

Dr Dorota Sys
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr n. med. Barbara Baranowska
Zakład Położnictwa
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr Urszula Tataj-Puzyna
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Wydział Nauk o Zdrowiu WUM

Dr n. med. Anna Kajdy
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Możliwości wyboru drogi porodu po cesarskim cięciu Najnowsze rekomendacje

Possibility to choose delivery route after cesarean section.

Current recommendations

Abstrakt:

Cesarskie cięcie (CC) to interwencja ratująca życie matki i dziecka w przypadku powstania powikłań uniemożliwiających przeprowadzenie porodu drogami natury (PDN). Badania wskazują, że optymalny odsetek cesarskich cięć, z perspektywy medycznej, względem porodu drogami natury to 10-15%. w perspektywie 15 lat (2000-2015) zauważono globalny wzrost odsetka CC z 12% do 21%. Analiza wskazań przy wykorzystaniu klasyfikacji Robsona, wykazała, że najczęstszym wskazaniem do CC jest wcześniejszy poród tą drogą. w związku z tym zauważyć można efekt spiralnego wzrastania odsetka cięć cesarskich.

Aktualnie odsetek cesarskich cięć w Polsce również znacząco przekracza zalecany poziom i wynosi 35,8% w skali kraju. Od 2015 roku prowadzone są działania mające na celu jego zmniejszenie. Jednym z nich jest wprowadzenie w 2018 roku nowej rekomendacji, według której wcześniejszy poród drogą CC nie jest bezpośrednim wskazaniem do ponownego cesarskiego cięcia.

Droga porodu po cesarskim cięciu jest tematem kontrowersyjnym, gdyż brakuje rzetelnych danych i jednoznacznych wskazań dla lekarzy w tym zakresie. Jednocześnie szereg badań wskazuje na to, że poród drogami natury po cesarskim cięciu (VBAC) jest bezpieczny dla matki i dziecka. w przypadku braku dodatkowych czynników ryzyka, kobieta ma 74% szans na udany poród drogami natury po jednym CC, dlatego VBAC jest najlepszym wyborem dla większości kobiet. Pomimo tego, doniesienia wskazują, że jest tylko kilka ośrodków w Polsce, w których możliwy i preferowany jest VBAC. Ponadto zmiana rekomendacji odebrana została przez część kobiet w Polsce jako ograniczenie możliwości współdecydowania o wyborze postępowania, gdyż wcześniejsze zalecenia uwzględniały możliwość, aby kobieta nie wyraziła zgody na próbę porodu drogami natury. w Polsce brakuje rzetelnych statystyk dotyczących elektrywnych cesarskich cięć (ECS), wykonanych z uwagi na pierwszy poród ukończony przez CC. Nie przeprowadzono dotychczas badań dotyczących preferencji oraz motywacji kobiet co do wyboru drogi porodu, a także nie prowadzi się statystyk mówiących o liczbie podejmowanych prób porodu po cesarskim cięciu (TOLAC) i ich skuteczności.

Decyzja o drodze porodu po cesarskim cięciu powinna być podejmowana każdorazowo indywidualnie uwzględniając bilans korzyści i zagrożeń. Istotne jest również wzięcie pod uwagę perspektywy kobiety i jej postawy względem drogi porodu, gdyż według rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dobry poród to taki, który daje kobiecie poczucie możliwości

współdecydowania, nawet wtedy kiedy użycie procedur medycznych jest niezbędne. Najbardziej optymalny byłby wybór odbywający się w dialogu lekarza z pacjentką, w którym uwzględnione byłyby zarówno rekomendacje oparte na dowodach medycznych jak i potrzeby kobiety.

Słowa kluczowe: poród po cesarskim cięciu, VBAC, ECS, rekomendacje,

Abstract:

Caesarean section (CC) is a life saving intervention for both mother and child in the event of complications preventing vaginal delivery. Research indicates that an optimal percentage of cesarean sections for medical indications should be 10-15% relative to vaginal delivery. In the past 15 years (2000-2015) a global increase in the percentage of CC from 12% to 21% was noted. Analysis of indications using the Robson classification showed that the most common indication for CC is a prior CC. Therefore, a dynamic increase in the percentage of CC can be seen.

Currently, the percentage of cesarean sections in Poland is 35,8% and exceeds the recommended rates. Since 2015, interventions have been implemented to reduce these numbers. One of them is the introduction of a new recommendation in 2018, according to which previous delivery via CC is not a direct indication for a repeat cesarean section.

Route of delivery after cesarean section is a controversial topic. Scarce and unreliable data and unambiguous indications for doctors in this regard. At the same time, a number of studies indicate that vaginal birth after caesarean section (VBAC) is safe for mother and child. In the absence of additional risk factors, a woman has a 74% chance of successful VBAC after one CC, which is why it is the best choice for most women. Despite this data, there are only a few centers in Poland where VBAC is possible and preferred. In addition, the change in recommendations was received by some women in Poland as a limitation of the possibility of co-deciding on the choice of proceedings, as previous recommendations included the possibility that a woman would not agree to attempt a delivery by nature. To date, no studies have been carried out in Poland regarding the preferences and motivation of women regarding the choice of delivery, and no statistics are provided about the number of VBAC attempts made and their effectiveness.

The decision on the way of delivery after Caesarean section should be made individually taking into account the balance of benefits and threats. It is also important to take into account the perspective of a woman and her attitude towards the delivery route, because according to the recommendations of the World Health Organization, good delivery is one that gives a woman a sense of co-decision, even when the use of medical procedures is necessary. The most optimal would be the choice in the doctor's dialogue with the patient, which would include both recommendations based on medical evidence and the needs of the woman.

Key words: VBAC, TOLAC, ECS, delivery after cesarean section, recommendation

1. „Epidemia” cesarskich cięć

Cesarskie cięcie (CC) to interwencja ratująca życie matki i dziecka w przypadku powstania powikłań uniemożliwiających przeprowadzenie porodu drogami natury (PDN). w wielu krajach jest to najczęściej wykonywana operacja chirurgiczna (Boerma i in., 2018). Badania wskazują, że optymalny odsetek, z perspektywy medycznej, cesarskich cięć względem porodu drogami natury to 10-15% (Betrán i in., 2016; Ye, Betrán, Guerrero Vela, Souza, & Zhang, 2014). Według Światowej Organizacji Zdrowia odsetek ten jest optymalny, ponieważ wzrost powyżej tej wartości nie powoduje obniżenia współczynników śmiertelności okołoporodowej, a operacja cesarskiego cięcia może nieść za sobą poważne komplikacje, dlatego powinna być wykonywana tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach (Betrán, Torloni, Zhang, Gülmezoglu, & the WHO Working Group on Caesarean Section, 2016).

W perspektywie 15 lat (2000-2015) zauważono globalny wzrost odsetka cięć cesarskich z 12% do 21%. Zdecydowany wzrost dotyczy krajów średnio i wysoko rozwiniętych, w których odsetek ten sięga nawet 44% , przy równoczesnym utrzymującym się niskim, kilkuprocentowym, odsetkiem CC w krajach nisko-rozwiniętych. Sytuacja ta została nazwana mianem globalnej „epidemii” (Boerma i in., 2018). Badania wskazują, że wysoki odsetek CC nie jest związany jedynie ze zwiększonym występowaniem wskazań medycznych do podejmowania tej interwencji, ale z faktu wykonywania jej również z powodów pozamedycznych (Betrán i in., 2016; Ye i in., 2014). Dlatego powstało wiele zaleceń mających na celu obniżenie odsetka cesarskich cięć w skali globalnej (Betrán i in., 2018; Sabol, Denman, & Guise, 2015).

Analiza wskazań do zabiegu cięcia cesarskiego przy wykorzystaniu klasyfikacji Robsona wykazała, że najczęstszym wskazaniem do CC jest wcześniejszy poród tą drogą. w związku z tym zauważyć można efekt spiralnego wzrastania odsetka cięć cesarskich (Vogel i in., 2015). Droga porodu po cesarskim cięciu jest tematem kontrowersyjnym, gdyż brakuje rzetelnych danych i jednoznacznych wskazań dla lekarzy ginekologów w tym zakresie. Jednocześnie szereg badań wskazuje na to, że poród drogami natury po cesarskim cięciu jest bezpieczny dla matki i dziecka (Ryan i in., 2018). w przypadku braku dodatkowych czynników ryzyka, kobieta ma 74% szans na udany poród drogami natury, dlatego poród drogami natury po cesarskim cięciu VBAC jest najlepszym wyborem dla większości kobiet (AQUA, 2011; Ryan i in., 2018). Jednak w obliczu braku jednoznacznych zaleceń, decyzja o drodze porodu powinna być podejmowana w każdym przypadku.

2. Poród drogami natury po cesarskim cięciu w Polsce

W Polsce zauważyć można tożsame trendy związane ze wzrostem medykalizacji porodu, a szczególnie wzrostu odsetka cesarskich cięć (Doroszewska & Nowakowski, 2017). Aktualnie odsetek cesarskich cięć w Polsce również znacząco przekracza zalecany poziom i wynosi 35,8% w skali kraju. Najwyższy odsetek występuje w województwach podkarpackim oraz podlaskim i wynosi ponad 45%. Częstość wykonywania cięć cesarskich nie odbiega znacząco w szpitalach o różnym stopniu referencyjności (Doroszewska, 2018).

Wprowadzone w 2008 roku zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dały możliwość współdecydowania kobiet o drodze porodu po cesarskim cięciu. Poród drogami natury po cesarskim cięciu mógł odbyć się pod warunkiem, że rodząca spełniała medyczne warunki oraz „akceptuje próbę porodu drogami rodnymi i wyraża świadomą zgodę na próbę porodu drogami rodnymi, podpisaną w załączonej dokumentacji” (Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 2008). Zatem poprzednie cesarskie cięcie oraz brak zgody na próbę porodu drogami natury były wystarczające, by zakwalifikować kobiety do elektywnego cesarskiego cięcia (ECS). Ten fakt spowodował lawinowo narastający

odsetek powtórnych cesarskich cięć. Kobiety kierując się zasadą „raz cięcie zawsze cięcie” odmawiały podjęcia próby VBAC, o ile taką propozycję otrzymały, gdyż wobec braku jednoznacznych wytycznych lekarze często nie proponowali takiej drogi porodu wybierając bardziej przewidywalne CC. w związku z powyższym rozpoczęto wdrażanie rozwiązań mających na celu obniżenie odsetka cesarskich cięć. w 2015 roku Minister Zdrowia powołał zespół roboczy ds. opracowania kierunków działań w celu zmniejszenia liczby cesarskich cięć w Polsce (Plebanek, 2018).

Dokument powstały w wyniku prac wyżej wymienionego zespołu zmienił dotychczasowe zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie współdecydowania kobiety w wyborze drogi porodu po uprzednim cesarskim cięciu. Według aktualnych wytycznych stan po cesarskim cięciu nie jest bezpośrednim wskazaniem do ponownego wyboru tej drogi porodu. Ograniczone zostało tym samym współdecydowanie kobiety w kwestii wyboru drogi porodu. Cesarskie cięcie traktowane jest wyłącznie jako zabieg operacyjny, dlatego zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza do kompetencji lekarza należy podjęcie autonomicznej decyzji o sposobie prowadzenia porodu i zakończenia ciąży (Wielgoś i in., 2018). Zatem zgoda kobiety na poród drogami natury po uprzednim cesarskim cięciu nie jest już obligatoryjna, w szczególności w przypadku samoistnego rozpoczęcia akcji porodowej (tamże).

Wprowadzona zmiana ma na celu zatrzymanie spiralnego wzrastania odsetka cięć cesarskich w Polsce. Biorąc pod uwagę wyniki badań cytowanych powyżej, jest to pozytywna zmiana, dzięki której częściej odbywać się będą bezpieczne dla matki i dziecka VBAC. Jednak doniesienia wskazują, że część kobiet w Polsce odebrała nowe zalecenia w sposób negatywny, jako ograniczenie możliwości współdecydowania o wyborze postępowania i odebranie możliwości wybrania ponownego cesarskiego cięcia (Fundacja Rodzić Po Ludzku, 2019).

Z drugiej strony doniesienia założycielki portalu Naturalnie po cesarce M. Hul pokazują, że w Polsce nie każda kobieta ma swobodny dostęp do podjęcia próby porodu naturalnego, pomimo braku medycznych przeciwwskazań wyboru tej drogi porodu. Zainteresowanie kobiet porodem naturalnym po cięciu cesarskim obserwować można na prowadzonej przez położne M. Hul i K. Osadnik internetowej grupie wsparcia, liczącej kilkanaście tysięcy kobiet. Statystyki prowadzone przez administratorki grupy oparte na kwestionariuszach wypełnianych przez kobiety, pokazują że w Polsce jedynie część placówek, umożliwiała kobietom zdecydowanym na VBAC próbę porodu po cesarskim cięciu, a porody naturalne po dwóch lub więcej cięciach cesarskich odbywają się jedynie w kilku polskich szpitalach¹ (por. także: Hul & Osadnik 2019).

W Polsce brakuje rzetelnych danych dotyczących preferencji kobiet co do drogi porodu po cięciu cesarskim, a przede wszystkim podstawowych statystyk dotyczących

¹ <http://naturalniepocesarce.pl>

procentowego udziału porodów drogami natury po cesarskim cięciu i elektywnego (planowego) cesarskiego cięcia. Dane te nie są monitorowane w skali kraju. Częściowe informacje pochodzą z wyżej wymienionych badań przeprowadzonych przez M. Hul i K. Osadnik. Nie znane są również postawy i preferencje lekarzy i położnych w Polsce względem drogi porodu po cesarskim cięciu, gdyż nie są były zbadane.

3. Dobry poród a perspektywa kobiety

Najnowsze rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zwracają uwagę na pozytywne doświadczenie porodu. Dobry poród to taki, który przebiega zgodnie z oczekiwaniami rodzącej wynikającym z jej przekonań oraz odbywa się środowisku praktycznego i emocjonalnego wsparcia personelu posiadającego odpowiednią wiedzę i umiejętności. Przeglądy systematyczne dowiodły, że pozytywne wyniki porodowe dla matki i dziecka zależą nie tylko od przeprowadzonych rutynowych badań i nadzoru klinicznego, ale również od jakości opieki okołoporodowej skoncentrowanej na kobiecie i jej potrzebach (World Health Organization, 2018). w przypadku porodu po CC, wskazania medyczne mogą jednoznacznie wykluczyć przebieg porodu odpowiadający potrzebom kobiety. Jednakże możliwość udziału kobiety w podejmowaniu decyzji, nawet w przypadku konieczności zastosowania procedur medycznych, dający kobiecie poczucie kontroli nad przebiegiem porodu, jest szczególnie istotnym czynnikiem wpływającym na pozytywne doświadczenie porodu (Baranowska, 2019).

Wprowadzone rekomendacje koncentrują się wokół medycznych zaleceń dotyczących CC oraz arbitralnie ustalają zasadę spadku odsetka CC o dwa punkty procentowe w skali roku. Brakuje w nich rzeczywistej diagnozy problemu i wdrożenia działań mających na celu zmianę postaw pacjentek co do drogi porodu. Badania wskazują, że obniżenie odsetka CC możliwe jest poprzez zmianę postaw kobiet, która kształtowana jest nie tyle poprzez wiedzę, co dzięki dialogowi pomiędzy personelem medycznym a pacjentką. Oddziaływanie na postawy możliwe jest tylko w przypadku wcześniejszego poznania perspektywy kobiety, jej motywacji, wcześniejszych doświadczeń oraz lęków i obaw (Betrán i in., 2018).

Perspektywa oraz współuczestnictwo kobiety w procesie podejmowania decyzji co do drogi porodu po uprzednim cesarskim cięciu nie są dostatecznie zbadane. Istnieje wiele prac ilościowych dotyczących VBAC, ale mało jest badań jakościowych dotyczących doświadczenia kobiet w tym zakresie. Metaanaliza przeprowadzona przez Lundegren i in. wskazała jedynie osiem prac, które jakościowo badają perspektywę kobiet, ponadto wszystkie one ukazują jedynie anglosasko-amerykańską perspektywę. Wynika z nich, że poród po cesarskim cięciu jest dla kobiet jak „poruszanie się po omacku we mgle”. Kobiety otrzymują niejasne, a czasem nawet sprzeczne informacje od specjalistów zarówno w czasie

ciąży jak i podczas porodu. Najczęściej przekazywane są informacje dotyczące potencjalnego ryzyka, a brakuje informacji o korzyściach wynikających z VBAC, w związku z tym kobiety zmuszone są same poszukiwać rzetelnych informacji. Nawet w przypadku ośrodków promujących VBAC, kobiety muszą zabiegać o poród drogami natury, gdyż decyzje specjalistów nie są zgodne z ich wyborem (Lundgren, Begley, Gross, & Bondas, 2012).

Najczęstszym powodem, dla którego kobiety wybierają poród drogami natury po cesarskim cięciu (VBAC), jest pragnienie doświadczenia naturalnego porodu, a najczęstszym powodem wyboru ponownego cesarskiego cicia jest przekonanie, że po CC każdy kolejny poród powinien być zaplanowany jako elektywne (planowe) cesarskie cięcie (Attanasio, Kozhimannil, & Kjerulff, 2019). Badania prowadzone w Tajwanie wskazują, że niezależnie od wybieranej przez kobietę opcji, najważniejszą motywacją było zawsze zdrowie matki i dziecka (Chen, Hutchinson, Nagle, & Bucknall, 2018).

Przegląd badań dotyczących preferencji kobiet co do drogi porodu po CC wykazał, że generalnie dzielą się one na trzy grupy: wyraźna preferencja VBAC, wyraźna preferencja ECS oraz względna otwartość na każdą z opcji. Wybór VBAC powodowany jest w pierwszej kolejności chęcią doświadczenia porodu drogami natury i poczuciem posiadania kontroli nad jego przebiegiem. Kolejne czynniki decydujące o wyborze VBAC to wcześniejsze negatywne doświadczenia związane z CC, a także pozytywne doświadczenia innych kobiet związane z VBAC. Kobiety zdecydowane na VBAC zwracały uwagę na korzyści wykraczające poza sam poród, w tym na relację z dzieckiem oraz udane karmienie piersią, szczególnie gdy występowały z nim trudności po wcześniejszym CC. Dużą rolę odgrywa również personel medyczny, który informuje, udziela wsparcia i pokazuje korzyści z VBAC (Black, Entwistle, Bhattacharya, & Gillies, 2016; Kaimal i in., 2019; Pomeranz i in., 2018).

Najczęstszym czynnikiem wpływającym na wybór cesarskiego cięcia było doświadczenie wcześniejszego porodu. Wcześniejsze nagłe CC prowadziło kobiety do przekonania, że „ich ciało nie jest w stanie” urodzić dziecka drogami natury lub było na tyle negatywnym doświadczeniem, że wybór elektywnego cesarskiego cięcia był zabezpieczeniem przed ewentualnym ponownym nagłym CC, w przypadku niepowodzenia próby VBAC. Inne kobiety wybierały ECS, ponieważ to doświadczenie było im znane i było dla nich pozytywne i chciały je powtórzyć. Kobiety wybierające ECS obawiały powikłań związanych próbą podjęcia porodu drogami natury, w szczególności rozejścia się blizny i pęknięcia macicy. Silny wpływ na tę decyzję miała również opinia personelu medycznego i osób bliskich, którzy sugerowali, że ECS jest bezpieczniejszą i bardziej przewidywalną opcją w tym przypadku. W niektórych przypadkach ECS nie był wyborem kobiety, ale podążaniem za sugestią personelu medycznego (Black i in., 2016).

Kobiety, które nie miały sprecyzowanych preferencji aktywnie poszukiwały informacji o dostępnych opcjach, w szczególności wśród personelu medycznego, aby ocenić korzyści i ryzyko wynikające z każdej drogi i ostatecznie podjąć decyzję. Rzadziej miały tutaj

znaczenie wcześniejsze doświadczenia porodowe i własne przekonania o najlepszej drodze porodu. w innych przypadkach brak preferencji oznaczał wycofanie się z podejmowania decyzji, gdyż kobiety czuły się przytłoczone odpowiedzialnością i wołały stosować się bezpośrednio do zaleceń personelu medycznego (Black i in., 2016).

W tym kontekście brakuje jednak polskich badań dotyczących postaw i motywacji kobiet co do drogi porodu, które w literaturze światowej dzielą się na trzy grupy: zorientowane na VBAC, zorientowane na CC, otwarte na wybór najbardziej optymalnego rozwiązania.

Podsumowanie

Decyzja o drodze porodu po cesarskim cięciu powinna być podejmowana indywidualnie, uwzględniając bilans korzyści i zagrożeń (Chervenak & McCullough, 2017). Istotne jest, by wziąć pod uwagę perspektywę kobiety i jej postawy względem drogi porodu (Shorten, Shorten, & Kennedy, 2014). Najbardziej optymalny byłby wybór odbywający się w dialogu lekarza z pacjentką, w którym uwzględnione byłyby zarówno rekomendacje oparte na dowodach medycznych jak i potrzebach kobiety. Wybierając zarówno drogę porodu naturalnego po cięciu cesarskim (VBAC), jak i elektywnego (planowego) cesarskiego cięcia (ECS) należałoby stosować zasadę przytoczoną przez Boerma, która wskazuje na potrzebę równowagi pomiędzy ograniczaniem dostępu a nadużywaniem (*poor access versus overuse*) każdego z rozwiązań. (Boerma i in., 2018).

Bibliografia:

- AQUA (Institute for Applied Quality Improvement and Research in Health Care GmbH). (2011). *German Hospital Quality Report 2010*, Göttingen: AQUA Institute GmbH.
- Attanasio, L.B., Kozhimannil, K.B., & Kjerulff, K.H. (2019). Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46 (1), 51–60. <https://doi.org/10/gf4q38>
- Baranowska, B. (2019). The quality of childbirth in the light of research the new guidelines of the World Health Organization and Polish Perinatal Care Standards. *Developmental Period Medicine*, 23 (1), 54–59.
- Betrán, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M.R., Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392 (10155), 1358–1368. <https://doi.org/10/gfgjwb>
- Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., & Torloni, M.R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11 (2), e0148343. <https://doi.org/10/f8rp49>
- Betran, A., Torloni, M., Zhang, J., Gülmezoglu, A., & the WHO Working Group on Caesarean

- Section. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123 (5), 667–670. <https://doi.org/10/f3vhdc>
- Black, M., Entwistle, V.A., Bhattacharya, S., & Gillies, K. (2016). Vaginal birth after caesarean section: Why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ Open*, 6 (1), e008881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008881>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392 (10155), 1341–1348. <https://doi.org/10/gfgjv8>
- Chen, S.-W., Hutchinson, A.M., Nagle, C., & Bucknall, T.K. (2018). Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1661-0>
- Chervenak, F.A., & McCullough, L.B. (2017). Ethical issues in cesarean delivery. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 43, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.008>
- Doroszevska, A. (2018). *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Medykalizacja porodu w Polsce*. Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Doroszevska, A., & Nowakowski, M. (2017). Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15 (2). <https://doi.org/10/gf5hf2>
- Fundacja Rodzić Po Ludzku (2019). *Stanowisko Fundacji Rodzić po Ludzku w sprawie rekomendacji zespołu roboczego do spraw opracowania kierunków działań w celu zmniejszenia odsetka cesarskich cięć*. Dostęp 10.10.2019: <http://www.rodzicpoludzku.pl/images/rzecznictwo/19.01.08-106-MZ-cc.pdf>
- Hul M., Osadnik K. (2019). *VBACowe kontrowersje*. XIII Ogólnopolska Konferencja Stowarzyszenia Dobrze Urodzeni "Renesans Narodzin - starego nowe początki", 5-6.10.2019, Białystok.
- Kaimal, A.J., Grobman, W.A., Bryant, A., Blat, C., Bacchetti, P., Gonzalez, J., Kuppermann, M. (2019). The association of patient preferences and attitudes with trial of labor after cesarean. *Journal of Perinatology*, 1. <https://doi.org/10/gf4q37>
- Lundgren, I., Begley, C., Gross, M.M., & Bondas, T. (2012). 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 85. <https://doi.org/10/f25q33>
- Plebanek, E. (2018). Kilka uwag na temat ratio legis tak zwanych polskich standardów opieki okołoporodowej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16 (2), 93–104. <https://doi.org/10/gf5hfz>
- Pomeranz, M., Arbib, N., Haddif, L., Reissner, H., Romem, Y., & Biron, T. (2018). „In God we trust” and other factors influencing trial of labor versus Repeat cesarean section. *The*

- Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 31 (13), 1777–1781.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1326906>
- Ryan, G.A., Nicholson, S.M., & Morrison, J.J. (2018). Vaginal birth after caesarean section: Current status and where to from here? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 224, 52–57. <https://doi.org/10/gdnk8x>
- Sabol, B., Denman, M.A., & Guise, J.-M. (2015). Vaginal birth after cesarean: An effective method to reduce cesarean. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58 (2), 309–319. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000101>
- Shorten, A., Shorten, B., & Kennedy, H. P. (2014). Complexities of Choice after Prior Cesarean: a Narrative Analysis. *Birth*, 41 (2), 178–184. <https://doi.org/10/gf4q39>
- Vogel, J.P., Betrán, A.P., Vindevoghel, N., Souza, J.P., Torloni, M.R., Zhang, J., Temmerman, M. (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*, 3 (5), e260–e270. <https://doi.org/10/gf5hf3>
- Wielgoś, M., Bomba-Opoń, D., Breborowicz, G.H., Czajkowski, K., Debski, R., Leszczyńska-Gorzela, B., Zimmer, M. (2018). Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. *Ginekologia Polska*, 89 (11), 644–657. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0110>
- World Health Organization (2018). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. S.l.: World Health Organization.
- Ye, J., Betrán, A.P., Guerrero Vela, M., Souza, J.P., & Zhang, J. (2014). Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*, 41 (3), 237–244. <https://doi.org/10/f6fhjb>
- Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2008). *Cięcie cesarskie: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Puls Medycyny. Dostęp: 10.10.2019: <https://pulsmedycyny.pl/ciecie-cesarskie-rekomendacje-polskiego-towarzystwa-ginekologicznego-893602>