

Satisfakcja z wizerunku własnego ciała u kobiet po porodzie i jej związek z zaburzeniami odżywiania: badanie przekrojowe w województwie śląskim, Polska

Satisfaction with women's body image after childbirth and its relation to eating disorders: A cross-sectional study in Silesia Province, Poland

Karolina Krupa-Kotara¹, Paulina Helisz¹,
Weronika Gwioździk¹, Maria Kujawińska²,
Mateusz Grajek², Eliza Działach², Jarosław Markowski³

¹ Zakład Epidemiologii, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Katedra Zdrowia Publicznego, Katedra Polityki Zdrowia Publicznego,
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Katedra i Oddział Kliniczny Laryngologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Summary

Aim: To assess the potential increased risk of eating disorders among women during the first year after childbirth.

Methods: In this study involving 288 women between the ages of 21 and 45, the SCOFF questionnaire was used. This tool was used to evaluate and analyse the collected responses, using a predetermined dataset. After data collection, in-depth statistical analysis was performed using Statistica 13.3 software. Analytical techniques included the χ^2 test, Kruskal-Wallis rank ANOVA and Mann-Whitney *U* test.

Results: The results were considered statistically significant at a threshold of $p \leq 0.05$. The results underscore that most women have concerns about their postpartum weight. The infant feeding method showed a clear correlation with satisfaction with current body weight. Women who chose to breastfeed were more likely to report satisfaction with their body weight. Interestingly, about 50% of female respondents showed a predisposition to developing an eating disorder.

Conclusions: This propensity appears to depend on variables such as the chosen method of feeding the baby, weight satisfaction and body mass index (BMI). To ensure the well-being of both mothers and infants, a comprehensive study of eating disorders in the perinatal phase

is necessary. There is therefore an urgent need for educational initiatives that include mental well-being and nutritional knowledge, targeting pregnant and postpartum women.

Słowa kluczowe: obraz ciała, ciąża, zaburzenia odżywiania

Key words: body image, pregnancy, eating disorders

Wstęp

Ciąża wywołuje głębokie zmiany w organizmie matki oraz wymaga adaptacji do różnych zmian biologicznych i psychospołecznych obejmujących skład ciała, reakcje układu nerwowego, wzorce żywieniowe i poziomy aktywności fizycznej [1]. Te fizjologiczne zmiany podczas ciąży służą wspieraniu rozwoju płodu i przygotowaniu matki do porodu i fazy poporodowej. Istotne jest jednak rozróżnienie między normalnymi zmianami fizjologicznymi a potencjalnie patologicznymi wskazaniami [2].

Badania prowadzone na przestrzeni lat zwróciły uwagę na rozszerzające się spektrum powikłań poporodowych zarówno po porodzie naturalnym, jak i po cesarskim cięciu. Wcześniej uwaga skupiała się na oczywistych warunkach, takich jak niedokrwistość, infekcja i krwotok. Ostatnie badania dotyczyły, wszakże takich obszarów, jak dobre samopoczucie seksualne, ból pleców, dyskomfort krocza, zaparcia, a zwłaszcza depresja poporodowa [3–5].

Wybrany sposób porodu może istotnie wpłynąć na samopoczucie psychiczne kobiety, co przekłada się na jej życie osobiste i zawodowe. Wzrost preferencji dotyczących cesarskiego cięcia odzwierciedla nie tylko poprawę statystyk śmiertelności i zmniejszenie powikłań poporodowych, ale także globalny trend, kiedy to coraz więcej kobiet decyduje się na cesarskie cięcie, aby uniknąć bólu porodowego lub mieć kontrolę nad terminem porodu. Przeprowadzono jednak niewiele badań w celu kompleksowej oceny ogólnej poporodowej jakości życia młodych matek w zależności od metody porodu [4].

Okres okołoporodowy może być dla kobiety zarówno pozytywnym, jak i negatywnym doświadczeniem [5]. Dobrostan psychiczny stanowi integralny aspekt ogólnego stanu zdrowia, pociągając za sobą zmiany biochemiczne, hormonalne, psychologiczne i społeczne, które sprawiają, że kobiety są podatne na zaburzenia nastroju [6]. W związku z tym kwestie dotyczące postrzegania własnego ciała mogą pojawić się jako powikłanie poporodowe. Wieloaspektowe czynniki, obejmujące wymiar fizyczny, interpersonalny i kulturowy, przyczyniają się do kształtowania obrazu ciała. To postrzeganie siebie istotnie wpływa na funkcjonowanie psychologiczne i społeczne, a także na poczucie własnej wartości. Pozytywny obraz ciała sprzyja dobremu samopoczuciu i wyższej samoocenie [7]. Obawy dotyczące kształtu i masy ciała są powszechne wśród kobiet po porodzie i mogą przyspieszyć rozwój nieprawidłowych zachowań żywieniowych [8].

Zaburzenia odżywiania należą do najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych u młodych kobiet, obok zaburzeń afektywnych i lękowych. Częstość ich występowania w ciągu całego życia wynosi około 6% [9], a około 5% kobiet doświadcza jakiejś ich formy w czasie ciąży [10]. Historia zaburzeń odżywiania została powiązana

z wyższym wskaźnikiem poronień [11]. Zaburzenia te obejmują anoreksję, bulimię i napadowe objadanie się, sklasyfikowane na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-5 [12]. Mogą one niekorzystnie wpływać na wyniki ciąży, przyczyniając się do przedwczesnego porodu, niskiej masy urodzeniowej, obniżonej punktacji w skali Apgar, a nawet śmiertelności okołoporodowej. U matek zaś mogą zakłócać proces karmienia i wywierać trwały wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne potomstwa [13, 14]. Istotną przeszkodą we wspieraniu kobiet w okresie okołoporodowym jest niedodiagnozowanie kwestii zdrowia psychicznego. W związku z tym wdrażane są powszechne programy badań przesiewowych w celu identyfikacji potencjalnych zaburzeń i poprawy zdrowia psychicznego matek w okresie okołoporodowym, co uznaje się za globalny imperatyw [15]. Identyfikacja zaburzeń odżywiania zarówno u młodych kobiet, jak i u matek ma bowiem kluczowe znaczenie dla zapobiegania powikłaniom psychologicznym przy kolejnych ciążach.

Cel

Opisywane tu badanie zostało przeprowadzone w celu oceny potencjalnego zwiększonego ryzyka zaburzeń odżywiania wśród kobiet w ciąży pierwszego roku po porodzie. Podstawowe założenie było takie, że badane kobiety wykazują różną podatność na zaburzenia odżywiania i różnią się między sobą w zależności od zmiennych okołoporodowych, takich jak metoda porodu, wybrana metoda karmienia niemowląt, waga poporodowa i ogólne postrzeganie własnego ciała.

W badaniu sformułowano następujące hipotezy badawcze: (1) Zadowolenie z aktualnej masy ciała zależy od takich czynników, jak sposób porodu, wybrana metoda karmienia niemowląt i wskaźnik masy ciała (BMI); (2) Na rozwój zaburzeń odżywiania wpływają takie zmienne, jak sposób porodu, metoda karmienia niemowląt, zadowolenie z obecnej masy ciała i wskaźnik BMI.

Material i metody

Grupa badana

Badanie objęło łącznie 288 kobiet w wieku od 21 do 45 lat. Dobór uczestniczek został przeprowadzony losowo. W badaniu zastosowano metodę ankiety internetowej zainicjowanej przez badacza. Wiarygodność ankiety została oceniona przez zbadanie czasu potrzebnego na jej wypełnienie. W ramach zachęty uczestniczkom zaofiarowano bezpłatny e-book poświęcony tematyce rozszerzania diety dziecka. Po wypełnieniu ankiety kobiety te uzyskały dostęp do wspomnianego poradnika.

Aby określić wymaganą wielkość próby, wykorzystano wzór opracowany dla populacji skończonych. Obliczenia zostały dostosowane do kontekstu regionu śląskiego w Polsce. Biorąc pod uwagę szacowaną populację 34 736 000 kobiet, które urodziły dziecko w 2021 roku, badanie miało na celu uzyskanie reprezentatywnej próby. Dla populacji kobiet po porodzie w województwie śląskim (Polska) minimalna wielkość próby 142 została obliczona z użyciem $\alpha = 0,95$, $f = 0,9$ i $e = 0,05$. W związku z tym

zebrana grupa 288 uczestniczek została uznana za reprezentatywną na podstawie tych obliczeń.

Kryteria włączenia

W badaniu wzięło udział łącznie 306 kobiet, które zostały w pełni poinformowane o celach badania i o jego naukowym charakterze. Respondentki wyraziły świadomą zgodę na dobrowolny udział w badaniu, zachowując prawo do wycofania się w dowolnym momencie bez podawania wyjaśnień i bez żadnych konsekwencji. Pominięcie w kwestionariuszu odpowiedzi dotyczących daty ostatniego porodu i metody porodu (naturalny lub przez cesarskie cięcie) prowadziło do wykluczenia z badania. Do badania nie zostały też włączone kobiety, w których wypadku minął więcej niż rok od ostatniego porodu. W rezultacie analizę statystyczną przeprowadzono, opierając się na wynikach z 288 ankiet.

Oświadczenie dotyczące etyki

Badanie zostało przeprowadzone w ścisłej zgodności z wytycznymi określonymi w Deklaracji Helsińskiej, z uwzględnieniem wprowadzonych do niej zmian. Przed przystąpieniem do badania każda z uczestniczek wyraziła pisemną świadomą zgodę na udział w badaniu, co było niezbędnym warunkiem włączenia do badania. Wszystkie uczestniczki zostały dokładnie poinformowane o celach badania i zachowaniu anonimowości podczas całego procesu badawczego. Wstęp do kwestionariusza zawierał jasne wyjaśnienie charakteru i celów badania, podkreślono w nim też zasady świadomego i dobrowolnego uczestnictwa.

Badanie zostało przeprowadzone za oficjalną zgodą Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zgoda ta została wydana na podstawie odpowiednich przepisów, w szczególności Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Te ramy prawne obejmują precyzyjną definicję eksperymentu medycznego, co dodatkowo potwierdza etyczną integralność metodologii badania. Przepisany identyfikator dla tej zgody to ID. PCN/CBN/0052/KB/127/22.

Narzędzie badawcze

Kwestionariusz badawczy opracowany przez autorów przeszedł skrupulatną walidację w celu ustalenia jego rzetelności, ważności i trafności. Głównym punktem badania była ocena zaburzeń odżywiania wśród kobiet po porodzie, ułatwiona przez autorski kwestionariusz w połączeniu z kwestionariuszem SCOFF (*Screening Scale of Eating Disorders*).

Pomiary antropometryczne dostarczone przez uczestniczki obejmowały ich wzrost i aktualną masę ciała. Pomiary te zostały następnie wykorzystane do obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI), z interpretacjami dostosowanymi do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. Kategoryzacja została podzielona w następujący sposób: niedowaga <18 kg/m²; norma 18–24,99 kg/m²; nadwaga 25–30 kg/m²; otyłość >30 kg/m² [16].

Kwestionariusz SCOFF to narzędzie do przesiewowej oceny ryzyka zaburzeń odżywiania. Umożliwia wstępną identyfikację potencjalnych czynników ryzyka, które leżą u podstaw objawów psychopatologicznych związanych z anoreksją lub bulimią, skutecznie wskazując pojawienie się tych stanów na wczesnym etapie. Składa się z pięciu pytań związanych z jedzeniem, a dotyczących wybranych aspektów anoreksji i bulimii. Pytania te kolejno odnoszą się do takich kwestii, jak: wywoływanie wymiotów z powodu niekomfortowej sytości, obawy przed utratą kontroli nad spożyciem żywności, zniekształcone i subiektywne postrzeganie własnej masy ciała, doświadczanie utraty masy ciała przekraczającej 6 kg w ciągu trzech miesięcy oraz stopień, w jakim jedzenie dominuje w codziennym życiu.

Twierdząca odpowiedź na co najmniej dwa z tych pytań skutkowało zdiagnozowaniem ryzyka związanego z rozwojem zaburzeń odżywiania w próbie. To podejście analityczne stanowiło subiektywny sposób weryfikacji skłonności do rozwoju zaburzeń odżywiania [17, 18].

Procedura testowa

Badanie przebiegało w trzech odrębnych fazach. Przeprowadzono badanie pilotażowe, które objęło 30 losowo wybranych kobiet. Zadaniem tej grupy było wypełnienie kwestionariusza w celu oceny zrozumienia każdego pytania. Pytania, które nie zostały uznane za zrozumiałe przez co najmniej 2 respondentki, zostały wyeliminowane lub przeformułowane. Ten iteracyjny proces poprawił przejrzystość kwestionariusza.

W drugim etapie kwestionariusz został poddany walidacji przez jego dwukrotne przekazanie do wypełnienia wybranej losowo grupie 30 kobiet w odstępie dwóch tygodni, aby umożliwić ocenę spójności odpowiedzi. Zbadano zgodność odpowiedzi na identyczne pytania – wyniosła ona 95,0% (do jej ustalenia wykorzystano współczynnik Kappa). Ocena spójności odpowiedzi opierała się na zgodności metod, osiągając wynik współczynnika Kappa na poziomie 0,95.

Ostatni etap obejmował realizację badania. W tej fazie zastosowano w praktyce autorski kwestionariusz. Kwestionariusz wykazał się wysoką rzetelnością (α Cronbacha = 0,82). Ze względu na trwającą pandemię COVID-19 badanie zostało przeprowadzone za pomocą techniki wspomaganego komputerowo wywiadu internetowego (CAWI). Kwestionariusz został rozpowszechniony wśród kobiet w grupach rodzicielskich za pośrednictwem popularnego portalu społecznościowego Facebook. Ten sposób dystrybucji był dostosowany do panujących okoliczności i pozwolił na zdalne uczestnictwo.

Analizy statystyczne

Po zebraniu kwestionariuszy przeprowadzono szczegółową analizę zgromadzonych danych. Faza ta została poprzedzona rygorystyczną analizą wyników w celu uzyskania znaczących spostrzeżeń. Cała gama obliczeń została wykonana z użyciem oprogramowania Statistica 13.3 (TIBCO Software Inc., Palo Alto, CA, USA).

Normalność rozkładu danych została oceniona za pomocą testu Shapiro-Wilka, co jest kluczowym krokiem w zapewnieniu adekwatności późniejszych analiz staty-

stycznych. Zastosowano różne metody statystyczne zgodnie z charakterem danych i celami badawczymi. Do porównania dwóch różnych niezależnych grup jakościowych wykorzystano test Chi-kwadrat. W wypadku trzech lub więcej grup, takich jak różne tryby karmienia piersią, zastosowano ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Test *U* Manna-Whitneya posłużył do oceny wpływu wskaźnika masy ciała (BMI) po ciąży.

Próg istotności statystycznej ustalono na poziomie $p \leq 0,05$, co odzwierciedla standardowy poziom istotności w dziedzinie analizy statystycznej. To kryterium zostało wykorzystane do określenia, czy zaobserwowane różnice lub relacje były statystycznie istotne.

Wyniki

Rozkład wieku grupy badanej podzielono na 5-letnie przedziały, uzyskując następujące segmenty: 21–25 lat (11%), 26–30 lat (39%), 31–35 lat (38%), 36–40 lat (10%), 41–45 lat (2%). Najwięcej badanych kobiet mieszkało w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (45%), pozostałe respondentki jako miejsce zamieszkania wskazywały mniejsze miejscowości (55%). Średnia masa ciała respondentek przed ciążą wynosiła 61,3 kg (odchylenie standardowe $SD = 10,2$), a po ciąży zwiększyła się do 64,8 kg ($SD = 12,4$). Respondentki miały średnio 166,9 cm wzrostu ($SD = 5,9$).

Początkowa część kwestionariusza koncentrowała się na doświadczeniach okołoporodowych i praktykach karmienia niemowląt. Zdecydowana większość respondentek wskazała na poród w okresie od 2 do 6 miesięcy przed udziałem w badaniu (66%; $n = 191$). Znaczna część badanych kobiet zadeklarowała, że był to ich pierwszy poród (68%; $n = 195$). Wśród różnych metod karmienia niemowląt dominowało karmienie piersią (61%; $n = 177$) (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy pod względem daty porodu, liczby ciąży i stosowanej metody karmienia (N = 288)

	Kategorie	n	%
Termin ostatniego porodu	do 2 miesięcy wcześniej	32	11
	2–6 miesięcy wcześniej	191	66
	7–12 miesięcy wcześniej	65	23
Sposób porodu	Naturalny	130	45
	Cięcie cesarskie	158	55
Liczba urodzonych dzieci	Jedno	195	68
	Więcej niż jedno	93	32
Metoda karmienia	Sztuczna mieszanka	61	22
	Częściowe karmienie piersią	50	17
	Karmienie piersią	177	61

Biorąc pod uwagę ustalone wytyczne, które integrują dane antropometryczne obejmujące masę ciała i wzrost, obliczono wskaźnik masy ciała (BMI), ułatwiając

w ten sposób kategoryzację na różne poziomy, takie jak: niedowaga, normalna waga, nadwaga i otyłość. W większości uczestniczki badania miały prawidłową masę ciała ($n = 192$; 67%). Zwiększony odsetek osób z nadwagą i otyłością zaobserwowano w przedziale wiekowym 30–35 lat (nadwaga – $n = 22$; 41%; otyłość – $n = 10$; 45%). Z kolei w grupie wiekowej poniżej 30 lat zaobserwowano najwyższą liczbę kobiet o prawidłowej masie ciała ($n = 77$; 40%). W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę grupy badanej pod względem wskaźnika masy ciała (BMI).

Warto zauważyć, że większość ankietowanych kobiet wyraziła chęć redukcji masy ciała po ciąży. Średnio respondentki wskazywały na chęć zredukowania masy ciała o mniej więcej 5 kg względem obecnej wartości, przy czym ich BMI mieściło się w normie ($n = 254$; 82%).

Tabela 2. Liczba badanych w zależności od BMI (N = 288)

Wskaźnik masy ciała	Wartość po ciąży ¹		Wartość oczekiwana ²	
	n	%	n	%
Niedowaga	21	7	31	11
Norma	192	67	246	86
Nadwaga	53	18	10	3
Otyłość	22	7	1	0

¹ Waga po ciąży zadeklarowana przez uczestniczki badania; ² Oczekiwana waga ciała wskazana przez uczestniczki badania

Przeprowadzono analizę w celu oceny zadowolenia kobiet z ich masy ciała po porodzie. Wyniki pokazały, że zdecydowana większość respondentek wyraziła niezadowolenie ze swojej obecnej masy ciała ($n = 198$; 69%). Warto jednak zauważyć, że ponad połowa uczestniczek pozytywnie postrzegała swoje ciało ($n = 151$; 52%), podczas gdy mniejsza podgrupa, obejmująca jedną na pięć respondentek, negatywnie postrzegała swoje ciało ($n = 63$; 22%). Ankietowane kobiety deklarywały różne zmiany, które zauważyły w swoich ciałach po porodzie. Zmiany te obejmowały: obecność rozstępów na brzuchu (49%), zmiany w charakterystyce włosów i paznokci (26%), występowanie przebarwień i stanów zapalnych na twarzy (14%) oraz pojawienie się nowych zmarszczek (11%). Zdecydowana większość respondentek przypisała powyższe zmiany swoim doświadczeniom ciążowym ($n = 252$; 87%), podkreślając wyraźny związek między zaobserwowanymi zmianami a ciążą.

Ocena zadowolenia z masy ciała obejmowała analizę porównawczą w odniesieniu do rodzaju porodu i wybranej metody karmienia. Statystycznie istotna różnica ($p = 0,031$) pojawiła się w odniesieniu do rodzaju karmienia niemowląt i postrzegania swojej masy ciała. Szczegółowe wyniki zostały zestawione w tabeli 3, przedstawiającej przegląd zależności między rodzajem porodu, metodą karmienia i zadowoleniem uczestniczek ze swojej masy ciała.

Tabela 3. Sposób porodu i sposób karmienia urodzonego dziecka a zadowolenie ze swojej masy ciała (N = 288)

Zmienna		Zadowolenie z masy ciała		p
		Tak	Nie	
Sposób porodu	Naturalny	53 (34%)	105 (66%)	p = 0,351* NS
	Cięcie cesarskie	37 (29%)	93 (71%)	
Sposób karmienia	Karmienie piersią	65 (37%)	112 (63%)	p = 0,031**
	Częściowe karmienie piersią	13 (26%)	37 (74%)	
	Sztuczna mieszanka	12 (20%)	49 (80%)	

* Test χ^2 ; ** Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa

Na podstawie wyników kwestionariusza SCOFF przeanalizowano odpowiedzi pod względem podatności na rozwój zaburzeń odżywiania, w tym jadłowstrętu psychicznego, bulimii psychicznej lub napadów objadania się w badanej populacji. Prawie połowa badanych kobiet wykazała ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania ($n = 132$; 45%). Co ciekawe, nieznacznie podwyższone ryzyko odnotowano wśród kobiet, które przeszły cesarskie cięcie ($n = 67$; 52%) i częściowo karmiły piersią ($n = 27$; 54%).

Istotną statystycznie korelację zaobserwowano u kobiet, które wyrażały niezadowolenie z obecnej masy ciała ($p < 0,05$). Respondentki te wykazywały zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania. Pozostałe zależności zostały przedstawione w tabeli 4, uwzględniającej takie zmienne, jak: metoda porodu, sposób karmienia dziecka i satysfakcja z aktualnej masy ciała.

Tabela 4. Ryzyko zaburzeń odżywiania w skali SCOFF wśród badanych (N = 288)

Zmienna		Ryzyko zaburzeń odżywiania według SCOFF		p
		Tak	Nie	
Sposób porodu	Naturalny	65 (41%)	93 (59%)	p = 0,08 NS*
	Cięcie cesarskie	67 (52%)	63 (48%)	
Sposób karmienia	Karmienie piersią	74 (42%)	103 (58%)	p = 0,11 NS**
	Częściowe karmienie piersią	27 (54%)	23 (46%)	
	Sztuczna mieszanka	31 (51%)	30 (49%)	
Zadowolenie z obecnej masy ciała	Tak	22 (24%)	68 (76%)	p = 0,001*
	Nie	110 (56%)	88 (44%)	

* Test χ^2 ; ** Test ANOVA rang Kruskala-Wallisa

Interesujący jest związek między potencjalnym ryzykiem wystąpienia zaburzeń odżywiania a wskaźnikiem masy ciała (BMI) w badanej próbie. Największy odsetek

młodych matek wykazujących skłonności do zaburzeń odżywiania odnotowano wśród tych z nadwagą ($n = 33$; 11%) i otyłością ($n = 13$; 4%).

Co istotne, związek między wynikiem kwestionariusza SCOFF a wskaźnikiem masy ciała wykazał istotność statystyczną ($p = 0,016$) (tab. 5). Ustalenia te wyjaśniają kluczowy związek między wartością BMI a predyspozycjami do zaburzeń odżywiania wśród uczestniczek badania.

Tabela 5. Związek między SCOFF a BMI (N = 288)

SCOFF	BMI: niedowaga	BMI: w normie	BMI: nadwaga	BMI: otyłość
TAK	8 (6%)	78 (59%)	33 (25%)	13 (10%)
NIE	13 (8%)	114 (73%)	20 (13%)	9 (6%)
$p = 0,016^*$				

* Test U Manna-Whitneya

Dyskusja

Złożona interakcja między zmianami fizjologicznymi podczas ciąży a obrazem ciała po porodzie została podkreślona w różnych badaniach. Perspektywa psychologiczna kładła nacisk na rolę wsparcia społecznego, zwłaszcza ze strony rodziny, w łagodzeniu negatywnych emocji związanych ze zmianami obrazu ciała podczas przejścia zarówno do macierzyństwa, jak i życia zawodowego [19]. Badanie Coker i Abraham [20] ujawniło, że niezadowolenie z masy ciała utrzymywało się do 12 miesięcy po porodzie u kobiet zarówno z diagnozą zaburzeń odżywiania, jak i bez niej, co wskazuje na trwały wpływ postrzegania wizerunku ciała. Warto zauważyć, że około jednej trzeciej kobiet zgłosiło destrukcyjne postrzeżenie obrazu ciała, przypisywane lękowi, zaburzeniom nastroju, depresji poporodowej i kwestiom emocjonalnym [21].

Kompleksowy związek między masą ciała, obrazem ciała i zaburzeniami odżywiania znalazł potwierdzenie też w innych pracach. W jednym z polskich badań wykryto wysokie ryzyko zaburzeń odżywiania wśród młodych kobiet, przejawiające się w różnych formach, takich jak prawdopodobna podatność lub manifestacja objawów [22, 23]. Globalne badania przeprowadzone w latach 2013–2022 szacowały rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania u młodych kobiet w zakresie od 5,5% do 17,9% [24]. Badanie z 2017 roku ujawniło, że 33% kobiet w wieku rozrodczym wykazywało objawy zaburzeń odżywiania [25].

Złożona interakcja czynników psychosomatycznych, samoakceptacji, chęci zmiany wyglądu ciała i podejmowania działań z tym związanych wpływa na subiektywną ocenę obrazu ciała, łącząc aspekty fizyczne i psychologiczne. Uznając interdyscyplinarny charakter tego zagadnienia, zaleca się kompleksowe podejście do tematu, które powinno obejmować działania z zakresu medycyny, dietetyki klinicznej i psychologii klinicznej. Multidyscyplinarna opieka, w tym terapia poznawczo-behawioralna (CBT), została wskazana jako kluczowe narzędzie terapeutyczne w leczeniu zaburzeń odżywiania

w fazie przedkoncepcyjnej i okołoporodowej. CBT wykazała obiecujące wskaźniki remisji i potencjał prewencyjny [27–32].

W świetle wyników uzyskanych z oceny kwestionariusza SCOFF ustalono, że około 50% badanej grupy dotyczyło wysokie ryzyko późniejszej diagnozy zaburzeń odżywiania po ciąży. Ryzyko to było istotnie związane z niską satysfakcją z masy ciała ($p = 0,001$), a czynniki uwzględniające poporodowy przyrost masy ciała i BMI powyżej 25 kg/m² istotnie korelowały z nasilonym rozwojem takich zaburzeń, jak anoreksja, bulimia i kompulsywne objadanie się ($p < 0,05$).

Zaburzenia odżywiania, zwłaszcza anoreksja i bulimia, w nieproporcjonalnym zakresie dotyczą kobiety z nadwagą i otyłością po porodzie z powodu niezadowolenia z masy ciała i niewłaściwych zachowań żywieniowych, potencjalnie prowadzących do drastycznej redukcji masy ciała [33, 34]. Uwypukla to złożone powiązania między zmianami fizjologicznymi, obrazem ciała i zaburzeniami odżywiania w okresie transformacji podczas ciąży i połogu.

Badania dotyczące związku między karmieniem piersią a skłonnością do zaburzeń odżywiania przyniosły sprzeczne wyniki. Niektóre badania sugerują, że czas trwania karmienia piersią pozostaje zbliżony wśród kobiet z psychopatologią i bez niej [35–37]. Z kolei inne publikacje sugerują, że matki z zaburzeniami odżywiania mają tendencję do krótszego czasu karmienia piersią z powodu takich czynników, jak niewystarczająca podaż mleka lub negatywne doświadczenia związane z karmieniem piersią [38, 39]. Zjawisko to może również wynikać z kwestii medycznych powodujących niedostateczną ilość pokarmu.

Na decyzję o zaprzestaniu karmienia piersią często wpływają aspekty psychologiczne, a nie wyłącznie kwestie żywieniowe. Matczyna interpretacja sygnałów głodu i sytości niemowlęcia może nie zawsze być zgodna z rzeczywistymi potrzebami dziecka. Czynniki psychologiczne, wsparcie rodziny i partnera, sytuacja zawodowa, wartości kulturowe i środowisko społeczne przyczyniają się do szerszego kontekstu zachowań związanych z karmieniem piersią [40]. W naszym badaniu kobiety karmiące wyłącznie piersią były bardziej zadowolone ze swojej masy ciała w porównaniu z tymi, które częściowo karmiły piersią lub stosowały mleko modyfikowane. Prawdopodobne wyjaśnienie tej obserwacji może wynikać z szybszej normalizacji masy ciała wśród matek karmiących piersią, w porównaniu z matkami karmiącymi dzieci innymi metodami. Zwiększone zapotrzebowanie kaloryczne związane z laktacją może odgrywać istotną rolę w przyspieszeniu powrotu do masy ciała sprzed ciąży, potencjalnie przyczyniając się do większego zadowolenia z własnego wizerunku. Nie zaobserwowano istotnych korelacji między zaburzeniami odżywiania a rodzajem karmienia dziecka.

Ze względu na wzajemne powiązania między podatnością na zaburzenia odżywiania przed poczęciem a ich potencjalnym zaostrzeniem w okresie okołoporodowym konieczne jest wprowadzenie edukacji psychologicznej i żywieniowej w połączeniu z kompleksowymi badaniami przesiewowymi. To holistyczne podejście powinno rozpocząć się przed planowaną ciążą i trwać co najmniej do 12 miesięcy po ciąży [41, 42].

Co ciekawe, badania wskazują, że zadowolenie z ciała po ciąży może być odwrotnie proporcjonalne do fizjologicznej utraty masy ciała [43]. Ciężarne często doświadczają mieszanych uczuć wobec swoich zmieniających się proporcji ciała. Złożona dynamika

obrazu ciała po porodzie obejmuje wymiary autonomii-symbiozy z noworodkiem, a także skomplikowaną interakcję między percepcją ciała a mentalną reprezentacją dziecka, partnera i rodzica.

Ostatnie badania opisują oddziaływanie mikrobioty jelitowej na zdrowie kobiet na różnych etapach życia i w różnych warunkach, podkreślając jej potencjalny wpływ na subiektywną ocenę wizerunku [44–46]. Wskazuje to na wieloaspektowy charakter czynników kształtujących obraz ciała i zachowania żywieniowe w okresie okołoporodowym.

Mocne strony i ograniczenia badania

Nasze badanie wypełnia istotną lukę badawczą, podejmując rzadko eksplorowany temat zaburzeń odżywiania u kobiet po ciąży. Jego znaczenie wynika z rosnących obaw dotyczących wpływu współczesnych standardów wyglądu i presji społecznej na samoocenę oraz zdrowie psychiczne młodych matek.

Atutem badania jest znaczna wielkość próby, obejmująca kohortę 288 uczestniczek, a jego procedura została dostosowana do współczesnych standardów. Z kolei ograniczeniem było poleganie na metodzie wspomaganego komputerowo wywiadu internetowego (CAWI) w celu dystrybucji kwestionariuszy. Zostało to jednak złagodzone przez skrupulatną sekwencję badania pilotażowego i walidacji, co zminimalizowało potencjalne błędy spowodowane przez badacza.

Przyszłe iteracje tej trajektorii badawczej mają na celu zbadanie częstości występowania depresji poporodowej wśród młodych matek i skorelowanie jej z przejawami patologicznych zachowań żywieniowych. Obecne podejście do oceny satysfakcji z ciała za pomocą kwestionariusza może być niewiarygodne. Kolejne badania mogą przynieść korzyści z zastosowania bardziej kompleksowych metod, takich jak wywiady bezpośrednie, porównania sylwetek za pomocą ilustracji, pomiary antropometryczne itp., jako że badane osoby często błędnie interpretują wymiary swojego ciała [47].

Zastosowanie wskaźnika masy ciała (BMI) do kategoryzacji danych antropometrycznych wymaga kontroli, ponieważ może to spowodować błędną interpretację uzyskanych parametrów. Przedstawienie surowych danych (waga i wzrost) bez opisywanego dopasowania kategorii może prowadzić do nieporozumień.

Planowane są ponadto dalsze prace mające na celu szersze zbadanie wymiarów socjodemograficznych. Zmienne takie jak status rodzinny (np. małżeństwo, związek cywilny, singiel), korzystanie z pomocy społecznej i wskaźniki ekonomiczne, takie jak dochód, wzbogacają całościowe zrozumienie badanej grupy.

Uwzględnienie karmienia piersią także było ważnym elementem naszego projektu. Wieloaspektowa rola karmienia piersią jako czynnika, który zwiększa zadowolenie z ciała, a jednocześnie potencjalnie służy jako element predysponujący do zaburzeń odżywiania, podkreśla złożoność tego związku.

Podsumowując, można stwierdzić, że niniejsze badanie wypełnia krytyczną lukę w ogólnym rozumieniu zaburzeń odżywiania po ciąży. Oświetlając złożoną interakcję między obrazem ciała, zachowaniami żywieniowymi i takimi czynnikami, jak karmienie piersią, toruje drogę do dalszej eksploracji różnorodnych wymiarów zdrowia kobiet w okresie okołoporodowym.

Wnioski

W sferze doświadczeń po ciąży u większości kobiet dominuje niezadowolenie ze swojej masy ciała. Przy czym istnieje związek między metodą karmienia niemowląt a zadowoleniem z masy ciała po porodzie. Kobiety, które zdecydowały się na karmienie piersią, wykazywały znacznie większą skłonność do zadowolenia ze swojej masy ciała w porównaniu z respondentkami, które polegały na sztucznych mieszankach do karmienia swoich dzieci.

W toku badania u blisko połowy respondentek wykryto potencjalne wskaźniki zaburzeń odżywiania. Wskazuje to, jak istotny jest to problem i jako niezbędne są ukierunkowane interwencje i kampanie edukacyjne z tego zakresu. Warto zauważyć, że takie czynniki, jak stosowana metoda karmienia i wskaźnik masy ciała (BMI) mają zauważalny wpływ na poziom zadowolenia z masy ciała. Interakcje między praktykami żywieniowymi, BMI i satysfakcją z wizerunku ciała mogą się przyczyniać do rozwoju zaburzeń odżywiania.

Uzyskane przez nas rezultaty otwierają drogę do bardziej ukierunkowanych badań nad doświadczeniami po ciąży i ich potencjalnymi konsekwencjami. Znaczenie takich czynników, jak karmienie piersią i BMI, wpływających na zadowolenie z masy ciała i potencjalnie na rozwój zaburzeń odżywiania, wymaga dalszej eksploracji. Ostatecznie ujawnienie tych powiązań daje szansę na udoskonalenia interwencji, poprawę samopoczucia matek i szersze zrozumienie zdrowia kobiet w okresie poporodowym.

Piśmiennictwo

1. Paskulin JT, Drehmer M, Olinto MT, Hoffmann JF, Pinheiro AP, Schmidt MI i wsp. *Association between dietary patterns and mental disorders in pregnant women in Southern Brazil*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2017; 39(3): 208–215.
2. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. *Physiological changes in pregnancy*. Cardiovasc. J. Afr. 2016; 27(2): 89–94.
3. Matuszyk D, Schlegel-Zawadzka M, Jagielski P, Dziedzic M. *Jakość życia kobiet w przebiegu ciąży, porożu i laktacji w zależności od stanu odżywienia przed ciążą*. Probl. Pielęgniarstwa 2016; 23(4): 484–489.
4. Gizzo S, Andrisani A, Noventa M, Di Gangi S, Quaranta M, Cosmi E i wsp. *Caesarean section: Could different transverse abdominal incision techniques influence postpartum pain and subsequent quality of life? A Systematic Review*. PLoS One 2015; 10(2): e0114190.
5. Van der Woude DA, Pijnenborg JM, Vries de J. *Health status and quality of life in postpartum women: A systematic review of associated factors*. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2015; 185: 45–52.
6. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S i wsp. *Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review*. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18(1): 455.
7. Ziółkowska B, Ziółkowska K. *Obraz ciała u kobiet w ciąży oraz w porożu w zależności od zaangażowania w aktywność fizyczną*. FetR 2020; 41(1): 114–128.

8. Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. *Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil*. Int. J. Eat. Disord. 2014; 47(4): 426–430.
9. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. *Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. Curr. Opin. Psychiatry 2016; 29(6): 340–345.
10. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. *Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2014; 211(4): 392.e1–392.e3928.
11. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. *Predictors and long-term health outcomes of eating disorders*. PLoS One 2017; 12(7): e0181104.
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
13. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. *The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: A longitudinal observational study*. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14(1): 274.
14. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. *Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2015; 49(3): 260–75.
15. World Health Organization. *Maternal mental health and child health and development in resource-constrained settings. Report of a UNFPA/WHO international expert meeting: the interface between reproductive health and mental health, 2009*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70118/WHO_RHR_09.24_eng.pdf;jsessionid=5DDDD138F7F5A0B5915A2E78227325A6?sequence=1 (dostęp: 12.09.2022).
16. World Health Organization. *Body mass index (BMI)*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index> (dostęp: 10.10.2022).
17. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. *The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders*. BMJ 1999; 319(7223): 1467–1468.
18. National Collaborating Centre for Mental Health. *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. British Psychological Society (UK), 2004.
19. Kochan M, Kabukcuoglu K. *'I wish I had my pre-pregnancy body after birth... but I have to be supported': A theoretical study based on body image perception in working mothers during the postpartum period*. J. Obstet. Gynaecol. 2022; 42(5): 1103–1111.
20. Coker E, Abraham S. *Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: A comparison of women with and without eating disorders*. Eat. Weight Disord. 2015; 20(1): 71–79.
21. Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. *High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy*. Sex. Reprod. Healthc. 2017; 13: 103–109.
22. Matusik A, Grajek M, Szlacheta P, Korzonek-Szlacheta I. *Comparison of the prevalence of eating disorders among dietetics students and students of other fields of study at selected universities (Silesia, Poland)*. Nutrients 2022; 14(15): 3210.
23. Gwioździk W, Krupa-Kotara K, Całyniuk B, Helisz P, Grajek M, Głogowska-Ligus J. *Traditional, vegetarian, or low FODMAP diets and their relation to symptoms of eating disorders: A cross-sectional study among young women in Poland*. Nutrients 2022; 14(19): 4125.
24. Silén Y, Keski-Rahkonen A. *Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people*. Curr. Opin. Psychiatry 2022; 35(6): 362–371.

25. Bień AM, Pieczykolan A. *Zaburzenia odżywiania wśród kobiet w wieku rozrodczym*. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(3): 381–391.
26. Grajek M, Krupa-Kotara K, Grot M, Kujawińska M, Helisz P, Gwóźdźnik i wsp. *Perception of the body image in women after childbirth and the specific determinants of their eating behavior: Cross-sectional study (Silesia, Poland)*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(16): 10137.
27. Giel K, Zipfel S, Hallschmid M. *Oxytocin and eating disorders: A narrative review on emerging findings and perspectives*. Curr. Neuropharmacol. 2018; 16(8): 1111–1121.
28. Agras WS. *Cognitive behavior therapy for the eating disorders*. Psychiatr. Clin. North Am. 2019; 42(2): 169–179.
29. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. *Eating disorders in primary care: Diagnosis and management*. Am. Fam. Physician 2021; 103(1): 22–32.
30. Södersten P, Bergh C, Leon M, Brodin U, Zandian M. *Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior*. Physiol. Behav. 2017; 174: 178–190.
31. Fichter MM, Quadflieg N. *Ess – und Fütterstörungen*. Nervenarzt 2021; 92: 1203–1213.
32. Latzer Y, Stein D. *Introduction: Novel perspectives on the psychology and psychotherapy of eating disorders*. J. Clin. Psychol. 2019; 75(8): 1369–1379.
33. Donofry SD, Emery RL, Kolko Conlon RP, Germeroth LJ, Wang B, Cheng Y i wsp. *Documenting the course of loss of control over eating prior to, during and after pregnancy among women with pre-pregnancy overweight and obesity*. Int. J. Eat. Disord. 2021; 54(4): 633–638.
34. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. *Eating disorder symptoms pre – and postpartum*. Arch. Womens Ment. Health 2016; 19(4): 675–680.
35. Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. *Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2019; 27(2): 137–146.
36. Hoffman ER, Bentley ME, Hamer RM, Hodges EA, Ward DS, Bulik CM. *A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders*. Matern. Child Nutr. 2014; 10(3): 360–372.
37. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. *Eating disorders mothers and their children: A systematic review of the literature*. Arch. Womens Ment. Health 2020; 23(4): 449–467.
38. Torgersen L, Ystrom E, Siega-Riz AM, Berg CK, Zerwas SC, Reichborn-Kjennerud T i wsp. *Maternal eating disorder and infant diet. A latent class analysis based on the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)*. Appetite 2015; 84: 291–298.
39. Popovic M, Pizzi C, Rusconi F, Gagliardi L, Galassi C, Trevisan M i wsp. *The role of maternal anorexia nervosa and bulimia nervosa before and during pregnancy in early childhood wheezing: Findings from the NINFEA birth cohort study*. Int. J. Eat. Disord. 2018; 51(8): 842–851.
40. Lücke S, Koch S, Böhl GF, Flothkötter M. *Die gesellschaftliche Akzeptanz von öffentlichem Stillen im zeitlichen Vergleich: Erfahrungen und Einstellungen der Bevölkerung und stillender Mütter 2016 und 2020*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2022; 65: 1188–1196.
41. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. *The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: A meta-ethnographic study*. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18(1): 121.
42. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. *The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders*. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20(1): 323.

43. Downs DS, DiNallo JM, Kirner TL. *Determinants of pregnancy and postpartum depression: Prospective influences of depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior.* Ann. Behav. Med. 2008; 36(1): 54–63.
44. Roubalová R, Procházková P, Papežová H, Smitka K, Bilej M, Tlaskalová-Hogenová H. *Anorexia nervosa: Gut microbiota-immune-brain interactions.* Clin. Nutr. 2020; 39(3): 676–684. Doi: 10.1016/j.clnu.2019.03.023.
45. Krupa-Kotara K, Helisz P, Gwioździk W, Grajek M. *The importance of the microbiota in shaping women's health – The current state of knowledge.* Appl. Microbiol. 2023; 3(1): 11–34.
46. Durif-Bruckert C. *Microbiote intestinale et émergence de nouvelles représentations du corps – Une approche psychosociale [Intestinal microbiota and emergence of new representations of the body: A psychosocial approach].* Med. Sci. (Paris). 2016; 32(11): 1009–1015.
47. Pięta M, Rzeszutek M, Lenzion M, Grymowicz M, Pięta W, Kasperowicz A i wsp. *Body image during pregnancy in the era of coronavirus disease 2019: The role of heterogeneous patterns of perceived social support.* Front. Psychol. 2021; 12: 742525.

Adres: Karolina Helena Krupa-Kotara
Zakład Epidemiologii, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
e-mail: kkrupa@sum.edu.pl

Otrzymano: 28.09.2023

Zrecenzowano: 2.12.2023

Otrzymano po poprawie: 13.12.2023

Przyjęto do druku: 28.05.2024