

JOANNA MAŁGORZATA KSIĘSKA-KOSZAŁKA

ORCID: 0000-0002-8777-3545

joanna.ksieska-koszalka@umcs.pl

MATEUSZ DUDKA

ORCID: 0000-0003-1070-1348

mateusz.dudka@umcs.pl

*Relacja pacjentka – personel medyczny w doświadczeniach
kobiet planujących poród drogami natury po przebytym cięciu
cesarskim (VBAC). Jakościowa analiza narracji*

Relationships Between Patients and Healthcare Staff in the Experiences of Women Planning
a Vaginal Birth After Caesarean (VBAC). A Qualitative Analysis of Narratives

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Księska-Koszalka, J.M., Dudka, M. (2026). Relacja pacjentka – personel medyczny w doświadczeniach kobiet planujących poród drogami natury po przebytym cięciu cesarskim (VBAC). Jakościowa analiza narracji. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 39(2), 95–117. DOI: 10.17951/j.2026.39.2.95-117.

ABSTRAKT

Badania i praktyka kliniczna pokazują, że istnieje względnie duża grupa kobiet, które po przebytym cięciu cesarskim zorientowana jest na przebycie kolejnego porodu siłami natury. U podłoża tych preferencji leżą nie tylko względy natury zdrowotnej, ale również potrzeby, oczekiwania i wartości pacjentek. W praktyce działalności polskich szpitali i z doświadczeń wybranych pacjentek wynika, że poród tego typu napotyka na zróżnicowane postawy wśród personelu medycznego, które oddziałują na relację komunikacyjną „ciężarna – personel medyczny”. Celem niniejszego artykułu jest jakościowa analiza wybranych wypowiedzi pacjentek chcących przeżyć poród siłami natury po uprzednim cesarskim cięciu oraz ich ocena w świetle dobrostanu ciężarnych pacjentek. W badaniach własnych wykorzystano refleksyjną analizę tematyczną, która pozwoliła na wyodrębnienie kluczowych barier komunikacyjnych w relacji pacjentka – personel medyczny. Narracje pacjentek pokazują, że brak dbałości o jakość komunikacji przez personel medyczny może prowadzić do wzrostu lęku, utraty poczucia bezpieczeństwa oraz obniżenia zaufania. Uzyskane wyniki wskazują ponadto, że dla części kobiet

VBAC stanowi nie tylko alternatywną metodę porodu, ale również ważny element budowania autonomii.

Słowa kluczowe: poród naturalny po cięciu cesarskim; relacja lekarz – pacjent; komunikacja; analiza tematyczna

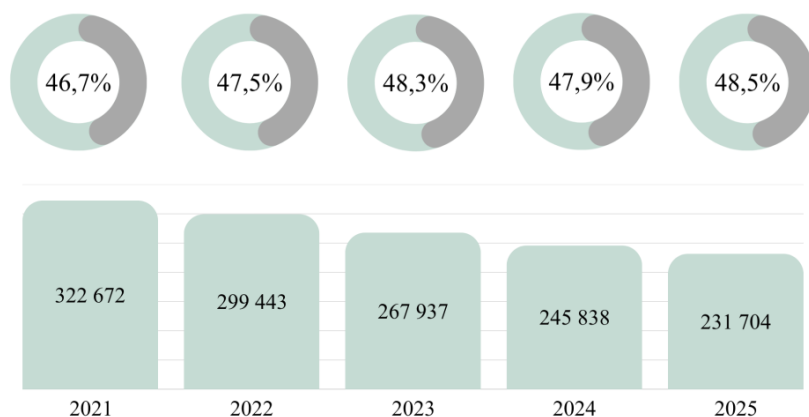
WPROWADZENIE

W ostatnich latach coraz więcej miejsca zarówno na gruncie naukowym, jak i praktycznym poświęca się zagadnieniom humanizacji medycyny oraz społecznym i psychologicznym aspektom różnych kwestii medycznych. Coraz większą uwagę kieruje się na jakość relacji pacjentka – personel medyczny, a tzw. podejście skoncentrowane na pacjencie (ang. *patient-centered care*, PCC) w różnych środowiskach medycznych stanowi standard, w którym to pacjent jest podmiotem całego procesu postępowania leczniczego. W podejściu tym akcentuje się znaczenie partnerskiej relacji między personelem medycznym a pacjentem, w której jest on zaangażowany w proces leczenia, a podejmowane działania są dostosowywane do jego indywidualnych potrzeb, wartości i preferencji. Relacja oparta na szacunku, skutecznej komunikacji i wspólnym podejmowaniu decyzji sprzyja większemu przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych i tym samym poprawia wyniki zdrowotne (Robinson i in., 2008). Jak pisze Salmon (2002), rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjentów odbywa się nie tylko na poziomie medycznym, lecz także na płaszczyźnie psychologicznej, uwzględniającej w procesie leczenia ich sferę emocjonalno-motywacyjną oraz postawy wobec leczenia. Niektórzy badacze podkreślają, że wysoka jakość relacji lekarz – pacjent stanowi jeden z kluczowych wyznaczników jakości opieki zdrowotnej (Robinson i in., 2008; Salmon, 2002).

Kobieta w ciąży i okresie okołoporodowym zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (1997) jest objęta szczególną troską ze strony Państwa. Z uwagi na to okres ten, obejmujący ciążę, przygotowanie do porodu, jego przebieg oraz okres połogu, nawet do ukończenia przez dziecko 1. roku życia (Ministerstwo Zdrowia, 2026) znajduje się w kręgu szczególnego zainteresowania medycyny nie tylko ze względu na dobro pacjentki i jej dziecka, ale również z uwagi na interes państwa i całego społeczeństwa. Dlatego również w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2025 poz. 1525) określono standardy właściwej opieki okołoporodowej, obejmujące wsparcie rodzącej kobiety na wszystkich etapach. Istotę wysokiej jakości opieki okołoporodowej wskazuje również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2018), która w swoich rekomendacjach podkreśla znaczenie pełnej, opartej na szacunku opieki położniczej, organizowanej i świadczonej w sposób zapewniający kobietom godność, prywatność i poufność, wolność od krzywdzenia i złego

traktowania oraz umożliwiający świadomy wybór i ciągłe wsparcie podczas porodu. Jako jedno z kluczowych elementów właściwego postępowania w okresie okołoporodowym WHO wskazuje efektywną komunikację ciężarna – personel medyczny oraz holistyczną opiekę zdrowotną realizowaną w podejściu skoncentrowanym na pacjentce (2018). Mimo tych postulatów i wzrastającej roli trendów związanych z większym naciskiem na proces komunikacji oraz większym zaangażowaniem osoby pacjenta, ośrodki zdrowia, a nawet poszczególne ich jednostki oraz dyżurujący personel różnią się między sobą w zakresie podejścia do pozamedycznych czynników dotyczących opieki okołoporodowej.

W ostatnich latach zwraca się szczególną uwagę na zjawisko medykalizacji ciąży i porodu, która zakłada wprowadzanie perspektywy leczniczej do względnie fizjologicznego procesu (Doroszewska, Nowakowski, 2017; Gajewska, 2012). Zdaniem autorów konsekwencją medykalizacji jest niejednokrotnie przejęcie decyzyjności i kontroli nad tempem, przebiegiem porodu i drogą przyjścia dziecka na świat przez personel medyczny, zwłaszcza osobę lekarza, często wykonywanie rutynowych interwencji, pozbawienie procesu narodzin ludzkiego i duchowego wymiaru. To właśnie m.in. te niepokojące zjawiska uważa się za przyczynę m.in. zbyt wysokiego odsetka wykonywanych cięć cesarskich w krajach, w których ciąża i poród są wysoce zmedykalizowane, w tym także w Polsce (Sys i in., 2019). W ciągu ostatnich pięciu lat odsetek cesarskich cięć wykonywanych w Polsce wyniósł blisko 50% wszystkich porodów, co zaprezentowano na wykresie 1.



Wykres 1. Liczba porodów w Polsce i odsetek cesarskich cięć w latach 2021–2025

Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystykiporodow.pl (dostęp: 12.06.2026).

Sytuacja ta pokazuje wciąż obecną w szpitalach dominację modelu biomedycznego, skoncentrowanego patogenetycznie, na czysto biologicznych czynnikach leżących u podstaw zdrowia i choroby, w którym ignoruje bądź minimalizuje

się znaczenie czynników psychologicznych i środowiskowych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Szczególnie kontrowersyjnym zjawiskiem, które wydaje się najlepszym przykładem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych trendów w podejściu do ciąży i porodu, jest problematyka naturalnego porodu po przebytym cięciu cesarskim – w skrócie VBAC (ang. *vaginal birth after caesarean*).

Początkowo w ramach praktyki szpitalnej obowiązywało podejście „jedno cesarskie cięcie – zawsze cesarskie cięcie”, co oznaczało, że pierwsze cięcie cesarskie wyklucza zgodę lekarza na poród naturalny pacjentki w przypadku kolejnej ciąży. Obecnie jednak w świetle *Evidence Based Medicine* oraz rekomendacji towarzystw naukowych (m.in. Martel, MacKinnon, 2005; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; Wielgoś i in., 2018; Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 2008) poród siłami natury po uprzednim cesarskim cięciu jest możliwy i zalecany, jeżeli nie ma ku temu przeciwwskazań. Istnieją mniejsze szanse na poród drogami natury w następujących przypadkach: m.in. nawracające wskazania do cięcia cesarskiego (tzn. brak postępu porodu w poprzednim porodzie, niewspółmierność porodowa); otyłość; konieczność wywołania porodu; poród po 40. tygodniu ciąży; wiek rodzącej powyżej 40. r.ż. itp. (m.in. Martel, MacKinnon, 2005; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; Wielgoś i in., 2018; Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 2008).

Należy zauważyć, że żaden z tych czynników nie wyklucza udanego VBAC. Najczęściej wymienianymi przeciwwskazaniami do porodu siłami natury po cięciu cesarskim są: stan po cięciu cesarskim klasycznym (cięcie wykonane w pionie) bądź inne wykonane niestandardowo cięcia (w kształcie litery T czy J); stan po przebytym pęknięciu macicy; inne, np. łożysko przodujące, położenie poprzeczne płodu, przyczyny pozapołożnicze; stany pooperacyjne mięśnia macicy (m.in. Martel, MacKinnon, 2005; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; Wielgoś i in., 2018; Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 2008). Wśród czynników skłaniających do rozważenia rezygnacji z porodu siłami natury wymieniane są ponadto: przewidywana waga dziecka powyżej 4 kg; ciąża wielopłodowa; więcej niż jedno cięcie cesarskie; udokumentowany duży ubytek w bliźnie przed ciążą (grubość miometrium w okolicy blizny < 2 mm); przebycie poprzedniego cięcia cesarskiego przed 30. tygodniem ciąży; mniej niż 12-miesięczny odstęp od ostatniego cięcia cesarskiego; powód poprzedniego cięcia cesarskiego stanowił brak postępu porodu; uszkodzenie okołoporodowe dziecka w poprzedniej ciąży; dystocja barkowa przy porównywalnej lub wyższej szacowanej masie ciała płodu; brak samoistnego rozpoczęcia porodu po 40. tygodniu ciąży; jeśli ciężarna nie wyraża zgody na sztuczne wywołanie porodu (m.in. Martel, MacKinnon, 2005; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; Wielgoś i in., 2018; Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 2008).

W literaturze i opiniach wspomnianych wcześniej towarzystw podkreśla się także konieczność podjęcia każdorazowo przez lekarza i pacjentkę decyzji biorącej pod uwagę kalkulację ryzyka *versus* oczekiwanych korzyści. Szanse udanego VBAC wynoszą ok. 72–75%, poród naturalny po więcej niż jednym cięciu cesarskim również jest możliwy, choć prawdopodobieństwo powodzenia jest o kilka procent niższe (Hul, 2023).

W świetle danych płynących z praktyki medycznej z wielu krajów poród siłami natury po cięciu cesarskim niesie ze sobą wiele korzyści – dla zdrowia biologicznego matki i dziecka, a także jej funkcjonowania psychicznego. Poród naturalny w takim przypadku wiąże się z krótszym pobytem w szpitalu, szybszym powrotem do pełnej sprawności, brakiem potencjalnych pooperacyjnych powikłań, jakie grożą po porodzie metodą cesarskiego cięcia. Dla noworodka przyjsięcie na świat siłami natury pozwala osiągnąć mniejsze ryzyko zaburzeń adaptacyjnych (w szczególności związanych z układem oddechowym) oraz korzystną dla rozwoju układu odpornościowego dziecka kolonizację mikrobiomem matki podczas przechodzenia przez kanał rodny. Poród siłami natury to dla kobiety możliwość przeżycia pozytywnych emocji i spełnienia potrzeb emocjonalnych związanych z porodem, co ułatwia nawiązanie więzi między matką a dzieckiem (Hul, 2023; Sys i in. 2019).

W świetle badań dotyczących preferencji kobiet odnośnie do kolejnego porodu po uprzednim cięciu cesarskim należy podkreślić, że istnieje grupa kobiet, która wyraźnie deklaruje chęć urodzenia dziecka siłami natury (Attanasio i in., 2019; Black i in., 2016; Sys i in., 2022). Motywacja ta jest wieloczynnikowa; oprócz oczekiwanych korzyści zdrowotnych i chęci uniknięcia powikłań związanych z cięciem cesarskim kobiety wskazywały na psychologiczne i społeczne aspekty, które były dla nich istotne. Wśród czynników społecznych ważna jest możliwość szybszego pełnego zaangażowania w pełnione role społeczno-zawodowe oraz pragnienie nawiązania jak najwcześniejszej więzi z noworodkiem (Basile i in., 2020; Davis i in., 2020; Meddings i in., 2007). Ważnym psychologicznym czynnikiem jest natomiast poczucie satysfakcji płynącej z postrzegania samodzielnego urodzenia dziecka siłami natury jako sprostania ważnemu i trudnemu wyzwaniu, a także percepcja takiego porodu jako wydarzenie życiowo doniosłe, warte przeżycia jako samo w sobie (Attanasio i in., 2019; Black i in., 2016; Sys i in., 2022). Na ważność doświadczenia porodowego zgodnego z oczekiwaniami rodzącej zwraca uwagę Światowa Organizacja Zdrowia, postulując możliwie największe zaangażowanie personelu medycznego i dołożenie wszelkich starań, by doświadczenie porodu wiązało się z pozytywnymi emocjami matek (WHO, 2018).

Jak pokazują badania, rola personelu medycznego jest kluczowa na każdym etapie VBAC, począwszy od planowania porodu, w trakcie trwania ciąży, poprzez akcję porodową, aż po kwestie związane z opieką poporodową (Black i in., 2016). Opinia lekarza i jego stosunek do VBAC to jeden z ważniejszych czynników

leżących u podstaw decyzji o samej próbie podjęcia tego typu porodu. W świetle opisanych badań personel medyczny miał wpływ na preferencje kobiet z uwagi na pełnioną przez niego rolę informacyjną. Istotne znaczenie miało zapewnianie wsparcia motywacyjnego lub jego brak, wywieranie silnej presji, wzbudzanie strachu bądź nadziei, obdarzanie poczuciem bezpieczeństwa (lub jego pozbawianie), a także dawanie kobiecie możliwości wyboru bądź jej odbieranie. Na kobiecie preferencje odnośnie do sposobu rodzenia po uprzednim cesarskim cięciu ma wpływ komunikacja z personelem medycznym – czy personel był otwarty na rozmowę na ten temat i w jaki sposób rozwiewał wątpliwości pacjentek, czy wysyłał jasne i klarowne czy raczej sprzeczne komunikaty (Black i in., 2016).

Do podobnych wniosków dochodzą administratorki facebookowej grupy „Naturalnie po cesarce”, która zrzesza obecnie ponad 22 000 kobiet (stan na 24 maja 2026 roku). Jak pisze Hul (2023), to nie względy medyczne, lecz podejście do kwestii VBAC lekarzy i lekarek prowadzących ciążę oraz personelu obecnego na dyżurze w trakcie trwającego porodu jest kluczowe dla sukcesu tego typu porodu.

Zgodnie z danymi zebranymi na podstawie doniesień pacjentek mimo braku przeciwwskazań medycznych wielu kobietom w Polsce uniemożliwiono podjęcie próby porodu siłami natury po uprzednim cięciu cesarskim, a poród tego typu po więcej niż jednym cięciu możliwy jest zaledwie w kilku miejscach w Polsce (Sys i in., 2019). Brakuje badań dotyczących postaw wobec VBAC wśród ginekologów oraz nie są dostępne również badania jakościowe potrzeb psychologicznych i preferencji porodowych kobiet po wcześniejszym cesarskim cięciu. Mimo dostrzeżonej w literaturze i praktyce klinicznej ważnej roli personelu medycznego w podejmowaniu przez pacjentki decyzji o próbie VBAC oraz w powodzeniu tego porodu brakuje jednoznacznych rekomendacji psychologicznych do pracy z pacjentkami, pracownikami ochrony zdrowia i kształtowania relacji między nimi.

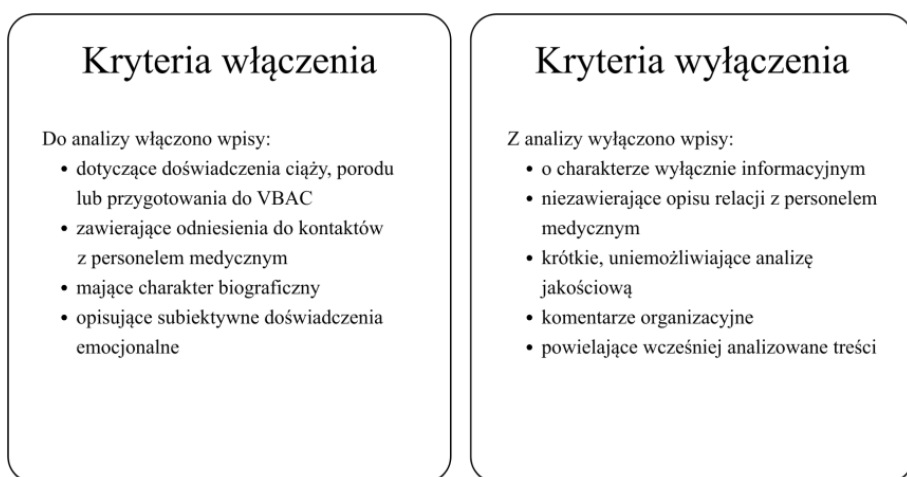
W odpowiedzi na tę lukę postanowiono dokonać jakościowej analizy narracji wypowiedzi pacjentek na temat różnych aspektów relacji pacjentka – personel medyczny w kontekście VBAC. Celem badania było uzyskanie, na podstawie wpisów zebranych na forum *Naturalnie po Cesarce*, wiedzy o znaczeniu komunikacji personelu medycznego na doświadczenie porodu siłami natury po wcześniejszym cesarskim cięciu. Analiza ta pozwoli określić podstawowe problemy i obszary związane z VBAC, które można uwzględnić w pracy psychologicznej na oddziale ginekologiczno-położniczym z korzyścią zarówno dla pacjentek, jak i personelu.

MATERIAŁ I METODA

Materiał badawczy stanowiły wpisy opublikowane na internetowym blogu *Naturalnie po Cesarce* poświęcone tematyce porodów naturalnych po doświadczeniu cięcia cesarskiego (Naturalniepocesarce.pl). Blog ten stanowi przestrzeń wymiany nie tylko doświadczeń, ale także emocji pomiędzy kobietami,

które doświadczyły VBAC. Jakościowej analizie poddano dostępne publicznie komentarze pacjentek, w których opisywały one własne doświadczenia związane z opieką okołoporodową. Aby uchwycić szeroki obraz doświadczeń związanych z VBAC na różnych etapach podejmowania decyzji okołoporodowych, do analizy włączono narracje kobiet planujących poród drogami natury po uprzednim cesarskim cięciu oraz kobiet, które już odbyły taki poród.

Dobór wpisów miał charakter celowy i został zorientowany na pozyskanie wpisów, które odnoszą się do narracji spełniających opisane niżej kryteria włączenia (rysunek 1).



Rysunek 1. Kryteria włączenia i wyłączenia wpisów z analiz

Źródło: opracowanie własne.

Analizę wpisów przeprowadzono na podstawie założenia refleksyjnej analizy tematycznej (Braun, Clarke, 2006; Naeem i in., 2023). Proces analizy obejmował kilka etapów.

1. Kilukrotnie zapoznanie się z zebranych materiałem badawczym.
2. Identyfikacja znaczących fragmentów.
3. Kodowanie treści odnoszących się do kluczowych dla badaczy doświadczeń.
4. Grupowanie kodów w kategorie tematyczne.
5. Interpretacja wyników oparta na literaturze przedmiotu.

W pierwszej kolejności wybrane wpisy czytano wielokrotnie, szukając elementów odnoszących się do emocji, opisujących doświadczenie kobiet, pokazujących przebieg relacji z personelem, a także ujawniających potrzeby ciężarnych. Kolejnym krokiem było nadawanie kodów, które opisywały sens wybranych wypowiedzi. W tabeli 1 zebrano niektóre kody.

Tabela 1. Przykład kodowania analizowanego materiału

Fragment wypowiedzi	Kod
<i>Moje marzenia zostały pogrzebane</i>	Poczucie straty
<i>Ból psychiczny ze mnie po dziś nie przechodzi</i>	Poczucie traumy
<i>Położna-Anioł</i>	Wsparcie
<i>Mam wrażenie, że nikt mi nie wierzy</i>	Niezrozumienie
<i>Wszyscy są bardzo mili</i>	Pozytywna komunikacja

Źródło: opracowanie własne.

Po zakodowaniu wypowiedzi łączono kody, które odnoszą się do podobnego obszaru, tworząc tematy. Przykładowy schemat tworzenia tematów zebrano w tabeli 2.

Tabela 2. Grupowanie kodów w tematy

Fragment wypowiedzi	Kod	Temat
Moje marzenia zostały pogrzebane	Poczucie straty	Psychiczne konsekwencje cc
<i>Położna-Anioł</i>	Wsparcie	Wspierająca komunikacja

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy miały charakter interpretacyjny i skupiały się na znaczeniach, jakie kobiety-autorki wpisów nadawały własnym doświadczeniom.

W celu zadbania o anonimowość autorek oraz ochronę prywatności kobiet usunięto nazwy autorek, a także wszystkie dane umożliwiające ich identyfikację. W pracy przywołano wpisy kobiet, zachowując oryginalną pisownię. Każdorazowo, po prezentacji wpisów pacjentek, wyodrębniono te części, które odnoszą się do relacji ciężarna kobieta – lekarze (personel medyczny).

WYNIKI

Celem przeprowadzonej analizy było zbadanie doświadczeń kobiet związanych z chęcią odbycia porodu siłami natury po uprzednim cesarskim cięciu, ze szczególnym uwzględnieniem relacji z personelem medycznym. Uzyskane wyniki wskazują, że dla części kobiet poród naturalny stanowi szczególnie ważne doświadczenie – zarówno w sferze emocjonalnej, jak i symbolicznej. Niezrealizowanie tej potrzeby może wiązać się z poczuciem straty lub frustracją. W tabeli 3 zebrano tematy, które wyodrębniono na drodze przeprowadzonej analizy wpisów na forum.

Tabela 3. Tematy wyodrębnione na drodze przeprowadzonej analizy jakościowej

Niektóre kody	Wyodrębnione tematy
- marzenie o porodzie naturalnym - potrzeba sprawczości - poród naturalny jako wartość - potrzeba „pełnego” doświadczenia macierzyństwa	Znaczenie porodu naturalnego
- żał po porodzie - poczucie pustki i winy - ból psychiczny - lęk przed kolejną ciążą	Doświadczane trudności po cesarskim cięciu
- wsparcie (lub brak) ze strony położnej - konflikt/zaufanie do lekarza - lekceważenie pacjentki - ocena pacjentki przez personel - współpraca z personelem - poczucie bycia wysłuchaną	Relacja pacjentka – personel medyczny
- poczucie bezpieczeństwa - poczucie niezrozumienia - brak informacji - jasne wyjaśnienia medyczne - komunikaty wspierające - poczucie chaosu - spokojna komunikacja - emocjonalne wsparcie	Komunikacja i poczucie bezpieczeństwa
- opór lekarzy - poszukiwanie lekarza proVBAC - odmowa cesarskiego cięcia - nacisk na cesarskie cięcie - negocjowanie sposobu porodu - brak zgody między personelem - sprzeczne rekomendacje - podpisywanie zgody na ryzyko	Konflikty wokół VBAC

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza wypowiedzi kobiet pozwoliła na wyodrębnienie pięciu głównych tematów, tj. znaczenie nadawane porodowi naturalnemu, trudności związane z cesarskim cięciem, relacja pacjentka – personel medyczny, komunikacja i poczucie bezpieczeństwa oraz napięcia związane z VBAC.

Zebrane wyniki wskazują na znaczenie holistycznej opieki okołoporodowej, która uwzględnia nie tylko bezpieczeństwo medyczne, ale również potrzeby psychiczne, emocjonalne, a także potrzebę budowania partnerskiej komunikacji, która zwiększa bezpieczeństwo.

W celu jeszcze głębszego zrozumienia roli komunikacji na doświadczenie porodu po cesarskim cięciu poniżej przywołano analizowane wpisy kobiet. W narracjach kobiet wypowiadających się na blogu kluczowa wydaje się głęboka potrzeba doświadczenia porodu naturalnego. Liczba wypowiadających się w ten sposób kobiet oraz wysoka aktywność internetowa tej grupy pacjentek pokazuje, że moment porodu jest dla tych kobiet wydarzeniem szczególnym i życiowo doniosłym. Wniosek ten najłatwiej obrazuje dialog dwóch kobiet, które dzielą się przemyśleniami na ten temat.

Wypowiedź kobiety A

Do przeczytania forum zachęciła mnie koleżanka. Jestem po dwóch cesarskich cięciach, za trzy tygodnie czeka mnie trzecie. **Będę szczerą – kompletnie nie rozumiem, dlaczego tak wielu kobietom zależy na porodzie siłami natury. Medycyna idzie do przodu, obecnie cesarka nie jest skomplikowanym zabiegiem, po co się męczyć? Narażać na ból?** Idę do dentysty i skoro proponuję mi środki przeciwbólowe i nowoczesne techniki leczenia, nie będę nalegała, żeby wyrwał mi zęba przy pomocy klamki. Cięcia są wyrazem postępu medycyny, nie uciekniemy od tego. Przeciwnie – moim zdaniem w przeciągu kilku najbliższych dekad porody naturalne uznane zostaną za niebezpieczne.

Odpowiedź kobiety B

Anno, dla wielu kobiet poród naturalny to bardzo istotne wydarzenie, którego mają potrzebę doświadczyć. To jeden aspekt. Inna sprawa, że cięcie cesarskie to nie jest poród bez wad i możliwych powikłań – zarówno dla mamy jak i dla dziecka. Aktualna wiedza medyczna mówi jasno, że jeśli nie ma wskazań do CC, to najkorzystniejszym dla zdrowia sposobem porodu jest poród naturalny (i tu ważna informacja – ta aktualna wiedza medyczna pokazuje też JAKIE WARUNKI powinny być zapewnione, żeby ten naturalny poród był rzeczywiście dobrym doświadczeniem dla kobiety). Cięcie cesarskie to postęp medycyny tak jak antybiotyk. I podobnie jak antybiotyk – jest czymś dobrym jeśli go stosuje gdy go naprawdę potrzeba. Bo jeśli się którejś z tych zdobyczy medycyny nadużywa, to zaczyna to przynosić negatywne skutki.

W tym kontekście pojawia się również inna wypowiedź na temat silnej potrzeby odbycia porodu naturalnego po cesarskim cięciu.

Wypowiedź kobiety C

Rodziłam dwa razy. Dwa razy przez CC [cesarskie cięcie], choć marzyłam i za każdym razem próbowałam porodu sn [siłami natury] [...]. Marzyłam o tym, żeby mąż przeciął pępowinę a moje dziecko położone na moim brzuchu. Jedyne za co dziękuję to fakt, że po wyjęciu małego z brzucha lekarz pokazał mi go nad zasłonką. Dwa tygodnie po porodzie towarzyszy mi baby blues. Wszyscy są zachwyceni małym, a ja czuję pustkę. Mam problemy z karmieniem, chociaż finalnie karmiłam 16 miesięcy. Jestem tak rozbita po porodzie, że często płacze w ukryciu. [...] synek jest zdrowy, ja czuję się dobrze, poza bólem głowy i szybko dochodzę do siebie. Wyrzuty, że

znowu się nie udało pojawiają się teraz, że nie dałam rady, że mogłam wytrzymać, że mogłam się bardziej postarać [relacja z drugiego porodu przez cięcie cesarskie]. Pojawiają się teraz, bo żona kuzyna ma rodzić, naturalnie oczywiście. A do mnie wraca to, że nie dałam rady. Przy pierwszym synu wyjścia nie było, ale może przy drugim, jakbym jeszcze zaczekała to by się udało? [...] moje marzenia [o porodzie naturalnym] zostały pogrzebane

Przywołane wypowiedzi wskazują, że urodzenie dziecka siłami natury jest przynajmniej dla części kobiet potrzebą bardzo ważną, której niespełnienie rodzi głębokie poczucie frustracji i trudności natury emocjonalnej. Obraz ten w sposób szczególny jest ważny dla analizy narracji dotyczących komunikacji pacjentka – personel medyczny, ponieważ właśnie z tymi potrzebami, nadziejami i oczekiwaniami kobiety te zgłaszają się na ginekologiczne izby przyjęć, aby urodzić swoje dzieci. Sprostanie tym oczekiwaniom jest niejednokrotnie trudne lub w świetle sytuacji klinicznej niewskazane. Stawia to personel medyczny w sytuacji komunikacyjnie trudnej. Pacjentki zaś na oddziałach spotykają się ze zróżnicowanym poziomem zrozumienia i uznania swoich potrzeb ze strony personelu medycznego. Mimo wsparcia, które niejednokrotnie otrzymują, zdarza się również, że ich potrzeby i oczekiwania nie są respektowane.

Wypowiedź kobiety D

Miesiąc temu urodziłam drugie dziecko naturalnie. Pierwszy poród – cc [cięcie cesarskie], co prawda 3 lata temu, ale w 26 tygodniu. Dopiero na kilka tygodni przed porodem dowiedziałam się, że wcale nie jest to oczywiste, że możliwy będzie poród naturalny. Wcześniej żaden z lekarzy nie sprawdził jak cięta była moja macica w trakcie cc. A prowadziłam ciążę u dwóch równolegle, ze względu na stres związany z wcześniejszym porodem w pierwszej ciąży. Dopiero, gdy trafiłam do szpitala [X] lekarka uświadomiła mi, że cięcie mięśnia macicy w 26 tygodniu to zupełnie co innego niż w okolicach 40 i może to być przeciwwskazaniem do porodu naturalnego. Nikt natomiast nie namawiał mnie do cc. Dostałam skierowanie na oddział patologii ciąży, gdzie obserwowano dokładnie co się dzieje. Założenie lekarzy było takie: rodzić naturalnie, ale jeśli coś będzie szło nie tak, albo poród nadmiernie się przedłuży to robimy cc. Udało się, syn urodził się w sposób całkowicie naturalny, bez znieczulenia i bez innych środków hamujących ból. Ponieważ byłam po cc, w trakcie porodu na sali oprócz położnej było dwóch lekarzy. Jeden z nich, gdy powiedziałam, że bardziej boję się cc niż porodu naturalnego, uśmiechnął się od ucha do ucha i powiedział: proszę to napisać gdzieś w internecie – takie kobiet jest jedna na milion, reszta myśli, że wystarczy zrobić cc i od razu jest się gwiazdą filmową :) Podsumowując – w szpitalu [X] nikt nie próbował zmienić mojej decyzji, a wszyscy lekarze, z którymi miałam kontakt twierdzili i zakładali, że moja sytuacja wymaga dokładniejszego monitorowania końcówki ciąży i porodu. Jeśli ktoś szuka szpitala przyjaznego porodom naturalnym po cc polecam [szpital X].

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny pokazuje akceptację decyzji ciężarnej przez personel medyczny, który dokłada wszelkich starań, aby poród przebiegał prawidłowo. Na uwagę zasługuje otwarta komunikacja ukierunkowana na udzielenie kompleksowej informacji o przeciwwskazaniach

do porodu naturalnego i konieczności dokładniejszego monitorowania. Ponadto poczucie humoru, które przenika kontakt z rodzącą wpływa na zmniejszenie bariery w kontakcie ciążarna – personel medyczny i pomaga rozładować stres związany z doświadczeniami pierwszego porodu, który jest podkreślony w wypowiedzi pacjentki. Względnie na duże obawy pacjentki wskazuje decyzja, aby prowadzić ciążę u dwóch niezależnych lekarzy. Wyżej opisano modelową postawę personelu medycznego wobec pacjentki, ponieważ uwzględnia ona takie aspekty, jak:

- akceptacja i respektowanie perspektywy rodzącej; zawarcie niejako „kontraktu” z pacjentką („jeżeli coś będzie szło nie tak, albo poród nadmiernie się przedłuży, to robimy cc”), który uwzględnia zarówno zalecenia medyczne, jak i potrzeby rodzącej;
- dawanie poczucia bezpieczeństwa pacjentce poprzez okazywanie wsparcia w rozmowie i wzięcie całkowitej odpowiedzialności za przebieg porodu, monitorowanie sytuacji, kontrolę nad prawidłowym przebiegiem porodu.

Wypowiedź kobiety E

Bardzo się cieszę, że udało mi się znaleźć to forum. Jestem 14 miesięcy po cesarce. To była moja pierwsza ciąża. Powód cesarki to zielone wody (najpierw odeszły mi normalne wody po pół szklanki, a później dosłownie pół łyżeczki zielonej mazi). Pojechałam do szpitala. Lekarka po obejrzeniu tętna dziecka stwierdziła, że dziecko prawdopodobnie przeżywa stres i oddało smółkę, tętno było wysokie a ja miałam tylko 2 cm rozwarcia. Stwierdziła, że nie ma co ryzykować bo tętno nie spada i gdybym miała ok 8 cm to wówczas mogłabym próbować rodzić naturalnie ale ponieważ to był początek porodu, powiedziała, że nie widzi innej opcji jak cesarka. Poczułam się jak w filmie. Cała ciąża zdrowa. Nic mi nie dolegało dziecko zdrowe a tutaj cesarka. Pierwsze co mi przyszło do głowy w tym szoku to że będą mnie ciąć bo dziecko zrobiło kupkę. Nie mogłam w to uwierzyć. Poprosiłam o opinię drugiego lekarza i stwierdził że przy wysokim tętnie dziecka niestety trzeba operować. Zgodziłam się od razu. Całość pamiętam jakbym obserwowała się z boku. Po znieczuleniu jak już leżałam na stole, tak trzęsły mi się ręce że mąż mnie przytrzymywał. Zamiast się cieszyć porodem myślałam o tym żeby dziecko urodziło się zdrowe a ja żeby nie umarła. Nie docierało do mnie że kroją mi jamę brzuszną i mogę umrzeć. Nie wiem jak kobiety mogą się decydować na tak poważną operację na życzenie jak nie ma wskazań. Po wszystkich zamiast cieszyć się dzieckiem jak mi położyli na piersi myślałam o tym że właśnie mnie zszywają. Szok był tak silny że trzęsienie nie ustępowało. Byłam zła na lekarzy na wszystkich za to że zabrali mi możliwość rodzenia siłami natury. Zaczęłam we wstydzie że tak się czuję ale nie umiałam na tamten moment myśleć inaczej. Tak się nastawiłam na poród naturalny tak bardzo dbałam o zdrową dietę i ruch a tu taki szok. Pomimo upływu czasu wciąż nie potrafię tego zaakceptować. Jestem niezmiernie wdzięczna Bogu za to że mam zdrowe dziecko ale ból psychiczny ze mnie po dziś nie przechodzi. Czy któraś z Was miała podobne wskazanie do cesarki? Chętnie porozmawiałabym z dziewczynami w podobnej sytuacji. Planuję drugie dziecko ale trauma mnie nie opuszcza.

Wyłaniający się obraz relacji ciążarna kobieta – personel medyczny:

- szukanie opinii drugiego lekarza;
- odczuwanie złości na lekarzy, że odsunęli poród siłami natury;
- subiektywne odczucie traumy po cesarskim cięciu.

Na podstawie powyższego fragmentu widać, że prawdopodobnie kobieta została otoczona fachową opieką medyczną oraz uwzględniono prośbę pacjentki o dodatkową konsultację lekarską. Nie dostrzeżono jednak głębokiej frustracji pacjentki i szeregu bardzo silnych emocji negatywnych, jakie pojawiły się na oddziale. Prawdopodobnie pacjentka wymagała konsultacji psychologicznej/psychiatrycznej (prawdopodobnie już po pierwszym porodzie, ewentualnie w trakcie ciąży), przepracowania doświadczenia porodu, aby ustabilizować stan psychiczny. Wypowiedź pacjentki jest przykładem, jak silna u niektórych kobiet może być potrzeba odbycia porodu siłami natury – przez wiele miesięcy pacjentka czyniła przygotowania do takiego porodu, doświadczenie cięcia cesarskiego stało się dla pacjentki silnie negatywnym przeżyciem, które wprost nazywa „traumą”. Świadczy to o głębokiej potrzebie komunikacji między ciężarną na temat potrzeb i oczekiwań pacjentek, aby minimalizować ryzyko pogorszenia stanu psychicznego i przygotowywać pacjentki na różne możliwe scenariusze wydarzeń podczas akcji porodowej.

Wypowiedź kobiety F

Wracając do „reszty personelu” – towarzyszy nam przez większość czasu dwóch lekarzy. Jeden z nich uporczywie wypytuje mnie o powody poprzedniej cesarki. Próbuje wyjaśniać i chyba wyjaśniam za dużo, bo dalsze pytania nie ustają – najwyraźniej są wątpliwości. Odnoszę wrażenie, że większość porodu spędzam na odpowiadaniu na pytania... Mam wrażenie, że obaj lekarze nie są zachwyceni moim VBACkiem – jeden z nich wygląda na wyraźnie niezadowolonego z faktu, że miałam cesarkę i komentuje to słowami „jak się powiedziało A, to trzeba powiedzieć B”. Mój mąż z sali porodowej zdążył jednak wcześniej zadzwonić do mojej lekarki, która (co słyszę na własne uszy) dzwoni do lekarzy dyżurujących, by ich przekonać, że mają mi pozwolić родić naturalnie, przy okazji tłumacząc się z mojej cesarki. Chwilę po jej telefonie zniknęła wola lekarzy – jest 9 cm. Zaraz potem bada mnie lekarz i mówi jedno zdanie, które mnie bardzo uspokaja: „pełne rozwarcie, główka napiera”. Czyli chyba nie będę powtórką z rozrywki ☺

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny:

- lekarz, który „uporczywie” prowadzi wywiad z ciężarną;
- przekonanie, że większość czasu poświęcana jest na udzielaniu odpowiedzi na pytania;
- lekarze wydają się „niezadowoleni” z pomysłu na poród siłami natury;
- konsultacja ze „swoją lekarką”.

Sytuacja wskazana we fragmencie wydaje się odzwierciedlać różne podejścia lekarzy do porodów po cięciach cesarskich. Na miejscu występował wyraźny konflikt decyzyjny i nastawienie lękowe wobec VBAC u lekarzy. Prawdopodobnie nie występowały bezwzględne przeciwwskazania do tego typu porodu, istniał natomiast opór przed nimi. Omawiane problemy próbowano rozwiązać poprzez uzyskanie możliwie największej liczby informacji od pacjentki, konsultację z lekarką prowadzącą i wywieranie presji na decyzję pacjentki („powiedziało się

A, trzeba powiedzieć B”). Sytuacja tego typu może obniżać poczucie bezpieczeństwa pacjentki i prowadzić do podejmowania decyzji niezgodnych z wyznawanymi wartościami. Może skutkować późniejszymi trudnościami psychicznymi u pacjentek w związku z negatywnym doświadczeniem sytuacji porodu. Sytuacja opisana w wypowiedzi pacjentki ukazuje ponownie jej wyraźną preferencję wobec porodu siłami natury wyrażonej w ogromnej determinacji, aby poszukiwać wsparcia w personelu poza szpitalem. Jest to kolejna wypowiedź zwracająca uwagę na istnienie grupy kobiet wyraźnie zorientowanych na poród naturalny po przebytym cesarskim cięciu, na których potrzeby i oczekiwania w komunikacji lekarz – pacjent należy zwrócić baczną uwagę.

Wypowiedź kobiety G

Rano mam iść rodzić do cesarki. Przyjeżdżają najbliżsi. Boję się tak bardzo, że trzęsę się ze strachu. Cewnikują mnie i czekam na stole operacyjnym. Zaczynam płakać. Dopiero po podaniu znieczulenia się uspokajam i jest mi błogo i wszystko jedno. Adaś rodzi się o 12:30. Dostaje (jak to cesarz) 8 pkt. Jest piękny. Ale ani śladu makrosomii... Nawet 4 kg nie ważył... Zszyli mnie bardzo sprawnie i ładnie. Przyłożyli to małe ciało do mojego policzka, a ja chciałam, żeby już mi go zostawili. Wymyśl go, zważył, zmierzyl. Mąż nie mógł dostać do kangurowania. Adaś zasnął pierś ładnie i bezproblemowo. Mnie natomiast zapomniano podać środki przeciwbólowe po cc... Jak sobie przypominałam, już było za późno. Przeżyłam najgorsze chwile w moim życiu. Po raz pierwszy bałam się że umrę – nie, nie żartuję i nie przesadzam. Mój mąż nigdy nie był tak przerażony. Dopiero w środku nocy ból zelżał, a ja dostałam... Paracetamol! Na następny dzień doszły problemy z karmieniem. Kolejna trauma. Wyszłam na prostą dopiero po jakiś 3 tyg. Miałam paskudny baby blues, a stan po cc dawał się we znaki. Wygrałam walkę o laktację – karmiłam rok. Potem przez długi czas starałam się zapomnieć o tym. Adaś pomimo licznych alergii był zdrowy i szczęśliwy. Ale wiadomo jak to jest: jeśli jakiś poważny temat zamieścisz pod dywan, nie przepracujesz go we własnej głowie, on prędzej czy później wróci. Tygodnie mijały, a ja poszłam na kontrolę do mojego ginekologa. Spytałam czy drugie dziecko będę mogła urodzić naturalnie. Usłyszałam że to głupota, nieodpowiedzialność, że pęknie mi macica i umrę. Byłam w szoku. Nie spodziewałam się takiej reakcji. Wraziłam też swoje zdanie na temat tej bezsensownej cesarki, a lekarz stwierdził: „nie marudzić, tylko dzieci rodzić”. To było nasze ostatnie spotkanie.

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny:

- brak należytej opieki lekarskiej (nie podano środków przeciwbólowych, nie uzyskano wystarczającego wsparcia laktacyjnego);
- pozamerytoryczne uwagi lekarza;
- nieadekwatna krytyka (komentarz: „nie marudzić, tylko dzieci rodzić”).

Przykład powyższego zachowania lekarza pokazuje zarówno brak przygotowania merytorycznego (nieznajomość problematyki porodów siłami natury po cesarskim cięciu), jak i deficyty komunikacyjne. Pacjentka nie otrzymała wsparcia informacyjnego, stosowano komunikaty wzbudzające u pacjentki lęk. Cały fragment pokazuje potrzebę wsparcia psychologicznego pacjentki, która w związku z urodzeniem dziecka przez cesarskie cięcie borykała się z wieloma

trudnościami – frustracja związana z faktem, że poród nie wyglądał w taki sposób, jak go widziała pacjentka, wątpliwości, czy rzeczywiście postępowanie medyczne podczas porodu było właściwe, doświadczenie cierpienia związanego z bólem po cesarskim cięciu wskutek braku podania środków przeciwbólowych, poporodowy *baby blues*, problemy z laktacją. Preferencje i potrzeba odbycia kolejnego porodu siłami natury wyrażona w kontakcie z lekarzem prowadzącym spotkała się z lekceważeniem i krytyką, ujawniając niemerytoryczną postawę wobec zastanej problematyki medycznej oraz brak profesjonalizmu w kontakcie z pacjentką. Takie sytuacje mogą realnie zagrażać zaufaniu do służby zdrowia i środowiska lekarzy oraz obniżać samopoczucie i dobrostan psychiczny ciężarnych pacjentek.

Wypowiedź kobiety H

Wtedy o VBAC nie wiedziałam nic. Na szczęście bardzo szybko znalazłam się na stronie naturalniepocesarce.pl, zaczęłam chłonąć Wasze historie jak gąbka, zaczęłam marzyć o takim porodzie. Po kilku dniach, kiedy byłam już przekonana do swojej decyzji porozmawiałam z mężem. Pokazałam mu materiały dostępne na stronie. Przeczytał kilka historii i powiedział, że jeśli taka jest moja decyzja to On będzie mnie wspierał. Z mężem poszło jak z płatka, ale wiedziałam że czeka mnie jeszcze rozmowa z moim lekarzem. Pod skórą czułam, że nie będzie entuzjastycznie nastawiony do mojego pomysłu, więc postanowiłam działać. Umówiłam się na wizytę do lekarza proVBAC, która miała odbyć się tydzień po wizycie u mojego lekarza prowadzącego (pomyślałam że jeśli mój lekarz się nie zgodzi, to po prostu go zmienię). Ku mojemu zaskoczeniu lekarz wcale nie powiedział jednoznacznie nie. Co prawda trochę mnie ochrzanił, że jeszcze miesiąc temu walczyliśmy o to, abym nie urodziła wcześniaka a ja już wymyślam no ale... © Dość długo rozmawialiśmy, niczym mnie nie straszyl, powiedział że będziemy bacznie wszystko obserwować i podejmiemy najlepszą decyzję. Uwierzyłam mu. Byłam szczęśliwa po wyjściu z gabinetu, bo przecież wcale nie chciałam zmieniać lekarza. Przede On jest najlepszy, najlepiej mnie znał. Zawsze mogłam na niego liczyć, zawsze odbierał ode mnie telefony i służył radą o każdej porze o kosmicznych godzinach. Po tej wizycie stwierdziłam, że skoro mój lekarz tak do tego wszystkiego podchodzi to nie będę konsultowała się z innym, bo przecież mam wsparcie.

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny:

- podejście: „jeśli lekarz nie zgodzi się na poród siłami natury po wcześniejszym cesarskim cięciu, to go zmienię na innego”;
- dobre relacje z lekarzem, który był pełen zrozumienia „on jest najlepszy, najlepiej mnie zna” – uzyskanie wsparcia od lekarza stało się kluczowe w podjęciu decyzji o pozostaniu pod jego opieką.

Powyższy fragment pokazuje to, co wyłania się z badań na temat preferencji kobiet odnośnie do kolejnego porodu po cesarskim cięciu – istnieje grupa kobiet, które wyraźnie preferują poród naturalny, poszukując personelu medycznego, który wspiera tego rodzaju porody („umówiłam się na wizytę do lekarki proVBAC”). W przytoczonym fragmencie ukazane jest modelowe wsparcie dla pacjentki, jakim jest zapewnienie o jej bezpieczeństwie, o tym, że decyzja o porodzie będzie podejmowana na podstawie kontrolowanych danych i będzie optymalna z jej

punktu widzenia. Z drugiej zaś strony sytuacja pokazuje ryzykowne zachowanie pacjentki, która być może będzie skłonna poszukiwać lekarza „proVBAC” bez względu na inne obiektywne okoliczności. Być może część pacjentek zorientowanych na poród naturalny po przebytych cięciach cesarskich będzie gotowa podejmować próby porodu siłami natury, nie biorąc pod uwagę obiektywnych przeciwwskazań. Pokazuje to na dogłębną potrzebę przywiązywania dużej wagi do komunikacji z pacjentkami, które chcą podejmować próby VBAC.

Wypowiedź kobiety I

Dojeżdżamy! Nie wiem która jest, chyba koło 17? Każdy skurcz zgina mnie w pół! Nie jestem w stanie w ogóle odpocząć pomiędzy skurczami, są bardzo częste! Co 1–2 minuty, ktg ok, badanie: szyjka zgładzona, cieniutka, 2 cm rozwarcia. Że co???? TYLKO 2 cm???? To co będzie później? Proszę o znieczulenie. Chcę odpocząć! Moja Położna Anioł pobiera krew i przygotowuje salę na porodówkę, przechodzimy. Jezu to ja rodzę? ☹️ Naprawdę? Tak to był jakiś amok, jakiś maraton, z minuty na minutę skurcze nabierały na sile, ból z brzucha zupełnie przemieszczał się do krzyża!! Ten ból okropny! Mam wrażenie, że nikt do końca mi nie wierzy, że tak mnie boli bo przecież tylko 2 cm było. To wszystko trwa.. Przychodzi anestezjolog, wesoły, fajny ale pierwsze wkłucie nie wychodzi, przez cewnik leje się krew, każą czekać, sam do końca nie wie co się stało – Jezu ja już nie mogę! I ta pozycja po turecku.... Strasznie się wtedy zdenerwowałam, somatycznie mój organizm odreagowuje lęk w postaci „trzęsienia” się ☹️ Mają problem by wkłuć się drugi raz, bo skurcz jest za skurczem! Przyznaję, że bardzo często je mam, ale nie ma odwrotu. Cały ten czas jedyne co mi pomaga to to, że skupiam się na oddechu! Apartament dla maluszka, apartament dla maluszka powtarzam sobie wolniej, wolniej! Godzina 19 – wkłuje się. Za 15 minut poczuje Pani ulgę! Znieczulenie będzie trwało ok 1–1,5 h mówi. Taakkk czekam na tą ulgę!!!! Położna mnie bada, jest już 5 cm!!! O Boże to dlatego tak bolało, za chwilę mówi: nie 7 cm już mamy!!! I wtedy zaczynam czuć ulgę! Błogie NIC w plecach... Od 7 cm działa znieczulenie. Wołają męża, gasimy światło, włączamy muzykę. Odpoczywam. Rozmawiamy sobie. Jezu ja w końcu odpoczywam. Jestem szczęśliwa. Nie mogę uwierzyć do końca w to co się dzieje. Jest cudownie. Nikt nie pyta o bliźnię, wszyscy są bardzo mili. W międzyczasie przychodzi moja cudowna położna i mnie bada: 8 cm, za chwilę 9 cm... Mówi „Pięknie to postępuje! Jestem pod wrażeniem!”

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny:

– „Położna-Anioł”, „cudowna położna”.

Relacja pacjentki w przytoczonym fragmencie pokazuje, jak ważna jest możliwość kontroli bólu i dbałości o otoczenie podczas porodu (oświetlenie, muzyka, znieczulenie). Mąż pacjentki był obecny podczas porodu, co stanowiło dodatkowe wsparcie. Na uwagę zasługuje również ogromne wsparcie motywacyjne położnej, stosowane komunikaty uspokajające i dopingujące do dalszego wysiłku.

Wypowiedź kobiety J

Druga ciąża – termin na 13 maja tego roku. Ciśnienie w ciąży cały czas książkowe, żadnych problemów, nigdy nie zabolala mnie blizna więc byłam nastawiona bardzo pozytywnie. Jedyne lęk

był o wagę dziecka bo zapowiadała się jeszcze wyższa i lekarz mnie nie straszył. Miałam skurcze przepowiadające dosyć często i uczucie na okres, czego nie było w pierwszej ciąży. Dostałam czas do 16 maja i tego dnia miałam zgłosić się do szpitala. Lekarz powiedział „pomyślimy co dalej”. Niestety wstawił mnie, przyjechałam rano, bez bólu, wszystko pozamykane. Zaproponowano mi cc lub patologię. Podpisałam odmowę cc i kazał czekać na swojego lekarza który tego dnia przyjechał sobie na 11... I co mi powiedział? „Ja jestem za cc. Jak pani chce to może sobie tutaj leżeć 4 czy 5 dni a i tak skończy się cc”. Wściekłam się na niego. Powiedziałam sobie, że na razie podmówię i zastanowię się. Byłam mega rozbita i tu z pomocą przysłała mi A. P. [położna] nasza kochana! Pomogła mi podjąć decyzję i zostałam na patologii. W międzyczasie 2 położne mnie wsparły – jedna całkiem obca powiedziała „dziewczyno, chcesz poczekać to poczekaj. Posłuchaj siebie” a inna znajoma cudowna położna, która jest bardzo za porodami naturalnymi nagadała mojemu lekarzowi i powiedziała mężowi, że mam się nie poddawać i że się uda. Po 15tej w końcu coś zjadłam i powiedziałam, że czekam. No i długo nie musiałam czekać. Następnego dnia rano o 7 napisałam do męża SMS „miałam właśnie skurcz, który już nawet zabolął”. Za kilkanaście minut znów. Co jakiś czas 10–12 min miałam lekko bolesne skurcze. Ok 9 badanie. „Nic nie gotowe, dziecko duże, z tego nic nie będzie”. Kazali mi napisać, że jestem świadoma zagrożeń dla dziecka i pęknięcia blizny i mimo to odmawiam cc. Podpisałam i poszłam sobie liczyć skurcze :). Zwiedziłam cały szpital, a skurcze się nasilały i były coraz częstsze. W międzyczasie rozmawiałam znów z A. [położną] i bóle były już na tyle bolesne, że musiałam robić przerwy. W okolicy obiadu powiedziałam położnym na patologii o moich bólach. Już nic nie jadłam, bo wiedziałam że może różnie się skończyć.

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny:

- lekarz „straszy” komunikatem;
- lekarz nie uwzględnia obaw kobiety, mówi po podpisaniu odmowy na cesarskie cięcie: „Jak pani chce to może sobie tutaj leżeć 4 czy 5 dni a i tak skończy się cc”.

W powyższym fragmencie widać rozbieżność postaw personelu wobec porodu typu VBAC. Lekarz negatywnie ocenia szanse na poród naturalny, położna radzi pacjentce, aby „słuchała siebie”. Pacjentka otrzymuje sprzeczne, często niemerytoryczne i kolokwialne („nic z tego nie będzie”) komunikaty od różnych pracowników szpitala. Nie ma komunikatów na temat obiektywnych wskazań lub przeciwwskazań medycznych. Brakuje wsparcia informacyjnego, które powinno być podstawą do podejmowania decyzji. Postawa położnej, choć życzliwa wobec rodzącej, również skłania pacjentkę do podejmowania decyzji intuicyjnych, a nie racjonalnych. Zaskakuje fakt braku jednolitego stanowiska położnej i lekarza oraz deficyty komunikacyjne w tej relacji. Sytuacja tego typu stwarza możliwość podejmowania błędnych, nieoptymalnych decyzji zarówno przez rodzącą, jak i personel.

Wypowiedź kobiety K

Wysłam z gabinetu zapłakana, czułam się potwornie. Przyjęli mnie na patologię ciąży, nie chciałam, ale położna już zdążyła zrobić mi bransoletkę i mnie zarejestrować. Poza tym – ciąża

donoszona. I tak leżałam i czekałam... Nic się nie działo. Nuda. 16 marca postanowili przyspieszyć akcję podając mi olej rycynowy. Skończyło się na skurczach jelit, odwodnieniu i koszmarnym samopoczuciu. 17 marca łaskawie mnie zbadano. Z dzieckiem wszystko ok, ale będzie duże. Na USG szacują 4500–4700 g! Jestem w szoku... Na tyle dużym, że zapomniałam o tym, że zaledwie kilka dni temu dziecko ważyło na innym USG 3200! Nikt nie pomyślał o ponownym badaniu... Ja też nie. Jestem zbyt przerażona. Wieczorem przychodzi do mnie lekarka z informacją: „Ania, ty go nie urodzisz.” Mój lekarz to potwierdza. Bałam się dyskutować z doświadczonymi specjalistami „przecież na pewno chcą dobrze” i wcale nie chodzi o to żeby się mnie pozbyć z oddziału... Wieczorem przenoszą mnie na porodówkę.

Wyłaniający się obraz relacji ciężarna kobieta – personel medyczny:

- brak dostatecznej opieki: „jestem zbyt przerażona”;
- lekarz z informacją: „Ania, ty go nie urodzisz...”;
- obawa przed wchodzeniem w dyskusję z lekarzami „na pewno chcą dobrze”.

Powyższy fragment odnosi się do roli wsparcia na oddziale – pacjentka wymaga wsparcia psychologicznego, ma uzasadnione wątpliwości odnośnie do decyzji podejmowanych przez personel, a zarazem uzasadniony lęk przed ich kwestionowaniem. Postępowanie medyczne mogło być prawidłowe, ale pacjentka nie była przekonana o jego słuszności, nie otrzymała satysfakcjonujących wyjaśnień. Użycie sformułowania „nie urodzisz” mogło również być niefortunne, mogące doprowadzić do wyciągnięcia wniosku przez pacjentkę, że poród przez cesarskie cięcie pozbawiał kobietę roli matki-rodzicielki.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przeprowadzona analiza wskazuje, że doświadczenie planowania porodu drogami natury po przebytych cesarskim cięciu wykracza poza wymiar jedynie medyczny i obejmuje również istotne aspekty psychologiczne oraz relacyjne. Analizowane narracje ukazują zróżnicowane doświadczenia kobiet związane z komunikacją z personelem medycznym, obejmujące zarówno przykłady wsparcia, jak i komunikaty oceniane jako niesatysfakcjonujące.

Zebrane wypowiedzi wskazują, że dla części kobiet możliwość odbycia naturalnego porodu stanowi ważny element realizacji własnych potrzeb oraz oczekiwań związanych z macierzyństwem. Jednocześnie, co należy podkreślić, decyzja o podjęciu próby VBAC bywa podejmowana w warunkach doświadczanej niepewności wynikającej m.in. z różnic w stanowiskach prezentowanych przez personel medyczny.

Jednym z obszarów ujawnionych na drodze prowadzonej analizy okazała się komunikacja między pacjentką a personelem medycznym. W zebranych wypowiedziach kobiety podkreślały znaczenie sposobu, w jakim przekazywano im informacje. Wypowiedzi wskazywały na potrzebę pozyskiwania informacji opartych na dowodach naukowych, co koresponduje z wynikami uzyskanymi przez

Lundgren i in. (2012) w metaanalizie badań jakościowych dotyczących VBAC. Badacze zauważyli, że kobiety potrzebują nie tylko informacji o ryzyku związanym z porodem, ale także o pozytywnych aspektach.

Zebrane narracje pokazują również, że wcześniejsze doświadczenie cesarskiego cięcia stanowiły trudny moment w życiu kobiet, pozostawiając poczucie pustki i żalu, co również znajduje odzwierciedlenie w badaniach Keedle i in. (2019), które wskazują, że poród przez cesarskie cięcie może wpływać na sposób postrzegania kolejnych porodów oraz na motywację do podjęcia VBAC. Autorzy podkreślają, że dla części kobiet decyzja o VBAC stanowi próbę odbudowania utraconego poczucia sprawstwa. Ponadto doświadczenia związane z porodem mogą wpływać na dobrostan psychiczny kobiet, ale także na ich dalsze decyzje reprodukcyjne (Bohren i in., 2015; Nilsson i in., 2017). Zebrane wypowiedzi sugerują także, że pacjentki dostrzegały znaczące różnice w podejściu personelu medycznego do VBAC. Z perspektywy kobiet część rekomendacji wydawała się niespójna, co mogło utrudniać podejmowanie decyzji oraz budowanie zaufania do personelu medycznego.

Analiza zgromadzonego materiału pozwala wyróżnić kilka kluczowych obszarów. Po stronie kobiet dominowały silne emocje związane zarówno z aktualną ciążą, jak i wcześniejszymi doświadczeniami porodowymi. W narracjach pojawiły się opisy lęku, niepewności i rozczarowania, a także trudności w pogodzeniu się z możliwością kolejnego cesarskiego cięcia. Kobiety opisywały także trudności w budowaniu zaufania do personelu medycznego, co wyrażało się m.in. w poszukiwaniu lekarzy lub placówek przychylnych VBAC.

Z kolei w odniesieniu do personelu medycznego kobiety zwracały uwagę na problemy związane z komunikacją, uprzedzeniami wobec porodów typu VBAC, niejednoznacznością przekazywanych informacji. W niektórych narracjach kobiety wskazywały trudności związane z uzyskaniem jednoznacznych rekomendacji dotyczących sposobu rozwiązania ciąży, co potencjalnie mogło zwiększać doświadczaną niepewność.

W szerokim przeglądzie systematycznym z 2025 roku (Cosmai i in., 2025) zebrane dane pokazują, że postawy, umiejętności i poziom wsparcia udzielanego przez pracowników służby zdrowia mogą mieć znaczenie w podejmowaniu decyzji dotyczących VBAC. Badane kobiety podkreślały istotę wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia w realizacji potrzeby autonomii i sprawczości w procesie podejmowania decyzji. Szczególnie ważne było dla nich rzetelne i obiektywne przekazywanie informacji na temat ich sytuacji zdrowotnej. Jednocześnie część autorów (Basile i in., 2020; Shurong i in., 2024) podkreśla sytuację kobiet rozważających VBAC jako emocjonalnie trudną. Oprócz przekazania obiektywnej wiedzy klinicznej kobiety oczekiwały zatem współczucia, empatii, cierpliwości i uznania swoich obaw ze strony pracowników służby zdrowia (Nilsson i in., 2017). Z innych badań wynika również – podobnie jak z niniejszej

analizy – że jedną z kluczowych barier radzenia sobie w tej trudnej sytuacji są zachowania i postawy personelu medycznego, które wyrażają się w prowadzonej z pacjentkami komunikacji. Ustalenia innych badaczy również pokazują, że wiele kobiet doświadczyło nieadekwatnych i natarczywych (Shurong i in., 2024), nawet nacechowanych groźbami komunikatów, które miały na celu wymuszenie rezygnacji z podjęcia próby VBAC (Munro i in., 2017; Nilsson i in., 2017; Simeone i in., 2019). Wiele pacjentek skarżyło się również na brak merytoryki oraz rzetelnej wiedzy medycznej na temat zagadnień VBAC (Nilsson i in., 2017). Kobiety uskarżają się ponadto na informacyjny i komunikacyjny chaos, w którym dominuje niespójność, niekiedy nawet sprzeczność przekazywanych komunikatów. Wiele kobiet radzenie sobie w tej sytuacji nazywa „walką”, w której mimo deklaracji systemu zdrowotnego o byciu „proVBAC” rzeczywistość jest zupełnie inna (Lundgren i in., 2012).

PODSUMOWANIE

Ciąża i przygotowanie do porodu stanowią duże wyzwanie dla kobiet. Narażenie na niepowodzenia położnicze, niepewność dotycząca przebiegu samej akcji porodowej, zmiana wyglądu własnego ciała to tylko niektóre przykłady zmieniających, które mogą pogłębiać emocjonalne trudności pacjentek, które chcą odbyć poród naturalny po przebytym cesarskim cięciu. Z tego względu warto byłoby zwrócić uwagę na problemy edukacji i komunikacji z kobietami oraz ich partnerami na temat podejmowania decyzji odnośnie do porodu już na etapie ciąży. Ważne są budowanie bezpiecznej atmosfery i indywidualizacja podejścia, w której przyszli rodzice otrzymują wyczerpujące odpowiedzi na istotne dla nich pytania, mogą opowiedzieć o swoich obawach, poprzednich doświadczeniach.

Analiza przytoczonych narracji pokazuje, jak ważna jest komunikacja interpersonalna na oddziale położniczym. Jeśli przebieg komunikacji między kobietami a personelem medycznym jest nieprawidłowy, może wzmacniać obawy i indukować dodatkowy lęk u ciężarnych. Podsumowując, istotne jest, aby personel medyczny był przygotowany nie tylko merytorycznie, ale także komunikacyjnie. Kompetencje związane z prowadzeniem rozmowy stanowią warunek skutecznych oddziaływań medycznych, pozwalają na uwzględnienie perspektywy innych osób, zachowując tym samym szacunek w relacji pacjent – personel medyczny. Dbanie o jakość komunikacji również może pozytywnie wpływać na pracowników szpitali, ponieważ zachowane granice pozwolą im na spokojne wykonywanie pracy w atmosferze wzajemnego szacunku.

Uzyskane wyniki sugerują zasadność rozwijania kompetencji komunikacyjnych personelu oddziałów ginekologiczno-położniczych, które umożliwią medikom budowanie relacji z pacjentkami, co potencjalnie może podnieść jakość świadczonej opieki okołoporodowej.

WNIOSKI

Analiza przytoczonych narracji wskazuje, że dla części kobiet możliwość porodu naturalnego po cesarskim cięciu (VBAC) ma duże znaczenie. Kobiety planujące VBAC chcą współdecydować o przebiegu porodu oraz oczekują jasnej, partnerskiej komunikacji i wsparcia emocjonalnego ze strony personelu medycznego. Nieśpójne lub budzące lęk komunikaty mogą obniżać ich poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do opieki medycznej. Wyniki sugerują potrzebę objęcia kobiet w ciąży szczególną uwagą ze strony psychologów i personelu położniczego.

OGRANICZENIA BADAŃ WŁASNYCH

Interpretując uzyskane wyniki, należy uwzględnić także ograniczenia badania. Ze względu na subiektywny i emocjonalny charakter analizowanych wypowiedzi konieczne są dalsze badania uwzględniające perspektywę zarówno pacjentek, jak i personelu medycznego. Dodatkowo analizy posiadają kilka ograniczeń metodologicznych. Przede wszystkim analizowany materiał pochodził z internetowych narracji, co może wiązać się z brakiem reprezentatywności próby w odniesieniu do całej populacji kobiet w ciąży. W badaniu pominięto punkt widzenia personelu medycznego, co może prowadzić do jednostronnego rozumienia analizowanego zjawiska.

BIBLIOGRAFIA

- Attanasio, L.B., Kozhimannil, K.B., Kjerulff, K.H. (2019). Women's Preference for Vaginal Birth After a First Delivery by Cesarean. *Birth*, 46(1), 51–60. DOI: 10.1111/birt.12386.
- Basile Ibrahim, B., Kennedy, H.P., Whittemore, R. (2020). Women's Perceptions of Barriers and Facilitators to Vaginal Birth After Cesarean in the United States: An Integrative Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 65(3), 349–361. DOI: 10.1111/jmwh.13083.
- 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). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008881.
- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A.L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., Gülmezoglu, A.M. (2015). The Mistreatment of Women During Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 30;12(6):e1001847; discussion e1001847. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847. PMID: 26126110; PMCID: PMC4488322.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Cosmai, G., Biondini, M., Panzeri, M., Serafini, M., Lambicchi, L., Locatelli, A., ..., Fumagalli, S. (2025). The Decision-Making Process in the Choice of VBAC: Facilitators and Barriers from Women's Perception, a Systematic Review. *European Journal of Midwifery*, 9, 10–18332. DOI: 10.18332/ejm/205874.

- Davis, D., Homer, C.S., Clack, D., Turkmani, S., Foureur, M. (2020). Choosing Vaginal Birth After Caesarean Section: Motivating Factors. *Midwifery*, 88, 102766. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102766.
- Doroszeńska, A., Nowakowski, M. (2017). Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(2), 172–177. DOI: 10.4467/20842627OZ.17.019.6789.
- Gajewska, M. (2012). Położnicza polisemia. Medykalizacja i demedykalizacja jako ekstrema wyznaczające przestrzeń doświadczenia współczesnego rytuału przejścia. W: M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotła (red.), *Socjologia i psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia* (s. 229–244). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Hul, M. (2023). *VBAC, czyli poród drogami natury po przebytym uprzednio cięciu cesarskim*. Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., Dahlen, H.G. (2019). A Narrative Analysis of Women's Experiences of Planning a Vaginal Birth After Caesarean (VBAC) in Australia Using Critical Feminist Theory. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 142. DOI: 10.1186/s12884-019-2297-4.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483).
- Lundgren, I., Begley, C., Gross, M.M., Bondas, T. (2012). 'Groping Through the Fog': a Meta-synthesis of Women's Experiences on VBAC (Vaginal Birth After Caesarean Section). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 85. DOI: 10.1186/1471-2393-12-85.
- Martel, M.J., MacKinnon, C.J. (2005). Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(7), 660–683. DOI: 10.1016/s1701-2163(16)30188-8.
- Meddings, F., Phipps, F.M., Haith-Cooper, M., Haigh, J. (2007). Vaginal Birth After Caesarean Section (VBAC): Exploring Women's Perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 160–167. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01496.x.
- Ministerstwo Zdrowia (2026). *Czym jest opieka okołoporodowa?* <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/czym-jest-opieka-okoloporodowa> (dostęp: 13.06.2026).
- Munro, S., Janssen, P., Corbett, K., Wilcox, E., Bansback, N., Kornelsen, J. (2017). Seeking Control in the Midst of Uncertainty: Women's Experiences of Choosing Mode of Birth After Caesarean. *Women and Birth*, 30(2), 129–136. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.10.005.
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 1–8. DOI: 10.1177/16094069231205789.
- Naturalnie po cesarce* (n.d.). <http://naturalniepocesarce.pl/> (dostęp: 22.05.2026).
- Nilsson, C., van Limbeek, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Lundgren, I. (2017). Vaginal Birth After Caesarean: Views of Women from Countries with High VBAC Rates. *Qualitative health research*, 27(3), 325–340. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.04.009.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Robinson, J.H., Callister, L.C., Berry, J.A., Dearing, K.A. (2008). Patient-Centered Care and Adherence: Definitions and Applications to Improve Outcomes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–607. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). Birth After Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2025 poz. 1525).
- Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Shurong, Z., Li, M., Jie, X. (2024). Decision-Making Experiences and the Need for Decision Aids in Women Considering Vaginal Birth After Caesarean: A Qualitative Meta-Synthesis. *Birth*, 51(1), 3–12. <https://doi.org/10.1111/birt.12764>.

- Simeone, S., Stile, F., Assunta, G., Gargiulo, G., Rea, T. (2019). Experience of Vaginal Birth After Cesarean: A Phenomenological Study. *The Journal of Perinatal Education*, 28(3), 131. DOI: 10.1891/1058-1243.28.3.131.
- Statystykiporodow.pl. <https://statystykiporodow.pl/> (dostęp: 12.06.2026).
- Sys, D., Baranowska, B., Kajdy, A., Tataj-Puzyna, U., Gotlib, J., Bączek, G., Rabijewski, M. (2022). Poglądy i preferencje kobiet dotyczące sposobu porodu po cięciu cesarskim: Polskie badanie przekrojowe. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 273, 26–32. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.04.006.
- Sys, D., Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Kajdy, A. (2019). Możliwości wyboru drogi porodu po cesarskim cięciu: najnowsze rekomendacje. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 39(3), 125–133. DOI: 10.34766/fetr.v3i39.126.
- Wielgoś, M., Bomba-Opoń, D., Breborowicz, G.H., Czajkowski, K., Dębski, R., Leszczynska-Gorzelak, B., Zimmer, M. (2018). Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. *Ginekologia Polska*, 89(11), 644–657. DOI: 10.5603/GPa.2018.0110.
- World Health Organization (2018). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. World Health Organization.
- Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2008). *Cięcie cesarskie. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

ABSTRACT

Research and clinical practice show that there is a relatively large group of women who, having had a caesarean section, are keen to give birth naturally the next time. These preferences are driven not only by health considerations, but also by the patients' needs, expectations and values. In the practice of Polish hospitals and based on the experiences of selected patients, it appears that this type of birth is met with varying attitudes amongst medical staff, which affect the communication relationship between the pregnant woman and the medical staff. The aim of this article is a qualitative analysis of selected statements by patients wishing to give birth naturally following a previous caesarean section, and their evaluation in the light of the well-being of pregnant patients. Reflective thematic analysis was used in our own research. The patients' narratives show that a lack of attention to the quality of communication by medical staff can lead to increased anxiety, a loss of a sense of security and a reduction in trust. The results indicate that for some women, VBAC is not only an alternative method of delivery but also an important element in building autonomy.

Keywords: vaginal birth after caesarian; patient-physician relationship; communication; thematic analysis