

Analiza sposobów ukończenia ciąży na podstawie preferencji ciężarnych oraz danych statystycznych z lat 2006-2010

Sylvia Michałowska, *Maciej Zalewski, Jerzy Heimrath, Jerzy Zalewski

Zakład Ginekologii, Akademia Medyczna we Wrocławiu
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Jerzy Heimrath

THE ANALYSIS OF PREGNANCY TERMINATION BASED ON PREGNANT WOMEN PREFERENCES AND STATISTICAL DATA YEARS 2006-2010

Summary

Introduction. The cesarean section is one of the most often surgical intervention used in modern obstetrics and that is the reason why it should be performed only in cases when specific indications are present. These indications have to justify the realization of surgical intervention which a cesarean section is. The indications exist also to prevent the abuse of this kind of interventions that can bring not only benefits but also many side effects. During the last years we can observe an expansion of the list of obstetrical and non-obstetrical indications to cesarean section performance.

Aim. Checking out which method is more often used: the natural delivery or cesarean section, by both asking women and on the basis of statistical data.

Material and methods. In this article there were two methods used: a survey and document analysis. The survey was made on two groups of patients. These were pregnant women which have not delivered yet and the women after the parturition. Both groups had 50 responding women, so the whole analysis involved 100 women.

Results. After results analysis obtained from the statistical data from two hospitals and also on the basis of surveys results given to 100 women, it was confirmed that the dominating way of the pregnancy resolution now is a cesarean section. The number of this surgical intervention is growing during the last five years.

Conclusions. Cesarean sections in the whole world as well as in Poland show constant growing tendency. The increasing number of cesarean sections in hospitals of Wrocław depends on: medicine progress, development of anesthetic techniques, neonatology development, change of the average age of pregnant women, higher consciousness and claims of pregnant women.

Key words: natural delivery, cesarean section, pregnancy resolution, indications to cesarean section

WSTĘP

Najnowsze badania statystyczne GUS dowodzą, że współczesne matki „Polki” są nieco starsze niż ich koleżanki wchodzące w okres macierzyństwa w latach 90-tych. Niektóre młode kobiety są mało zainteresowane opieką nad dziećmi i budowaniem więzi rodzinnych. Samorealizują się one zazwyczaj w pracy zawodowej bądź naukowej. Odnoszą, dające im szczęście, liczne sukcesy. W latach 90-tych spojrzenie na życie i priorytety były nieco inne, dlatego też średni wiek matek rodzących dzieci wynosił wtedy 23 lata. Zmieniła się także struktura poziomu wykształcenia matek – w stosunku do początku lat 90-tych ponad pięciokrotnie wzrósł odsetek matek z wykształceniem wyższym (z 6 do ok. 32%), w tym samym czasie wyraźnie zmniejszyła się także liczba matek z wykształceniem podstawowym i nieposiadających wykształcenia (z 18 do ok. 7%). Zostając matką, wiąże się emocjonalnie ze swoim potomstwem i dopiero two-

rząc pełną rodzinę, czuje się zrealizowana jako kobieta, a urodzenie dziecka staje się jednym z najpiękniejszych i przynoszących największe zadowolenie momentów życia (2-4).

Poród w ujęciu społecznym

Poród od zawsze traktowany był jako coś tajemniczego, wymagającego ogromnego wysiłku.

Poród jest fizjologicznym procesem stymulującym procesy adaptacji noworodka do nowych warunków poza ciałem matki.

Porodowi towarzyszy szereg wspaniałych i pozytywnych emocji, ale jest grupa matek, która traktuje poród jako koszmar, do którego nie chcą wracać myślami, a tym bardziej przeżywać go po raz kolejny.

Intensywny rozwój technologii sprawił, że poród stał się bardziej technicznym niż emocjonalnym wydarzeniem. Intymność oraz emocjonalne przeżycia straciły swą

niezwykłą moc przez bezosobowe traktowanie rodzących i coraz liczniejsze procedury.

Cięcie cesarskie a poród drogami natury

Poród przez cięcie cesarskie wiąże się dla matki z dłuższym pobytem w szpitalu, przy czym wymaga ona wówczas fachowej opieki położniczej ze strony personelu medycznego.

W ostatnich kilkunastu latach rozwój technik operacyjnych, postęp anestezjologii i antybiotykoterapia sprawiły, że cięcie cesarskie stało się operacją relatywnie bezpieczną. Toczy się jednak dyskusja, czy wykonanie tej operacji bez wyraźnych wskazań medycznych, podyktowane tylko życzeniem kobiety ciężarnej/rodzącej, jest uzasadnione i powinno być respektowane.

W ostatnich latach gwałtownie rośnie liczba cięć cesarskich i obecnie w Polsce przekracza 30% wszystkich porodów. Trudno nie zauważyć wzrastającej popularności, czy też zapotrzebowania społecznego na cięcia cesarskie. Jeszcze 10 lat temu ich odsetek wahał się w Polsce między 8 a 15% (4).

Zagadnienie cięcia cesarskiego w położnictwie współczesnym jest wciąż jednym z kluczowych problemów. Codzienna praktyka wymaga ustalenia sposobu postępowania. Jest to konieczne ze względu na fakt, że nie ma innego zabiegu chirurgicznego, w którym tak łatwo i tak dowolnie można by ustalać wskazania.

Czynniki wpływające na decyzję o wykonywaniu cięcia cesarskiego są więc bardzo złożone i obejmują, poza medycznymi, uwarunkowania ekonomiczne, cechy osobnicze rodzących, a także społeczne i kulturowe postawy kobiet. Nie wiadomo, jaki odsetek cięć cesarskich jest rzeczywiście konieczny. Nie potrafimy w chwili obecnej ani zatrzymać trendu wzrostowego odsetka zabiegów, ani rozwinąć działań dla trendu przeciwnego. Niemożność ta wynika najprawdopodobniej z tego, iż końcowy wynik takiego postępowania to nie tylko pojawienie się na świecie zdrowego noworodka, ale również zadowolenie matki. Niewiele wiadomo o odległych konsekwencji sytuacji, w której ok. 1/4 ludności świata płci żeńskiej posiada przynajmniej jedną bliźnię po dużej laparotomii. Jak będzie to rzutować na stan zdrowia i komfort życia kobiet po cięciu cesarskim w warunkach zdrowia lub choroby (np. konieczności ponownego otwarcia brzucha i rozszerzonej procedury chirurgicznej). Obecnie szeroko dyskutuje się wykonywanie tego typu zabiegów na życzenie ciężarnych, traktowanie ich niemal jak procedur komercyjnych. Podobne zwyczaje panują w chirurgii plastycznej, gdzie korekta chirurgiczna bez wskazań medycznych jest na porządku dziennym, jednak do tej pory podobne działania w położnictwie nie wydawały się prawdopodobne. Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego odbywa się obecnie pod dużą presją samych ciężarnych i ich rodzin (4).

Silnie wyrażona wola przyszłej matki, obawy położników przed ewentualnymi roszczeniami w wypadku powikłań porodu drogami natury oraz minimalne ryzyko dla pacjentki i dziecka w sytuacji planowo przeprowadzonego rozwiązania operacyjnego to czynniki wpływające na obserwowaną tendencję. Przemiany świadomościowe i socjalnoekonomiczne społeczeństwa polskiego oraz

zmiany w strukturze opieki zdrowotnej również nie pozostają bez wpływu na to zjawisko (5).

Cięcie cesarskie – kontrowersje wczoraj i dziś

Żaden zabieg w dziejach ludzkości nie wzbudzał tak wiele kontrowersji i nie wywoływał tak gorących dyskusji jak zabieg cięcia cesarskiego. Najstarszy zabieg w dziejach medycyny, wykonywany od czasów starożytnych początkowo jako zabieg ratujący życie płodu, do czasów obecnych przeszedł wiele zmian, które dotyczyły zarówno wskazań do zabiegu, jak i technik jego wykonania. Najbardziej kontrowersyjnymi względnymi wskazaniami do zabiegu są: „strach przed porodem siłami natury” oraz tzw. „cięcie na żądanie”. Poród drogami natury coraz częściej postrzegany jest przez pacjentki jako źródło zagrożenia dla przyszłego rozwoju dziecka. U źródeł wzrastającej, ogromnej popularności cięć cesarskich leży z pewnością powszechna i od dawna utrwalona opinia, że poród taki jest najbardziej komfortowym, a zarazem najbezpieczniejszym sposobem rodzenia dzieci.

Ponieważ cięcie cesarskie stało się ostatnio modną metodą porodu, kobiety widzą w nim tylko zalety, natomiast nie zdają sobie sprawy z licznych jego wad. Przede wszystkim, w odróżnieniu od porodu naturalnego, po cięciu cesarskim kobieta ma znacznie mniej siły i na początku ma problem z zajmowaniem się swoim dzieckiem, na które tak długo czekała. Po cięciu przez co najmniej kilka dni odczuwa się ból w okolicy rany pooperacyjnej, który uniemożliwia pełne cieszenie się z macierzyństwa. Ponieważ kobieta nie jest w pełni sił, nowo narodzone dziecko przebywa najczęściej przez kilka pierwszych dni na oddziale noworodkowym i jest tylko kilka razy w ciągu dnia przynoszone do mamy. Należy też pamiętać o możliwości powikłań, jak przy każdym zabiegu operacyjnym.

Postęp w medycynie a ewolucja wskazań do zabiegu cięcia cesarskiego

W piśmiennictwie historycznym wskazania do cięcia cesarskiego podzielono na dwie kategorie – bezwzględne oraz względne.

Lata doświadczeń, ustaleń i modyfikacji doprowadziły do wypracowania stanowisk, które dzisiaj funkcjonują również w polskim położnictwie jako wskazania do ukończenia ciąży zabiegiem cięcia cesarskiego.

Przy wyborze metod ukończenia ciąży decydującym czynnikiem jest doświadczenie zespołu medycznego, szczegółowa analiza przebiegu ciąży oraz ocena sytuacji położniczej (zaawansowania porodu).

Dlatego możemy również spotkać się z podziałem wskazań do cięcia cesarskiego ze względu na stopień pilności operacji.

Wskazania planowe do cięcia cesarskiego

W tych przypadkach zabieg cesarskiego cięcia odbywa się w wyznaczonym terminie, ze względu na występowanie czynników uniemożliwiających zakończenie ciąży drogą pochwową. Ciężarna może oczekiwać na nie w domu, gdyż nie ma bezpośredniego zagrożenia

życia matki ani płodu przed rozpoczęciem czynności skurczowej macicy.

Do tej grupy zalicza się ciężarne, u których stwierdzono:

- niewspółmierność matczynno-płodową, u których występują wady anatomiczne macicy, makrosomia płodu (> 4500 g) czy duży płód u pacjentek z cukrzycą (> 4250 g),
- nieprawidłowe położenie płodu,
- cienką bliznę macicy, tj. poniżej 2 mm,
- rozległy uraz dna miednicy mniejszej w trakcie poprzedniego porodu,
- wskazania pozapołożnicze (neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, hematologiczne, kardiologiczne, psychiatryczne i inne).

Wskazania pilne do cięcia cesarskiego

Istnieją tu czynniki potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu matki i płodu, ale nie stanowią one bezpośredniego zagrożenia życia. Decyzję podejmuje doświadczony położnik, który uznaje, że pogorszenie może nastąpić w każdej chwili, a dalsze oczekiwanie może jedynie skomplikować sytuację położniczą i warunki do wykonania cięcia. Pacjentka operowana jest w momencie uzyskania wyników wszystkich niezbędnych badań.

Typowymi przykładami wskazań pilnych są:

- nieprawidłowe ułożenie główki,
- nieprawidłowe położenie płodu przy rozpoczętej czynności skurczowej,
- ciężki stan przed rzucawkowy,
- poród przedwczesny płodu, dla którego poród drogami rodnymi stanowi poważne ryzyko uszkodzenia.

Wskazania naglące do cięcia cesarskiego

Występują one u pacjentek, u których zaburzenia potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu powtarzają się w krótkich odstępach czasu. Z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia, ciężarna powinna być operowana jak najszybciej. Z tego też względu pobiera się krew na badania laboratoryjne i od razu przystępuje do operacji, nie oczekując na wyniki. Te analizuje się w trakcie zabiegu.

Do tej grupy wskazań zalicza się:

- powtarzające się epizody bradykardii,
- akceleracje późne lub zmienne,
- głęboka bradykardia płodu niereagująca na leczenie.

Wskazania nagłe do cięcia cesarskiego

Jest to najtrudniejsza grupa pacjentek, u których zaburzenia płodowe lub matczyne zagrażające życiu i zdrowiu występują w sposób ciągły. Zdarza się, że krew pobierana jest dopiero na bloku operacyjnym.

Wskazania natychmiastowe do cięcia cesarskiego

- wypadnięcie pępowiny,
- rzucawka i rzucawka zagrażająca,

- zaburzenia czynności serca płodu,
- podejrzenie krwotoku wewnętrznego.

CEL PRACY

Celem tej pracy była próba odpowiedzi na następujące pytania:

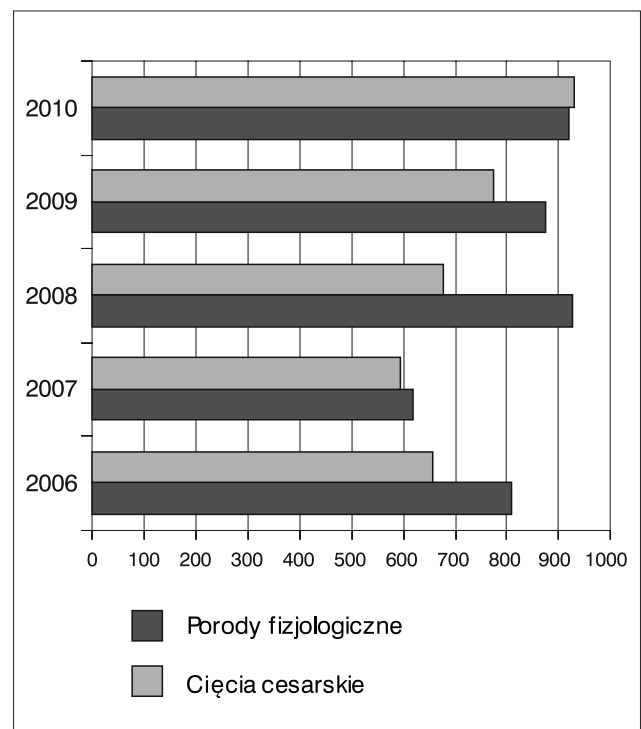
- Czy odsetek cięć cesarskich wykonywanych we wrocławskich szpitalach się zmienia?
- Jakie są najczęstsze wskazania do cięcia cesarskiego i jak postępuje ich ewolucja?
- Jak same ciężarne postrzegają zabieg cięcia cesarskiego?
- Czy wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie mają związek z nastawieniem kobiet do sposobu rozwiązania ciąży?

MATERIAŁ I METODY

W niniejszej pracy jako narzędzie badawcze wykorzystano 2 metody: ankietę oraz analizę dokumentów. Ankieta objęła 2 grupy pacjentek, były to kobiety ciężarne, które poród miały jeszcze przed sobą oraz położnice po porodzie. Obie grupy liczyły po 50 respondentek, czyli całym badaniem ankietowym zostało objętych 100 kobiet.

WYNIKI

W 2006 roku dominującym sposobem rozwiązania ciąży był poród fizjologiczny, natomiast już w roku 2010 roku nie ma statystycznie różnicy w rozwiązaniu za pomocą cięcia cesarskiego i porodu fizjologicznego (wykres 1).



Wykres 1. Sposób rozwiązania ciąży w poszczególnych latach w SPSK nr 1.

W 2006 roku dominującymi wskazaniami do zabiegu cięcia cesarskiego były brak postępu porodu oraz zagrażająca zamartwica płodu. Na drugim miejscu plasowały się wskazania okulistyczne oraz niewspółmierność porodowa. W 2007 roku w większości cięcia cesarskie było wykonywane z powodu zagrażającej zamartwicy płodu, natomiast w drugiej kolejności wskazaniem był stan po uprzednim cięciu cesarskim. W 2008 roku do cięcia cesarskiego dochodziło na pierwszym miejscu z powodu zagrażającej zamartwicy płodu oraz niewspółmierności porodowej, na drugim z powodu braku postępu porodu, natomiast na trzecim miejscu zabieg był wykonywany z powodów okulistycznych i stanu po cięciu cesarskim. W 2009 roku dominowały wskazania okulistyczne, w zbliżonym odsetku na 2 miejscu występowały wskazania z powodu braku postępu porodu oraz stanu po cięciu cesarskim. W 2010 roku sytuacja powieliła się z roku poprzedniego, trzeba dodać, iż zwiększyła się ilość cięć cesarskich z dominującymi wskazaniami (wykres 2).

Kobiety z wyższym wykształceniem kończyły ciążę za pomocą cięcia cesarskiego głównie za przyczyną stanu po cięciu cesarskim i wskazań okulistycznych (wykres 3).

W roku 2006 głównym rozwiązaniem ciąży był poród fizjologiczny. Dominujące rozwiązanie ciąży porodem fizjologicznym trwało do roku 2008. W latach 2009-

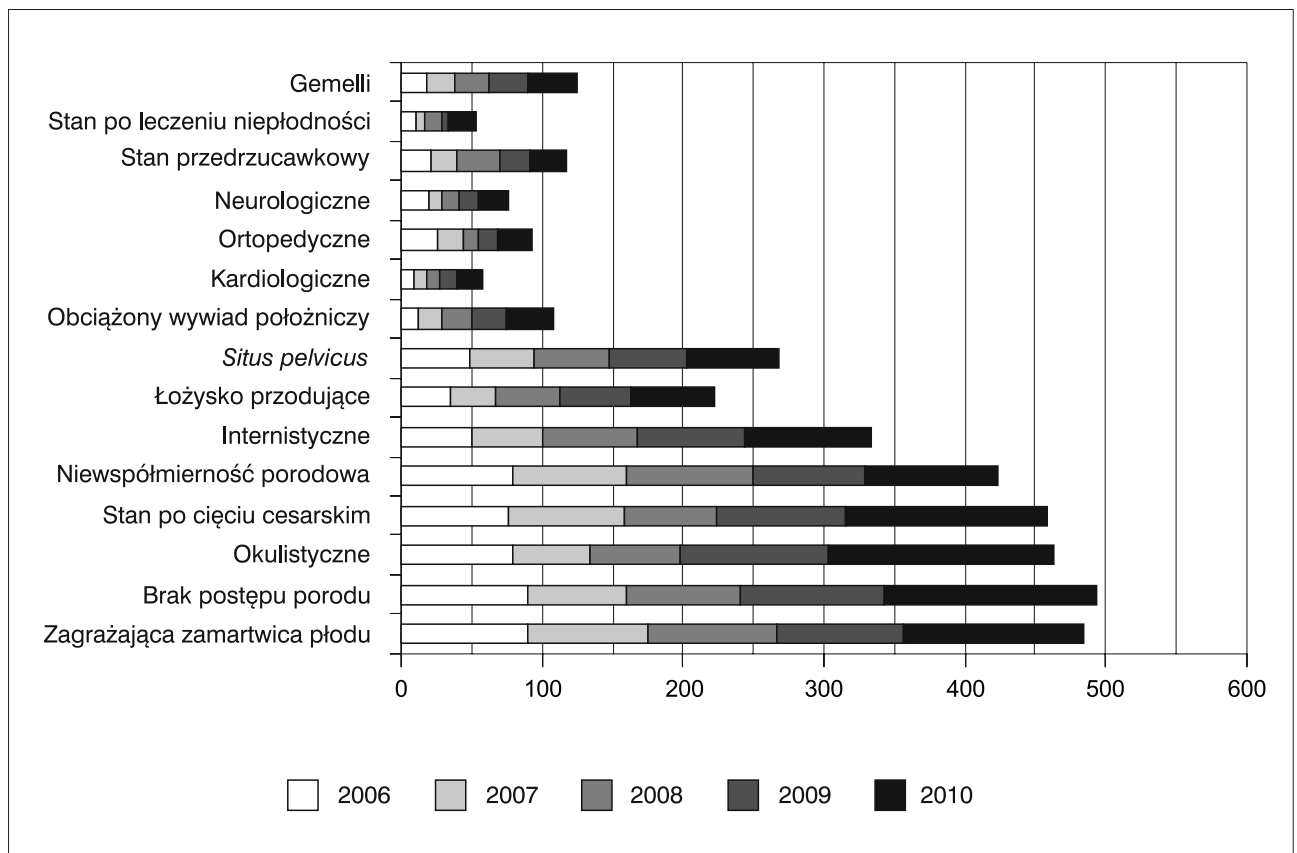
-2010 oba rozwiązania plasowały się na tym samym poziomie (wykres 4).

Najczęstszym wskazaniem do c.c. w roku 2006 była zagrażająca zamartwica płodu. Wskazania okulistyczne przeważały w roku 2007. W roku 2008 głównym wskazaniem do zabiegu c.c. była zagrażająca zamartwica płodu, na drugim miejscu występowały wskazania okulistyczne i brak postępu porodu. W roku 2009 powtórzyła się sytuacja z roku poprzedniego. W roku 2010 również dominuje ze wskazań zagrażająca zamartwica płodu, ale na drugim miejscu wysuwają się wskazania okulistyczne i stan po cięciu cesarskim (wykres 5).

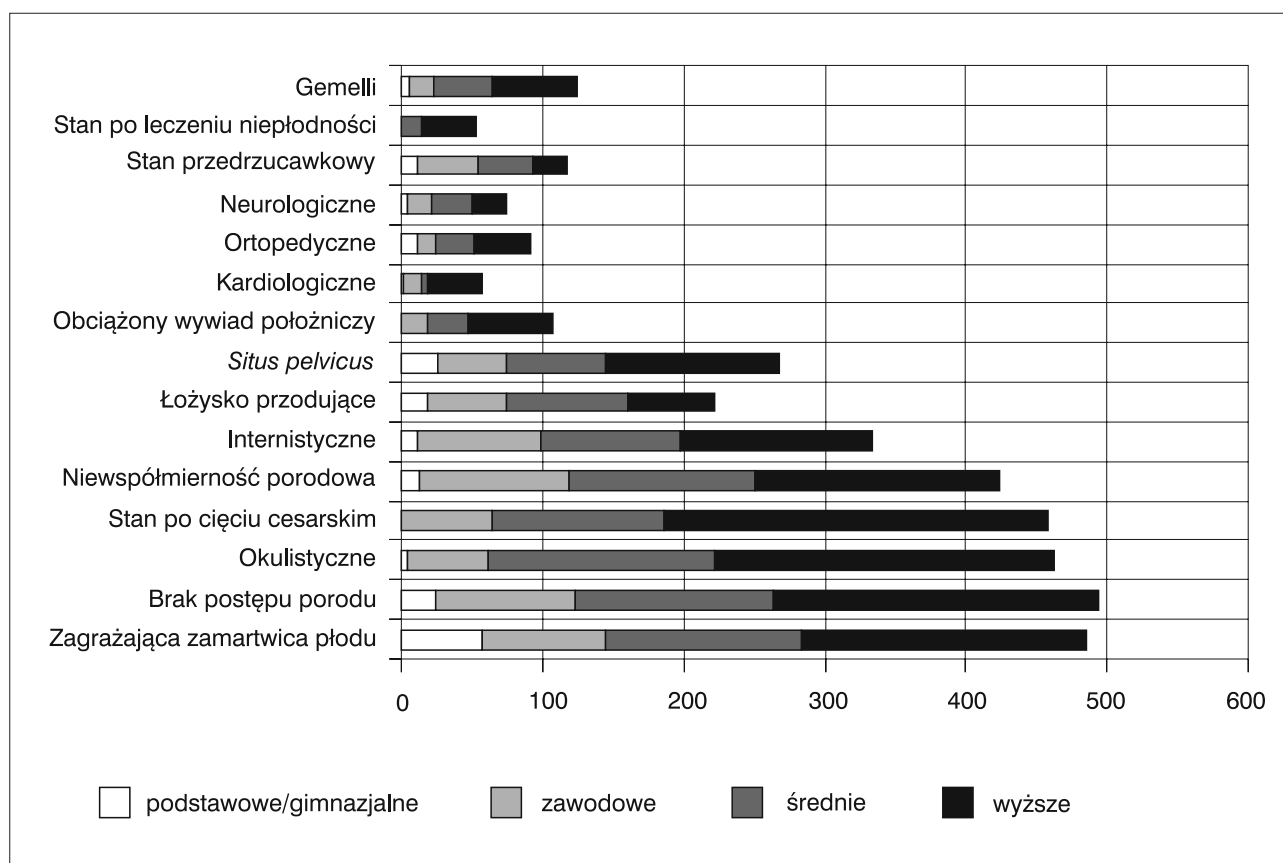
U kobiet z wyższym wykształceniem przodują wskazania okulistyczne, stan po uprzednim cięciu cesarskim oraz brak postępu porodu (wykres 6).

Respondentki z wyższym wykształceniem częściej wybierały odpowiedź b (cięcie cesarskie). U respondentek z wykształceniem zawodowym i średnim dominowała odpowiedź a (poród fizjologiczny) (wykres 7).

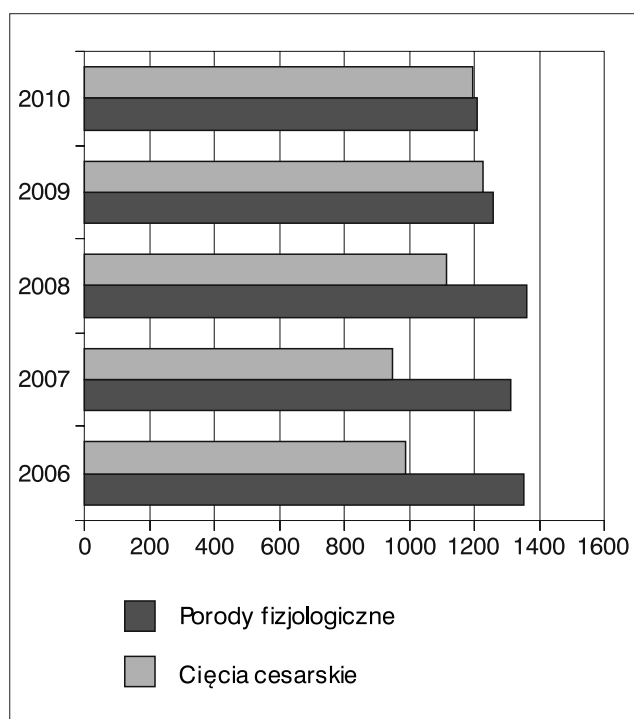
Respondentki z zawodowym wykształceniem wybrałyby poród siłami natury ze względu na szybką rekonwalescencję po porodzie. Respondentki ze średnim wykształceniem wybrałyby poród fizjologiczny z powodu możliwości od pierwszych chwil zajmowania się dzieckiem, na drugim miejscu była silna więź emocjonalna z dzieckiem. Respondentki z wyższym wykształceniem



Wykres 2. Prezentacja wskazań do c.c. w poszczególnych latach w SPSK nr 1.



Wykres 3. Prezentacja wyników wskazań do c.c. w zależności od wykształcenia kobiety rodzącej w SPSK nr 1.



Wykres 4. Sposób rozwiązania ciąży w poszczególnych latach w Specjalistycznym Szpitalu im. Falkiewicza

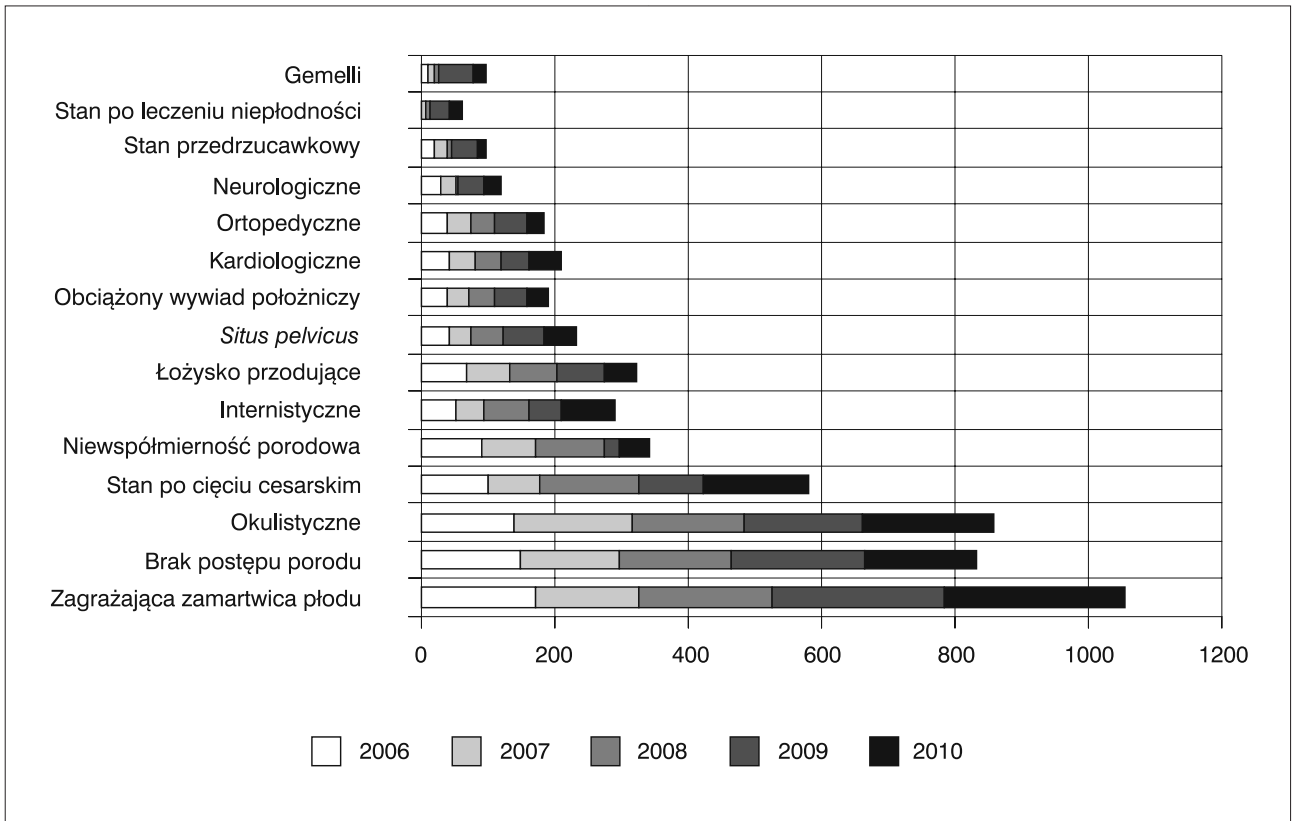
cenily poród fizjologiczny na pierwszym za szybko rekonwalescencję po porodzie, a na drugim miejscu za możliwość od pierwszych chwil zajmowania się dzieckiem (wykres 8).

Respondentki z zawodowym wykształceniem wybierają cięcie cesarskie z powodu obawy przed bólem porodowym. Respondentki ze średnim i wyższym wykształceniem cenią cięcie cesarskie dlatego, że jest to szybki poród i mniej wyczerpujący dla matki i dziecka. Na drugim miejscu respondentki z wyższym wykształceniem wybrałyby cięcie cesarskie z powodu możliwości ustalenia dokładnego terminu porodu (wykres 9).

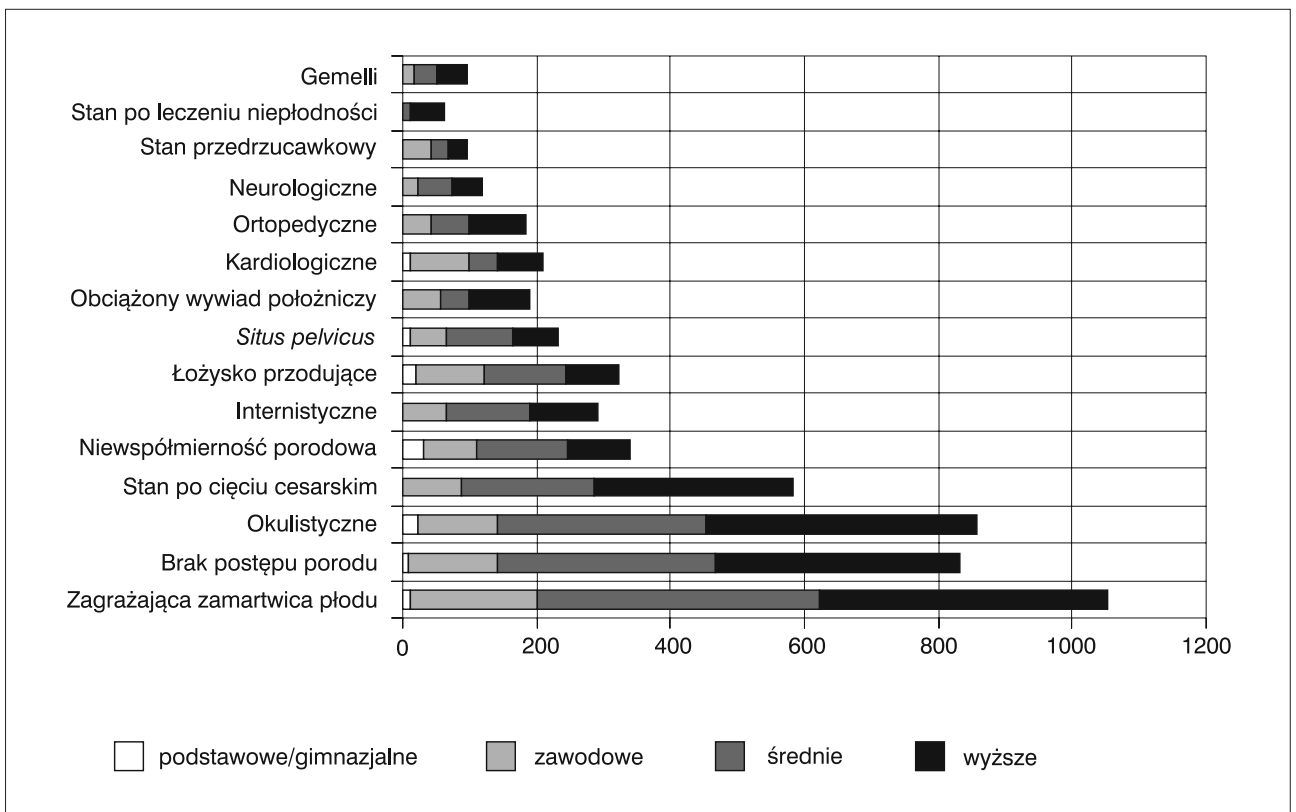
Respondentki z wyższym wykształceniem uważają, że cięcie cesarskie jest bezpieczniejsze od porodu fizjologicznego. Respondentki ze średnim i zawodowym wykształceniem uważają, że cięcie cesarskie jest tak samo bezpieczne jak poród fizjologiczny (wykres 10).

Respondentki z wyższym wykształceniem częściej uczestniczyły wspólnie z mężem w zajęciach szkoły rodzenia. Respondentki ze średnim i zawodowym wykształceniem samodzielnie zdobywały wiedzę (wykres 11).

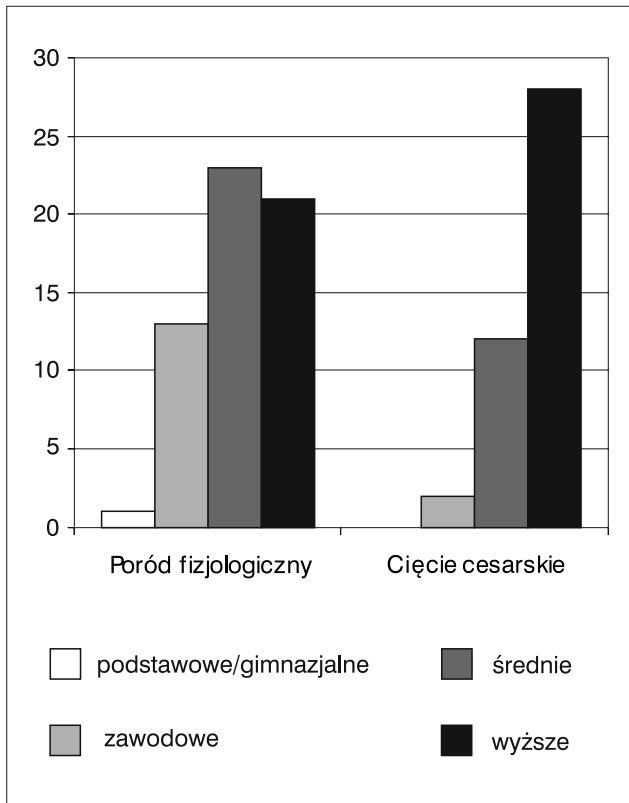
Respondentki niezależnie od wykształcenia deklarowały, że wybór rozwiązania ciąży powinien być standardem (wykres 12).



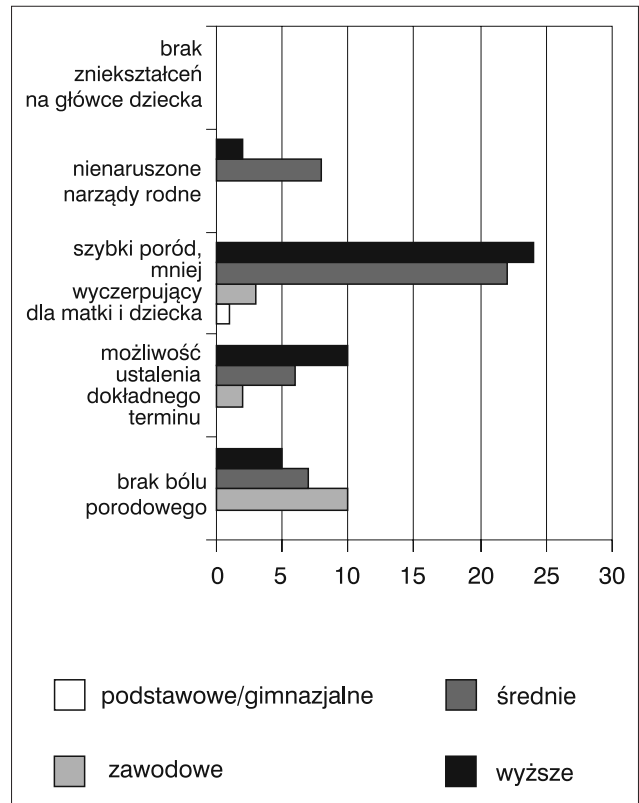
Wykres 5. Prezentacja wskaźników do c.c. w poszczególnych latach w Specjalistycznym Szpitalu im. Falkiewicza.



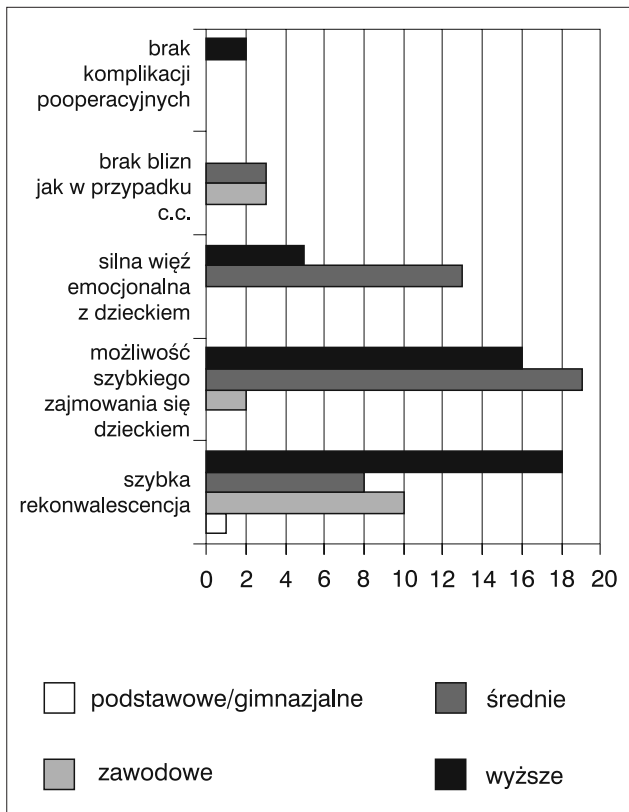
Wykres 6. Prezentacja wyników wskaźników do c.c. w zależności od wykształcenia kobiety rodzącej w Specjalistycznym Szpitalu im. Falkiewicza.



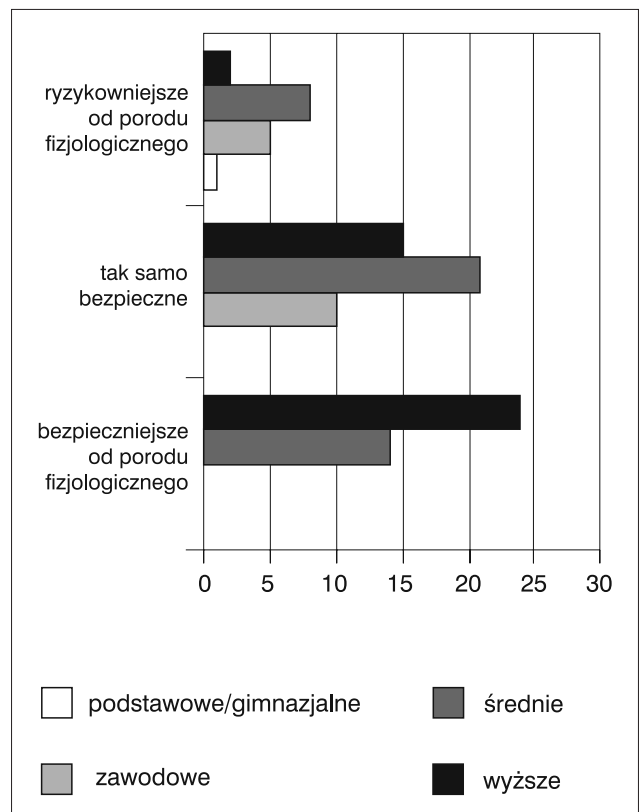
Wykres 7. Rodzaj preferowanego zakończenia ciąży w zależności od wykształcenia respondentek.



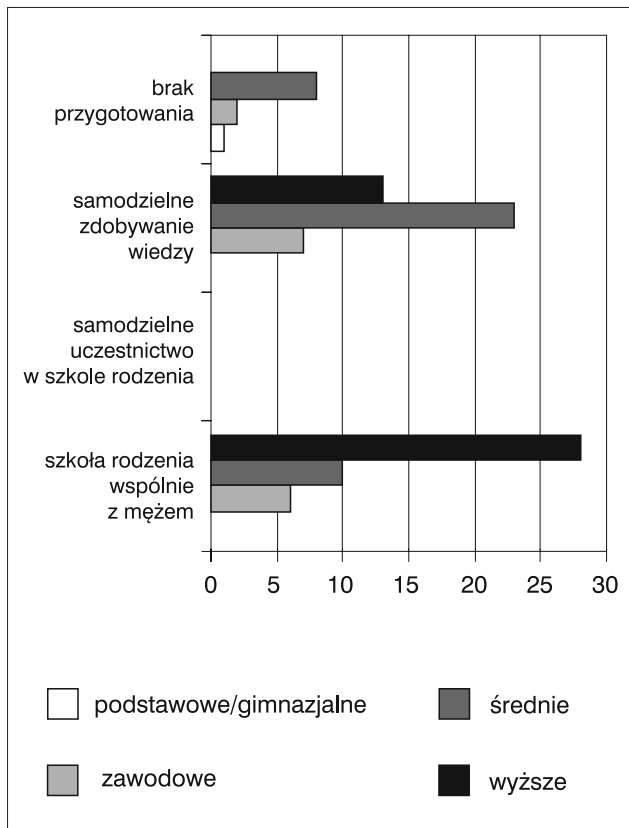
Wykres 9. Zalety ukończenia ciąży cięciem cesarskim w zależności od wykształcenia respondentek.



Wykres 8. Zalety rozwiązania ciąży porodem fizjologicznym w zależności od wykształcenia respondentek.



Wykres 10. Ocena bezpieczeństwa cięcia cesarskiego w zależności od wykształcenia respondentek.



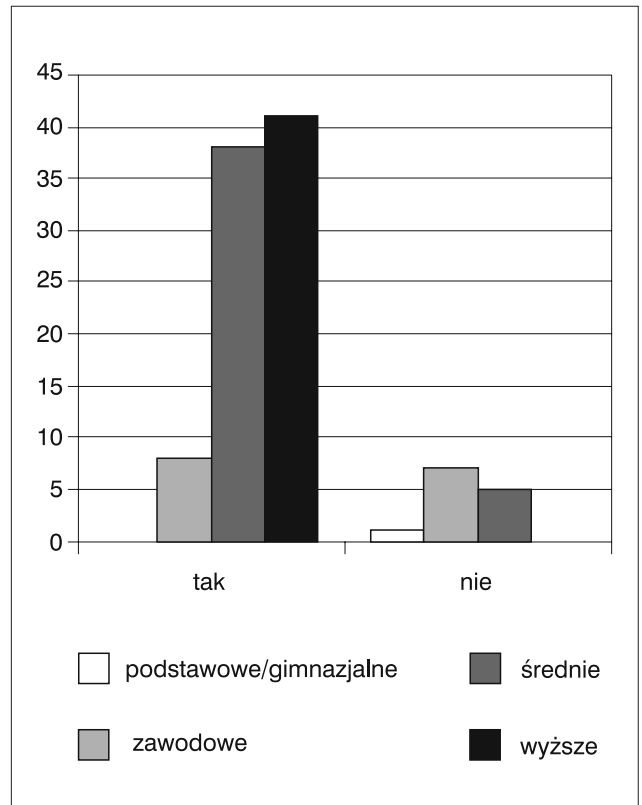
Wykres 11. Przygotowanie do porodu w zależności od wykształcenia respondentek.

DYSKUSJA

Od kilkunastu lat obserwuje się dość drastyczną zmianę w sposobie ukończenia ciąży. Zmiany te następują na rzecz ciągłego wzrostu liczby wykonywanych cięć cesarskich. Opublikowano liczne prace przedstawiające, że ten chirurgiczny sposób zakończenia ciąży wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań i to częstszych niż w porównaniu do porodu siłami natury.

Tymczasem codzienna praktyka oraz najnowsza analiza literatury wydają się przeczyć tym doniesieniom (3). Często podkreśla się, iż wraz ze wzrostem liczby cięć cesarskich spada także liczba stosowania kleszczy i próżniociągów, których użycie związane było z urazowością płodów oraz uszkodzeniami kanału rodnego. Jest to trafne spostrzeżenie, ale nie może w pełni tłumaczyć tak drastycznie rosnącego odsetka wykonywanych cięć cesarskich. Zwrócić uwagę należy także na fakt, iż najintensywniej zwiększającą się grupą wskazań do cięć cesarskich są wskazania pozapołożnicze, a wśród nich okulistyczne i ortopedyczne. Warto w tym miejscu zacytować oświadczenie FIGO z roku 1999: „Ponieważ nie istnieją niepodważalne dowody świadczące o korzyściach, wykonywanie cięcia cesarskiego z powodów pozamedycznych jest etycznie nieuzasadnione”.

Odsetek cięć cesarskich w Polsce systematycznie wzrasta. W okresie dwunastu lat (lata 1994-2005) odsetek ten wzrósł i wynosił 30%. Zwraca uwagę stały wzrost ilości cięć cesarskich prawie we wszystkich szpitalach,



Wykres 12. Samodzielna decyzja pacjentki o sposobie rozwiązania ciąży, czy powinna być standardem w położnictwie w zależności od wykształcenia respondentek.

niezależnie od ich stopnia referencyjności. Dane z akcji „Rodzić po ludzku” potwierdzają ten trend: odsetek cięć cesarskich w placówkach przyjmujących głównie porody fizjologiczne jest zbliżony do szpitali o wyższym stopniu referencyjności.

Coraz większą grupę wskazań do cięć cesarskich stanowią wskazania planowe, a w tej grupie wskazania pozapołożnicze. Należy jeszcze raz zastanowić się nad tym, czy rosnąca grupa wskazań pozapołożniczych nie jest *de facto* w znacznej swej części tzw. cięciami „na życzenie”. Chęć rodzenia przez cięcie cesarskie wynika z utartych poglądów, że ta droga porodu pozwala urodzić dziecko bez bólu, szybko i w dobrym stanie.

Potwierdza to pogląd reprezentowany przez Cekańskiego, że „celem położnictwa jest nie tylko uzyskanie przy rozwiązaniu zdrowej fizycznie matki i dziecka, ale również zachowanie ich zdrowia psychicznego. Następstwa psychospołeczne porodu to albo satysfakcja matki z przebytego porodu, szczęśliwe macierzyństwo i chęć dalszej prokreacji, albo zespół stresu pourazowego z utratą libido, więzi z dzieckiem, izolacją, niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi, wrogością wobec osób obecnych przy porodzie, depresją poporodową czy odległe następstwa dla psychiki dziecka, które już w czasie ciąży reaguje na sytuacje stresowe ciężarnej” (6-9).

Jest to wyzwanie dla zespołu położników i położnych, żeby tak prowadzili porody siłami natury, aby kobiety nie

bały się rodzić naturalnie. Możliwe, że wprowadzenie opieki psychologicznej w okresie trwania ciąży doprowadziłoby do ograniczenia fikcyjnych wskazań pozapłodniczych do cięć cesarskich.

WNIOSKI

1. Sposób rozwiązania ciąży za pomocą cięcia cesarskiego zarówno na świecie, jak i w Polsce wykazuje stałą tendencję wzrostową.
2. Wzrost ilości wykonywanych cięć cesarskich we wrocławskich szpitalach wiąże się z:
 - postępowaniem medycyny, tzn. rozwojem metod monitorowania zagrożeń płodu,
 - rozwojem technik znieczulenia do cięcia cesarskiego,
 - doskonaleniem techniki operacyjnej,
 - coraz silniej zaznaczonym zjawiskiem cięcia cesarskiego na życzenie,
 - rozwojem neonatologii,
 - przesunięciem wieku kobiet rodzących,
 - większą świadomością a zarazem roszczeniowością kobiet rodzących,
 - zwiększonym odsetkiem rozwiązania poprzedniej ciąży drogą cięcia – pacjentki po uprzednim cięciu cesarskim w większości decydują się na kolejne rozwiązanie tą metodą.
3. Większość kobiet traktuje cięcie cesarskie jako korzystniejsze dla płodu, ponieważ eliminuje ryzyko jego uszkodzenia i niedotlenienia.
4. Traumatyczne przeżycia z przebytych porodów oraz obawa przed bólem porodowym mają wyraźny wpływ na decyzje kobiet związane z operacyjnym rozwiązaniem ciąży.
5. Kobiety najmłodsze oraz te bez przeszłości położniczej z namiennie częściej uznają cięcie cesarskie za bezpieczniejsze dla nich od porodu fizjologicznego.
6. Pacjentki po 30. roku życia decydujące się na ukończenie porodu cięciem cesarskim, są zadowolone ze swojego stanu zdrowia, stanu zdrowia

noworodka, a więź emocjonalną z dzieckiem oceniają jako bardzo dobrą.

7. Kobiety z wyższym wykształceniem i po 30. r.ż. cenią cięcie cesarskie za możliwość zaplanowania dokładnego terminu rozwiązania.

PODSUMOWANIE

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia ogłoszonych w 1985 r. „poród nie jest chorobą”. Na konferencji WHO w Fortalizie w Brazylii ustalono, że odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 15% wszystkich porodów w żadnym rejonie geograficznym. Obecnie porody kończone cięciem cesarskim stanowią dość liczną grupę. W położnictwie istnieje szereg wskazań do ukończenia ciąży tym sposobem. Dawna sztywna i schematyczna terminologia wskazań została zmieniona. Dziś mówimy o wskazaniach prewencyjnych, profilaktycznych, elektywnych lub wynikających z nagłej sytuacji położniczej w czasie trwania porodu. Rozwój medycyny, jaki obserwujemy, spowodował, że cięcie cesarskie jest dziś operacją bezpieczniejszą niż kiedyś. Nierozsądne jednak zdaje się wykonywanie go bez wyraźnych wskazań medycznych, często na życzenie przestraszonych i nieprzygotowanych do porodu kobiet. □

Piśmiennictwo

1. Pomorski M, Wiatrowski A, Fuchs T et al.: Analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich w ośrodku III stopnia referencyjności w latach 2002 oraz 2007. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008; 1: 19-22.
2. Clement S: Psychologiczne aspekty cięcia cesarskiego. *Med Prakt Gin-Pol* 2002; 5-6: 155-166.
3. Benson Harer W: Czy odsetek cięć cesarskich jest zbyt wysoki? Kontrowersje w położnictwie i ginekologii. *Gin po Dypl* 2003; 5: 79-81.
4. Billert H: Tokofobia – problem multidyscyplinarny. *Ginekol Pol* 2007; 78: 807-811.
5. Ziółkowski M: Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego w okresie ostatnich 10 lat. *Kl Perin Gin* 1996; Supl 12: 48-50.
6. Cekański A: Tokofobia – lek przed porodem naturalnym – prośba o cięcie cesarskie. *Przegląd Gin-Pol* 2009; 9: 31-33.
7. Clement S: Psychologiczne aspekty cięcia cesarskiego. *Med Prakt Gin-Pol* 2002; 5-6: 155-166.
8. Keogh E, Huges S, Ellery D et al.: Psychosocial influences on women's experience of planned elective cesarean section. *Psychosom Med* 2006; 68: 167-174.
9. Krynicki W: Na początku był lęk – teoria psychiki zaburzeń psychicznych. Wydawnictwo Marszałek, Toruń 2007.

otrzymano/received: 16.05.2012
zaakceptowano/accepted: 27.06.2012

Adres do korespondencji:
*Maciej Zalewski
Zakład Ginekologii
Akademia Medyczna we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5, 51-618 Wrocław
tel.: +48 506-153-840
e-mail: zalewskim@interia.pl