

Cięcie cesarskie w aspekcie psychologicznym

Psychological aspect of caesarean section

© GinPolMedProject 1 (35) 2015

Artykuł poglądowy/Review article

ANDRZEJ JAWOROWSKI, ALFRED REROŃ, PIOTR OSSOWSKI

Klinika Położnictwa i Perinatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Hubert Huras

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Andrzej Jaworowski

Klinika Położnictwa i Perinatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Collegium Medicum w Krakowie

ul. Kopernika 23, 31-501 Kraków

Tel/fax: +48 12 424 84 12, e-mail: andrzejjaw@interia.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count	2595/3151
Tabele/Tables	0
Ryciny/Figures	0
Piśmiennictwo/References	50

Received: 26.06.2014

Accepted: 30.09.2014

Published: 20.03.2015

Streszczenie

Odsetek cięć cesarskich zwiększa się na całym świecie. Są dowody naukowe, że istnieją negatywne psychologiczne następstwa cesarskiego cięcia. Takie powikłania, jak depresja poporodowa czy zespół stresu pourazowego obserwowane są często po cięciu cesarskim. Poród, jak i cięcie cesarskie mogą wywierać długotrwały wpływ na osobowość. Konieczne jest podjęcie przez położników intensywnych działań zmierzających do krytycznej oceny wskazań do cięcia cesarskiego, szczególnie gdy wykonywane jest po raz pierwszy. Istotna jest też poprawa jakości opieki okołoporodowej w celu ochrony przed negatywnymi skutkami wzrastającego odsetka cięć cesarskich, zarówno w aspekcie somatycznym, jak i psychologicznym.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie; czynniki ryzyka; położnicze powikłania porodu

Summary

The percentage of caesarean sections is rising worldwide. There is clear evidence that there are negative psychological consequences of caesarean section. Complications such as postpartum depression or posttraumatic stress disorder are often observed after caesarean section. Child-birth and caesarean section may have a lasting impact on the personality. Must be taken intensive efforts by obstetricians to critically assess the indications for caesarean section especially when is performed for the first time. There is also need to improve the quality of perinatal care to protect against the negative somatic and psychologic effects of increasing the proportion of caesarean sections.

Key words: caesarean section; risk factors; obstetric labor complications

WPROWADZENIE

W ostatnich kilkunastu latach jesteśmy świadkami coraz szybciej wzrastającego odsetka cięć cesarskich. Trend ten jest praktycznie obecny we wszystkich krajach świata, mimo wyraźnego sprzeciwu wielu towarzystw naukowych oraz WHO [1]. U podłoża negatywnych głosów leży duża ilość badań naukowych potwierdzających, że cięcie cesarskie, w porównaniu do porodu naturalnego, wiąże się z znacznie większą ilością poważnych powikłań zdrowotnych zarówno dla matki, jak i noworodka. Szczególnie widoczne są różnice w analizie powikłań po wielokrotnie wykonywanych cięciach cesarskich [2,3]. Sposób porodu ma także znaczenie dla negatywnych skutków odległych, których większą ilość obserwuje się po cięciu cesarskim [2]. Poród operacyjny nie pozostaje też bez wpływu na kolejne ciąży [2,4,5]. W ostatnich latach wielu badaczy skoncentrowało się na powikłaniach neonatologicznych związanych z cięciem cesarskim [4,6,7]. Wykazano, że ten sposób porodu naraża dziecko na: częstsze występowanie zespołu zaburzeń oddychania wynikający z niedojrzałości płuc płodu, przejściowego tachypnoe czy pięciokrotnie częściej występującego u noworodków urodzonych cięciem cesarskim zespołu przetrwałego nadciśnienia płucnego [4,6,7]. Większość badaczy koncentruje się nad somatyczną stroną powikłań i problemów wynikających z zakończenia ciąży cięciem cesarskim nie poświęcając dostatecznej uwagi na psychologiczny aspekt porodu operacyjnego. Reakcje emocjonalne u matki różnią się w zależności od tego czy rodząca brała czynny udział w podjęciu decyzji o sposobie ukończenia ciąży, czy cięcie cesarskie zostało wykonane w sposób planowy, czy też operacja została wykonana w trybie pilnym, bez uprzedniego psychologicznego przygotowania rodzącej [8,9].

SATYSFAKCJA Z ODBYTEGO PORODU

Jedną z najlepiej udokumentowanych różnic w aspekcie psychologicznym pomiędzy porodem naturalnym a cięciem cesarskim jest mniejsza satysfakcja kobiet po porodzie zabiegowym [10]. DiMatteo i wsp. przeprowadzili metaanalizę 43. prac oceniających wpływ psychologiczny cięcia cesarskiego i stwierdzili, że istotnie statystycznie mniejsza jest satysfakcja po przebytych porodzie przez cesarskie cięcie w odniesieniu do porodu drogami natury [11]. Podobne wnioski wyciągnięto z innej analizy obejmującej 18. prac badawczych [12].

DEPRESJA POPORODOWA

Depresja poporodowa jest częstym problemem psychologicznym dotyczącym 10 – 30% kobiet w czasie jednego roku po porodzie [12,13]. W badaniach własnych w Klinice Ginekologii i Położnictwa UJCM w Krakowie depresja poporodowa wystąpiła u 21% położnic [13]. Wpływ cięcia cesarskiego na częstość tego zaburzenia nie został jednoznacznie określony. W metaanalizie obejmującej 20. prac badawczych,

INTRODUCTION

In the recent years we witness the ever increasing percentage of caesarian sections. This trend is practically present throughout the whole world, regardless of decided protests of many scientific associations and the WHO [1]. The basis for those negative voices is the large number of scientific research that confirms, that the caesarian section, when compared to natural birth, is connected with a lot more serious health complications for both the mother and the newborn child. It is especially clear in the analysis of complications after repeated caesarian sections [2,3]. The type of birth also affects the distant negative consequences, with their higher numbers observed after caesarian sections [2]. The surgical birth also remains not without consequences for future pregnancies [2,4,5]. In recent years many of the researchers concentrated on the neonatology complications connected with the caesarian section [4,6,7]. It was well proven, that this type of birth puts the child at risk of: more frequent occurrence of the respiratory problems as a result of underdevelopment of lungs, transitional tachypnea or the persistent pulmonary hypertension [4,6,7]. The majority of researchers concentrates on the somatic dimension of those complications and problems arising from the termination of the pregnancy with caesarian sections, without devoting enough attention to the psychological aspect of surgical birth. The emotional reactions of mothers differ largely, depending on whether the mother had an active participation in the decision-making process leading to this mode of the termination of pregnancy, the planned or emergency, not preceded by psychological preparation of the birthing, nature of the caesarian section [8,9].

SATISFACTION ARISING FROM GIVING BIRTH

One of the best documented differences in the psychological aspect between the natural birth and the caesarian section is the lower satisfaction of women after surgical birth [10]. DiMatteo et al. conducted a meta-analysis of 43 works evaluating the psychological impact of caesarian section and came to the conclusion that the satisfaction after giving birth is (statistically) significantly lower when compared to that connected with natural birth [11]. Similar conclusions were made in another analysis, including 18 scientific works [12].

POSTPARTUM DEPRESSION

The postpartum depression is a frequent psychological problem affecting 10 to 30% of women within one year of giving birth [12,13]. In author's own research in the Clinic of Gynecology and Obstetrics of UJCM in Cracow the postpartum depression affected 21% of childbed period patients, The meta-analysis including 20 scientific works proved that in 11 of them the women after caesarian section experience depression more frequently than those giving birth in natural way; 9 works

stwierdzono w 11. z nich, że kobiety po cięciu cesarskim częściej doświadczają depresji w porównaniu do porodu drogami natury, a w 9. badaniach takiej zależności nie potwierdzono [12,13]. We własnym badaniu 55% pacjentek z depresją poporodową urodziło cięciem cesarskim [13]. Prawdopodobnie sposób zakończenia ciąży odgrywa mniej istotną rolę w etiologii depresji poporodowej w porównaniu do innych czynników takich jak: wywiad psychiatryczny, brak wsparcia społecznego, traumatyczne wydarzenia życiowe czy brak harmonii w związku małżeńskim. W lżejszej formie zaburzeń depresyjnych obniżenie nastroju po porodzie może mieć postać tzw. „baby blues”. W jednym z badań wykazano, że poród przez cięcie cesarskie predysponuje do obniżenia nastroju [14], inni badacze takiego związku nie stwierdzili [15].

INNE PROBLEMY PSYCHOLOGICZNE

W piśmiennictwie można odnaleźć prace oceniające inne aspekty psychologiczne związane z cięciem cesarskim. Badano między innymi różnice w poziomie lęku u kobiet po porodzie. W kilku pracach wykazano, że przebiecie cięcia cesarskiego wiąże się z wyższym odczuciem lęku niż po porodzie naturalnym [12,16,17]. Jednakże metaanaliza czterech prac oceniających lęk kobiet po cięciu cesarskim nie wykazała istotnej statystycznie różnicy w poziomie lęku w porównaniu z matkami, które rodziły naturalnie [11].

Wiele uwagi poświęcono problemowi psychologicznemu po cięciu cesarskim, jakim jest zespół stresu pourazowego (ZSP). Jednoznacznie określono, że zespół ten tradycyjnie może towarzyszyć poważnym dramatycznym, jak: wojna, akty przemocy, może też być następstwem postępowania medycznego w tym porodzie [12,18-20]. Niektóre kobiety uważają cięcie cesarskie, jako przeżycie psychologicznej traumy [9,21]. Objawy stresu obejmują wówczas: uporczywe myśli o uszkadzającym wpływie cięcia cesarskiego, unikanie szpitali i położników, spłycenie lub pobudzenie emocji. W badaniach populacyjnych stwierdzono, że ZSP może doświadczać do 7% rodzących [20,22]. Najbardziej zagrożone są kobiety, których ciąża przebiegała z powikłaniami takimi jak: poród przedwczesny, poród martwego dziecka czy też z zagrażającymi życiu powikłaniami porodu np. łożyskiem przodującym [22-24]. Wśród czynników ryzyka rozwoju ZSP podkreśla się znaczenie porodu zabiegowego, w tym cięcia cesarskiego, szczególnie gdy wykonywane jest ze wskazań nagłych [21,25,26]. Jednakże stan nagłej sytuacji jest bardziej istotny niż sposób porodu [12,27]. Zespół stresu pourazowego, zgodnie z wynikami wielu badań, może mieć istotny wpływ na dalsze życie kobiety, w tym na relacje z partnerem czy decyzje dotyczące kolejnej ciąży [28,29]. Fenech i wsp. zidentyfikowali trzy obszary psychologiczne, na które traumatyczny poród ma wpływ: silne negatywne emocje po porodzie, poczucie utraty swoich i rodzinnych ideałów oraz zmiana relacji w rodzinie [30].

did not confirm the existence of such a dependency [12,13]. Own research indicated that 55% of patients with postpartum depression gave birth thanks to caesarian section [13]. It is probable that the mode of termination of pregnancy is less important in the etiology of the postpartum depression than other factors, such as: psychiatric history, lack of social support, traumatic life events or lack of harmony in the marriage. The milder form of depressive disturbance the mood lowering after birth can take the shape of the so called “baby blues”. One of the research reports proved that the caesarian section birth predestines for mood lowering [14], while other researchers did not confirm such a relation [15].

OTHER PSYCHOLOGICAL PROBLEMS

The literature contains works evaluating other psychological aspects connected with c-section. The anxiety level differences of women after giving birth were measured for example. Several works indicated that a caesarian section is connected with a higher anxiety levels than natural birth [12,16,17]. But the meta-analysis of four works evaluating the anxiety levels of women after caesarian section has proved that there is no statistically significant difference of levels of anxiety, when compared to mothers who gave birth in natural way [11].

A lot of attention was devoted to the psychological problem of the caesarian section which is the posttraumatic stress disorder (PTSD). It is undoubted that this disorder can traditionally be associated with major dramatic events, such as: war, act of violence, and some of medical procedures, including birth [12,18-20]. Some women perceive caesarian section as an experience of psychological trauma [9,21]. The symptoms of the stress are, in such cases: lingering thoughts on the damaging effect of the c-section, avoiding hospitals and obstetricians, becoming emotionally shallow or stimulated. The research on the whole population proved that the PTSD may be experienced by up to 7% of those giving birth [20,22]. The largest danger affects women, whose pregnancy was connected with complications, such as: premature birth, stillbirth; or with life-threatening complications of the birth itself e.g. placenta praevia [22-24]. Among risk factors for the development of PTSD the importance of surgical birth is stressed, including the c-section, especially when performed as an emergency procedure [21,25,26]. But the situation of emergency is what is more important than the type of birth [12,27]. The posttraumatic stress disorder, according to numerous research results, can significantly affect further life of the woman, including her relations with the partner or decisions regarding future pregnancies [28,29]. Fenech et al. identified three psychological areas that are affected by a traumatic birth: strong negative emotions after birth, feeling of loss of one's own and family's ideals and change of family relations [30].

Reakcje emocjonalne u kobiet różnią się istotnie w zależności od tego czy cięcie cesarskie zostało wykonane w sposób planowy, czy też zabieg został wykonany w trybie pilnym, bez uprzedniego przygotowania rodzącej [8,9]. Kobiety, które współdecydowały o cięciu cesarskim są częściej usatysfakcjonowane i zgłaszają znacznie mniej dolegliwości w porównaniu do kobiet, które takiej możliwości nie miały. Według badań De Jong i Kemmlera ciężarne, które były przygotowane do porodu drogami natury i nie spodziewały się rozwiązania cięciem cesarskim, często skarżą się, że nie urodziły samodzielnie i straciły kontrolę nad porodem. Pacjentki te czują, że nie spełniły się w roli kobiety i mają poczucie straty czegoś cennego czyli możliwości odbycia porodu naturalnego [22]. Towarzyszą im wówczas mieszane uczucia: z jednej strony radości z powodu narodzin dziecka, z drugiej strony smutku oraz poczucia winy z powodu sposobu porodu.

Wśród problemów psychologicznych, które mogą wystąpić w przebiegu porodu wymienia się również psychozę poporodową. W wynikach badań Kendell i wsp. nad etiologią psychozy wykazano, że występuje statystycznie częściej po cięciu cesarskim niż po porodzie naturalnym [23,24]. U niektórych wrażliwych rodzących cięcie cesarskie może być ekstremalnie bolesnym doświadczeniem, które wiąże się z poczuciem utraty kontroli i zmniejszeniem poczucia własnej wartości. W kilku badaniach zaobserwowano, że po cięciu cesarskim kobiety mają istotnie niższą samoocenę niż po porodzie naturalnym, zwłaszcza w sytuacji, kiedy cięcie cesarskie wykonywane było w sytuacjach nagłych [12,25,26].

Sposób porodu jest jednym z czynników determinujących chęć posiadania kolejnego dziecka, co potwierdzają wyniki badań [12,27,28]. DiMatteo i wsp. wykazali, że kobiety po cięciu cesarskim charakteryzują się niższą rodnością niż po porodzie naturalnym, co jednak może być związane z innymi czynnikami jak np. z wcześniej istniejącymi problemami z płodnością [11].

RELACJA MATKA-DZIECKO

W wielu pracach, obok analizy wpływu cięcia cesarskiego na dobrostan psychologiczny kobiety, oceniano również różnice w nawiązywaniu więzi pomiędzy matką a dzieckiem w zależności od sposobu porodu. Wyniki tych prac są niejednoznaczne [12]. DiMatteo i wsp. wykazali, że więź matek z dziećmi po cięciu cesarskim jest słabsza niż po porodzie naturalnym [11]. Podobnie według Oblassera C. i wsp. ponad połowa kobiet po cięciu cesarskim doświadcza problemów z nawiązaniem więzi z dzieckiem [29]. Przyjmuje się, że tylko 50% kobiet miało możliwość dotykania dziecka po cięciu cesarskim, a pierwszy kontakt dziecka z ciałem matki był opóźniony czasem o kilka godzin. Tymczasem znaczenie pierwszego kontaktu noworodka z ciałem matki już dawno zostało udowodnione [30]. Jednakże w piśmiennictwie można znaleźć też prace, w których nie wykazano wpływu cięcia cesarskiego na

The emotional reactions of women differ significantly when we compare situations of planned caesarian sections with those which have been performed in emergency conditions, without prior preparation of the birther [8,9]. Women who had their say in deciding about the c-section were more frequently satisfied, and were reporting significantly lower number of symptoms, when compare to those, who had no such chance. According to the research conducted by De Jong and Kemmler the pregnant women who were prepared for natural birth and did not expect a c-section ending, frequently complain about the fact that they did not give birth on their own and loss the control over the birth. These patients feel that they have failed in their roles of women and feel loosing something precious – that is the possibility of experiencing natural birth [22]. These are accompanied by mixed feelings – of joy from the birth of the child from one side and the sorrow and the guilt connected with the type of birth.

Among the psychological problems that may occur during childbed is the postpartum psychosis. The results of Kendell et al. research of the etiology of the psychosis prove that it occurs with statistically higher frequency after caesarian section than after natural birth [23,24]. For some of the sensitive parturient women the caesarian section may be an extremely painful experience, that is connected with feeling of lost control and lowered self assessment. Some of researchers observed that after caesarian section the women have significantly lower self-assessment than after natural birth, especially when the c-section was performed in emergency conditions [12,25,26].

The type of birth is one of the determining factors for the will of having another baby, which is confirmed by research data [12,27,28]. DiMatteo et al. prove, that women after c-section are characterized by lower number of births delivered than those after natural births, but this may also be related to other factors, e.g. prior problems with fertility [11].

MOTHER-CHILD RELATION

In many of the works, aside from analysis of the influence of the caesarian section on the psychological wellbeing of the woman, also evaluated the differences in creation of bonds between the mother and the child, depending on type of delivery. The results of these works are not unambiguous [12]. DiMatteo et al. prove, that the bond of mother with her child is weaker after c-section than after natural birth [11]. Similarly, according to Oblasser et al. over half of women after caesarian section experiences problems with bonding with child [29]. It is generally accepted that only 50% of women had the chance to touch their children after caesarian section, and the first contact of child with its mother's body was sometimes several hours delayed, and the importance of the first contact of child with the body of its mother has long since been proven [30]. But the literature also includes works that show no influ-

nawiązywanie więzi pomiędzy matką a dzieckiem [31-34]. Niektórzy badacze wskazują, że niekiedy matki postrzegają swoje noworodki, które rodziły się przez cięcie cesarskie, jako wyjątkowe i przypisują im bardziej optymalne cechy niż matki, które rodziły swoje dzieci naturalnie [35,36]. Stanowczą tezę, że cięcie cesarskie osłabia nawiązywanie więzi pomiędzy matką a dzieckiem, poparta jest jedynie słabymi dowodami naukowymi, jak np. badanie Swain JE. i wsp., którzy wykazali większą aktywność mózgu rodzających w obrazach MRI, w obszarach odpowiedzialnych za motywację i emocje po porodzie naturalnym w porównaniu do cięcia cesarskiego [30]. Zjawisko to tłumaczy się uwalnianiem się hormonów podczas porodu, a zwłaszcza oksycytyny, która określana jest, jako hormon szczęścia. Hormon ten oraz prolaktyna odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu się zachowań matki i jej więzi z dzieckiem oraz budują umiejętność kochania dziecka [9]. Gwałtowność porodu zabiegowego może również stać się wzorcem reakcji układu autonomicznego na stres. Dzieci i dorośli stają się nadpobudliwi, jako wynik nagłego i niespodziewanego wtargnięcia w naturalny proces porodu [37].

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY CIĘCIA CESARSKIEGO U DZIECI

Większość ludzi, w tym i lekarzy uważa, że noworodki rodzą się bez poczucia świadomości i wrażliwości dotyczącej ich ciała i psychiki. Dzieci nie są bowiem w stanie przywołać z pamięci przeżyć z okresu porodu. Z tego punktu widzenia cięcie cesarskie jest uważane za szybką, niebolesną metodę porodu, która ma wiele zalet dla matki i dziecka. Takie błędne podejście położników na świecie warunkuje ciągle wzrastający odsetek cięć cesarskich. Powszechnie ignoruje się i zaprzecza możliwości traumatycznego wpływu cięcia cesarskiego na noworodka [38].

Wielu rodziców poszukuje pomocy u neonatologów i pediatrów ze względu na takie objawy u swoich dzieci, jak intensywny płacz, trudności ze spaniem lub jedzeniem. Większość rodziców nie zdaje sobie sprawy, że objawy te mogą być wynikiem stresu emocjonalnego, które odczuwało lub odczuwa ich dziecko. Wyniki badań okresu okołoporodowego i prenatalnego udowadniają, że małe dzieci są świadomymi, przytomnymi i zdolnymi do odczuwania istotami społecznymi. Płody i noworodki mogą reagować na bodźce płynące ze środowiska i mogą przeżyć uraz przy gwałtownych bodźcach zewnętrznych np. podczas cięcia cesarskiego. Pierwszymi psychologami, którzy podjęli się zbadać wpływ przeżyć okresu okołoporodowego na psychikę dzieci byli Thomas Verny [39], David Chamberlain [40] i Wiliam Emmerson [37]. Dzięki nim wiadomo, że płody i noworodki mogą doświadczać bólu emocjonalnego, złości, strachu, samotności lub smutku podczas lub po porodzie.

Przez tysiące lat ewolucji człowieka dzieci rodziły się drogami natury. Poród jest trudny i często bolesny,

ence of c-section on the bonding of mother and child [31-34]. Some of the researchers indicate, that sometimes mothers perceive their newborns, who were delivered through c-section, as exceptional and attribute them more optimal features than those attributed by mothers who delivered their babies in natural way [35,36]. The decisive thesis saying that the caesarian section weakens the bond creation between the mother and the child is only supported by weak scientific evidence, such as e.g. the research of Swain JE et al. who proved higher brain activity in MRI images of areas responsible from motivation and emotions in parturient women who delivered by forces of nature, when compared to c-section patients [30]. This phenomena is explained by the release of hormones during birth, especially the oxytocin, that is sometimes referred to as the "happiness hormone". This hormone, together with prolactin, plays crucial role in creating the aptitude of mother towards the child and her bond with the child, creating the ability to love the child [9]. The abruptness of the surgical birth can also form a pattern for autonomous system reaction for stress. Children and adults alike are becoming hyperactive in the result of sharp and unpredicted intrusion into the natural process of birth [37].

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CAESARIAN SECTION FOR CHILDREN

The majority of people, including doctors, believe that the newborns are born without consciousness and sensitivity concerning their bodies and psyche. The children are not able to recall experiences from the period of birth. From this viewpoint the caesarian section is perceived as a quick, painless method of birth, that has many advantages for both the mother and the child. This erroneous approach of obstetricians all over the world conditions the ever increasing proportion of c-sections throughout the world. The possibility of traumatic influence of caesarian section on the newborn is commonly ignored and negated [38].

Many of the parents seek help of neonatologists and pediatricians due to symptoms of their children such as intensive crying, trouble with sleeping or eating. The majority of parents does not realize, that these symptoms may be the result of emotional stress that the child felt or is still feeling. Results of near-birth and prenatal period research prove, that small children are conscious, aware and capable of feeling social beings. Fetuses and newborns can react to outside stimulants and can survive traumas in case of violent external stimuli e.g. during a caesarian section. The first psychologists who attempted to research the influence of the near-birth experiences on the psyche of children were Thomas Verny [39], David Chamberlain [40] and William Emmerson [37]. It is thanks to them that we know that fetuses and newborns can experience emotional pain, anger, fear, loneliness or sadness during or after birth.

gdyż do urodzenia dziecka niezbędne są zwroty płodu w kanale rodnym. Ale zarówno matka, jak i dziecko posiadają mechanizmy, które łagodzą ból. Cięcie cesarskie jest nagłym przerwaniem naturalnego porodu. Emmerson w trakcie 30. lat swoich badań wykazał, że poród przez cięcie cesarskie może wiązać się z takimi negatywnymi skutkami u dzieci jak: budzenie nocne, nadwrażliwość na bodźce, nasilony i przedłużony płacz, problemy z karmieniem, trawieniem i kolki jelitowe [37]. Emmerson tłumaczy to wstrząsem psychicznym noworodka związanym z cięciem cesarskim, który wynika z nagłych, niespodziewanych i gwałtownych zmian podczas i po zabiegu operacyjnym. Cięcie cesarskie jest przerwaniem biologicznie zaprogramowanego i ewolucyjnie udoskonalonego porodu. Podczas cięcia cesarskiego dziecko doświadcza gwałtownej inwazji i przemieszczenia do innego świata. Nie ma możliwości kontroli nad tym, co się dzieje. Wstrząs psychiczny daje początek strachu i obawy przed zaskoczeniem. W ten sposób nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne i problemy ze snem mogą wiązać się ze stresem, który dziecko przeżywa rodząc się cięciem cesarskim [37,38].

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA STRES PSYCHOLOGICZNY ZWIĄZANY Z CIĘCIEM CESARSKIM

Oczywisty jest fakt, że nie wszystkie kobiety doświadczają negatywnych następstw cięcia cesarskiego. W całym zakresie emocjonalnych reakcji, znajdziemy na jednym końcu spektrum kobiety, które są szczęśliwe z przebytego cięcia cesarskiego, których profil psychologiczny pozostaje pozytywny w późniejszym okresie życia, a na drugim końcu kobiety, które czują się zdruzgotane przebyłym zabiegiem, które doświadczają przez dalsze swoje życie negatywnych psychologicznych następstw porodu. Można zidentyfikować czynniki, które wpływają na efekt psychologiczny cięcia cesarskiego, których modyfikacja może zmniejszyć stres związany z zabiegiem. Wśród obszarów determinujących emocjonalny skutek końcowy wymienia się czynniki położnicze, indywidualną wrażliwość psychologiczną kobiety, nastawienie do porodu i jakość opieki okołoporodowej, jaką otrzymała rodzica [12].

Czynniki medyczne

W literaturze istnieją dowody, że cięcie cesarskie wykonywane ze wskazań pilnych wiąże się ze znacznie większym stresem psychologicznym, niż planowe rozwiązanie ciąży [12,32,41,42]. Nagłe cięcie cesarskie, jak żadna inna operacja chirurgiczna, często praktycznie nie daje czasu dla pacjentki aby psychicznie przygotowała się do zabiegu i oswoiła ze strachem o bezpieczeństwo własne i dziecka. Zgodnie z wynikami badań, znieczulenie ogólne zwielaokrotnia stres związany z cięciem cesarskim [32,41,43-45]. Natomiast znieczulenie regionalne pozwala zobaczyć dziecko po wydobyciu, czasem potrzymać i w ten sposób doświadczyć

For thousands of years of human evolution the children were born in natural way. The birth is difficult and frequently painful, as for successful delivery the fetus has to rotate in the reproductive tract. But both the mother and the child have mechanisms to reduce that pain. The caesarian section is a sharp stop to the natural birth. Emmerson, during 30 years of his research, has proven that the c-section birth can be connected with such negative outcomes in children as: night awakening, oversensitivity to stimuli, intensified and prolonged crying, problems with feeding, digesting and intestinal colic [37]. Emmerson explains that with psychical shock for the newborn connected with the caesarian section, that is the result of sudden, unforeseen and sharp changes during and after the surgery. The c-section forms an interruption of the biologically programmed and evolutionarily perfected birth. During the caesarian section the child experiences a sharp invasion and relocation to another world. It has no control over what is happening. The psychic shock start fear and anxiety of being surprised again. This makes the oversensitivity to stimuli and sleep disorders possibly connected with the stress that the child has to live through during a caesarian section [37,38].

FACTORS INFLUENCING THE PSYCHOLOGICAL STRESS CONNECTED WITH CAESARIAN SECTION

It is obvious that not all women experience negative effects of caesarian section. The whole range of emotional reactions includes, on one end of the spectrum, the women who are happy with the c-section, whose psychological profile remains positive in future life, and on the other- the women who feel devastated by the surgery, who will experience the negative psychological consequences of their birth throughout the rest of their life. The factors that influence the psychological effect of the caesarian section, and modification of which can weaken the stress connected with surgery, can be identified. Among the areas determining the emotional final effect the obstetric factors, the individual psychological sensitivity of the woman, her attitude towards birth and the quality of care received in near birth period are mentioned.

Medical factors

The literature contains proofs, that the caesarian section performed due to emergency indications is connected with a lot larger psychological stress than a planned surgery [12,32,41,42]. A sudden c-section, unlike any other surgery, frequently gives the patient no time to psychically prepare for the surgery and come to terms with fear concerning her own and child's safety. According to research results, the general anesthesia multiplies the stress connected with the caesarian section [32,41,43-45]. And local anesthesia allows the mother to see the baby after it has been removed, and sometimes hold it, thus physically experiencing the birth [12]. This chance is rendered impossible by general

fizycznie porodu [12]. Tej możliwości pozbawia znieczulenie ogólne i kobiety często mają poczucie, że ominęło je coś ważnego. Aktualnie niewiele jest badań, które analizują inne czynniki położnicze, które mogłyby mieć wpływ na stres psychologiczny związany z cięciem cesarskim.

Indywidualna wrażliwość psychologiczna

Badania nad depresją poporodową wykazały, że kobiety, które obciążone są zaburzeniami psychiatrycznymi w wywiadzie częściej doświadczają depresji po porodzie w porównaniu do kobiet z nieobciążonym wywiadem [12,13]. Cięcie cesarskie jest wówczas silnym bodźcem, który może inicjować rozwój depresji poporodowej. Zgodnie z wynikami badań, kobiety z psychozą poporodową, częściej były rozwiązywane cięciem cesarskim. Analogicznie i w tym przypadku cięcie cesarskie może być bodźcem dla kobiet podatnych do rozwoju psychozy [23,24]. Niska samoocena, trudna sytuacja rodzinna lub życiowa to także czynniki zwiększające ryzyko negatywnych psychologicznych następstw cesarskiego cięcia [8].

Oczekiwania

Nastawienie rodzącej do porodu ma ważny wpływ na psychologiczne efekty cięcia cesarskiego. Badania wykazały, że w populacjach, które nie są związane z „kulturą naturalnego porodu” cięcie cesarskie jest postrzegane pozytywnie [46-48], natomiast w kulturach, gdzie przywiązuje się szczególną uwagę na naturalne narodziny dziecka zespół stresu pourazowego po cięciu cesarskim występuje częściej [8,48]. Szczególnie w niektórych krajach azjatyckich kobiety po cięciu cesarskim są postrzegane bardzo negatywnie [12], natomiast odwrotnie w kulturze Brazylii cięcie cesarskie jest przejawem nowoczesności i technologii, przez co jest oceniane pozytywnie [49].

Status społeczny w danej kulturze może także mieć istotne znaczenie. Wyniki niektórych badań wskazują, że kobiety o wysokim statusie socjoekonomicznym lub z wyższym poziomem wykształcenia doświadczają częściej negatywnych skutków psychologicznych cięcia cesarskiego w porównaniu do pozostałych kobiet [8].

Opieka okołoporodowa

Badania ankietowe dotyczące doświadczeń kobiet związanych z cięciem cesarskim wskazują, że jakość opieki okołoporodowej ma istotny wpływ na poziom stresu związanego z porodem [12]. Analiza dostępnej literatury pozwala stwierdzić, że brak lub niska jakość opieki oraz brak wsparcia emocjonalnego skutkuje gorszymi skutkami psychologicznymi po cięciu cesarskim [8]. Jednym z elementów profesjonalnej opieki medycznej jest właściwe zachowanie personelu: indywidualne podejście do kobiety rodzącej, poświęcenie odpowiedniej ilości czasu na wysłuchanie i wytłumaczenie istoty porodu [12]. Drugim elementem jest

anesthesia and the women sometimes have the feeling of missing something important. There are few researches available that would analyze other obstetric factors, that could influence the psychological stress connected with caesarian section.

Individual psychological sensitivity

The research of postpartum depression has shown that women who had psychical disturbances in their medical history experienced postpartum depression more frequently than those who had none [12,13]. The caesarian section is then a strong stimulus that can initiate the development of postpartum depression. According to research results women with postpartum psychosis were more frequently those who gave birth through caesarian section. Analogically also in this case the c-section may be a stimulus for women who are more vulnerable to psychosis development [23,24]. Low self-assessment, difficult family or life situation are also factors increasing the risk of negative psychological consequences of a caesarian section [8].

Expectations

The attitude of the woman towards the birth has a major influence on the psychological effects of c-section. The research suggests that in populations that are not connected with “culture of natural birth” the caesarian section is perceived in a positive way [46-48] and in cultures that attach special attention to the natural birth of the child the posttraumatic stress disorder is diagnosed more frequently after c-sections [8,48]. Especially in some of the Asian countries the women after their c-sections are perceived in a very negative way [12], and the reverse can be said about the culture of Brazil, where the caesarian section is a sign of modernity and technology and thus valued positively [49].

The social status within the respective culture may also have significant meaning. Some of research suggests that women with high socioeconomic standing or with higher level of education more frequently experience the negative psychological consequences of caesarian section, when compared to the remaining women [8].

Birth related care

The questionnaire research concerning the experiences of women connected with c-section indicates, that the quality of birth-related care has significant influence on the level of stress connected with the birth [12]. The analysis of the available literature allows us to ascertain that the lack or low quality of care and emotional support result in worse psychological consequences of caesarian section [8]. One of the elements of professional medical care is the appropriate behavior of the staff: the individual approach to the woman, devoting enough time to listen to her questions and explain the essence of the birth [12]. Another element is the inclusion in the decision-making process regarding the type of birth.

włączenie w proces decyzyjny odnośnie sposobu rozwiązania ciąży. Wiele badań wskazuje, że brak informacji oraz pozbawienie możliwości udziału w podejmowaniu decyzji o cięciu cesarskim wiąże się z negatywnymi skutkami psychologicznymi [8,12]. Trzecim elementem determinującym psychologiczny wpływ cięcia cesarskiego jest odczucie, w jakim stopniu ten zabieg był niezbędny. Szczególnie kobiety mogą mieć przeświadczenie, że cięcie cesarskie było niepotrzebne w sytuacjach, w których położnicy nie zawsze się zgadzają odnośnie wskazań medycznych do cięcia cesarskiego np.: położenie miednicowe, przedłużający się poród czy stan po przebyciu cięcia cesarskiego. Niekiedy takie poczucie wynika z braku komunikacji pomiędzy rodzącą a personelem medycznym. W jednym z badań ankietowych przeprowadzonym trzy miesiące po cięciu cesarskim 20% kobiet nie wiedziało, dlaczego wykonano u nich cesarskie cięcie lub całkowicie się myliły, co do wskazań, a 16% matek częściowo tylko wskazywały przyczyny cięcia cesarskiego [50]. Poczucie, że cięcie cesarskie było zbędne wiąże się przyczynowo z gorszymi skutkami psychologicznymi [12]. Warto jednak zauważyć, że odczucia związane z jakością opieki okołoporodowej są subiektywne i zależą też od wyjściowego stanu psychologicznego rodzącej kobiety [12].

PODSUMOWANIE

W literaturze, jak i w praktyce codziennej w oddziałach położniczych znajdujemy wiele dowodów na negatywne następstwa cięcia cesarskiego zarówno fizyczne, jak i psychologiczne. Konieczne zatem jest podjęcie przez położników intensywnych działań zmierzających do krytycznej oceny wskazań do cięcia cesarskiego, szczególnie gdy wykonywane jest po raz pierwszy. Lekarze położnicy, ale również rodzice, a w szczególności kobiety ciężarne powinny pamiętać, że dziecko także cierpi podczas cięcia cesarskiego. Wczesne, późne i odległe następstwa porodu przez cięcie cesarskie są zdecydowanie niekorzystne zarówno dla rodzącej, jak i dziecka. Największy ciężar odpowiedzialności spoczywa jednak na środowisku medycznym. Zwiększający się odsetek cięć cesarskich na całym świecie jest trendem trudnym do zatrzymania. Konieczne jest zatem zwiększenie nacisku na sposoby zmniejszające negatywne skutki cięcia cesarskiego. Można taki cel osiągnąć poprzez szerokie i szczegółowe poradnictwo zarówno przed, jak i poporodowe, włączenie kobiet w świadomy proces decyzyjny dotyczący sposobu rozwiązania ciąży, zbliżenie warunków cięcia cesarskiego do takich, jakie kojarzą się z porodem naturalnym: ograniczenie znieczulenia ogólnego, umożliwienie wczesnego kontaktu matki z dzieckiem, udzielanie pełnej informacji o przebiegu cięcia, jak i o dziecku już podczas zabiegu, umożliwienie obecności osobie towarzyszącej przy cięciu cesarskim w tych szpitalach, w których są właściwe warunki. Wszystkie wymienione elementy wymagają zwiększenia uwagi na odpowiednią jakość opieki

Numerous researches suggest that lack of information or depriving the woman of the possibility to decide about the c-section connects with negative psychological consequences [8,12]. The third element determining the psychological influence of the caesarian section is the feeling of to what degree this surgery was needed. The women may be convinced that the caesarian section was not needed in those situations in which the obstetricians are not unanimous when it comes to the medical indications for c-section such as: breech presentation, prolonged birth or a condition after previous caesarian section. Sometimes this feeling is the result of lack of communication between the woman in labor and the medical personnel. In one of the questionnaire researches conducted three months after c-section 20% of the women did not know why the caesarian section was performed, or were completely wrong about the indications for the procedure, and 16% were only partially able to indicate the reason for c-section [50]. The feeling that the caesarian section was not required is resulting in worse psychological consequences [12]. Still it is worth to mention, that the feelings concerning the quality of near-birth care are subjective and depend on the initial psychological state of the woman in labor [12].

SUMMARY

Both in literature and in the daily practice of obstetric wards we find numerous evidence that the caesarian section has negative consequences both in physical and psychological aspects. It is thus necessary for the obstetricians to start intensive actions leading at critical evaluation of indications for c-section, especially if it is performed for the first time. The obstetricians, but also the parents, and especially the pregnant women should bear in mind, that the child also suffers during a caesarian section. The early, late and distant consequences of a c-section birth are decisively negative for both the birther and the child. The largest responsibility lays in the medical world. The even increasing percentage of c-sections throughout the whole world is a trend that is hard to halt. What is necessary is the emphasis on the methods of reducing the negative consequences of caesarian section. This may be accomplished through the wide and comprehensive counseling both prior and after birth, inclusion of women into the conscious problem of decision-making process concerning the type of birth, making the conditions of the c-sections similar to the natural birth: limiting the use of general anesthesia, enabling the mother early contact with the child, provision of full information about the course of the surgery and also about the child already during the surgical procedure, allowing the presence accompanying person during the surgery in those hospitals which have the appropriate conditions for that. All of the above named elements require increased emphasis to be put on the quality of near-birth care, and also dropping some schemes and customs. The prepa-

okołoporodowej, a czasem odstąpienia od schematów i przyzwyczajęń. Opracowanie właściwej strategii postępowania, a szczególnie kampanii informacyjnej może w przyszłości uchronić wiele kobiet przed negatywnymi psychologicznymi następstwami cięcia cesarskiego.

ration of appropriate strategy of action, and especially the information campaign, may in future protect many women from the negative psychological consequences of the caesarian section.

Piśmiennictwo / References:

1. **Wagner M.** Pursuing the birth machine. *Midwifery Today Childbirth Educ.* 1996;(37):33-4, 51.
2. **Jóźwik M, Jóźwik M, Jóźwik M.** Kolejne cięcia cesarskie jako źródło poważnych powikłań matczyńskich. *Ginekologia i położnictwo Medical Project.* 2009; 1(11):25-38.
3. **Bodner K, Wierrani F, Grunberger W et al.** Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet.*
4. **Reroń A, Huras H.** Powikłania po cięciach cesarskich. *Ginekologia i położnictwo Medical Project.* 2006; 2(2):48-55.
5. **Silver RM, Landon MB, Rouse DJ et al.** Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32.
6. **Fogelson NS, Menard MK, Hulsey T et al.** Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term: a comment on patient choice cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1433-6.
7. **Poreba R.** Cięcia cesarskie - korzyści i zagrożenia. *Ginekologia i położnictwo Medical Project.* 2007;1(3):22-34.
8. **Mutryn CS.** Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med.* 1993; 37(10):1271-81.
9. **Verdult R.** Caesarean Birth: Psychological Aspects in Adults. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine.* 2009;21(1/2):17-28.
10. **Lobel M, DeLuca RS.** Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med.* 2007;64(11):2272-84.
11. **DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS et al.** Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association.* 1996;15(4):303-14.
12. **Clement S.** Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology.* 2001;15(1):109-26.
13. **Reroń A, Gierat B, Huras H.** Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekolog Prak.* 2004; 12(3):32-5.
14. **Knight RG, Thirkettle JA.** The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *Journal of Psychosomatic Research.* 1987;31(3):351-7.
15. **O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al.** Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry.* 1991; 48(9):801-6.
16. **Trowell J.** Possible effects of emergency caesarian section on the mother—child relationship. *Early Hum Dev.* 1982;7(1):41-51.
17. **Garel M, Lelong N, Kaminski M.** Follow-up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Hum Dev.* 1988;16(2-3):271-82.
18. **Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA.** The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1992;180(4):271-2.
19. **Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF.** Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry.* 1995;166(4):525-8.
20. **Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K et al.** Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(4):240-50.
21. **Reynolds JL.** Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ.* 1997;156(6):831-5.
22. **De Jong TM, Kremmler G.** Kaiserschnitt; Wie narben an Bauch und Seele heilen können. München: Kösel; 2003.
23. **Kendell RE, Rennie D, Clarke JA et al.** The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine.* 1981;11(2):341-50.
24. **Kendell RE, Chalmers JC, Platz C.** Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry.* 1987; 150:662-73.
25. **Marut JS, Mercer RT.** The cesarean birth experience: implications for nursing. *Birth Defects Original Article Series.* 1981;17(6):129-52.
26. **Fisher J, Astbury J, Smith A.** Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1997;31(5):728-38.
27. **Garel M, Lelong N, Kaminski M.** Psychological Consequences of Cesarean Childbirth in Primiparas. *J Psychosom Obst Gyn.* 1987;6(3):197-209.
28. **Garel M, Lelong N, Kaminski M.** Follow-up-Study of Psychological Consequences of Cesarean Childbirth. *Early Human Development.* 1988;16(2-3):271-82.
29. **Oblasser C, Ebner U, Wesp G.** Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Salzburg: Edition Riedenburg; 2008.
30. **Swain JE, Tasgin E, Mayes LC et al.** Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49(10):1042-52.
31. **Bradley CF, Ross SE, Warnyca J.** A prospective study of mothers' attitudes and feelings following cesarean and vaginal births. *Birth.* 1983;10(2):79-83.
32. **Cranley MS, Hedahl KJ, Pegg SH.** Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research.* 1983;32(1):10-5.
33. **Culp RE, Osofsky HJ.** Effects of cesarean delivery on parental depression, marital adjustment, and mother-infant interaction. *Birth.* 1989;16(2):53-7.

34. **Durik AM, Hyde JS, Clark R.** Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: Psychosocial outcomes for mothers and infants. *Developmental Psychology*. 2000; 36(2): 251-60.
35. **Field TM, Widmayer SM.** Developmental Follow-up of Infants Delivered by Cesarean-Section and General-Anesthesia. *Infant Behav Dev*. 1980;3(3):253-64.
36. **Entwisle DR, Alexander KL.** Long-Term Effects of Cesarean Delivery on Parents Beliefs and Childrens Schooling. *Developmental Psychology*. 1987;23(5): 676-82.
37. **Emerson WR.** Birth trauma: the psychological effects of obstetrical interventions. *J of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 1998;13(1):11-44.
38. **Verdult R.** Cesarean Birth: Psychological Aspects in Babies. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. 2009;21(1/2):29-49.
39. **Verny T.** Tomorrow's baby. New York: Simon & Schuster; 2002.
40. **Chamberlain DB.** Obstetrics and prenatal psyche. *J of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 1999; 13(1):11-44.
41. **Reichert JA, Baron M, Fawcett J.** Changes in attitudes toward cesarean birth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 1993; 22(2):159-67.
42. **Francome C, Savage W.** Cesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? *Soc Sci Med*. 1993;37(10):1199-218.
43. **Marut JS, Mercer RT.** Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing research*. 1979;28(5):260-6.
44. **Fawcett J, Aber C, Haussler S et al.** Women's perceptions of caesarean birth: a Roy international study. *Nursing Science Quarterly*. 2011;24(4):352-62.
45. **Gottlieb SE, Barrett DE.** Effects of unanticipated cesarean section on mothers, infants, and their interaction in the first month of life. *J Dev Behav Pediatr*. 1986;7(3):180-5.
46. **Sandelowski M, Bustamante R.** Cesarean birth outside the natural childbirth culture. *Research in Nursing & Health*. 1986;9(2):81-8.
47. **Sargent C, Stark N.** Surgical birth: interpretations of cesarean delivery among private hospital patients and nursing staff. *Soc Sci Med*. 1987;25(12):1269-76.
48. **Gołębek D, Reroń A.** Kontrowersje wokół cięcia cesarskiego na żądanie. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*. 2003;3:225-9.
49. **Nuttall C.** Cesarean section controversy. The caesarean culture of Brazil. *BMJ*. 2000;320(7241):1074.
50. **Hillan EM.** Research and audit: women's views of caesarean section. W: Roberts H, red. *Women's Health Matters*. London: Routledge; 1992:157-75.