

<https://doi.org/10.19195/2658-1310.28.4.5>

### **Mateusz Grajek**

ORCID: 0000-0001-6588-8598

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
mgrajek@sum.edu.pl

### **Martina Grot**

ORCID: 0000-0002-1734-9802

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### **Maria Kujawińska**

ORCID: 0000-0003-3157-7139

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### **Weronika Gwioździk**

ORCID: 0000-0002-0773-5750

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### **Paulina Helisz**

ORCID: 0000-0001-7639-5465

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

### **Agnieszka Białek-Dratwa**

ORCID: 0000-0002-7798-6424

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
abialek@sum.edu.pl

# **Zaburzenia odżywiania a postrzeganie obrazu ciała wśród kobiet po urodzeniu dziecka w okresie postpandemicznym**

Artykuł nadesłany: 9.06.2022; artykuł zaakceptowany: 2.12.2022

Kody klasyfikacji JEL: I1

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, SCOFF, TFEQ-13, obraz ciała, pandemia COVID-19

## Abstrakt

Okres okołoporodowy stanowi wyzwanie o charakterze fizjologiczno-psychologicznym w życiu kobiety ciężarnej oraz przyszłej mamy, przez co wymaga szczególnej opieki interdyscyplinarnej. Trzyletnia pandemia wirusa SARS-CoV-2 przyczyniła się do redefinicji wielu obszarów sektora zdrowia publicznego i wywołała zmiany psychofizyczne. Choroba COVID-19 rozpowszechniona na skalę globalną nasiliła progresję zaburzeń psychicznych, szczególnie z uwzględnieniem dysfunkcyjnej relacji w sposobie żywienia predysponującej do braku kontroli, nadmiernego ograniczania spożywanych posiłków oraz jedzenia emocjonalnego, wywołała przy tym zaburzenia odżywiania ukierunkowane na otyłość, zespół kompulsywnego objadania się, pregoreksję. Cel podjętej pracy dotyczył analizy postrzeganego obrazu ciała przez kobiety po ciąży zakończonej porodem. Analiza była ukierunkowana na występowanie u nich ewentualnych zaburzeń w odżywianiu. Narzędzie metodologiczne stanowiły kwestionariusze TFEQ-13 oraz SCOFF wraz z metryczką i analizą jakościową sposobu żywienia kobiet (do roku od porodu). Do badania zakwalifikowano 288 kobiet w przedziale wiekowym 20–45 lat. Wyliczony pomiar antropometryczny uwzględniający wskaźnik masy ciała w postaci kategoryzacji wskaźnika jako norma stanowił przewagę (66,7%). Przyrost masy ciała z okresu przed ciążą i po porodzie mieścił się w średniej wartości 3,5 kilogramów. Aspekt postrzegania ciała przez kobiety wskazywał na brak poczucia zadowolenia z jego obrazu (69%). Równocześnie połowa badanych cechowała się świadomością dotyczącą zmian w wyglądzie zewnętrznym z pozytywnym postrzeganiem obrazu ciała. Natomiast nacechowana negatywnie subiektywna ocena dotyczyła mniejszego odsetka kobiet (22%). Ponadto, w przypadku postrzegania masy ciała wobec rodzaju zastosowanej metody karmienia dziecka zostały zaobserwowane istotne różnice ( $p = 0,03$ ). Dodatkowo niezadowolenie z masy ciała predysponowało do uzyskania wyższego wyniku w skali SCOFF, świadczącego o ryzyku pojawienia się zaburzeń odżywiania (46%;  $p = 0,001$ ) wraz ze wzrostem BMI — wskaźnika masy ciała. Zaobserwowano istotną dodatnią zależność pomiędzy ograniczeniem spożywanych posiłków a wyższym parametrem BMI wraz z niezadowoleniem z masy ciała wśród kobiet z nadwagą lub prawidłową masą ciała oraz aktywnych fizycznie w okresie prekonceptyjnym. Kobiety cechował znacznie częściej brak kontroli nad jedzeniem w okresie okołoporodowym (według kwestionariusza TFEQ-13). Reasumując: zachowania ukierunkowane na ograniczenie jedzenia i brak kontroli nad jedzeniem oraz emocjonalne spożywanie posiłków w grupie badanych kobiet przekładały się na negatywny obraz postrzeganego ciała w postaci niezadowolenia z masy ciała. Kobiety z nadwagą i otyłością predysponowały do progresji zaburzeń odżywiania w postaci pregoreksji. Element terapeutyczno-prewencyjny w postaci edukacji żywieniowej jest kluczowy, gdyż powszechnie występujące błędy w sposobie żywienia i suplementacji wiążą się z wyższym ryzykiem zaburzeń odżywiania.

## Eating disorders and the perceived body image among women after childbirth in the post-pandemic period

**Keywords:** eating disorders, SCOFF, TFEQ-13, body image, COVID-19 pandemic

### Abstract

The perinatal period is a physiological and psychological challenge in the life of a pregnant woman and future mother, requiring special interdisciplinary care. The three-year SARS-CoV-2 pandemic has redefined many areas of the public health sector, causing psychophysical changes. The COVID-19 disease, which has reached a global scale, has intensified the progression of mental disorders, especially taking into account the dysfunctional relationship with one's diet which pre-

disposes people to a lack of control, excessive restriction of meals, and emotional eating, causing obesity-oriented eating disorders, binge eating syndrome, and pregorexia. The aim of the study was to analyze the perceived body image among women after childbirth, focusing on the occurrence of possible eating disorders. The methodological tools were the TFEQ-13 questionnaire and the SCOFF questionnaire along with the record and qualitative analysis of the female nutrition (up to one year after childbirth). 288 women aged 20–45 were qualified for the study. Anthropometric measurement taking into account BMI in the form of index categorization as the norm was the majority (66.7%). The pre-pregnancy and postpartum weight gain averaged 3.5 kilograms. The aspect of body perception by women indicated a lack of satisfaction with its image (69%), but half of the respondents were aware of changes in external appearance with a positive perception of the body image. The negative subjective assessment concerned a smaller percentage of women (22%). Moreover, significant differences were observed in the case of the perception of body weight and the method of feeding the child ( $p = 0.03$ ). Additionally, dissatisfaction with body weight predisposed to a higher SCOFF score, indicating the risk of developing eating disorders (46%;  $p = 0.001$ ) with increasing body mass index. A significant correlation was observed between the reduction of consumed meals and a higher BMI parameter, along with dissatisfaction with body weight among overweight or healthy women and those physically active during the pre-conception period. Women were much more often characterized by a lack of control over food in the perinatal period (according to the TFEQ-13 questionnaire). To sum up, behaviors aimed at limiting eating, lack of control over eating, as well as emotional eating in the studied group of women resulted in a negative self-perception in the form of dissatisfaction with body weight. Overweight and obese women are predisposed to the progression of eating disorders in the form of pregorexia. The therapeutic and preventive element in the form of nutritional education is key, as common errors in the diet and supplementation are associated with a higher risk of eating disorders.

## Wstęp

Zmiany w wielu obszarach zdrowia publicznego nastąpiły w wyniku ekspansji wirusa SARS-CoV-2 podczas trzyletniej pandemii jednostki chorobowej o podłożu zakaźnym COVID-19. Choroba wirusowa rozpowszechniona na skalę globalną nasiliła progresję zaburzeń psychicznych, szczególnie jeśli chodzi o dysfunkcyjną relację w sposobie żywienia. Negatywne emocje predysponują do zaburzenia w postrzeganiu obrazu ciała w wyniku szeregu zmian biologiczno-fizjologicznych zachodzących podczas patomechanizmu faz rozwojowych w obrębie płodu. Dysfunkcje obejmują modyfikację w pobieraniu pokarmu o charakterze zwiększonym lub znacznym ograniczeniu oraz nadmiernej kontroli modelu żywienia, co prowadzi do pregoreksji i/lub ortoreksji, jak również emocjonalnego spożywania posiłków (Tang et al., 2020).

W okresie przed- i okołoporodowym czynnikami predysponującymi do rozwoju niewłaściwych nawyków żywieniowych w kontekście patologicznej dysproporcji pomiędzy pobieranym pokarmem przed ciążą a pokarmem pobieranym w jej okresie są ciąża mnoga (trojaczki, czworaczki), wiek biologiczny rodziców (35–39 lat) planujących potomstwo, komplikacje okołoporodowe (krwotoki), poród pomiędzy dwudziestym drugim a trzydziestym siódmym tygodniem ciąży (wcześniak), metoda cesarskiego cięcia, infekcja układu moczowo-rozrodczego (przed

ciężą), choroby układu pokarmowego, choroby metaboliczno-endokrynologiczne, wskaźnik masy ciała u kobiet poniżej  $18,5 \text{ kg/m}^2$  oraz powyżej  $25 \text{ kg/m}^2$ , jak również czynniki psychospołeczne dotyczące relacji interpersonalnych, stopnia satysfakcji z macierzyństwa oraz postrzegania własnej ciąży (Larsen et al., 2021; Watson et al. 2019; Baskin, Meyer i Galligan, 2020).

Zmiany związane z negatywnym postrzeganiem obrazu ciała, w szczególnych przypadkach klinicznych z dysmorfofobią, mają podłoże psychologiczno-psychiatryczne prowadzące do zaburzeń odżywiania, ukierunkowane na otyłość, zespół kompulsywnego objadania się oraz pregoreksję. Uwarunkowane są one stresem, odczuciem lęku, niskim statusem społeczno-ekonomicznym, stanami depresyjnymi, stanami dysocjacyjnymi, uzależnieniem od tytoniu, alkoholu, farmakoterapią psychotropową, niewielkim odstępem pomiędzy kolejnymi ciążami i/lub wielokrotnymi porodami (wielorództwo). Czynniki te determinują poród przedwczesny, a w konsekwencji predysponują do stanu klinicznego definiowanego jako mikrosomia u dziecka (Aliaga et al., 2019). Trauma społeczna przebiegająca w dzieciństwie przyczynia się do podwyższonego poziomu skłonności destrukcyjnych w relacji z jedzeniem pod postacią utraty samokontroli w okresie przed planowaną ciążą oraz podczas zagnieżdżenia zarodka do momentu perinatalnego (około trzech miesięcy przed implantacją zarodka i podczas całego okresu ciąży) (Emery et al., 2021; Bye et al., 2018).

Reasumując: w okresie prekonceptyjnym oraz okołoporodowym (perinatalnym) istotna jest wczesna diagnoza czynników ryzyka patomechanizmu zaburzeń odżywiania w postaci przesiewowych testów oraz oceny jakościowo-ilościowej sposobu żywienia kobiety (Mento et al., 2017; Rocco et al., 2005).

## Teoretyczny aspekt badań

Sposób karmienia dziecka może wpływać na przyrost lub spadek masy ciała u kobiet po ciąży, z kolei karmienie piersią korzystnie oddziałuje na zdrowie matki i dziecka. Metoda karmienia naturalnego predysponuje do obniżenia lub utrzymania prawidłowej masy ciała kobiety, ponieważ produkcja mleka zwiększa wydatek energetyczny. Kobiety, które karmią piersią, częściej zwracają uwagę na to, co spożywają. Jednak przypuszczalnie metoda karmienia naturalnego spowodować może wzrost apetytu, który jest odczuwany przez matkę podczas okresu laktacji (Gundersson i Abrams, 2000; Neville et al., 2014; McKinley et al., 2018; Rshan et al., 2021; Fallah, Askari i Asemi, 2020; Claydon et al., 2018).

Z przyrostem masy ciała po ciąży wiąże się szereg czynników psychospołecznych, mianowicie wzrost masy ciała, gdyż obserwuje się jej przyrost u kobiet, które odczuwały depresję, niepokój lub stres w czasie ciąży oraz w okresie poporodowym. Kobiety, które miały zdiagnozowaną depresję lub u których pojawiał się lęk czy stres podczas ciąży, były bardziej narażone na wzrost masy ciała (Pedersen

et al., 2011; Thompson, 2020). Zły stan zdrowia psychicznego stanowi wyjątkowe wyzwanie dla kobiet w okresie poporodowym. Oprócz zmiany życia codziennego w postaci opieki nad nowo narodzonym dzieckiem pojawia się przed matką różnorodny wachlarz wyzwań dotyczących zdrowego stylu życia. Prozdrowotne zachowania zmniejszają prawdopodobieństwo przyrostu masy ciała (Siega-Riz et al., 2010; Hodgkinson, Smith i Wittkowski, 2014). Najczęstszymi barierami dotyczącymi tej kwestii są brak czasu, problemy z opieką nad dziećmi i zmęczenie. Do głównych bodźców predysponujących do wdrażania pozytywnych zachowań zdrowotnych należą wsparcie partnera i chęć lepszego samopoczucia (Evenson, Aytur i Borodulin, 2009). Do innych problemów w kwestii aktywności fizycznej, z którymi spotkały się kobiety, zaliczyć można brak dostępu do niedrogich i odpowiednich zajęć w rodzaju ćwiczeń oporowych, aerobiku oraz kardio-aerobowych, jak również słabą dostępność do transportu publicznego (Devine, Bove i Olson, 2000; Puhl i Brownell, 2003).

Narodziny dziecka stanowią okres dostosowania się do nowych wymagań, które niosą ze sobą macierzyństwo, a także prowadzenie domu i radzenie sobie z innymi obowiązkami rodzinnymi. Jednocześnie kobieta w tym okresie wraca do pełnej sprawności po fizycznych obciążeniach związanych z ciążą i porodem. Kobiety obawiają się, że ciąża ma trwały lub długotrwały wpływ na ich masę ciała (Neiterman i Fox, 2016; Fox i Neiterman, 2015; Petersson, Zandian i Clinton, 2016). Wiele młodych matek odczuwa presję, aby dostosować się do ideałów kobiecego ciała utrwalanych przez społeczeństwo. Ideały te skupiają się na usunięciu wszelkich oznak ciąży jak najszybciej po urodzeniu dziecka (Neiterman i Fox, 2016; Fox i Neiterman, 2015). Gotowość i zdolność do podejmowania działań na korzyść zdrowia może znacznie się różnić pomiędzy poszczególnymi osobami ze względu na stan psychiczny oraz czynniki, które są poza kontrolą kobiet, takie jak ilość i jakość snu, świadczące o poziomie rytmu okołodobowego. W związku z powyższym nie należy lekceważyć trudności w kontrolowaniu masy ciała na tym etapie życia i dokładnie rozważyć interwencje związane ze stanem psychicznym ukierunkowane szczególnie na grupę młodych matek (Fox i Neiterman, 2015).

Ze względu na znaczące ryzyko konieczne jest, aby system ochrony zdrowia skupił większą uwagę na zaburzeniach odżywiania w okresie ciąży i po jej zakończeniu. Cele są możliwe do osiągnięcia poprzez podnoszenie świadomości na temat problemów związanych z zaburzeniami odżywiania przed porodem i po nim oraz rozwijanie i rozszerzanie usług specjalistycznych, a także pomaganie specjalistom takim jak lekarze, pielęgniarki i położne. Ponadto zastosowanie programów edukacyjnych i szkoleń ukierunkowanych na prewencję i profilaktykę zachowań żywieniowych oraz prozdrowotnych relacji z jedzeniem pozwoli na zmniejszenie poziomu występowania zaburzeń odżywiania wśród kobiet ciężarnych oraz podczas porodu. Istotna jest pomoc kobietom w tym okresie poprzez omówienie sposobu żywienia oraz parametrów masy ciała. W modelu interdyscyplinarnym usługi świadczone w sposób kompleksowy i empatyczny umożliwią rozproszenie

wstydu i niepokoju związanego z obawami dotyczącymi masy ciała i zachowaniami żywieniowymi oraz pomogą w identyfikacji stanu zdrowia kobiet w grupie szczególnego ryzyka zdrowotnego, jednocześnie potrzebujących specjalistycznej opieki alternatywnej (Petersson, Zandian i Clinton, 2016; Heslehurst et al., 2013).

Cel podjętej pracy dotyczył analizy postrzeganego obrazu ciała przez kobiety po ciąży zakończonej porodem, która to analiza była ukierunkowana na występowanie u nich ewentualnych zaburzeń w odżywianiu. Do uzyskania celu głównego posłużyły następujące pytania badawcze:

1. Czy metoda porodu wpływa na poziom zadowolenia z obrazu ciała?
2. Czy wskaźnik masy ciała (BMI) predysponuje do zaburzeń odżywiania?
3. Czy zaburzone relacje z jedzeniem wpływają na stopień zadowolenia z masy ciała?
4. Czy metoda karmienia dziecka wpływa na poziom zadowolenia z obecnej masy ciała wśród kobiet?

## Metodologia badań

Badanie zostało przeprowadzone w czwartym kwartale 2021 roku. Próba uczestniczących w zaplanowanym badaniu liczyła 305 osób płci żeńskiej w przedziale wiekowym 20–45 lat. Narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety o charakterze anonimowym składało się z dwóch elementów: części metrykalnej oraz analizy jakości sposobu żywienia. Wskaźnik oceny kwestionariusz TFEQ-13 ukierunkowany został na ocenę relacji z jedzeniem przy uwzględnieniu trzech czynników predysponujących do zaburzeń odżywiania: nadmiernego ograniczania konsumpcji jedzenia i całkowitej utraty kontroli nad spożyciem żywności w sposobie żywienia oraz emocjonalnym jedzeniu. Wykorzystano również wskaźnik analizy kwestionariusza SCOFF oceniający czynnik ryzyka patomechanizmu zaburzeń odżywiania. W związku z powyższym zastosowano następująco dwa kwestionariusze w postaci polskiej adaptacji kwestionariusza *Three-Factor Eating Questionnaire-13* (TFEQ-13) i kwestionariusz SCOFF. Analizę przeprowadzono na podstawie badań grupy 282 zakwalifikowanych kobiet w wieku 20–45 lat. Kryterium włączenia do badania stanowiły zgoda na przeprowadzenie trzyetapowego badania ankietowego, okres najwyżej dwunastu miesięcy od ostatniego porodu oraz brak przebiegu ciąży w okresie badania. Natomiast kryterium wyłączenia stanowiły brak zgody na uczestniczenie w badaniu, okres od ostatniego porodu liczący więcej niż dwanaście miesięcy, a także przebieg ciąży w okresie badania. Analizę wyników opracowano w programie Microsoft Excel, zaś interpretację statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 13.3 (StatSoft Polska). W programie dokonano oceny siły związku między poszczególnymi zmiennymi. W tym celu wykorzystano test U Manna-Whitneya oraz test ANOVA Kruskala-Wallisza dla cech mierzalnych. Natomiast w przypadku cech niemierzalnych zastosowano test  $\chi^2$ . Poziom istotności statystycznej ustalono w zakresie  $p < 0,05$ .

## Analiza wyników badań

Charakterystyka grupy badanej przedstawia, że wśród większego odsetka kobiet ostatni poród odbył się co najmniej dwa miesiące wcześniej, ale nie później niż sześć miesięcy wcześniej, najczęstszy rodzaj metody porodu to poród siłami natury, a największy odsetek kobiet karmił naturalnie po porodzie. Kobiety poproszono o udzielenie informacji na temat wskaźników antropometrycznych: aktualnej masy ciała wyrażonej w kilogramach oraz wzrostu wyrażonego w centymetrach. Na podstawie uzyskanych wyników obliczono wskaźnik BMI badanych. Zgodnie z wyliczoną wartością (BMI) kobiety zostały odpowiednio zakwalifikowane do czterech kategorii stanu odżywienia: niedowaga (poniżej  $18,5 \text{ kg/m}^2$ ), norma ( $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$ ), nadwaga ( $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ ), otyłość ( $30\text{--}40 \text{ kg/m}^2$ ). Wskaźnik masy ciała grupy kobiet dominował w zakresie  $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$ , w znacznej większości ich wskaźnik masy ciała został oceniony jako prawidłowy. Dane zostały przedstawione w tabeli 1.

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy (N = 282)

Podział	Grupy	N	%
Termin ostatniego porodu	do 2 miesięcy temu	31	11
	2–6 miesięcy temu	187	66
	7–12 miesięcy temu	64	23
Rodzaj porodu	naturalny	154	55
	cesarskie cięcie	128	45
Sposób karmienia	wyłączne karmienie piersią	175	62
	częściowe karmienie piersią	48	17
	mieszanka sztuczna	59	21
Wskaźnik masy ciała (BMI)	niedowaga	21	7
	prawidłowa masa ciała	186	66
	nadwaga	53	19
	otyłość	22	8

Zdecydowany odsetek kobiet odpowiedział przecząco w kontekście zadowolenia z obecnej masy ciała ( $n = 193$ ; 68%). Około 39% badanych ( $n = 72$ ) z normatywnym wskaźnikiem BMI jest zadowolonych z masy ciała po ciąży. W badaniu własnym aspekt dotyczący postrzegania ciała przez kobiety wykazywał u większości z nich brak poczucia zadowolenia i akceptacji swojego wyglądu. Niezadowolenie z obecnej masy ciała predysponowało do pojawienia się zaburzeń odżywiania wraz ze wzrostem wskaźnika masy ciała.

Analiza odpowiedzi na pytanie odnoszące się do subiektywnej oceny ciała po okresie ciąży pozwoliła stwierdzić, że większy odsetek badanych kobiet deklarował pozytywny stosunek do swojego ciała ( $n = 222$ ; 79%), a poród siłami natury częściej deklarowały kobiety, które nie dostrzegały znaczących zmian w wygląd-

dzie swojego ciała w przeciwieństwie do kobiet po zabiegu cesarskiego cięcia. Negatywny obraz ciała w odniesieniu do własnej figury deklarowało 21% kobiet ( $n = 60$ ), a ponad 50% z nich urodziło metodą cesarskiego cięcia. Przeprowadzona analiza wykazała istotną zależność z dodatnią siłą korelacji pomiędzy rodzajem porodu a subiektywnym rodzajem postrzegania ciała po ciąży. Dane zostały przedstawione w tabeli 2.

**Tabela 2.** Subiektywna ocena ciała po ciąży w odniesieniu do rodzaju porodu badanych ( $n = 282$ )

Jak postrzega pani swoje ciało po ciąży?	Rodzaj porodu		p-wartość	Siła zależności
	naturalny n (%)	cesarskie cięcie n (%)		
Ciało znacznie się zmieniło, postrzegam je pozytywnie	75 (49)	75 (59)	<0,05	$V_c=0,21$
Ciało znacznie się zmieniło, postrzegam je negatywnie	27 (18)	33 (26)		
Ciało nie zmieniło się znacznie, postrzegam je pozytywnie	52 (34)	20 (16)		

Zweryfikowano zachowania o podłożu poznawczo-behavioralnym oraz emocjonalnym związane z żywieniem, uwzględniając podział na trzy podskale: ograniczanie jedzenia, brak kontroli nad jedzeniem oraz jedzenie emocjonalne. Wśród respondentek nasilenie poszczególnych zachowań wynosiło sześć punktów dla braku kontroli, pięć punktów dla ograniczania jedzenia oraz trzy punkty dla jedzenia emocjonalnego. Przeanalizowano powyższe zachowania pod względem wskaźnika BMI, podejmowania aktywności fizycznej przed ciążą oraz zadowolenia z obecnej masy ciała. Wykazano, że badane kobiety po ciąży predysponują swoim zachowaniem do ograniczania jedzenia w przypadku nadwagi, niezadowolenia z masy ciała. Ponadto ograniczanie w stosunku do spożywanej żywności dotyczyło badanych kobiet wdrażających aktywność fizyczną w okresie prekoncepcyjnym. Dodatkowo wykazano zależności oraz dodatnią siłą korelacji pomiędzy tendencją do ograniczenia jedzenia, brakiem kontroli nad jedzeniem czy jedzeniem emocjonalnym a niezadowoleniem ze swojej masy ciała. Wyniki przedstawia tabela 3.

Ponadto analiza własnych wyników pozwoliła stwierdzić, że kobiety niezadowolone ze swojej masy ciała często karmiły dziecko z zastosowaniem metody karmienia w postaci mieszanej. Aktywność ruchowa wdrażana w okresie prekoncepcyjnym sprzyjała pozytywnemu postrzeganiu własnego ciała. Kobiety, które urodziły dziecko, zauważyły w swoim ciele takie zmiany jak rozstępy na skórze brzucha, zmiany w wyglądzie włosów i paznokci, przebarwienia twarzy, zmiany zapalne i nowe zmarszczki. Zdecydowana większość respondentek uważała, że zmiany te związane są z okresem przebytej ciąży.



**Tabela 3.** Poznawczo-behawioralne i emocjonalne zachowania związane z jedzeniem w zależności od BMI, zadowolenia z masy ciała oraz aktywności fizycznej przed ciążą

Zmienne		Ograniczenie jedzenia		Brak kontroli nad jedzeniem		Jedzenie emocjonalne	
		p	średnia	p	średnia	p	średnia
BMI	niedowaga	<0,001	2,76	0,04	6,19	0,03	2,90
	norma	<0,001	5,37	0,04	6,05	0,03	3,10
	nadwaga	<0,001	5,71	0,04	6,19	0,03	3,66
	otyłość	<0,001	4,09	0,04	8,27	0,03	4,50
Zadowolenie z masy ciała	tak	0,009	4,39	0,001	5,41	<0,001	2,44
	nie	0,009	5,48	0,001	6,66	<0,001	3,69
Aktywność fizyczna przed ciążą	tak	<0,001	5,85	0,42	6,17	0,08	3,51
	nie	<0,001	4,19	0,42	6,38	0,08	3,00

## Wnioski

1. Większy odsetek kobiet nie akceptuje swojego ciała po porodzie. Rodzaj zastosowanej metody porodu w postaci cesarskiego cięcia predysponuje do braku samoakceptacji związanego istotnie z niskim poziomem subiektywnej oceny dotyczącej ciała badanych matek.

2. Wyższy wskaźnik masy ciała predysponuje do czynnika ryzyka związanego z wystąpieniem zaburzeń odżywiania wśród badanych kobiet na podstawie skali SCOFF oraz istotnego wpływu na ograniczanie jedzenia na podstawie skali TFEQ-13.

3. Negatywny obraz postrzegania własnego ciała wraz z niezadowoleniem z masy ciała predysponują do pojawienia się zaburzeń odżywiania w postaci ograniczania jedzenia oraz braku kontroli nad jedzeniem.

4. Metoda zastosowanego karmienia naturalnego dominowała wśród badanych matek. Zauważono, że zastosowany naturalny sposób karmienia występował znacznie częściej u kobiet zadowolonych z obecnej masy ciała w okresie okołoporodowym.

5. Większy odsetek kobiet wyraża skłonność do zmniejszenia masy ciała, blisko połowa z nich przejawia ryzyko wystąpienia ewentualnych zaburzeń odżywiania, co może sugerować konieczność wdrożenia edukacyjnego oraz prewencyjnego modelu holistycznego o podłożu interdyscyplinarnym (psycholog, dietetyk).

6. Edukacja żywieniowa stanowi kluczowy element interdyscyplinarny terapii żywieniowej oraz poznawczo-behawioralnej z uwagi na zwiększone prawdopodobieństwo występowania błędów żywieniowych i suplementacyjnych oraz przypuszczalnie podwyższonego czynnika ryzyka patomechanizmu zaburzeń odżywiania.

## Bibliografia

- Aliaga, A., Cunillera, O., Amador, M., Aliaga, M., Arquerons, M., Almeda, J. (2019). Association between affective disorders presenting before and during pregnancy and pre-term birth, considering socio-demographic factors, obstetric factors, health conditions, and use of medication. *Atencion primaria*, 51 (10), 626–636.
- Baskin, R., Meyer, D., Galligan, R. (2020). Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *International Journal of Eating Disorder*, 53 (6), 873–882.
- Bye, A., Shawe, J., Bick, D., Easter, A., Kash-Macdonald, M., Micali, N. (2018). Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1), 114.
- Claydon, E., Davidov, D., Zulling, K., Lilly, Ch., Cottrell, L., Zerwas, S. (2018) Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1).
- Devine, C.M., Bove, C.F., Olson, C.M. (2000). Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: the influence of life course trajectories and transitional events. *Social Science & Medicine*, 50 (4), 567–582.
- Emery, R.L., Benno, M.T., Kleih, T., Bell, E., Mason, S.M., Levine, M.D. (2021). Childhood traumatic events and loss of control eating in pregnancy: Findings from a community sample of women with overweight and obesity. *Eating Behaviors*, 42. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2021.101513.
- Evenson, K.R., Aytur, S.A., Borodulin, K. (2009). Physical activity beliefs, barriers, and enablers among postpartum women. *Journal of Women's Health*, 18 (12), 1925–1934.
- Fallah, M., Askari, G., Asemi, Z. (2020). Is Vitamin D Status Associated with Depression, Anxiety and Sleep Quality in Pregnancy: A Systematic Review. *Advanced Biomedical Research*, 9.
- Fox, B., Neiterman, E. (2015). Embodied motherhood: women's feelings about their postpartum bodies. *Gender & Society*, 29 (5), 670–693.
- Gunderson, E.P., Abrams, B. (2000) Epidemiology of gestational weight gain and body weight changes after pregnancy. *Epidemiologic Review*, 22 (2), 261–274.
- Heslehurst, N., Russell, S., Brandon, H., Johnston, C., Summerbell, C., Rankin, J. (2013). Women's perspectives are required to inform the development of maternal obesity services: a qualitative study of obese pregnant women's experiences. *Health Expectations*, 18 (5), 969–981.
- Hodgkinson, E.L., Smith, D., Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14 (1).
- Larsen, J.T., Bulik, C.M., Thornton, L.M., Koch, S.V., Petersen, L. (2021). Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychological Medicine*, 51 (5), 870–880.
- McKinley, M.C., Allen-Walker, V., McGirr, C., Rooney, C., Woodside, J.V. (2018). Weight loss after pregnancy: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*, 31 (2), 225–238.
- Mento, C., Le Donne, M., Crisafulli, S., Rizzo, A., Settineri, S. (2017). BMI at early puerperium: Body image, eating attitudes and mood states. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37 (4), 428–434.
- Neiterman, E., Fox, B. (2016). Controlling the unruly maternal body: losing and gaining control over the body during pregnancy and the postpartum period. *Social Science & Medicine*, 174, 142–148.
- Neville, C.E., McKinley, M.C., Holmes, V.A., Spence, D., Woodside, J.V. (2014). The relationship between breastfeeding and postpartum weight change — a systematic review and critical evaluation. *International Journal of Obesity*, 38 (4), 577–590.

- Pedersen, P., Baker, J.L., Henriksen, T.B., Lissner, L., Heitmann, B.L., Sørensen, T.I.A., Nohr, E.A. (2011). Influence of psychosocial factors on postpartum weight retention. *Obesity (Silver Spring)*, 19 (3), 639–646.
- Pettersson, C.B., Zandian, M., Clinton, D. (2016). Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (4), 675–680.
- Puhl, R.M., Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4 (4), 213–227.
- Rashan, N., Sharifi, N., Fathnezhad-Kazemi, A., Golnazari, K., Taheri, S. (2021). The association between social support and psychological factors with health-promoting behaviours in pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.
- Rocco, P., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R., Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59 (3), 175–179.
- Siega-Riz, A.M., Herring, A.H., Carrier, K., Evenson, K.R., Dole, N., Deierlein, A. (2010). Socio-demographic, perinatal, behavioral, and psychosocial predictors of weight retention at 3 and 12 months postpartum. *Obesity (Silver Spring)*, 18 (10), 1996–2003.
- Tang, X., Andres, A., West, D.S., Lou, X., Krukowski, R.A. (2020). Eating behavior and weight gain during pregnancy. *Eating Behaviors*, 36, DOI: 10.1016/j.eatbeh.2020.101364.
- Thompson, K. (2020). An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: A review and future directions. *Archives of Women's Mental Health*, 23 (5), 625–633.
- Watson, H.J., Diemer, E.W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G.P., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C.M. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *International Journal of Eating Disorder*, 52 (6), 643–651.