4+" grupları arasında anlamlı farklar vardır.

Tablo 33. ORTO-11 Ölçeği ile gebelikle ilgili bilgi toplama durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik ile İlgili Bilgi Toplama		ANOVA		
		Ort.	SS	F	p	Fark

ORTO-11 Ölçek	Hiçbir Zaman ⁽¹⁾	28,88	5,02	7,598	0,001*	1>4 1>5
	Ayda bir ya da daha az ⁽²⁾	28,04	4,46			
	Ayda 2-3 kez ⁽³⁾	28,13	4,51			
	Ayda 4 kez ⁽⁴⁾	26,45	4,20			
	Ayda 4+ ⁽⁵⁾	25,91	4,32			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 34’de gebelik sürecinde kendini rahatlatma sıklığı grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 34. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süreci kendini rahatlatma durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik Süreci Kendini Rahatlatma ANOVA				
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Hiçbir Zaman ⁽¹⁾	28,83	4,62	1,668	0,156	-
	Haftada 1 – ⁽²⁾	27,57	4,46			
	Haftada 1-2 kez ⁽³⁾	27,61	4,61			
	Haftada 3-5 kez ⁽⁴⁾	27,40	4,94			
	Haftada 5 + ⁽⁵⁾	26,57	4,27			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 35’de gebelik ile ilgili arkadaş ve aile ile konuşma sıklığı grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Hiçbir Zaman" grubu ile diğer gruplar arasında anlamlı farklar vardır.

Tablo 35. ORTO-11 Ölçeği ile gebelik ile ilgili arkadaş ve aile ile konuşma durumları karşılaştırma

Değişken	Grup	Gebelik ile ilgili Arkadaş ve Aile ile Konuşma ANOVA				
		Ort.	SS	F	p	Fark
ORTO-11 Ölçek	Hiçbir Zaman ⁽¹⁾	28,69	5,43	4,451	0,002*	5<1 5<2
	Haftada 1 – ⁽²⁾	28,31	4,47			
	Haftada 1-2 kez ⁽³⁾	27,61	4,10			
	Haftada 3-5 kez ⁽⁴⁾	27,51	4,87			
	Haftada 5 + ⁽⁵⁾	26,29	4,59			

* $p < 0,05$; $F = \text{ANOVA Testi}$, $Fark = \text{Tukey Testi}$

Tablo 36’da eşinizle ilişki durum düzeyi ile ORTO-11 ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r = -0,122$, $p < 0,007$). GS Eş Destek Düzeyi ile ORTO-11 ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r = -0,138$, $p < 0,002$). GS Sosyal Destek Düzeyi ile ORTO-11 Ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r = -0,116$, $p < 0,011$).

Tablo 36. ORTO-11 Ölçeği ile Eşle ilişki düzeyi, GS Eş Destek ve Sosyal Destek Düzeylerini karşılaştırma

Değişken		ORTO-11 Ölçek
Eşinizle İlişki Durum Düzeyi	r	-,122**
	p	0,007*
GS Eş Destek Düzeyi	r	-,138**
	p	0,002*
GS Sosyal Destek Düzeyi	r	-,116*
	p	0,011*

* $p < 0,05$; r =korelasyon katsayısı; GS=Gebelik Süreci

Tablo 37’de annelik algı düzeyleri ile ORTO-11 düzeyleri ile negatif yönlü ($r=-0,099$), bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Beden algı düzeyleri ile ORTO-11 düzeyleri ile bir ilişki yoktur ($p > 0,05$). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği ile ORTO-11 ölçeği arasında bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 37. ORTO-11 Ölçeği ile Ölçek düzeyleri arası ilişki

Değişken		Annelik Algısı	Beden Algısı	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçek
ORTO-11 Ölçek	r	-,099**	-0,054	0,065
	p	0,031*	0,237	0,155

* $p < 0,05$; r =korelasyon katsayısı;

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, gebelerin tanıtıcı özelliklerine, yaş ve antropometrik ölçümleri, sosyo-demografik özellikleri, gebelik süreçlerine özgü özelliklerine, gebelik ve beslenme süreci özelliklerine, sağlıklı beslenme takıntısı durumlarına ilişkin veriler değerlendirmeye alınmıştır.

5.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Bu çalışmada, gebelerin yaş ortalamaları 28.79 ± 5.02 yıl olup, gebelerin en küçük yaşı 18, en büyük yaş 45'dir. Ankara ilinde yapılan bir araştırmada gebe olan ve olmayan kadınlarda ortoreksiya nervoza yeme tutumu ve anksiyete ilişkisinin değerlendirilmesinde; araştırmaya katılan 131 gebenin yaş ortalaması 29.23 ± 5.52 yıl bulunmuştur (Balkı, 2021). Gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada kişilerin %76.2'si 30 yaş altındadır (Mermer vd., 2010). Akça vd. (2020), çalışmaya katılan 150 gebenin yaş ortalaması 28.77 ± 5.479 'dır ve gebelerin en küçük yaşı 17, en büyük yaş da 42'dir. Looman vd. 2019'da doğurganlık çağındaki kadınlar ve gebelerle yaptığı çalışmada katılımcıların ($n = 105$) ortalama 31.9 yaşında olduğu tespit edilmiştir. Güleç vd. 2014'de 214 gebe ile yürüttüğü bir araştırmada yaş ortalaması 26.99 ± 5.18 bulunmuştur. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerinde, yaşa özel en yüksek doğurganlık hızının, 25-29 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir. Gebelerin yaş ortalamalarına ilişkin bulgularımız TNSA 2018 sonuçları ile ve literatürle benzerlik göstermekte olup, anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ortalama kilo 76.72 ± 14.05 (50-130) kilogram ve ortalama gebelik öncesi kilo 67.39 ± 14.81 (41-126) kilogramdır. Gebelikte ortalama BKİ 29.28 ± 5.10 ve gebelik öncesi ortalama BKİ 25.7 ± 5.32 'dir. Dünya Sağlık Örgütüne göre BKİ'nin 18.5-24.9 kg/m^2 arasında olması normal kilo, 25-29.9 kg/m^2 fazla kilolu, 30'un üzerinde olması ise obez olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2023). Ortalama gebelikte kilo alma 9.51 (0-30) kilogramdır. Ortalama gebelikte kilo verme 0.11 kilogramdır. Çalışmamızla benzer olarak; Can vd. (2019)'da yaptığı çalışmada gebelik dönemindeki BKİ 27.9 olarak rapor etmiştir. Öztürk vd. (2019) gebelik öncesi kilo ortalamalarının 63.6 ± 12.3 ve gebelikteki kilo ortalamalarının da 74.7 ± 12.4 olduğu görülmektedir. Gebelik boyunca aldıkları kilo ortalamasının 11.9 ± 5.5 olduğu saptanmıştır. Kırman vd. (2023), gebeler ile yaptıkları çalışmada ortalama BKİ 29.2 kg/m^2 'dir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak, Gür ve

Pasinlioğlu'nun (2020) çalışmasında gebelik öncesi BKİ ortalaması 22.3 ± 3.4 ; gebelikteki BKİ'si 24.8 ± 3.8 olarak bulunmuştur. Literatürdeki bu farklılığın farklı örneklem gruplarında yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin eğitim seviyeleri; lisans/yüksekokul mezunu (%45.6), ardından lise mezunları (%30.6) ve ortaokul mezunları (%19.3) görülmektedir. Looman vd. (2019)'nın çalışmasında gebelerin %61'inin yüksek eğitim seviyesine sahip ve %32.1'inin de çalıştığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada araştırmaya katılan gebelerin %46.6'sının üniversite ve üzeri eğitim aldığı bildirilmiştir (Balkı, 2021). Mermer vd. (2010)'nın yaptığı çalışmada %38.1'i lise ve üzeri öğrenim görmüştür. Bayram vd. (2021) gebelerin eğitim durumunun, üniversite ve üzeri öğrenim görenlerin %56.7, lise ve altı eğitim seviyesine sahip olanların %43.3 olduğunu rapor etmiştir. TNSA (2018) verilerinde kadınların ilkokul ve üzerini okuma oranı %75'dir. TNSA 2018 verilerinde toplam doğurganlık hızı okuryazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş kadınlarda yüksek iken (4.2), lise ve üzeri öğrenim gören kadınlarda düşüktür (1.8). Gebelerin eğitim seviyesinin artmasıyla sağlık konusunda farkındalık düzeyinin artacağı sağlığı üzerinde daha çok kontrol sahibi olacağı ve sağlık personeliyle daha fazla iş birliği yapacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların % 100'ünün evli olduğu bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak, Bayram vd. (2021) yaptığı çalışmada gebelerin %97.9'unun evli, %2.1'i bekar ya da boşanmıştır (Bayram vd., 2021). Ülkemizin geleneksel yapısının baskın olması ile evlilik dışı gebeliğe çok nadiren rastlanmaktadır.

Çalışmamızda gebelerin %58.1'inin ev hanımı olduğu, %41.8'inin herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak; Looman vd. (2019)'nın çalışmasında gebelerin %32.1'i çalışmaktadır. Güleç vd. 2014' de, katılımcıların %82.7'si çalışmamaktadır. Mermer vd. (2010)'nın yaptığı çalışmada gebelerin %82.4'ü çalışmamaktadır. Altınparmak'ın (2006) Manisa ilinde yaptığı çalışmasında gebelerin %87'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışma bulgularımızla benzer olarak; Balcı vd. (2005) yaptığı çalışmada gebelerin %67.6'sının ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. TNSA (2018) verilerinde kadınların çalışma oranı %32'dir. Çalışmalardaki farklılıklar; alınan örneklemelerin farklı zaman ve bölgelerden olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda aile tipi olarak, %89.3'i çekirdek aile, %10.6'sı geniş aile yapısına sahiptir. Gür ve Pasinlioğlu'nun (2020) çalışmasında, gebelerin %73.4'ü çekirdek aile yapısına

sahiptir. Coşkun ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında %81.4'ü çekirdek aile yapısındadır. Tarhan ve Yılmaz'ın (2016) çalışmasında %84.9'u çekirdek aile yapısındadır. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda büyükşehirde yaşayan katılımcı sayısı (%18.9), şehirde yaşayan (%37.7), ilçede (%25.2), veya köyde (%18) yaşayanlardan daha fazla olarak saptandı. Başka bir çalışmada şehirde yaşayan katılımcı sayısı %67.5, köyde yaşayan %12.3, ilçede yaşayan %19.7 olduğu görülmektedir (Coşkun vd., 2020). Erdemoğlu vd. (2018), çalışmalarında ilde yaşayan %53.9, ilçede yaşayan %24.8 ve köyde yaşayan da %21.3 olduğu bulunmuştur. Verilerimizle farklılık gösteren bu sonuç, çalışmanın yürütüldüğü bölge ve gebelerin sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılık ile açıklanabilir.

Bu çalışmada aile gelir durumu, %65.8 orta seviye, %33.3 iyi seviye olarak görülmektedir. Çalışmamızla benzer olarak; Güleç vd. 2014' de, katılımcıların, %66.8'inin gelir seviyesi ortadır, %22'sinin geliri ise yüksektir. Coşkun vd. (2020) gebelerle yaptığı çalışmasında, %28'i gelir giderden az, %64'ü gelir gidere denk ve %8'inde ise gelir giderden fazla cevabını vermiştir. Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin %80'i sigara kullanmamaktadır, %8.1'i sigara kullandığını, %6.2'si gebelikte bıraktığını, %5.6'sı nadiren kullandığını belirtmiştir. Çalışmamızla benzer olarak; Gözüyeşil ve Öztürk'ün 2022'de gebelerle yaptığı çalışmada %85.5'inin sigara içmediği, %14.5'inin sigara içtiği görülmektedir. Sonuçlarımızdan farklı olarak; Noğay'ın (2011), çalışmasında %58.5'i sigara içmediklerini, % 10'u ise bazen içtiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda yer alan gebelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasının sigara kullanmama da etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Gebelerin Gebelik Süreçlerine Özgü Özelliklerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Çalışmamızda gebelik haftası ortalaması 29.6 (5-41), ortalama gebelik sayısı 1.89, ortalama yaşayan çocuk sayısı 0.69 olarak saptandı. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınlar doğurganlık döneminin sonuna kadar ortalama 2.7 çocuk doğurmakta ve 2.6'sı hayatta kalmaktadır. 15-49 yaş aralığındaki evli kadınlar ise 2.4 doğum yapmaktadır. Öztürk vd. 2019' da gebelik sayısı ortalamalarını 2.1 ± 0.9 : yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 1 ± 0.9 ve doğum sayısı ortalamasının 1.1 ± 1 olduğu görüldü ve

%34.3'ünün çocuk sahibi olmadığı belirlendi. Sis Çelik ve Atasever (2020) yaptığı çalışmada gebelerin gebelik haftası ortalaması 35.20 ± 4.07 olarak bulundu. Gebelerin ortalama gebelik sayısı 1.78 ± 1.19 'dir. Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.52 ± 1.00 'dir. Bulgularda farklılıklar görülmesi bölgenin sosyokültürel özellikleri ile açıklanabilir.

Bu çalışmada %67.9 (ilk trimesterde yaşayan ve halen devam edenler) oranında bulantı-kusma yaşadıkları, %32'sinin sorun yaşamadığı görülmektedir. Gökdemir vd. (2021)'de çalışmalarında yaklaşık %60 oranında aşırı bulantı ve kusma yaşadığını rapor etmiştir. Karaçam ve Özçelik'in (2014) çalışmasında %66.1'inin bulantı ve kusma yaşadığı saptanmıştır. Gebeler ile yapılan bir çalışmada en çok %34.7 oranında bulantı, %10.9'unun kusma ve %35.6 oranıyla da bulantı-kusma sorunu yaşadıkları bulunmuştur (Ege vd., 2005). Literatürle bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin %74.7'sinin gebelikte problem yaşamadığı ve %25.2'sinin problem yaşadığı görülmektedir. Çalışmamızla benzer olarak; Gökdemir vd. (2021)'de gebelerin %33.1'inin sağlık problemi yaşadığını, %66.9'unun ise sorun yaşamadığını bulmuştur. Coşkun vd. (2020)'deki çalışmalarındaki katılımcıların %30.2'si bu gebeliğinde sorun yaşamıştır. Sis Çelik ve Atasever'in (2020) çalışmasında gebelerin %53.4'ü gebelikte herhangi bir problem yaşamamıştır. Babacan-Gümüş vd. (2011) çalışmasında %23.3'ünün gebelik sürecinde bir sağlık sorunu yaşadığı görülmüştür. Sonuçlarımızdan farklı olarak yapılan bir başka çalışmada gebelerin %99.8'inin gebelikleri süresince bir ve daha fazla sık karşılaşılan yakınma ile karşılaştıkları saptanmıştır (Karaçam ve Özçelik, 2014). Bu farklılıklar çalışmaların örneklem gruplarından kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların çoğu (%83.7), gebelik süreci boyunca beş veya daha fazla kez sağlık kuruluşuna kontrol için gittiğini ifade etti. Sis Çelik ve Atasever'in (2020) çalışmasında gebelerin %57.7'si gebeliği boyunca 8'in üzerinde doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Bu çalışmada katılımcıların %76.4'ünün gebeliğin planlı olduğunu, geri kalan %23.5'in ise planlı olmadığı ve katılımcıların %85.4'ünün spontan gebelik olduğu belirlendi. Coşar Çetin vd. (2017) çalışmasında gebelerin %89.1 isteyerek gebe kaldığı görülmektedir. Babacan-Gümüş vd. (2011) çalışmasında, kadınların %80.7'si gebeliklerini planlamış olduklarını belirtmiştir. Coşkun vd. (2020)'deki çalışmalarındaki katılımcıların %68.3'ü planlayarak gebe kalmıştır. Çalışmamızda literatürle benzer

olarak katılımcıların çoğunun düzenli kontrol için sağlık kuruluşuna başvurduğu ve gebeliğin planlı olduğu görülmektedir. Bu durumun anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada gebelerin %77.5'i takviye gıda kullanmadığını, %19.7'si gebelikte kullandığını ve %2.71'i gebelikte bıraktığını ifade etmiştir. Ege vd. (2005)'nin gebelerle çalışmasında %46.5 oranında vitamin ve mineral desteği alırken, %53.5'i kullanmadığını ifade etmiştir. Adıgüzel (2015) gebelerin vitamin mineral kullanımının %100 olduğunu, bitkisel destek kullanımının %22.2'sinin kullandığını, %77.8'inin kullanmadığını saptamıştır. Çalışmamızda takviye gıda kullanımının diğer araştırmalara göre düşük olduğu görülmektedir. Gebelerin takviye edici gıdalarla ilgili gebelik döneminde güvenilirliği ile ilgili endişe duyduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %2.71'inin diyet yaptığı, %97.2'sinin diyet yapmadığı görülmektedir. Can vd. (2019) 118 gebe ile yaptığı çalışmada katılımcıların %97.5'inin diyet programı uygulamadığı belirlenmiştir. Babacan-Gümüş vd. (2011) gebelerin %4.7'si gebelik sürecinde diyet yaptığı sonucuna ulaşmıştır. Bulgularımız literatürle uyumludur.

5.3. Gebelerin Kendilerini Algılama, Kısa Psikolojik Sağlamlılık ve Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeklerine İlişkin Bulgularının Tartışması

Araştırmamızda Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ) alt boyutlarından "Annelik Algısı" alt boyut ortalaması 26.01±3.02; "Beden Algısı" alt boyut ortalaması olarak 9.50±3.79 olarak tespit edildi. Gebeliğe ait annelik algısı alt boyutundan alınan puanlar yükseldikçe annelik algısı düzeyi yükselirken, gebeliğe ait beden algısı alt boyutundan alınan puanlar yükseldikçe beden algısı düzeyi azalmaktadır (Kumcağız vd., 2017). Tosun Güleroğlu ve Uludağ'ın (2022) yaptığı çalışmada annelik algısı alt boyutu puanı 22.89 ± 6.42 ve beden algısı alt boyutu puanı 14.51±4.63'dür. Ersanlı Kaya ve Atasever (2022) 305 gebe ile gerçekleştirdiği çalışmada; annelik algısı puanı 27.02±2.00 ve beden algısı puanı 7.54±3.19'dur. Alkin ve Beydağ (2020) çalışmasında; annelik algısı puan ortalamasını 19.54±5.07 ve beden algısı puan ortalamasını ise 13.16±3.96 olarak bulmuşlardır. Coşkun vd. (2020) ise gebelerin annelik algısı puan ortalamasını 25.82±2.87 ve gebeliğe ait beden algısı puan ortalamasını 9.41±3.67 olarak saptamışlardır. Dursun ve Beydağ'ın (2023) çalışmasında "Annelik Alt Boyutu" 25.07±1.39 olarak; "Beden Algısı Alt Boyutu" puanı 7.80±2.08'dir. Düzbayır vd. (2023)

329 gebe ile gerçekleştirdiği çalışmada annelik algısı puanı 26.76 ± 1.87 ve beden algısı puanı 16.62 ± 3.70 'dir. Sonuçlarımız literatürle uyumlu olarak; gebe kadınların annelik algı durumlarının yüksek olduğu, beden algılarının ise olumlu olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda Kısa Psikolojik Sağlamlık ölçeği puan ortalaması 18.76 ± 2.73 olarak saptandı. Çalışmamızla benzer olarak; Dilcen vd. (2021)'de gebelikte sigara kullanımının psikolojik sağlamlıkla ilişkisini değerlendirmiş ve çalışmasında gebelerin KPSÖ ölçek puanı 18.08 ± 4.63 tespit etmiştir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; Karagöz'ün (2022) gebelerle yaptığı çalışmasında KPSÖ puanı 2.76 ± 1.01 olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde psikolojik sağlamlık kavramına yönelik özellikle gebelik dönemine özgü araştırmalar oldukça sınırlı olup, genellikle çocukluk, ergenlikte araştırılmış ve yetişkinlikte de meslek gruplarına ve travmatik strese maruz bireylere yönelik yapılmıştır.

Araştırmamızda ORTO-11 ölçeği puanı ortalaması 27.39 ± 4.61 olarak tespit edildi. Ormancı'nın (2022) 20-40 yaş arasındaki kadınlarda beslenme alışkanlıkları ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmada ORTO-11 ölçek puanı ortalamaları 26.73 ± 3.27 bulunmuştur. Altınar'ın (2019) gebelerde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada katılımcıların ORTO-11 Ölçeği ortalama puanını 24.91 ± 4.14 olarak bulmuştur. İpkırmaz ve Saka'nın (2020) gebelerde ortoreksiya nervoza ilişkisinin değerlendirilmesinde ORTO-15 ölçeğini kullandığı çalışmasında gebelerin ORTO-15 puan ortalamaları 36.27 ± 3.76 olarak bulunmuştur. Gebeler üzerinde ortoreksiya nevroza yönelik çalışmalar çok sınırlı olup, bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

5.4. Ortoreksiya Nervozayı Etkileyen Çevresel ve Bireysel Faktörlere İlişkin

Bulguların Tartışması

Çalışmamızda, ORTO-11 ölçek puanı ile kilo ($r = 0.119$, $p = 0.009$), BKİ ($r = 0.118$, $p = 0.010$), gebelik öncesi kilo ($r = 0.105$, $p = 0.022$) arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmaktadır. Literatürde birçok çalışmada beden kitle indeksinin ON eğiliminde etkili olmadığı bulunmuştur (Donini vd. 2004; Arusoğlu 2006; Bağcı Bossi vd. 2007; Aksoydan ve Camcı 2009; Altınar, 2019). ABD'de Oberle vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada, kilo verme ve sağlıklı bir vücut imajı kazanma içinde olan obez kişiler arasında ON prevalansının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. ABD'de 448 üniversite öğrencisinin katıldığı bir anket, en yüksek ON eğilimlerinin fazla kilolu/obez öğrencilerde olduğunu bildirmişlerdir (Bundros vd., 2016). Arusoğlu vd. (2008) yaptığı

çalışmada OKB eğilimi daha fazla olan kişilerde BKİ yükseldikçe ON eğilimlerin arttığı bildirilmiştir (Arusoğlu, 2008). Yapılan çalışmalarda ON eğiliminde olan kişilerde kilo veya beden imajı kaygıları görülmüş ve fazla kilolu bireyler oldukları rapor edilmiştir (Fugh, 2001). Çalışmaların aksine sonuçlarımıza göre gebelerin BKİ yükselmesi ON eğilimi azalmaktadır. Bu sonuç aslında yeme bozukluklarının doğası gereği BKİ düşük olması beklenen diğer yeme bozukluklarına (anoreksia nevroza, bulimia vs.) eğilimi olan bireylerde ON eğiliminin artması beklentisi sonuçlarımızla doğru orantılı olarak bulunması bu durumu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F = 13.66$, $p = 0.001$). Gruplar arası fark analizine baktığımızda, ilkökul düzeyi ile lisans/yüksekokul düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu, lisans/yüksekokul düzeyinde ON eğilimin daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmamızda bir diğer eğitim değişkeni olan eş eğitim düzeyi incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F = 9.604$, $p = 0.001$). Gruplar arası fark analizine baktığımızda, lisans/yüksekokul düzeyinin daha düşük ORTO-11 puanlarına sahip olduğu saptandı. Literatürde eğitim düzeyi ile ON arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar olduğu gibi, olmadığını rapor eden çalışmalara da rastlanmıştır. Altınar (2019) gebelerle gerçekleştirdiği ve Ormancı (2022) kadınlarla gerçekleştirdiği çalışmada, eğitim düzeyi ile ON arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Altınar, 2019; Ormancı, 2022). Yine başka bir araştırmada da ON eğiliminin öğrenim düzeyi ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Aksoydan ve Camcı 2009). Arusoğlu (2006) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düştükçe ON eğiliminin daha yüksek, Arusoğlu vd. (2008) yaptığı başka bir çalışmada lisansüstü eğitim alanların ON eğilimin daha düşük olduğunu bildirilmiştir (Arusoğlu 2006; Arusoğlu vd. 2008). Chaniotis vd. (2011), tarafından yapılan bir çalışmada ortorektik davranışın yüksek eğitim düzeyindeki (%16,2) kadınlarla ilgili olduğunu rapor etmiştir. Eğitim düzeyinin ON ile ilişkisini belirlemek için yapılan çalışmalarda; gelir ve eğitim düzeyinin yükselmesi ile daha pahalı ve besin değeri yüksek ürünleri satın alma alışkanlıklarındaki eğilimin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Chaniotis vd., 2011; Hyrnik vd., 2016). Eğitim düzeyine bakıldığında, yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerde, besin değeri yüksek, pahalı ürünlere daha kolay erişilebildiğinden ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde ON prevalansının daha yüksek olduğuna dair göstergeler bulunmaktadır (Hyrnik vd., 2016). Bu savın sonuçlarımız içinde geçerli olduğu düşüncesindeyiz.

Araştırmamızda çalışma durumuna göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t = 2.047$, $p = 0.041$). Çalışmayan gebelerin ORTO-11 ölçeği puanlarının çalışan gebelerden daha yüksek olduğu saptandı. Çalışma sonuçlarımıza uyumlu olarak; Altınır (2019) gebelerle yaptığı çalışmada çalışanların çalışmayanlara kıyasla ON eğilimlerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir ($p < 0.05$). Bununla birlikte Ormancı (2022) ve Ergin (2015)'nin gerçekleştirdiği çalışmalarda çalışma durumunun ON eğilimini etkilemediği bildirilmiştir (Ergin, 2015; Ormancı 2022). Literatürde kadınların gebelik sürecinde iş hayatlarını sürdürmeleri ON eğilim üzerinde etkili olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda aile tipine göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, çekirdek ve geniş aile grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t = -2.225$, $p = 0.027$). Çekirdek aile grubunun ON eğiliminin daha yüksek olduğu saptandı. Bu konuda literatürde çalışmalarda yer verilmemiş olması bulgumuzun özgünlüğüdür. Bu durumun çekirdek aile durumunda bireylerin sosyal çevre etkileşimin daha fazla olması ve bunun etkisi olmasının muhtemel olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sigara tüketme alışkanlığına göre ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F = 5.399$, $p = 0.001$). Gruplar arası fark analizine baktığımızda, sigara tüketmeyen grubun ON eğiliminin daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızla benzer olarak; Fidan vd. (2010) çalışmalarında sigara içmeyenlerin ON eğiliminin daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (Fidan vd., 2010). Ormancı (2022) çalışmasında ON ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir ($p < 0,05$). Farklı çalışmalarda ise sigara kullanımının ON eğilimini etkilemediği bildirilmiştir (Aksoydan ve Camcı 2009; Varga vd, 2014; Ergin, 2015; Altınır, 2019). Literatürle desteklenen bulgumuza göre gebelikte sigara kullanmayan grubun ON eğiliminin artırmasını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkileşimi ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda kronik hastalık durumu ile ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t = 1.752$, $p = 0.08$). Kronik hastalığı olmayan grubun ON eğilimi daha yüksektir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; Arusoğlu (2006) ORTO-11 puanı ile hastalık durumu arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığını bildirmiştir (Arusoğlu, 2006). Yine Ormancı (2022) da sağlıklı ve ON eğilimli kadınların tanı almış hastalığı yönünden

incelendiğinde istatistiksel açıdan bir fark olmadığını bildirmiştir ($p>0.05$). Bu farklılığın bizim çalışmamızın gebeler üzerinde yapılmış olmasından yani örneklem farklılığından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ORTO-11 Ölçeği ile gebelik süresince bulantı ve kusma yaşama durumu arasındaki ilişkisi incelendiğinde; gebelik süresince bulantı ve kusma yaşama durumu ile ORTO-11 ölçeği arasında anlamlı fark görülmüştür ($F = 3.54$, $p = 0.030$). İlk trimestirden başlayıp halen sürekli bulantı ve kusma yaşayan gebelerin ON eğilimi daha yüksek olarak saptandı. Yeme bozukluğu olan kadınlarda hiperemesis riskinin yaklaşık iki katına çıktığı tespit edilmiştir (Mantel vd.,2020). Çalışmamızın da en önemli bulgusu olan bu çıktı, bu savı desteklemektedir.

Çalışmamızda ORTO-11 Ölçeği ile spontan gebelik durumları incelendiğinde; "Spontan Gebelik" durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Spontan gebelik yaşamayanların ORTO-11 ölçeği puanları daha düşük, yani ON eğilimi daha yüksektir. Literatürde infertilite sorunu yaşayanların çocuk sahibi olanlara kıyasla yaşamlarından memnuniyetsiz oldukları, yalnızlık yaşadıkları ve hayatı ilginç bulmadıkları belirtilmiştir. İnfertilite sorunu yaşayanlarda alkol ve ilaç kullanımı, yeme bozuklukları gibi durumlar görülmüştür (Oğuz 2004; Aliyeh ve Laya 2007). Bireyler haksızlık, umutsuzluk, hayal kırıklığı, denetimlerini kaybetme gibi duygu durumu değişiklikleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durumda göz önüne sermektedir ki; infertilite problemi basit bir jinekolojik sorun olmamakla birlikte özellikle kadınlar üzerinde biyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkilenmekte, sağlık ve kalitesinin düşmesine neden olan bir sorundur (Oğuz,2004; Aliyeh ve Laya 2007). Çalışma sonucumuzdan yola çıkarak; infertilite durumuyla başa çıkma yollarından biri olarak ON eğiliminin karşımıza çıktığını düşünmekteyiz. Ayrıca, gebe kalmak için uğraşan kadınlar sağlıklı yaşam ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmayı infertilite tedavisini destekleyici faktörler olarak görüyor olabilirler. Bu sebeple temiz beslenme, katkılı gıdalardan uzak durma gibi durumları abartılı bir şekilde uygulayarak ortoreksiya eğilimleri artırıyor olabildiği de düşünülmektedir.

Araştırmamızda, ON ile yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki ($r= 0.128$, $p=0.005$; $r = 0.126$, $p = 0.006$) olduğu görülmüştür. Çalışmamızla benzer olarak; McInerney-Ernst (2011) yaptığı çalışmada ise çocuksuz bireylerde ON semptomları daha yüksek görülmektedir (McInerney-Ernst, 2011). Çalışmamızdan farklı olarak; Arusoğlu'nun (2006) çocuk sayısı açısından dağılımlara bakıldığında; hiç çocuğu

olmayanlar ile bir ve iki çocuk sahibi olanlar arasında olduğu, çocuk sayısındaki artışın ortorektik belirtilerdeki artışla paralellik gösterdiği bildirilmiştir. Altiner (2019) ve Ergin (2015) yaptığı çalışmalarda da çocuk sahibi olmanın ON eğilim üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (Ergin, 2005; Altiner, 2019). Çalışmalardaki farklılık bireysel olarak çocuk sahibi olmaya yüklenen anlam ve bu süreçteki eş, sosyal destek sistemlerinin etkisinden kaynaklanmış olabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, gebelik sürecinde yaşanan korku ve sağlık endişesi düzeyi ile ON arasında düşük düzeyde negatif ilişki ($r = -0.167$, $p = 0.000$; $r = -0.124$, $p = 0.006$) saptandı. Stresin ve yaşam geçişlerinin etkisi, bu bozuklukların başlamasını veya artmasını tetikleyebileceği düşünülmektedir (Varga vd. 2014). Çalışmamızda gebelikte korku ve sağlık endişesi durumunda ON eğiliminin arttığını desteklemektedir.

Çalışmamızda, takviye gıda kullanımı ile ORTO-11 ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). "Gebelikte Bıraktım" grubu ON eğilimi en yüksek olarak belirlendi. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; literatürde birçok çalışmada ON ile takviye gıda kullanımı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (Bağcı Bossi vd., 2007; Arusoğlu 2006, 2008; Varga vd. 2014; Garipoğlu vd. 2019). Çalışmamızda bir başka değişken olan gebelik sürecinde kafein tüketme sıklığı grupları arasında ORTO-11 ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Hiçbir Zaman" grubu ON eğilimi en yüksek olarak belirlendi. Sonuçlarımızdan farklı olarak; Varga vd. 2014 yılında yaptığı çalışmada ORTO-11 skorlarında kafein kullanımına göre anlamlı farklılık saptanmadığı bildirmiştir (Varga vd, 2014). Ortorektik gebeler sağlıklı yiyecek seçiminde, planlamada, satın almada, hazırlanmada ve tüketmekte, bazı hastalıklarla ilişkili koruyucu ve iyileştirici özelliklere sahip olabilecek yiyeceklerle ilişkili obsesif davranışlar sergilemektedirler (Dunn ve Bratman, 2016). Çalışma sonucu farklılığımız ON ile OKB ilişkisini ortaya koyan çalışmalara (Donini vd.,2004; Gezer ve Kabaran 2013; Altiner 2019) dayanarak bu sürecin gebelik döneminde sağlıklı beslenme düşüncesinin daha da yoğunlaşmasının bir kanıt göstergesi olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, gebelik ile ilgili bilgi toplama sıklığı grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Ayda 4+" grupları ON eğilimi en yüksek gruplar olarak belirlendi. Bir diğer değişkenimiz olan gebelik ile ilgili arkadaş ve aile ile konuşma sıklığı grupları arasında ORTO-11 Ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). "Haftada 5+" grubu ON eğilimi en yüksek

gruplar olarak belirlendi. Atsızata (2023) çalışmasında hemşirelerin siberkondri düzeyindeki artış, doğru, planlı ve dikkatli beslenme gayreti, ON riskini artırdığını bildirmiştir (Atsızata, 2023). Sağlıklı beslenme konusunda bilgi artışının ve bilgi kirliliğinin ortoreksiyayı tetiklemesi muhtemeldir (Pehlivan vd., 2019). Çalışma sonuçlarımızda gebelerin bilgi arayışı içinde olma durumlarında ON eğilimindeki artışla bu savı desteklediği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda ORTO-11 ölçek ile eşiyle ilişki durum düzeyi, eş destek düzeyi ve sosyal destek düzeyi arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r = -0,122$, $p < 0,007$; $r = -0,138$, $p < 0,002$; $r = -0,116$, $p < 0,011$). Yani sosyal destek, eş desteği ve ilişkisi arttıkça ON eğilimi artmaktadır. Bu konuda literatürde çalışmalarda yer verilmemiş olması bulgumuzun özgünlüğüdür. Bu durumun çevre desteği yüksek olan bireylerde konuşma ve bilgi düzeyini artırması yoluyla ON eğilimini de artırdığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda annelik algı düzeyleri ile ORTO-11 düzeyleri arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,099$, $p<0,05$). Yani annelik algısı arttıkça ON eğilimi artmaktadır. Bu konuda literatürde çalışmalarda yer verilmemiş olması bulgumuzun özgünlüğüdür. Bunun nedeninin ise anne olmaya yönelik algı arttıkça sağlıklı beslenmeye hassasiyetin de artmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalamaları 28.79 ± 5.02 yıl, ortalama boy 1.62 ± 0.08 metredir, ortalama kilo 76.72 ± 14.05 kilogramdır. Gebelik öncesi ortalama kilo 67.39 kilogramdır. Gebelik öncesi ortalama BKİ 25.70 ± 5.32 'dir.

Gebelerin %45.63'ü yüksekokul mezunu, %30.63'ü lise mezunu ve %19.38'i ortaokul mezunudur. Gebelerin büyük bir kısmı ev hanımı ve özel sektörde çalışmaktadır. Gebelerin %89.38'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Ortalama evlilik süresi 5(1-26) yıldır. Eş eğitim durumu en fazla %37.92 oranında yüksekokul mezunudur. Gebelerin çoğunluğu %37.71 oranında şehirde yaşamaktadır ve çoğunluğunun (%65.83) gelir durumu orta seviyededir.

Katılımcıların gebelik haftası ortalaması 29.67(5-41), ortalama gebelik sayısı 1.89, ortalama yaşayan çocuk sayısı 0.69 olarak saptanmıştır.

Gebelerin büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık yaşayan katılımcı oranı %3.96, kronik hastalığı olan katılımcıların oranı %11.25'dir, ortalama fiziksel aktivite düzeyi 5.92 olarak saptandı.

Gebelerin %46.8'i ilk trimesterde bulantı ve kusma yaşadığını ifade etmiştir. Gebelerin büyük çoğunluğu beş ve üzeri sayıda sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuş ve bu gebeliğinde problem yaşamadığını belirtmiştir.

Katılımcıların planlı gebelik (%76.46) ve spontan gebelik (%85.42) oranları belirgin düzeyde yüksek çıkmıştır. Katılımcıların uyku sorun düzeyi ortalaması 5.50 ± 2.22 , Katılımcıların ortalama anksiyete düzeyi 4.43 ± 2.25 , ortalama stres seviyesi 5.35 ± 2.46 , ortalama korku düzeyi 5.51 ± 2.92 , ortalama sağlık endişe düzeyi 4.07 ± 2.48 olarak belirlendi.

Gebelerin sadece %2.7'si diyet uyguladığı bulunmuştur. Gebelik sürecinde vejetaryen olan katılımcıların oranı %2.7, vejetaryen olmayanların oranı ise %97.2'dir. Gebelerin %30.6'sının gebelik döneminde beslenme alışkanlıklarını "canım ne isterse onu yemek" olarak değiştirdiğini ifade etti.

Gebelerin %77.5'inin gebelik döneminde takviye gıda kullanmadığı saptandı. Katılımcıların %39.3'ü nadiren kafein tükettiği, %13.5'inin hiç kafein tüketmediği ve %35.6'sının ara sıra kafein tükettiği belirlendi.

Katılımcıların büyük çoğunluğu %81.2'si doğuma hazırlık kurslarına katılmamıştır ve %28.3 gebelik ile ilgili ayda 4'ten fazla kez bilgi topluyor. Bu, bilgiye erişimin çeşitliliğini ve sıklığını gösteriyor. Gebelik süreci hakkında arkadaş ve aileyle sıkça konuşan katılımcıların oranı %34.7'dir. Katılımcıların büyük bir kısmı, haftada 1-2 kez (29.79%) ve haftada 3-5 kez (25.42%) kendilerini rahatlatma yöntemlerini kullandığı saptanmıştır.

Gebelik süreci eş destek düzeyi ortalama değeri 8.89 ± 2.00 ve gebelik süreci sosyal destek düzeyi ortalama değeri 7.42 ± 2.40 olarak saptandı.

Gebelerin annelik algısı alt boyut ortalaması 26.01 ± 3.02 olarak saptandı. Beden algısı alt boyut ortalaması olarak 9.50 ± 3.79 olarak tespit edildi. ORTO-11 ölçeği puanı ortalaması 27.39 ± 4.61 olarak saptanmıştır. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği puanı ortalama olarak 18.76 ± 2.73 olarak bulundu.

ORTO-11 Ölçek ile kilo, BKİ, gebelik öncesi kilo arasında düşük düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Gebelik öncesi kilo alma, kilo verme değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

ORTO-11 ölçeği eğitim durumu incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Yüksekokul düzeyinin ilkokul düzeyine göre ORTO-11 puanı daha düşük çıkmıştır ve ortoreksiya eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışma durumu ve ORTO-11 ölçeği değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Çalışan gebelerin ortorektik eğilimlerin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin aile tipi incelemesinde, geniş aile grubunun ORTO-11 ölçeği puanlarının çekirdek aile grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eş eğitim durumuna göre ORTO-11 ölçeği değerlerinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Yüksekokul düzeyinin, ilkokul, ortaokul ve lise düzeylerine göre daha düşük ORTO-11 puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yer ve aile gelir durumuna göre ORTO-11 ölçeği değerlerinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Sigara tüketme alışkanlığına göre gruplar arası fark analizinde, sigara tüketen gebelerin, tüketmeyen gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek ORTO-11 ölçeği puanlarına sahip olduğu saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalık durumu ve fiziksel aktivite düzeyi değişkenleri ile ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Kronik hastalık durumuyla ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri incelendiğinde, kronik hastalığı olmayan grubun ORTO-11 ölçeği ortalama değerleri daha düşük olarak saptandı.

Gebelik süresince bulantı ve kusma yaşama durumu ile ORTO-11 ölçeği arasında anlamlı farklar vardır. İlk trimestırda sürekli bulantı ve kusma yaşayan kadınlar, hayır diyenlere göre daha düşük bir ORTO-11 ölçeği skoruna sahiptir.

Gebelerin gebelikte sorun yaşama, planlı gebelik, gebelik sürecinde sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı gibi durumların ORTO-11 ölçeği ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Spontan gebelik yaşayanların ORTO-11 ölçeği puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ortoreksiya Nervoza eğiliminin spontan gebelikte daha düşük olduğu saptanmıştır.

ORTO-11 ölçek ile gebelik sayısı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki, yaşayan çocuk sayısı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki, gebelik süreci korku düzeyi arasında düşük düzeyde negatif ilişki ve gebelik süreci sağlık endişesi arasında düşük düzeyde negatif ilişki saptandı. ORTO-11 ölçek ile gebelik süreci uyku sorunu, gebelik haftası, gebelik süreci anksiyete düzeyi, gebelik süreci stres seviyesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

ORTO-11 Ölçeği ile diyet uygulamaları, vejetaryenlik ve gebelikte beslenme değişikliği grupları arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Takviye gıda kullanımı grupları ile ORTO-11 ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. "Gebelikte Bıraktım" grubu ile "Kullanmıyorum" grubu arasında anlamlı bir fark vardır.

Gebelik sürecinde kafein tüketme sıklığı grupları arasında ORTO-11 ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır. "Hiçbir Zaman" grubu ile "Ara Sıra" ve "Her zaman" grupları arasında anlamlı farklar vardır. Hiçbir zaman cevabını veren grupta ortoreksiya eğilimi yüksek görülmektedir.

Doğum hazırlık kurslarına katılma durumu, gebelik sürecinde kendini rahatlatma sıklığı gibi durumların ORTO-11 ölçek puanlarında anlamlı sonuçları olmadığı saptanmıştır.

Gebelik ile ilgili bilgi toplama sıklığı grupları arasında ORTO-11 ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır. "Hiçbir Zaman" grubu ile "Ayda 4 kez" ve "Ayda 4+" grupları arasında anlamlı farklar vardır. Ayda 4 kez ve üzeri bilgi toplayan gebelerin ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdiği saptanmıştır.

Gebelik ile ilgili arkadaş ve aile ile konuşma sıklığı grupları arasında ORTO-11 ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır. "Hiçbir Zaman" grubu ile diğer gruplar arasında anlamlı farklar vardır. Hiçbir zaman cevabını veren gebelerin ortoreksiya eğiliminin düşük olduğu görülmektedir.

Eşinizle ilişki durum düzeyi ile ORTO-11 ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Gebelik sürecince eş destek düzeyi ile ORTO-11 ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Gebelik süreci sosyal destek düzeyi ile ORTO-11 ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır.

Annelik algı düzeyleri ile ORTO-11 düzeyleri ile negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Beden algı düzeyleri ile ORTO-11 düzeyleri ile bir ilişki yoktur. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği ile ORTO-11 ölçeği arasında bir ilişki görülmemiştir.

6.2. Öneriler

Gebelik dönemi sosyal, fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemdir bu dönemde sağlıklı beslenme anne ve fetus sağlığı açısından önemlidir. Kadınların, gebelik öncesinde ve gebelik süresinde yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgi eksikleri giderilmelidir.

Gebenin ve fetüsün kalori alımı ve besin ihtiyacının karşılanması ve belirlenmesi için ebeler, hemşireler, kadın doğum uzmanları, diyetisyen ve psikiyatrist ile birlikte multidisipliner bir ekip çalışması yürütülmelidir.

Gebelik döneminde yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza ile ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yeme bozuklukları konusunda daha çok araştırma yapılmasının literatürdeki boşluğun giderilmesine fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervozanın tanımlarının yapılabileceği ölçeklerin geliştirilmesi, gebelerin gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasındaki kontrollerinde sorgulanması riskli grupların belirlenebilmesinde ve oluşabilecek sorunların çözülmesinde etkili olabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Açıkgöz, A., & Şahan, A. G. (2021). Annelerin Çocuklarına D Vitamini Vermeleriyle İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(3), 181-189.
2. Adıgüzel, K. T. (2015). Gebelik döneminde vitamin, mineral ve bitkisel desteklerin kullanım durumunun saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 43(2), 94-99.
3. Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., & Akbaş, M. (2020). Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(3), 630-642. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.735467>
4. Aksoy, A. (2018). Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
5. Aksoydan, E., Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 14(1), 33-37.
6. Aliyeh, G., Laya, F. (2007). Quality of life and its correlates among a group of infertile iranian women. *Medical Science Monitor*, 7(13), 313-317.
7. Alkin, E. D., & Beydağ, K. D. (2020). Relationship between perceived stress level and self-perception level of women who had three or more pregnancies. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(3), 228-238.
8. Alpay Türk, V. (2015). Maternal Fizyoloji. *Yıldırım G. İçinde Williams Obstetrik. Nobel Tıp Kitabevleri*. ss, 46-77.
9. Altıner, R. (2019). *Gebelerde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
10. Altınparmak, S. (2006). Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6), 416-23.
11. Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., Merdol, T.K.(2008). Ortoreksiya nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 282-91.
12. Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
13. Atsızata, M. (2023). *Hemşirelerde ortoreksiya nervoza ve siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi).
14. Babacan Gümüş, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen, Ş., Keskin, G., & Tuna Malak, A. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1).

15. Bağıcı Bossi, B.A.T., Çamur, D., Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite*, 49,661–666.
16. Balcı, E., Gün, İ., Özçelik, B., Öztürk, A. (2005). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 91-6.
17. Balkı, İ.S. (2021). *Gebe Olan ve Olmayan Yetişkin Kadınlarda, Ortoreksiya Nervosa, Yeme Tutumu ve Anksiyete Durumlarının Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Medipol Üniversitesi.
18. Bayram, S., Çalışkan, H., & Yeşil, E. (2021). Gebelerde Ağırlık Kazanımı, Yeme Tutum ve Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 6(10), 63-71.
19. Bratman, S., Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming The Obsession With Healthful Eating*, Broadway Books, 256p. Newyork.
20. Beinder, E. (2007). Kalziumsupplementation İn Der Schwangerschaft--Ein Muss (?) [Calcium-Supplementation İn Pregnancy--İs İt A Must?]. *Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique*, 64(5), 243–247. <https://doi.org/10.1024/0040-5930.64.5.243>
21. Bhowmik, B., Siddiquee, T., Mdala, I., Quamrun Nesa, L., Jahan Shelly, S., Hassan, Z., Moreira, N. C. D. V., Jahan, I., Azad Khan, A. K., Hitman, G. A., & Hussain, A. (2021). Vitamin D3 And B12 Supplementation İn Pregnancy. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 174, 108728. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108728>
22. Bartrina, J.A. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 57(4), 313-315.
23. Bratman, S. (1997). The Health Food Eating Disorder. *Yoga Journal*, 42, 50.
24. Bilgin, Z. & Demirci, N. (2019). Gebelikte Demir Ve Folat Eksikliği Anemisinde Kanıta Dayalı Güncel Yaklaşımlar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50 (3), 167-174. DOI: 10.16948/Zktpb.469571
25. Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia Nervosa–An Eating Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder Or Disturbed Eating Habit. *Archives Of Psychiatry And Psychotherapy*, 1(1), 55-60.
26. Brown, B.,& Wright ,C.(2020). Safety And Efficacy Of Supplements İn Pregnancy. *Nutr Rev.* 78(10),813-826. Doi: 10.1093/Nutrit/Nuz101.
27. Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K., & Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman’s test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86–94
28. Butte, N. F., Wong, W. W., Treuth, M. S., Ellis, K. J., & O'Brian Smith, E. (2004). Energy Requirements During Pregnancy Based On Total Energy Expenditure And Energy

- Deposition. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 79(6), 1078–1087. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.6.1078>
29. Can, R., Yılmaz, S. D., Çankaya, S., & Kodaz, N. (2019). Gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Sağlık ve Toplum*, 29(2), 59-64.
30. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., & Donini, L. M. (2019). Definition And Diagnostic Criteria For Orthorexia Nervosa: A Narrative Review Of The Literature. *Eating And Weight Disorders : EWD*, 24(2), 209–246. <https://doi.org/10.1007/S40519-018-0606-Y>
31. Chaniotis, D., Soultatou, P., Letsios, A., Chaniotis, F.I. (2011). Assessing Nutritional Habits and Self-Perception Factors to Develop a Standard Questionnaire for Diagnosing “Orthorexic” Behavior: ORTO 7E. *J. Sci. Technol*, 6,53–67.
32. Cortés-Albornoz, M. C., García-Guáqueta, D. P., Velez-Van-Meerbeke, A., & Talero-Gutiérrez, C. (2021). Maternal Nutrition And Neurodevelopment: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(10), 3530. <https://doi.org/10.3390/Nu13103530>
33. Coşar Çetin, F., Demirci, N., Yeşilçiçek Çalık, K., & Çil Akıncı, A. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 135-141. <https://doi.org/10.16948/zktpb.304443>
34. Coşkun, A. (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı*. Koç Üniversitesi Yayınları.592
35. Coşkun, A., Arslan, S., & Okcu, G. (2020). Gebe Kadınlarda Gebelik Algısının Stres, Demografik Ve Obstetrik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Journal Of Education & Research İn Nursing/Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 17(1).
36. Coşkun, A., & Özdemir, Ö. (2009). Gebelikte Vitamin-Mineral Kullanımı Ve Beslenmenin İrdelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(3), 155-170.
37. Crow, S. J., Agras, W. S., Crosby, R., Halmi, K., & Mitchell, J. E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 277-279.
38. Czech-Szczapa, B., Szczapa, T., Merritt, T. A., Wysocki, J., Gadzinowski, J., Ptaszyński, T., & Drews, K. (2015). Disordered Eating Attitudes During Pregnancy İn Mothers Of Newborns Requiring Neonatal Intensive Care Unit Admission: A Case Control Study. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official Journal Of The European Association Of Perinatal Medicine, The Federation Of Asia And Oceania Perinatal Societies, The International Society Of Perinatal Obstetricians*, 28(14), 1711–1715. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.966675>
39. Çalti, S. G. (2006). *Gebe Kadınların Enerji, Protein, Demir, Kalsiyum, C Vitamini, B12 Vitamini, Folik Asit ve Omega-3 Yağ Asidi Tüketimleri İle Beslenme Bilgi Ve*

- Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin Saptanması* (Master's Thesis, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Yüksek Lisans Tezi
40. Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi (Yüksek lisans tezi). *İstanbul, Haliç Üniversitesi*.
41. Çelik, M. N., & Samur, F. G. (2018). Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları. *Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(3), 130-134.
42. Çelikkan, N. (2021). *Gebelik Öncesi Sezgisel Yeme Davranışı ile Gebelikte Yeme Farkındalığı ve Beslenme Durumunun Gestasyonel Vücut Ağırlığı Artışına Etkisinin Belirlenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
43. Das Neves, M.C., Teixeira, A.A., Garcia, F.M., Rennó, J., da Silva, A.G., Cantilino, A., Rosa, C.E., Mendes-Ribeiro, J.A., Rocha, R., Lobo, H., Gomes, I.E., Ribeiro, C.C., & Garcia, F.D. (2022). Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes: a systematic review. *Braz J Psychiatry*, 44(2),201-214. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1449.
44. Demir, M. (2021). Maternal Fizyoloji (Kitap Bölümü) S. Gökçe, ED Herkiloğlu, MG Arıkan (Eds), Güncel Obstetrik Yaklaşımlar (1. Baskı, S. 18-31) Ankara: Akademiyen.
45. Dilcen, H. Y., Öztürk, A., & Yıldız, M. N. (2021). Gebelikte Sigara Kullanımının Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlamlık ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 161-170.
46. Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal Of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
47. Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M., Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 9(2), 151-7.
48. Dunker, K. L. L., Alvarenga, M. D. S., & Alves, V. P. D. O. (2009). Eating disorders and pregnancy: a review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 60-68.
49. Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17.
50. Dursun, M., & Beydağ, K.D. (2023). Maternal Obezitenin Gebelerin Benlik Saygısı ve Kendilik Algısı Üzerine Etkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 131-139. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1103426>
51. Düzbayır, E., Karadeniz, H., & Özkan, F. S. (2023). Gebelerin Kendilerini Algılaması ile Vajinal Doğum Öz-Yeterliliği Arasındaki İlişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 160-168.

52. Ege, E., Timur Taşhan, S., Zincir, H., Oltuluoğlu, H., & Dursun, S. (2005). Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *STED*, 14(7),157-160.
53. Easter, A., Bye, A., Taborrelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., & Treasure, J. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?. *Eur Eat Disord Rev*, 21(4),340-4.
54. Erata, Y. E., & Güçlü, S. (2003). Gebelikte Vitamin Desteği. *Perinatoloji Dergisi*, 11(1/2).
55. Erdemoğlu, Ç., Karakayalı, Ç., & Özşahin, Z. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 34-46.
56. Ergin, G. (2015). *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
57. Erkıılıç, İ., & Özenoğlu, A. (2022). Gebelikte Yeme Tutumu ve Yeme Davranışı Bozuklukları. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar VIII*, 89.
58. Ersanlı Kaya, C., & Atasever, Z. (2022). Gebelerin kendilerini algılama durumları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 956-968.
59. Evcil, E.H., Malas ,M.A. (2008). Gebelikte Beslenmenin Fetal Büyüme Üzerine Etkileri. *Selçuk Tıp Dergisi*, 25(1),49-59.
60. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 49-54.
61. Fugh, B. (2001). Health food junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. *Jama. The Journal of the American Medical Association*, 285(17), 2255-2256.
62. Gaiser, R.(2014). Physiologicchanges of pregnancy. In: Chestnut DH, Wng CA, Tsen LC, NganKee WD, Beilin Y, Mhyre JM. editors. Chestnut'sObstetricAnesthesia: PrinciplesandPractice. 5th ed. Philadelphia: ElsevierSaunders,15–38.
63. Gardner, B., Wardle, J., Poston, L., & Croker, H. (2011). Changing Diet And Physical Activity To Reduce Gestational Weight Gain: A Meta-Analysis. *Obesity Reviews : An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity*, 12(7), E602–E620. <https://doi.org/10.1111/J.1467-789X.2011.00884.X>
64. Garipoğlu, G., Arslan, M., & Öztürk, S. A. (2019). Beslenme ve diyetetik bölümü'nde okuyan kız öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 23-27.
65. Gerontidis, A., Grammatikopoulou, M.G., Tzimos, C., Gkiouras, K., Taousani, E., Athanasiadis, L., Goulis, D.G. (2022). Effectors of Pregorexia and Emesis among Pregnant Women: A Pilot Study. *Nutrients*, 14(24),5275. doi: 10.3390/nu14245275.

66. Gezer, C., Kabaran, S. (2013). Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 14-22.
67. Goldstein, R.F., Abell, S.K., Ranasinha, S., Misso, M., Boyle, J.A., Black, M.H., Li, N., Hu, G., Corrado, F., Rode, L., Kim, Y.J., Haugen, M., Song, W.O., Kim, M.H., Bogaerts, A., Devlieger, R., Chung, J.H., & Teede, H.J. (2017). Association Of Gestational Weight Gain With Maternal And Infant Outcomes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *JAMA*, 6,317(21):2207-2225. Doi: 10.1001/Jama.2017.3635.
68. Gökdemir, F., Yılmaz, T., Dinç, H., & Korkut, S. (2021). Gebelerin Obstetrik Tehlike Belirtileri Hakkındaki Farkındalık Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 17-28.
69. Gözüyeşil, E., & Öztürk, Ö. (2022). Gebelikte Risk Algısı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi; Trimesterler Arası Karşılaştırma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 467-477.
70. Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., & Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 36-41.
71. Güler, B., Bilgiç, D., Okumuş, H., & Yağcan, H. (2019). Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2), 143-151.
72. Gümüşsoy, S., Kavlak, O. (2016). Gebelikte Fizyolojik Değişimler. Ü Sevil, G. Ertem içinde, Perinatoloji ve Bakım İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitap Evleri, 101- 124
73. Gür, E.Y., Pasinlioğlu, T. (2020). Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;3(2),71-81.
74. Gürz, A. A., İğde, F. A. A., & Dikici, M. F. (2015). D Vitamininin Fetal ve Maternal Etkileri. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1).
75. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). TC Sağlık Bakanlığı, Yayın No: NEEHÜ.19.01.,2018. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf
76. Hasbaoui, B.E., Mebrouk, N., Saghir, S., Yajouri, A.E., Abilkassem, R., Agadr, A. (2021). Vitamin B12 Deficiency: Case Report And Review Of Literature. *Pan Afr Med J*. 4,38,237. Doi: 10.11604/Pamj.2021.38.237.20967.
77. Hollis, B.W., Johnson, D., Hulsey, T.C., Ebeling, M., & Wagner, C.L. (2011). Supplementation During Pregnancy: Double-Blind, Randomized Clinical Trial Of Safety And Effectiveness. *J Bone Miner Res*, 26(10),2341-57. Doi: 10.1002/Jbmr.463
78. Hovdenak, N., & Haram, K. (2012). Influence Of Mineral And Vitamin Supplements On Pregnancy Outcome. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology*, 164(2), 127–132. <https://doi.org/10.1016/J.ejogrb.2012.06.020>

79. Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A., & Rybakowski, J. K. (2016). The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(3), 199-203.
80. Iliyasu, Z., Galadanci, H. S., Abdurrahim, A., Jibo, A., Salihu, H. M., & Aliyu, M. H. (2019). Correlates of obstetric risk perception and recognition of danger signs in Kano, Northern Nigeria. *Annals of Global Health*, 85(1).
81. İpkırmaz, İ. B., & Saka, M. (2020). Gebelerin Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) ve Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 5(1).
82. Jaafar, Z. A. A., Obeid, R. Z., & Salman, D. A. (2019). Skin markers and the prediction of intraabdominal adhesion during second Cesarean delivery. *Ginekologia Polska*, 90(6), 325-330.
83. Janas-Kozik, M., Zejda, J., Stochel, M., Brożek, G., Janas, A., & Jelonek, I. (2012). Ortoreksja--nowe rozpoznanie?. *Psychiatria Polska*, 46(3).
84. Kadioğlu M., & Oskay Ü. (2017). Yeme Bozukluklarının Gebelik ve Doğum Sonu Sürece Etkileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 40-53.
85. Karaçam, Z., & Özçelik, G. (2014). Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 1-18.
86. Karagöz, S. (2022). Gebelerin Algılanan Stres, Hayat Memnuniyeti, Psikolojik Dayanıklılık ve Dini Başa Çıkma Düzeyleri İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Amasya İlahiyat Dergisi*, (19), 44-83.
87. Karakus, B., Hidiroglu, S., Keskin, N., & Karavus, M. (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *Northern clinics of Istanbul*, 4(2), 117.
88. Keskin, G. (2014). *Doğal ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıkları* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
89. Koletzko, B., Bauer, C. P., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., ... & Wöckel, A. (2014). German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start-Young Family Network'. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63(4), 311-322.
90. Koletzko, B., Godfrey, K. M., Poston, L., Szajewska, H., Van Goudoever, J. B., De Waard, M., ... & Earlynutrition Project Systematic Review Group. (2019). Nutrition During Pregnancy, Lactation And Early Childhood And Its Implications For Maternal And Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. *Annals Of Nutrition And Metabolism*, 74(2), 93-106.

91. Kominiarek, M. A., & Peaceman, A. M. (2017). Gestational weight gain. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(6), 642-651.
92. Koubaa, S., Hällström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and gynecology*, 105(2), 255–260. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000148265.90984.c3>
93. Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The Clinical Basis Of Orthorexia Nervosa: Emerging Perspectives. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 385-394.
94. Köksal, G. (1996). Gebe ve Emziliklikte Beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17(1), 163-178.
95. Köksal, G., & Gökmen, H. (2000). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 124.
96. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2003). Energy And Protein İntake İn Pregnancy. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4), CD000032. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000032>
97. Krsman, A., Stajić, D., Baturan, B., Stanković, M., Kupušinac, A., Kadić, U., Pantelić, M., Gvozdenović, L., Pop Trajković, S., Simić, D., Živadinović, A., & Živadinović, L. (2023). Correlation between increased maternal body mass index and pregnancy complications. *European review for medical and pharmacological sciences*, 27(8), 3508–3513. https://doi.org/10.26355/eurev_202304_32123
98. Kumcağız, H., Ersanlı, E., Murat, N. (2017). Gebelerin kendilerini algılama ölçeği'nin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 23-31. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.12599>.
99. Küçükaya, B., Sarıkaya, N. A., Süt, H. K., & Öz, S. (2020). Gebelikte Alınan Kiloya Bağlı Beden Algısı İle Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. *JAREN*, 6(3), 426-432.
100. Kürklü, N.S. & Ayaz, A. (2015). D Vitamini ve Gestasyonel Diyabet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 454-467.
101. Larqué, E., Ruiz-Palacios, M., & Koletzko, B. (2013). Placental Regulation Of Fetal Nutrient Supply. *Current Opinion İn Clinical Nutrition And Metabolic Care*, 16(3), 292–297. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32835e3674>
102. Linde K, Lehnig F, Nagl M, Stepan H, & Kersting A. (2022). Course And Prediction Of Body İmage Dissatisfaction During Pregnancy: A Prospective Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20,22(1),719. Doi: 10.1186/S12884-022-05050-X.
103. Looman, M., Geelen, A., Samlal, R. A., Heijligenberg, R., Klein Gunnewiek, J. M., Balvers, M. G., ... & Feskens, E. J. (2019). Changes in micronutrient intake and status, diet quality and glucose tolerance from preconception to the second trimester of pregnancy. *Nutrients*, 11(2), 460.

104. Lopes, R., Melo, R., & Dias Pereira, B. (2020). Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: A case report. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(1), 163-167.
105. Mantel, Ä., Hirschberg, A. L., & Stephansson, O. (2020). Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA psychiatry*, 77(3), 285–293. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664>
106. Marangoni, F., Cetin, I., Verduci, E., Canzone, G., Giovannini, M., Scollo, P., ... & Poli, A. (2016). Maternal diet and nutrient requirements in pregnancy and breastfeeding. An Italian consensus document. *Nutrients*, 8(10), 629.
107. Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J. A., Reche-García, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. J., & Martínez-Rodríguez, A. (2020). Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: a systematic review. *Medicina*, 56(7), 352.
108. Mathieu J. (2005). What Is Orthorexia?. *Journal Of The American Dietetic Association*, 105(10), 1510–1512. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.08.021>
109. McInerney-Ernst, E. (2011). Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? University of Missouri--Kansas City.
110. McNulty, H., Rollins, M., Cassidy, T., Caffrey, A., Marshall, B., Dornan, J., ... & Pentieva, K. (2019). Effect Of Continued Folic Acid Supplementation Beyond The First Trimester Of Pregnancy On Cognitive Performance In The Child: A Follow-Up Study From A Randomized Controlled Trial (FASSTT Offspring Trial). *BMC Medicine*, 17(1), 1-11. Doi: 10.1186/S12916-019-1432-4.
111. Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76
112. Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case Of Transition From Obsessions About Healthy Eating To Near-Fatal "Orthorexia Nervosa" And Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.Psym.2014.03.003>
113. Natenshon, A. H. (2017). Eating disorders: A treatment apart. The unique use of the therapist's self in the treatment of eating disorders. *Eating disorders: A paradigm of the biopsychosocial model of illness*, 159.
114. Niedzielski, A., & Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence Of Orthorexia Nervosa And Its Diagnostic Tools-A Literature Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(10), 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>
115. Noğay, N. H. (2011). Gebe kadınların beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 1(1), 51-57.

116. Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.
117. Oğur, S., & Aksoy, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Eğiliminin Belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2).
118. Oğuz, H. (2004). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri ve Cinsel Yaşama Etkileri (tez)*. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
119. Oh, C., Keats, E.C., Bhutta, Z.A.(2020). Vitamin and Mineral Supplementation During Pregnancy On Maternal, Birth, Child Health and Development Outcomes in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Nutrients*, 14,12(2),491. Doi: 10.3390/Nu12020491.
120. Ormancı, N. (2022). Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntıları) İlişkisi: KKTC Örneği. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 223-229.
121. Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beycan, H., & Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar (Common psychiatric disorders in pregnancy and postpartum period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
122. Özkan, H. A. (Ed.). (2019). *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Akademisyen Kitabevi.
123. Öztürk, D. M., Yılmaz, A., Müsüroğlu, S., Sevinç, S., & Akcan, B. (2019). Son trimesterdeki gebelerin uyku kalitelerinin ve başetme yöntemlerinin belirlenmesi: gebelikte son trimesterde uyku. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10, 212-6.
124. Pandey, S., Sharma, N., & Pokhrel, K. (2019). Dermatological Conditions Associated with Pregnancy: A Hospital Based Study. *Journal of Nepalgunj Medical College*, 17(1), 23-27.
125. Pehlivan, E., Burak, M., Frıncı, B., & Doğan, E. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Yaygınlığı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 166-175.
126. Pieczykolan, A., Flis, E., Bień, A. (2017). Eating disorders during pregnancy. *Nursing and Public Health*, 7,223–226. <https://doi.org/10.17219/pzp/66326>
127. Pratilas, G. I., & Dinas, K. (2018). Severe vulvovaginal varicosities in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 378(IKEEART-2018-1156), 2123-2123.
128. Procter, S. B., & Campbell, C. G. (2014). Position Of The Academy Of Nutrition And Dietetics: Nutrition And Lifestyle For A Healthy Pregnancy Outcome. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 114(7), 1099–1103. <https://doi.org/10.1016/J.Jand.2014.05.005>

129. Rabinerson, D., Melzer, H., Gabbay-Ben-Ziv, R. (2018). Striae gravidarum- etiology, prevalence and treatment. *Harefuah*, 157(12), 787-790.
130. Ryan, E.A., Savu, A., Yeung, R.O., Moore, L.E., Bowker, S.L., & Kaul, P.(2019). Elevated fasting vs post-load glucose levels and pregnancy outcomes in gestational diabetes: a population based study. *Diabet Med*,1-9. <https://doi.org/10.1111/dme.14173>
131. Saadat, A. (2017). *Doğal yolla ve in vitro fertilizasyon ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyi* (Master's thesis, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
132. Samii, L., Kallas-Koeman, M., Donovan, L.E., Lodha, A., Crawford, S., & Butalia, S. (2019). The association between vascular complications during pregnancy in women with Type 1 diabetes and congenital malformations. *Diabet Med*, 36(2), 237-242.
133. Samur, G. (2008). Obezite ve Gebelik. *Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1, 21*. Yayın No:729
134. Santos, A. M. D., Benute, G. R. G., Santos, N. O. D., Nomura, R. M. Y., de Lucia, M. C. S., & Francisco, R. P. V. (2017). Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery*, 51, 12–15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.005>
135. Sis Çelik, A., Atasever, İ. (2020). Gebelerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,23(2):267-76.
136. Stephens, T. V., Payne, M., Ball, R. O., Pencharz, P. B., & Elango, R. (2015). Protein Requirements Of Healthy Pregnant Women During Early And Late Gestation Are Higher Than Current Recommendations. *The Journal Of Nutrition*, 145(1), 73–78. <https://doi.org/10.3945/Jn.114.198622>
137. Şahin, M., & Yurdakul, M. (2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 20(1), 80-85.
138. Şeker, S., Canbay, F. Ç., Cesur, C., & Firouz, N. (2021). Beden Algısının Gebelikte Kilo Alımı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Analitik Kesitsel Araştırma. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 206-218.
139. Şengül, R., & Hocaoglu, Ç. (2019). Ortoreksiya nervoza Nedir? Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-104.
140. Şimşek, H., Karaağaç, Y., Tunçer, E., & Yardımcı, H. (2021). Gebelikte Folik Asit, B12 Vitamini, D Vitamini Ve İyot Destekleri Kullanmak Gerekli Midir? Olası Riskler. *KSU Tıp Dergisi*, 16(3), 439-447
141. Şişman, F. N., Kutlu, Y. S. (2016). Development Of An Assessment Scale Of Adaptation Difficulty For The Elderly (ASADE) And Its Psychometric Properties. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7, 25–33.

142. Tarhan, P., & Yılmaz, T. (2016). Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 140-147.
143. Taş, E. E., Üstüner, I., Özdemir, H., Dikeç, A., & Avşar, A. F. (2010). Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(1), 7-12.
144. Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği. 15. Basım, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 197-209.
145. Tatlıses, M. (2016). *Spor salonunda düzenli spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza belirtileri ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
146. T.C. Sağlık Bakanlığı, Gebelere D Vitamini Destek Programı Rehberi (2011). <https://www.saglik.gov.tr/TR,11158/Gebelere-D-Vitamini-DestekProgrami.Html> E.T:30.05.2023
147. Tepe, P., & Keklik, T. S. (2022). Gebelik ve Beslenme. *Sağlık & Bilim 2022: Beslenme-2*, 157.
148. Thomas, D.M., Navarro-Barrientos, J.E., Rivera, D.E., Heymsfield, S.B., Bredlau, C., Redman, L.M., Martin, C.K., Lederman, S.A., Collins, L., & Butte, N.F.(2012). Dynamic Energy-Balance Model Predicting Gestational Weight Gain. *Am J Clin Nutr.*95(1),115-22. Doi: 10.3945/Ajcn.111.024307.
149. Tosun Güleröglü, F., & Uludağ, E. (2022). The effects of motherhood and body perception on sexual dysfunctions among pregnant women. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2072–2078. <https://doi.org/10.1111/ppc.13033>
150. Turton, P., Hughes, P., Bolton, H., & Sedgwick, P. (1999). Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 448-452.
151. Uçar, H. (2014). *Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
152. Uzdil, Z., & Özenoğlu, A. (2015). Gebelikte Çeşitli Besin Öğeleri Tüketiminin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 117-121.
153. Ünalın, D., Öztıp, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. & Güneş, D. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 16 (2), 75-82. <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Totm/Issue/13101/157814>
154. Valentin, M., Coste Mazeau, P., Zerah, M., Ceccaldi, P. F., Benachi, A., & Luton, D. (2018). Acid Folic And Pregnancy: A Mandatory Supplementation. *Annales D'endocrinologie*, 79(2), 91–94. <https://doi.org/10.1016/J.Ando.2017.10.001>

155. van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521.
156. Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC psychiatry*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-59>
157. Ward, V. B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *BMJ*, 336(7635), 93-96.
158. Weisbrot, M.A., Fraguas, L., Espósito, M.E., Camoirano, J., Sciarreta, S., Granero, M. (2019). Perceptions of adolescents from Bajo Boulogne, Buenos Aires, Argentina, on teenage pregnancy: a qualitative study. *Arch Argent Pediatr*, 117(5), 314- 322.
159. World Health Organization (WHO). Malnutrition in women (2023) <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-women#:~:text=BMI%20%3C18.5%3A%20underweight,BMI%20%E2%89%A530.0%3A%20obesity>. E.T:15.12.2023
160. Yavuz, S., & Aykut, M. (2014). Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Gebe Kadınların Gebelikte Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Beslenme Durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 10-20.

EK 1

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma “Çevresel ve Bireysel Faktörlerin Gebelikteki Ortoreksiya Nervozayla İlişkisi”nin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmadan elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Forma herhangi bir kimlik bilgisi yazmanıza gerek yoktur. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken/ses kaydı alınırken istemezseniz son verebilirsiniz. Soruları dikkatle okuyup cevaplamanız araştırmanın başarısı açısından önem taşımaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacılar

Ebe Öznur SAĞLAM

Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER

EK 2

Gebe Tanıtım Formu

1. Yaş....
2. Boy.....
3. Kilo.....
4. Gebelik öncesi kilo.....
5. Gebelikte kaç kilo aldı/verdi
6. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1)Okur Yazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
 - 5)Lise 6) Fakülte /Yüksekokul ve üzeri
7. Medeni durumunuz nedir?
 - 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Diğer.....
8. Çalışma durumu?
 - 1)Ev hanımı 2) Memur 3) Esnaf 4) Özel Sektör 5)Sağlık Çalışanı 6)Diğer
9. Aile tipiniz nedir?
 - 1)Çekirdek aile 2) Geniş aile
10. Kaç yıllık evlisiniz?.....
11. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - 1)Okur Yazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
 - 5)Lise 6) Fakülte /Yüksekokul
12. Bugüne kadar en çok yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?
 - 1) Büyük Şehir 2) Şehir 3) İlçe 4) Köy
13. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?
 - 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
14. Sigara kullanıyor musunuz

1) Evet 2)Hayır 3)Nadiren 4)Gebelikte bıraktım.

15. Alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır 3)Nadiren 4)Gebelikte bıraktım.

16. Genel Fiziksel Aktivite Düzeyiniz (Düşük-Orta-Yüksek olarak belirtildiğinde)

Düşük 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yüksek

17. Gebelik sürecinde uykuya dalma, uykuda kalma veya çok fazla uyku sorunu yaşama düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok iyi

18. Gebeliğinizin kaçınıcı hafta/ayındasınız?.....

19. Gebelik süresince bulantı/kusma yaşama durumu nedir?

1)Evet ilk trimestırda 2)Evet hala devam ediyor 3)Hayır

20. Bu gebeliğinizde yaşadığınız bir problem/sorun oldu mu?

1)Evet 2) Hayır

21. Gebeliğiniz boyunca kontrol için toplam kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz?

a) Bir b) İki c) Üç d) Dört e) Beş ve üzeri

22. Kaç gebelik geçirdiniz?

23. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

24. Planlı bir gebelik mi? 1)Evet 2) Hayır

25. Kendiliğinden/Spontan bir gebelik mi?

1) Evet 2) Hayır

26. Gebelik sürecinizdeki anksiyete düzeyiniz?

Düşük 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yüksek

27. Gebelik sürecinizdeki stres seviyeniz?

Düşük 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yüksek

28. Gebelik sürecinizde bebeğinize kötü bir şey olacağına yönelik korku düzeyiniz?

Düşük 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yüksek

29. Gebelik sürecinizdeki kendi sağlığınıza yönelik endişe düzeyiniz?

Düşük 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yüksek

30. Psikiyatrik bir hastalığınız var mıdır?

1)Evet ise belirtiniz..... 2) Hayır

31. Kronik hastalığınız var mıdır?

1)Evet ise belirtiniz..... 2) Hayır

32. Sürekli uyguladığınız bir diyet tedaviniz var mı? 1) Evet 2)Hayır

33. Vejetaryen olma durumunuz? 1)Evet 2) Hayır

34. Gebeliğinizde beslenmenizde değişiklik yaptınız mı?

1) Hayır

2) Canım ne isterse onu yiyorum

3) Et ve et ürünlerini tüketmeyi artırdım

4) süt ve süt ürünlerini tüketmeyi artırdım.

5) Tatlı tüketimimi artırdım

6)Her şeyi fazla tüketmeye başladım

7) Diğer.....

35. Takviye (besin desteği) (doktor/ebenin tavsiye ettiği ilaçlar dışında) gıda kullanıyor musunuz?

1)Kullanıyordum gebelikte devam ediyorum.

2)Kullanıyordum gebelikte bıraktım.

3)Kullanmıyordum gebelikte başladım.

4)Kullanmıyorum.

36. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum. a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

37. Doğuma hazırlık kurslarına katıldınız mı?

1)Hayır 2) Hayır, daha önce katılmıştım. 3) Hayır, ama katılmayı planlıyorum. 4)Evet

38. Gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyor musunuz?

1)Hiçbir zaman 2) Ayda bir yada daha az 3) Ayda 2-3 kez 4) Ayda 4 kez (haftada bir) 5) Ayda 4 kezden fazla

39. Gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarınızla veya aile üyelerinizle konuşuyor musunuz?

a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez yada daha az c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık) e) Ayda 4 kezden fazla

40. Gebelik sürecinizde, kendinizi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırır mısınız?

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1 kez ya da daha az c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3-5 kez e) Haftada 5'ten fazla

41. Eşinizle aranızdaki ilişki durumunuzu nasıl değerlendirir siniz?

Çok kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok iyi

42. Gebeliğiniz sürecinde eşinizin size destek olma durumunu nasıl değerlendirir siniz?

Çok az 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla

43. Gebeliğiniz süresince mevcut sosyal desteklerinizi nasıl değerlendirir siniz?

Çok az 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla

EK 3**Ortoreksiya Nervosa-11 Ölçeği**

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Asla
1. Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2. Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3. Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4. Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5. Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6. Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oldu mu?				
7) Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8) Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)				
9) Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10) Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
11) Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

EK 4**Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.					
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.					
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.					
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.					
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.					
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.					

EK 5**Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği**

	Her zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Gebeliğimle birlikte bir kadından öte “anne” olarak var olacağımı hissetmekten mutluyum.				
Doğurabileceğim için kendimi şanslı hissediyorum.				
İyi bir anne olacağımı düşünüyorum.				
Bebeğim olacağı için kendimi özel hissediyorum.				
Gebelikte eşimin desteğinden mutlu oluyorum.				
Gebeliğimle ilgili eşimle yaptığımız konuşmalardan mutluluk duyuyorum.				
Dünyaya bir bebek getireceğim için mutluyum.				
Aşırı kilo aldığım için eskisi kadar kendimi beğenmiyorum.				
Gebeliğime bağlı sorunlar yaşayacağım kaygısı içindeyim.				
Tekrar aynı beden yapısına dönemeyeceğimin kaygısını yaşıyorum.				
Vücudumun hep böyle kalacağından korkuyorum.				
Sevdiğim eski kıyafetlerimi tekrar giyemeyeceğimi düşünüyorum.				

EK 6

Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.11.2022-141171



T.C.
SİNOP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : E-57428665-050.01.04-141171
Konu : 2022/171 Sayılı Karar

11.11.2022

Sayın Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Öznur SAĞLAM
Sinop Atatürk Devlet Hastanesi

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurulumuzca alınan 19.10.2022 tarih ve 2022/171 sayılı kararın bir örneği yazımız ekinde gönderilmektedir.
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cem Cüneyt ERSANLI
Rektör Yardımcısı

Ek:2022/171 Sayılı Karar (2 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSM54U97VB Pin Kodu: 46662

Belge Takip Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5743&eD=BSM54U97VB&eS=141171>

Adres: Korumak Mah. Üniversite Cad. 15 Temmuz Yerişkesi Rektörlük Binası No:21B 57010 Merkez
/ SİNOP

Bilgi için: Mehmet ÇAY
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SINOP ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Kararları

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
19.10.2022	7	2022/163-189

Sinop Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Prof. Dr. Erkal ARSLANOĞLU başkanlığında 19.10.2022 tarihinde 09.00-12.00 saatleri arasında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2022/171

Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Öznur SAĞLAM'ın 04.10.2022 tarihinde Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna online başvurusu ile ilgili görüşüldü.

Yüksek Lisans Öğrencisi Öznur SAĞLAM ve Dr. Öğr. Üyes Özlem GÜNER'in "*Çevresel ve Bireysel Faktörlerin Gebelikteki Ortoreksiya Nevroza İle İlişkisi*" başlıklı çalışması ve çalışmalarında kullanacağı aşağıda örneği verilmiş **altı (6)** sayfalık ölçme araçlarının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçüğüne ilişkin sorumluluğu başvuruçuya ait olmak üzere, "Kişisel Verilerin Korunması Kanununa" dikkat edilmesi şartıyla Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesine uygun olduğunun kabulüne, sonucun Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Öznur SAĞLAM'a bildirilmesine oybirliği ile karar verildi.

ÇEVRESEL VE BİREYSEL FAKTÖRLERİN GEBELİKTEKİ ORTOREKSİYA NEVROZUNA İLİŞKİSİ

BAĞLANTILI ÖLÇME ARAÇLARI

1. *Ortoreksiya* (Gecme) ve *Bireysel Faktörler* (Ortoreksiya) Ölçme Aracı
2. *Çevresel Faktörler* Ölçme Aracı
3. *Bireysel Faktörler* Ölçme Aracı
4. *Ortoreksiya* Ölçme Aracı
5. *Çevresel Faktörler* Ölçme Aracı
6. *Bireysel Faktörler* Ölçme Aracı

Kullanıcılar:

1. Ebe Öznur SAĞLAM

2. Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER

3. Dr. Öğr. Üyesi Erkal ARSLANOĞLU

4. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

5. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

6. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

7. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

8. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

9. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

10. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

11. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

12. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

13. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

14. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

15. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

16. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

17. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

18. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

19. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

20. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

21. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

22. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

23. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

24. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

25. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

26. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

27. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

28. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

29. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

30. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

31. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

32. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

33. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

34. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

35. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

36. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

37. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

38. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

39. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

40. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

41. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

42. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

43. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

44. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

45. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

46. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

47. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

48. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

49. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

50. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

51. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

52. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

53. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

54. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

55. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

56. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

57. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

58. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

59. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

60. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

61. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

62. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

63. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

64. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

65. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

66. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

67. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

68. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

69. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

70. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

71. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

72. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

73. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

74. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

75. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

76. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

77. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

78. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

79. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

80. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

81. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

82. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

83. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

84. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

85. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

86. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

87. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

88. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

89. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

90. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

91. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

92. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

93. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

94. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

95. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

96. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

97. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

98. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

99. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

100. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

101. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

102. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

103. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

104. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

105. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

106. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

107. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

108. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

109. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

110. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

111. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

112. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

113. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

114. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

115. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

116. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

117. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

118. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

119. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

120. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

Karar No 2022/171 Sayfa 1/2

EK 7

KURUM İZİNİ

	SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ		
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	<i>Sayfa</i>	1/2

SİNOP ATATÜRK DEVLET HASTANESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Öznur SAĞLAM

14.09.2022

Araştırmanın;	
Adı:	ÇEVRESEL VE BİREYSEL FAKTÖRLERİN GEBELİKTEKİ ORTOREKSİYA NEVROZA İLE İLİŞKİSİ
Amacı:	Araştırmada, gebelikte ortoreksiya nervoza eğilimi, sıklığı ve bunu etkileyen çevresel/bireysel faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.
Yöntemi:	1-Araştırmanın Tipi Bu araştırma gebelikte ortoreksiya nervoza eğilimi, sıklığı ve bunu etkileyen çevresel/bireysel faktörlerin belirlemek amacıyla planlanan kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. 2-Araştırmanın Evreni ve Örneklemi Araştırmada, 15.09.2022-15.06.2023 Sinop Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine veya NST polikliniğine hizmet almak için başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler dahil edilecektir. Araştırmanın evrenini Sinop Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine veya NST polikliniğine hizmet almak için başvuranlardan araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan gebeler oluşturacaktır. Araştırmanın evrenini, yukarıda belirtilen tarihler arasında adı geçen hastanenin polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılabilecek kriterlerini taşıyan gebeler oluşturmaktadır. İlgili polikliniklere 1 yılda / 1 ayda prenatal kontrol amacıyla başvuran gebe sayısı bilinmemektedir. Araştırmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlardaki örneklem seçme formülü kullanılmıştır. Bu formül aşağıdaki gibidir (Karataş 2004). $n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ (n= Örneklem alınacak birey sayısı p= İncelenen olayın görüldüğü sıklığı (olasılığı) q= İncelenen olayın görülme sıklığı (1-p) t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanlışlık düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer d= Olayın görüldüğü sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma. Yukarıdaki formüle göre hesaplandığında: n=((1,96)2 .0,186.0,81)/(0,05)2 =232,65344) Örneklemin evreni temsil edebilmesi için en az 233 kişi gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda örneklemin evreni temsil etme gücünü belirlemek amacı ile power analizi yapılacaktır. Nicel araştırma da örneklem seçiminde gelişigüzel örneklem seçiminden yararlanılacaktır. 2.1.Araştırmaya Alınma ve Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 2.1.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri • 18 yaş ve üzerinde olan • İletişim engeli olmayan • Görme ve işitme engeli bulunmayan • Türkçe okuma yazma bilen • Sağlıklı ve tekiz gebeliği olan • Araştırmaya katılmaya istekli olan gebeler araştırmaya dahil edilmesi planlanmaktadır.



SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Sayfa

2/2

	2.1.2.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri • 18 yaş altı olanlar, • Türkçe okuma yazması olmayan, • Riskli gebeliği olan • İkiz gebeliği olan • Araştırmaya katılımda istekli olmayan, bilişsel düzeyde anlama kapasitesinde bozukluğu olan gebeler oluşturmaktadır. 3-Veri Toplama Araçları Araştırmada, literatür ışığında hazırlanan gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin ‘Gebe Tanıtım Formu’, ‘Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği’, ‘Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği’ ve ‘Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği’ kullanılacaktır. 3.1.Gebe Tanıtım Formu: Bu form literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Gebelerin genel bilgileri, sosyo demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, obstetrik özellikleri, gebelik dönemi ile ilgili sağlık durumları, besin tüketim sıklığı, mevcut gebeliğe yönelik özelliklerini belirlemeye yönelik soruların bulunduğu toplam 46 sorudan oluşmaktadır. 3.2.Ortoreksiya Nervoza-11 Ölçeği (ORTO-11): Bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının belirlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Bratman et al. (2000) tarafından ortoreksiya nervoza eğilimlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bireyin kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Arusoğlu ve ark. (2008), ORTO-11’in Türkçe’ye uyarlama çalışmasını yapmıştır. Maddeler, bireylerin “kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme, besin seçme, satın alma ve hazırlama” konularındaki tutumlarını araştırmaktadır (Arusoğlu vd., 2008). 3.3.Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ): Kumcağız, Ersanlı ve Murat tarafından 2017 yılında geliştirilen ölçeğin 2 alt boyutu vardır. Birinci alt boyut (Gebeliğe Ait Annelik Algısı Alt Boyutu) ilk 7 madde, ikinci alt boyut (Gebeliğe Ait Beden Algısı Alt Boyutu) 5 madde olmak üzere ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği’nin gebelerin kendilerini algılama düzeylerini belirleyebilmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır (Kumcağız vd.,2017). 4.3.Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ): Ölçek, bireylerin psikolojik sağlamlığını ölçebilmek amacıyla Smith ve ark. (2008) tarafından geliştirilmiş, 2015 yılında Doğan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. KPSÖ, 5’li likert tipinde, 6 maddelik, özbeöz bildirim tarzı bir ölçme aracıdır (Doğan, 2015).
Uygulanacağı Yerler:	Sinop Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine ve/veya NST polikliniğine hizmet almak için başvuranlardan araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan gebeler oluşturacaktır.
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb)	Yoktur.
Kurum/kuruluş Adı:	
Başlama Tarihi ve Süresi:	15.10.2022-15.06.2023
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER

****Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.**

SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Başvuru İnceleme Komisyonu Raporu)

İl Müdürlüğümüze bağlı Sinop Atatürk Devlet Hastanesinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket vb. başvuruları incelemek ve değerlendirmek üzere İl Müdürlük Makamının 26/07/2020 tarih ve E.679 Sayılı Onayı ile oluşturulan **“Başvuru İnceleme Komisyonu”** 05/12/2022 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğümüz toplantı salonunda toplanmış ve aşağıdaki kararlar alınmıştır.

GENEL BİLGİLER

Araştırmacının Adı – Soyadı : Ebe Öznur SAĞLAM

Araştırmanın Açık Adı : “Gebelikte ortoreksiya nevroza eğilimi, sıklığı ve bunu etkileyen çevresel/bireysel faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.”

Kurumu/Üniversitesi : Sinop Üniversitesi

Çalışma Türü : Yüksek Lisans Tezi

Çalışma Özeti : Gebelikte ortoreksiya nevroza eğilimi, sıklığı ve bunu etkileyen çevresel/bireysel faktörleri belirlemek amacıyla planlanan kesitsel bir araştırma.

Çalışma Yöntemi : Kesitsel Tanımlayıcı

Çalışma Zaman Takvimi : 15.12.2022-15.06.2023

KARAR : Yukarıda genel bilgileri verilmiş araştırmanın Müdürlüğümüze bağlı Sinop Atatürk Devlet Hastanesinde , mevzuat hükümleri dahilinde yürütülmesi Komisyonumuzca değerlendirilerek **UYGUN** görülmüştür. 05.12.2022

EK 8

ORTO-11 Ölçeği Kullanım İzni

Orto-11 Ölçeği kullanım izni talebi ▶ Gelen Kutusu x



Öznur Sağlam

26 Eyl 2022 Pzt 12:01



Alıcı: gulcanarusoglu ▼

Sayın Arusoğlu,

Ben Sinop Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Öznur Sağlam

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz " ORTO-11" ölçeğini planladığımız yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.

Uygun görürseniz, ölçek kullanım izni, ölçeği ve ölçek değerlendirmesi ile ilgili bilgileri yollayabilir misiniz?

İlginiz için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

Saygılarımla

GÜLCAN ARUSOĞLU

@ 27 Eyl 2022 Sal 10:48



Alıcı: ben ▼

Sevgili Öznur,

Elbette eke illeştirdiğim ölçek izin formunu taratıp bana yönlendirdikten sonra ORTO-11 ölçeğini kullanmaya başlayabilirsiniz. ORTO11'de out off yok. Herkes kendi çalışmasına göre bir dilim belirler. Ortalama Üzeri ve altı olacak şekilde.. Yani %25'lik dilim işe yarayabilir. Başarılar dilerim.

Doç.Dr. Gülcan Arusoğlu

Gönderen: Öznur Sağlam

Gönderildi: 26 Eylül 2022 Pazartesi 12:01:53

Kime: GÜLCAN ARUSOĞLU

Konu: Orto-11 Ölçeği kullanım izni talebi

1/1



T. C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÜKSEKOKULU
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

27.10.2022

Sayın Özcan SAĞLAM

Ortoreksiya Nervoza eğiliminin saptanması için ORTO-11 ölçeğini (Arusoğlu 2006), ilgili yerlerde kaynak gösterilme şartıyla, araştırmanızda kullanabilirsiniz. Adı geçen ölçek başka çalışmalarda kullanılmak istendiğinde tekrar izin alınmalı ve başkalarına verilmemelidir. Çalışmanız yayınlandıktan sonra bir örneğinin tarafıma gönderilmesini rica ederim.

İMZA

Araştırmacılar Adına

Dr. Öğr. Üy. Gülcan Arusoğlu
Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Araştırmanın Başlığı:

Genresel...vs...Bireysel. Faktörlerin Gebelikteki Ortoreksiya Nervoza ile ilişkisi

Araştırmacılar: Özcan SAĞLAM

İMZA

EK 9

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanım izni talebi ➤ Gelen Kutusu x

Öznur Sağlam

Alıcı: tayfun ▼

Sayın Doğan,

Ben Öznur Sağlam, Sinop Üniversitesi yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği " ölçeğini planladığımız yüksek lisans tezimde kullanmak istiyoruz.

Uygun görürseniz, ölçek kullanım izni, ölçeği ve ölçek değerlendirmesi ile ilgili bilgileri yollayabilir misiniz?

İlginiz için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

Saygılarımla

Tayfun Dogan

Alıcı: ben ▼

Merhaba,

Ölçeği web sitemden indirerek kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Tayfun Doğan

↩ Yanıtla

➡ Yönlendir



EK 10

Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği Kullanım İzni

Öznur Sağlam

Alıcı: haticek ▼

Sayın Kumcağız,

Ben Öznur Sağlam, Sinop Üniversitesi yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği"ni " planladığımız yüksek lisans tezimde kullanmak istiyoruz.

Uygun görürseniz, ölçek kullanım izni, ölçeği ve ölçek değerlendirmesi ile ilgili bilgileri yollayabilir misiniz?

İlginiz için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

Saygılarımla

Hatice Kumcagız

 Alıcı: ben ▼

Sevgili Öznur,

Ölçek ve ilgili bilgiler ektedir. Sevgiler

Prof. Dr. Hatice KUMCAĞIZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Eğitim Fakültesi

Eğitim Bilimleri Bölümü

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Kurupelit Kampüsü

SAMSUN

Gönderilenler: Mon, 26 Sep 2022 11:27:52 +0300 (EET)

Konu: "Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği"

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Öznur SAĞLAM

Yabancı Dili :İngilizce

Eğitim Durumu

Lise : Yakakent İMKB Lisesi, 2008- 2012

Lisans : Samsun Sağlık Yüksekokulu- Ebelik 2012- 2016

Yüksek Lisans : Sinop Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021- Halen

Mesleki Deneyim

İş Yeri : Van Çaldıran Devlet Hastanesi 2017- 2019

İş Yeri : Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, 2019- Halen

Yayın Listesi :-