

Opinie kobiet dotyczące możliwości wyboru cięcia cesarskiego na życzenie oraz roli anestezjologa podczas porodu

© GinPolMedProject 3 (37) 2015

Artykuł oryginalny

EWA PODWIŃSKA¹, IWONA JANOSZ², PIOTR BODZEK², ANDRZEJ BRENK², ANITA OLEJEK²

¹ Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej w Zabrze SUM w Katowicach.

Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Przemysław Jałowiecki

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Ewa Podwińska

² Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii

Onkologicznej w Bytomiu SUM w Katowicach

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Anita Olejek

Adres do korespondencji:

Piotr Bodzek

Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej
ul. Batorego 15, 41-902 Bytom

Tel: +48 501798320, +48 32 7861540, Fax: +48 32 7861647,

e-mail: piotr@bodzek.pl

Statystyka

| | |
|---------------|------|
| Liczba słów | 1204 |
| Tabele | 2 |
| Ryciny | 0 |
| Piśmiennictwo | 15 |

Received: 15.04.2015

Accepted: 25.06.2015

Published: 30.09.2015

Streszczenie

Wstęp. W ostatnich latach obserwuje się stałą tendencję do zwiększania odsetka cięć cesarskich w oddziałach położniczych. Postęp medycyny przyczynił się do zwiększenia bezpieczeństwa tego zabiegu, jednak w dalszym ciągu powikłania po cięciu cesarskim są znacząco częstsze niż po porodach naturalnych.

Cel pracy. Poznanie opinii kobiet na temat porodu i możliwości jego ukończenia i roli anestezjologa podczas cięcia cesarskiego.

Materiał i metody. Badaniem ankietowym objęto 200 pacjentek sali porodowej i oddziału patologii ciąży.

Wyniki. Większość kobiet rodzących (64%) uważa ból porodowy za naturalny element porodu, jednocześnie 23,5% ankietowanych podaje, iż ból porodowy jest doznaniem, któremu należy przeciwdziałać. Za sposób porodu bezpieczniejszy dla noworodka 51% kobiet podaje cięcie cesarskie vs 21% poród naturalny. 65,5% kobiet uważa za dopuszczalne wykonywanie cięć cesarskich na życzenie.

Wnioski. Błędnie postrzegane przez większość rodzących cięcie cesarskie, jako bezpieczniejsze dla noworodka, niesie za sobą szereg zagrożeń dla rodzącego się dziecka. Konieczne jest dalsze i bardziej intensywne edukowanie pacjentek na temat metod łagodzenia bólu porodowego, szczególnie podczas zajęć w szkołach rodzenia.

Słowa kluczowe: ciąża; cięcie cesarskie; znieczulenie

WSTĘP

Cięcie cesarskie jest najczęściej wykonywaną operacją położniczą. W ostatnich latach obserwuje się stałą tendencję do zwiększania odsetka wykonywania tego zabiegu w oddziałach położniczych. Podczas, gdy 25 lat temu odsetek cięć cesarskich wynosił około 2-5% porodów, to obecnie waha się od 14,5% w Holandii do nawet 80% w niektórych ośrodkach w Brazylii [1]. W Polsce aktualnie średnio 35% ciąż kończy się drogą cięcia cesarskiego, czyli co trzeci noworodek przycho-

dzi na świat drogą cięcia cesarskiego, przy czym liczba ta podwoiła się od roku 1999 (wówczas 18,1%). Tendencja ta wynika między innymi z presji ze strony rodziców i ich oczekiwania, że dziecko urodzi się w doskonałej kondycji fizycznej oraz z obawy lekarzy o oskarżenia ze strony pacjentów w przypadku pojawienia się niespodziewanych powikłań w czasie porodu. Sytuację pogłębia fakt, iż pacjentki są błędnie informowane przez środki masowego przekazu, iż zabieg cięcia cesarskiego jest bezpieczny zarówno dla matki, jak

i dziecka, bezbolesny i łatwy do zaplanowania [1-3]. Postęp anestezjologii i antybiotykoterapii przyczynił się do zwiększenia bezpieczeństwa tego zabiegu, jednak w dalszym ciągu powikłania po cięciu cesarskim są około 10. krotnie częstsze w stosunku do ciąż ukończonych w sposób niezabiegowy [4]. Także w piśmiennictwie nie brakuje doniesień podnoszących ryzyko groźnych powikłań po cięciu cesarskim, do zgonu matek włącznie, negatywnych odległych skutków zdrowotnych dla kobiet związanych z obecnością blizny na macicy, co może pociągać za sobą patologiczną placentację, dłuższy pobyt w szpitalu po cięciu cesarskim i większe ryzyko powikłań w kolejnych ciążach u matek rozwiązanych cięciem cesarskim [5-7].

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie opinii kobiet na temat porodu, możliwości jego ukończenia, oraz roli anestezjologa podczas cięcia cesarskiego.

MATERIAŁ I METODA

Badanie przeprowadzono na podstawie ankiety opracowanej w Zakładzie Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Ankieta miała charakter zamknięty, respondentki wskazywały na jedną lub kilka ściśle określonych odpowiedzi. Badanie przeprowadzono w roku 2010 wśród 200 pacjentek oddziału patologii ciąży i sali porodowej Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu. Ankietę podzielono na trzy części. Część pierwsza określiła charakterystykę grupy badanych respondentek, druga obejmowała informacje na temat metod i sposobów zakończenia ciąży. Część trzecia dotyczyła wiedzy pacjentek na temat znieczulenia i roli anestezjologa podczas zabiegowego ukończenia porodu.

WYNIKI

Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 27 lat i 2 miesiące. Przedział wieku od 17. 36. lat. BMI przedciążowe wynoszące do 18,5 kg/m² (niedowaga) prezentowało 20 kobiet (10%), prawidłową masę ciała (BMI 18,5-24,9 kg/m²) odnotowano u 157. kobiet (78,5%). Nadwagę i otyłość stwierdzono u 23. pacjentek, co stanowi 11,5% (BMI 25 kg/m² i więcej). 50% pacjentek (n=100) rodziło po raz pierwszy, 36% (n=72) po raz drugi. Po raz kolejny rodziło 28 kobiet (14%). Wśród respondentek wykształcenie wyższe posiadały 62. pacjentki (31%), średnie 77 (38,5%), zawodowe 41 (20,5%) i podstawowe 21. pacjentek (10,5%). 44,5% pacjentek wykonywało pracę umysłową (n=89), 23,5% (n=47) fizyczną. Pozostałe 64 pacjentki nie pracowały (32%).

Wyniki przeprowadzonej ankiety w części dotyczącej metod i sposobu zakończenia ciąży przedstawiono w tabeli 1. Główne źródło informacji dotyczącej metod i sposobu rozwiązania ciąży większość responden-

tek podało prasę kobiecą, Internet i telewizję. Tylko 59% badanych pacjentek wskazało lekarza jako główne źródło tej wiedzy.

Wyniki analizy trzeciej części ankiety dotyczącej wiedzy pacjentek na temat znieczulenia i roli anestezjologa podczas zabiegowego ukończenia porodu przedstawiono w tabeli 2.

DYSKUSJA

Ból porodowy, jako jedyny ból fizjologiczny jest skomplikowaną i subiektywną interpretacją bodźców nocycyptywnych (uszkodzających), zależnych od czynników emocjonalnych, kulturowych i środowiskowych. Szacuje się, że około 50% rodzących wymaga łagodzenia lub zniesienia bólu porodowego [8]. W badaniach własnych 23,5% ankietowanych kobiet uważa, iż ból porodowy

Tab. 1. Wyniki przeprowadzonej ankiety w części dotyczącej metod i sposobu zakończenia ciąży

| Najlepsze miejsce do porodu | |
|---|---------------|
| Szpital publiczny | n=117 (58,5%) |
| Prywatna klinika | n=74 (37%) |
| Dom | n=9 (4,5%) |
| Okres uzyskania informacji o możliwych sposobach rozwiązania ciąży | |
| Przed ciążą | n=131 (66%) |
| W ciąży | n=58 (29%) |
| Przed samym porodem | n=11 (5%) |
| Sposób rozwiązania w opinii pacjentek bezpieczniejszy dla matki | |
| Poród naturalny | n=123 (61,5%) |
| Cięcie cesarskie | n=23 (11,5%) |
| Nie wiem | n=54 (27%) |
| Sposób rozwiązania w opinii pacjentek bezpieczniejszy dla noworodka | |
| Poród naturalny | n=42 (21%) |
| Cięcie cesarskie | n=102 (51%) |
| Nie wiem | n=56 (28%) |
| Wiedza na temat rozwiązania ciąży | |
| Pełna | n=25 (12,5%) |
| Wystarczająca | n=113 (56,5%) |
| Niewystarczająca | n=62 (31%) |
| Preferowany sposób porodu, gdyby istniała możliwość wyboru | |
| Poród siłami natury | n=133 (66,5%) |
| Cięcie cesarskie | n=44 (22%) |
| obojętnie | n=23 (11,5%) |
| Dopuszczalność cięcia cesarskiego na życzenie | |
| Tak | n=131 (65,5%) |
| Nie | n=24 (12%) |
| Nie mam zdania | n=45 (22,5%) |
| Preferowana obecność osoby bliskiej przy porodzie | |
| Tak | n=134 (67%) |
| Nie | n=50 (25%) |
| Nie wiem | n=16 (8%) |

jest doznaniem, któremu należy przeciwdziałać. Większość badanych (64%) uważa ból porodowy za naturalny element porodu.

Tab. 2. Wyniki części przeprowadzonej ankiety dotyczącej wiedzy pacjentek na temat znieczulenia i roli anestezjologa podczas zabiegowego ukończenia porodu

| Przynależność anestezjologa do odpowiedniej struktury służby zdrowia wg opinii pacjentek | |
|--|---------------|
| Personel wyższy | n=180 (90%) |
| Personel średni/nniższy | n=9 (4,5%) |
| Nie wiem | n=11 (5,5%) |
| Rola anestezjologa wg opinii pacjentek | |
| Prowadzenie ciąży/porodu | n=6 (3%) |
| Znieczulenie i opieka w trakcie zabiegu operacyjnego | n=182 (91%) |
| Inne/nie wiem | n=12 (6%) |
| •ródło informacji o możliwości znieczulenia porodu/cięcia cesarskiego | |
| Anestezjolog | n=120 (60%) |
| Ginekolog | n=64 (32%) |
| Położna/pielęgniarka | n=16 (8%) |
| •ródło informacji o możliwych powikłaniach znieczulenia | |
| Anestezjolog | n=116 (58%) |
| Ginekolog | n=58 (29%) |
| Położna/pielęgniarka | n=26 (13%) |
| •ródło informacji o możliwych powikłaniach cięcia cesarskiego | |
| Anestezjolog | n=46 (23%) |
| Ginekolog | n=101 (50,5%) |
| Położna/pielęgniarka | n=5 (2,5%) |
| Nie otrzymałam takiej informacji | n=48 (24%) |
| Konieczność obecności anestezjologa podczas cięcia cesarskiego | |
| Tak | n=173 (86,5%) |
| Nie | n=1 (0,5%) |
| Nie wiem | n=26 (13%) |
| Ukończenie kursu szkoły rodzenia przez pacjentki | |
| Tak | n=44 (22%) |
| Nie | n=156 (78%) |
| Zagadnienie znieczulenia omawiane na zajęciach Szkoły Rodzenia (n=44, 100%) | |
| Tak | n=30 (68,2%) |
| Nie | n=10 (22,7%) |
| Nie wiem | n=4 (9,1%) |
| Zagadnienie bólu porodowego omawiane na zajęciach Szkoły Rodzenia (n=44, 100%) | |
| Tak | n=23 (52,3%) |
| Nie | n=15 (34,1%) |
| Nie wiem | n=6 (13,6%) |
| Ocena bólu porodowego wg pacjentek | |
| Naturalny element porodu | n=128 (64%) |
| Doznaniem, któremu należy przeciwdziałać | n=47 (23,5%) |
| Doznaniem, które pozwala w pełni przeżyć poród | n=18 (9%) |
| Nie mam zdania | n=7 (3,5%) |

Poród jest postrzegany przez przyszłe matki, jako zjawisko niosące za sobą kilku, kilkunastogodzinny ból z towarzyszącym ciężkim wysiłkiem fizycznym, ryzykownym dla płodu. W prezentowanym materiale za sposób porodu bezpieczniejszy dla noworodka 51% kobiet podało cięcie cesarskie, w porównaniu do 21% kobiet, które za bezpieczniejszy dla noworodka uznaje poród naturalny. Błędnie postrzegane przez większość rodzących cięcie cesarskie, jako bezpieczniejsze dla noworodka, niesie za sobą szereg zagrożeń dla rodzącego się dziecka. Przede wszystkim u noworodków urodzonych drogą operacyjną częściej dochodzi do zaburzeń oddychania oraz nadciśnienia płucnego i dotyczy to dzieci zarówno donoszonych, jak i urodzonych przedwcześnie [9]. Podobne dane opublikowali Pomorski i wsp. [10], którzy nie wykazali różnic w stanie noworodków ocenianych według skali Apgar, ani różnic w pH krwi pępowinowej po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim. Powszechnie od wielu lat stosowany model porodu przez rodzące to poród w obecności osoby bliskiej. W analizowanym materiale 67% pacjentek preferowała obecność osoby bliskiej przy porodzie.

Dużym problemem współczesnego położnictwa jest problem cięć cesarskich na życzenie. Konopka i wsp. donoszą, że 80% kobiet rodzących nie akceptowało cięcia cesarskiego na życzenie, a 18,5% opowiadało się za takim sposobem ukończenia ciąży. W badaniach własnych 65,5% kobiet uważa za dopuszczalne wykonywanie cięć cesarskich na życzenie. Odsetek ten jest znacznie wyższy niż w doniesieniach Konopki i wsp. [11]. Według Konopki ból porodowy był głównym powodem, dla którego kobiety preferowały cięcie cesarskie na życzenie. W badaniach własnych obawa przed nadmiernym bólem wydaje się być na planie dalszym (64% badanych uważa ból porodowy za naturalny element porodu). Głównym powodem wyboru cięcia cesarskiego na życzenie jest obawa przed uszkodzeniem i niedotlenieniem płodu podczas porodu drogą pochwową. Wydaje się, iż słaba frekwencja ciężarnych na zajęciach Szkół Rodzenia oraz zbyt mała uwaga prowadzących zajęcia w Szkołach Rodzenia poświęcana zagadnieniom bólu porodowego oraz sposobom jego łagodzenia może być jedną z przyczyn obawy ciężarnych przed porodem naturalnym. W analizowanym materiale tylko 22% ciężarnych korzystało z zajęć w Szkołach Rodzenia, a spośród nich tylko połowa podaje, iż zagadnienia bólu porodowego były tematem zajęć w Szkołach Rodzenia. Obserwację tą potwierdzają badania Stangret i wsp [12], którzy dowiedli, że spadek poziomu lęku u ciężarnych uczestniczących w kursie szkoły rodzenia wynosi około 19%, przy jednoczesnym jego wzroście około 22% u ciężarnych nieuczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia.

Znieczulenie przewodowe stanowi zdecydowaną większość znieczuleń do elektywnego cięcia cesarskiego. Ten rodzaj znieczulenia, jako bezpieczniejsze od ogólnego, przy odpowiednio wyszkolonym zespole

anestezjologicznym, także znajduje swoje miejsce w przypadku pilnych cięć cesarskich [13]. Wyjątkiem są sytuacje kliniczne w przypadkach łożyska przodującego, gdzie w celu uniknięcia ryzyka krwawienia preferowaną metodą anestezjologiczną jest znieczulenie ogólne. Znieczulenie przewodowe może być bezpieczną metodą u pacjentek bez nieprawidłowości łożyska [14]. Znieczulenie przewodowe do cięcia cesarskiego poprawia ponadto zadowolenie pacjentek i zaufanie do anestezjologa [15]. Mimo tak ważnej roli lekarzy tej specjalności, analizując wyniki badań własnych nie wszystkie ciężarne (90%) są świadome roli anestezjologa w strukturze służby zdrowia. Podobny odsetek kobiet, słusznie uważa, iż anestezjolog odpowiada za znieczulenie podczas zabiegu operacyjnego i podczas porodu. Mniejszy odsetek ankietowanych podaje anestezjologa, jako główne źródło informacji o możliwości znieczulenia porodu i cięcia cesarskiego oraz o możliwych powikłaniach znieczulenia (odpowiednio 60% i 58%).

W badaniach własnych ginekolog okazał się głównym źródłem informacji o możliwych powikłaniach cięcia cesarskiego (50,5%). Dane te wskazują o wciąż niedocenianej roli anestezjologów w procesie przygotowania i prowadzenia porodów, zarówno zabiegowych, jak i fizjologicznych. Spostrzeżenia te potwierdzają także inni autorzy [15].

WNIOSKI

1. Decyzję porodu cięciem cesarskim bez wskazań medycznych podjęłoby 22% kobiet ciężarnych.
2. Zdecydowana większość kobiet dopuszcza wykonywanie cięć cesarskich na życzenie, jako główny powód podając obawę o zły stan urodzeniowy noworodka.
3. Konieczne jest dalsze i bardziej intensywne edukowanie pacjentek na temat metod łagodzenia bólu porodowego, szczególnie podczas zajęć w szkołach rodzenia.

Piśmiennictwo:

1. **Miriam Katz, Tomasz Fuchs.** Cięcia cesarskie na życzenie – wykonywać czy nie? *Perinatol Neonatol Ginekol* 2008;1,1:32-34.
2. **Stasieluk A, Langowicz I, Kosińska-Kaczyńska K i wsp.** Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań? *Ginekol Pol* 2012; 83:604-608.
3. **Suchocki S.** Jak ograniczyć epidemię cięć cesarskich? *GinPolMedProject* 2012;2 (24):9-16.
4. **Kolesińska-Janowczyk N, Wałękiewicz K, Rajewski P, Wałękiewicz K, Szymański W.** Wskazania do zabiegowego ukończenia porodu – cięcie cesarskie, poród kleszczowy, pomoc ręczna. *Fam Med Primary Care Rev* 2009;11,3:665-667.
5. **Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ et al.** The relative risks of cesarean section and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynecol* 1990;97:883-892.
6. **Kennare R, Tucker G, Heard A et al.** Risk of adverse outcome in the next birth after first cesarean section. *Obstet Gynecol* 2007;109:270-276.
7. **Cieminski A.** Analiza pęknięć macicy w bliźnie pooperacyjnej po przebytym cięciu cesarskim. *GinPolMedProject* 2011; 4 (22):22-28.
8. **Wardak K, Iwanowicz-Palus G.** Wokół cięcia cesarskiego - wskazania subiektywne do ukończenia ciąży/porodu drogą brzuszna. *Ginekol Prakt* 2008; 4:18-21.
9. **Kornacka MK, Kufel K.** Cięcia cesarskie a stan noworodka. *Ginekol Pol* 2011;82:612-617.
10. **Pomorski M, Woytoń R, Woytoń P i wsp.** Cięcia cesarskie a porody siłami natury – aktualne spojrzenie. *Ginekol Pol* 2010;81:347-351.
11. **Konopka J, Suchocki S, Puskarcz R, Obst M.** Cięcia cesarskie na życzenie pacjentki bez wskazań medycznych w opinii kobiet rodzących. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2008; tom 1, zeszyt 1:35-37.
12. **Stangret A, Cendrowska A, Szukiewicz D.** Kurs szkoły rodzenia jako sposób na obniżenie poziomu lęku przed porodem. *Fam Med Prim Care Rev* 2009;11(1):53-59.
13. **Furmanik J.** Ankieta na temat praktyki anestezjologii położniczej w Polsce. *Anestezjol Intens Ter* 2010;42 (2):65-69.
14. **Kocaoglu N, Gunusen I, Karaman S et al.** Management of anesthesia for cesarean section in parturients with placenta previa with/without placenta accreta: A retrospective study. *Ginekol Pol* 2012;83:99-103.
15. **Kwiatosz-Muc M, Lesiuk W.** Czy rodzaj znieczulenia wpływa na wizerunek lekarza anestezjologa? *Anestezjol Intens Ter* 2011;43 (3):144-147.