



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro humanitní studia v lékařství

MUDr. Petr Křepelka

Svobodná vůle ženy v indikaci císařského řezu

Women's free will in the Caesarean section indication

Dizertační práce

Praha 2009

Autor práce: MUDr. Petr Křepelka

Studijní program: Postgraduální doktorské studium

Studijní obor: Bioetika

Vedoucí práce: doc. Mgr. MUDr. Jan Payne, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav pro humanitní studia v lékařství

Datum obhajoby: 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato dizertační práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1. 12. 2009

MUDr. Petr Křepelka

Poděkování

Na tomto místě děkuji za metodické a odborné vedení školiteli doc. MUDr. Mgr. Janu Paynovi, Ph.D. Dále děkuji konzultantovi pro obor gynekologie a porodnictví doc. MUDr. Jaroslavu Feyereislovi, CSc. za pomoc při zpracování zvoleného tématu.

Obsah

1. Teze	8
2. Úvod	9
3. Dignita lidského plodu	11
3.1. Konzervativní stanovisko – argument lidského druhu (identita genomu)	13
3.2. Argument potenciality	15
3.3. Sociální stanovisko a osobnostní argument	16
3.4. Stanovisko z pohledu zájmů a argument vědomí	19
3.5. Gradualistický přístup	21
4. Etický konflikt jako myšlenkový experiment	27
4.1. Praktické důsledky dignity plodu pro etický konflikt	29
4.2. Vztah etiky a práva	30
4.3. Autonomie, právo a povinnost	31
5. Vztah těhotné ženy a plodu	35
5.1. Argumenty pro právo a sebeurčení	36
5.1.1. Materno-fetální vztah	38
5.1.2. Vážné důvody odmítnutí operace	41
5.2. Argumenty pro povinnost	47
5.2.1. Pozitivní a negativní povinnosti	49
5.2.2. Specifické a běžné povinnosti	52
6. Sociální charakter těhotenství	56
7. Informovaný konsensus v kontextu etického konfliktu	62
7.1. Etický konflikt a krize	63
7.2. Struktura a obsah informovaného konsensu	65
7.3. Technické náležitosti informovaného konsensu	69
7.4. Kontroverze obsahu a formy informovaného konsensu	69
7.5. Specifika informovaného konsensu v porodnictví	71
8. Císařský řez v medicínské praxi	73

8.1.	<i>Biologické kořeny operace</i>	73
8.2.	<i>Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu</i>	77
8.3.	<i>Současné indikace k císařskému řezu</i>	83
8.4.	<i>Současná operační technika</i>	87
8.5.	<i>Techniky císařského řezu a medicína založená na důkazech</i>	88
9.	Indikace nebo volba císařského řezu?	91
9.1.	<i>Etická východiska indikace</i>	92
9.2.	<i>Morbidita císařského řezu a medicína založená na důkazech</i>	94
9.2.1.	Neonatální rizika	96
9.2.2.	Neonatální benefity	96
9.2.3.	Maternální rizika	97
9.2.4.	Maternální benefity	99
9.3.	<i>Indikace císařského řezu na základě analýzy specifických rizik</i>	100
9.4.	<i>Císařský řez na přání</i>	102
10.	Konflikt	108
10.1.	<i>Odmítnutý císařský řez</i>	108
10.2.	<i>Vynucený císařský řez</i>	110
11.	Závěry	113
12.	Kasuistiky	117
12.1.	<i>Císařský řez na přání</i>	117
A.	Obavy o novorozence.....	117
B.	Obavy z rizik vaginálního porodu pro matku.....	117
C.	Negativní zkušenost z předchozího vaginálního porodu.....	118
D.	Časový faktor, možnost plánu, předvídatelnost	119
12.2.	<i>Odmítnutí císařského řezu</i>	120
A.	Insuficience přenosu informací, jazyková bariéra, časová tíseň	120
B.	Nedůvěra k lékařské indikaci ve světle zkušeností z minulých porodů	121
C.	Naléhavá životní situace	123
D.	Ztráta důvěry ve vědecké porodnictví	124
E.	Zpětné popření indikace	126
12.3.	<i>Vynucený císařský řez</i>	127

Abstrakt.....	134
Summary	135
Seznam použité literatury	136
Elektronické zdroje	149

1. Teze

„Dignita těhotné ženy je nadřazena dignitě lidského plodu. Určujícím kritériem odmítnutí císařského řezu je pouze kompetence těhotné ženy“

Autonomie těhotné ženy je narušena, je-li na ni vyvíjen nátlak, aby se podrobila invazivní léčbě, se kterou nesouhlasí. Tlak lékařů i společnosti ochránit plod vystavený riziku současně omezuje právo ženy učinit svobodné rozhodnutí i právo na zachování tělesné integrity. Je třeba zvážit všechny možnosti ochrany zdraví plodu, současně však musí být respektováno právo ženy na sebeurčení. Nevyhnutelné krizové klinické situace znamenající vitální riziko pro plod i matku musí být řešeny svobodnou a informovanou volbou ženy. Dignita matky je hodnotově nadřazena dignitě plodu. Její právo na svobodné rozhodnutí nemůže být popřeno přes nepopíratelnou hodnotu plodu v individuálním i sociálním smyslu.

„Právo ženy odmítnout invazivní léčbu vycházející z jejich práv na sebeurčení, tělesnou integritu a svobodu vyznání není oslabeno v průběhu gravidity. Žena má stejná práva odmítnout invazivní léčbu, dokonce i život zachraňující či jinak prospěšnou ať je či není gravidní. Možný dopad na plod není významný.“

Baby Boy Doe, 260 Ill. App. 3d at 401, 632 N. E. 2nd at 332.

2. Úvod

Současný právní řád přiznává těhotné ženě právo na svobodné rozhodnutí, zda postoupí navržený diagnostický či léčebný zákrok jako projev autonomie osobnosti člověka. Porodnické operace obecně jsou indikovány v zájmu mateřského a fetálního organismu. V praxi mohou oba zájmy kolidovat, zájem mateřský je v rozporu se zájmem plodu a naopak. Zájem matky může být objektivní, vyjádřen odborným postojem lékaře, či subjektivní.

Ve své práci budu analyzovat modelové situace, kdy naplnění principu informovaného konsensu selhává. Jedná se zejména o situaci, kdy žena odmítá indikaci stanovenou lékařem. Zvláštním případem je pak operace nařízená odmítající ženě rozhodnutím soudu. Kontroverzní je i třetí situace, kdy je operace provedena ženě na základě jejího subjektivního přání, při absenci odborné lékařské indikace. V tomto smyslu můžeme definovat klinické situace: „odmítnutý císařský řez“, „vynucený císařský řez“ a „císařský řez na přání“. Jmenované situace jsou výsledkem neúspěšné komunikace mezi lékařem a těhotnou ženou a představují dilema medicínské, etické, sociální i právní.

Náš právní řád nepřiznává lidskému plodu právní subjektivitu, neboť lidský plod není schopen vyjádřit svou autonomii. Podle současné legislativy má zaručenou plnou ochranu života plod vypuzený (vyjmutý) z těla matky s porodní hmotností 500 g a vyšší, vykazuje-li jeden z definovaných životních projevů: srdeční akce, pulzace pupečníku, dechová aktivita, aktivní pohyb. U plodů s nižší hmotností musí novorozenec přežít více než 24 hodin po porodu. Právní ochrana je poskytnuta pouze plodu mimo organismus matky, tedy novorozenci. Plod se stejnou viabilitou v matčině těle tuto ochranu nemá. Hranice viability je administrativně stanovena na 24. týden gravidity.

Legální dopad tohoto opatření je fakt, že od této hranice není možné ukončit těhotenství na žádost matky ani z eugenických důvodů. Je-li nutné ukončit graviditu z vitální indikace matky na hranici viability jedná se o indukci

předčasného porodu a extrémně nezralému novorozenci je poskytnuta specializovaná péče.

Historicky představuje zdraví a život plodu ve všech obdobích jeho vývoje nezpochybnitelnou hodnotu pro jedince i společnost. Uskutečnit nutná racionální opatření v zájmu ochrany života a zdraví matky v situacích, kdy léčbu odmítá, tedy navzdory vyjádření její autonomie, je obtížné.

Východiskem je adekvátní informovanost o problematice již v průběhu prenatální péče. Uvědomění si vlastní autonomie a s ní související zodpovědnosti za výsledek těhotenství je významným moderním úkolem prenatální péče. Přes neustálé zvyšování úrovně informovanosti se však v klinické praxi budeme stále setkávat s oběma situacemi.

Cíl: definice a analýza eticky kontroverzních stavů, které provází stanovení operační indikace k císařskému řezu z hlediska základních principů bioetiky. Stěžejním tématem práce bude analýza dignity lidského plodu a hypotetického dilematu mezi principem autonomie těhotné ženy a principem spravedlnosti vůči plodu, které se uplatňuje v situaci odmítnutí císařského řezu těhotnou a vynuceného císařského řezu. Odvození teoretických východisek filosofickou metodou a jejich praktické užití při analýze konkrétních situací se může stát pomocným nástrojem lékařů v každodenní klinické praxi.

3. Dignita lidského plodu

Pro určení etické přijatelnosti odmítnout léčbu, která je indikována v zájmu plodu, je třeba určit jaká dignita je plodu přisouzena.

Klinické porodnictví je zaměřeno na dva subjekty, mateřský a fetální. Jeho cílem je dosáhnout optimálního výsledku těhotenství, tedy zdravého plodu/novorozence a zdravou matku. O subjektu matky není pochyb. Je osobou a ve vztahu k lékaři pacientkou. Statut pacientky je určen účelem setkání těhotné ženy a lékaře. V oblasti porodnictví, ať už se jedná o prenatální péči, nebo vedení porodu je cílem setkání lékaře a těhotné ženy omezení specifických, zejména zdravotních rizik, které z vlastního těhotenství vyplývají. Omezená předvídatelnost těchto rizik i omezená sensitivita vyšetřovacích metod, které jsou v současné době k dispozici, mě vede k názoru, že těhotná žena je lékaři pacientkou i v situaci absence komplikací gravidity. Plodu není přiznán ontologický statut osoby, který by znamenal jeho začlenění do lidské morální společnosti se všemi právy. Není-li však touto osobou, jeho postavení ve společnosti je nejisté, neboť postrádá suverenitu a o jeho osudu mohou rozhodovat v legálních mezích jiní členové morální společnosti. Analogicky se to děje i v případě schizofreniků, oligofreniků, apaliků a dalších osob, postrádajících kompetenci vyjádřit autonomii. Je však třeba rozlišovat mezi bytostí, která již osobou je, ač dočasně či trvale, částečně či zcela pozbyla kompetence, a bytostí, která ještě osobou není, ač má potenciál se jí stát. Pravidla postojů k oběma skupinám nelze zaměňovat.

V procesu filosofického určení dignity plodu se setkáváme se dvěma hlavními principy. Prvním je ontologický personalismus přiznávající lidskému plodu plný morální statut od chvíle koncepce, druhým pak empirický funkcionalismus, přisuzující plodu různou morální hodnotu, která se odvíjí od stupně jeho vývoje. Ontologický personalismus se opírá o argument lidského druhu (identita genomu) a argument potenciality vývoje k lidské bytosti. Naproti tomu ontologický funkcionalismus je reprezentován zejména principem gradualismu a sociální determinace osoby. Dignita není přiznána všem, je

podmíněna určenými kvalitami lidské bytosti. Zde je argumentem zejména komunikace s dalšími členy společnosti (Jaspers, K., 1991, s. 63-82). Dalším argumentem podporujícím ontologický funkcionalismus je stupeň vývoje mozkové kůry a jeho funkce (Mead, G. H., 1934, s. 8-13).

S oběma jmenovanými směry nahlížení na dignitu lidského plodu souvisí protichůdné principy „sanctity of life“ a „quality of life“. Princip „sanctity of life“ vychází z filosofie západní civilizace a hodnotí lidský život jako posvátný, božský dar, který nemůže být za žádných okolností obětován. Pouze bohu náleží právo život dát, či odebrat. Imperativ nedotknutelnosti lidského života je vedoucím pravidlem chování člověka.

Neodmyslitelnou součástí principu sanctity of life je i pravidlo absolutní hodnoty života člověka, tedy že žádný lidský život nemá vyšší hodnotu než jiný, a tedy ani nesmí být v jeho zájmu obětován. Život sám o sobě má smysl, třebaže nám zůstává skryt. Všechny dosažené životní zkušenosti nás však učí poznávat smysl života i sebe sama, včetně fyzického a emocionálního utrpení. Naproti tomu princip „quality of life“ se zakládá na přesvědčení, že hodnotu života určuje jeho kvalita. Princip je uplatňován v lékařské praxi často tam, kde je zvažován aktivní terapeutický přístup či aplikace podpůrných opatření v situacích, kdy je jejich účinek sporný a nevyvážený ve vztahu k dosahované kvalitě života nemocného. Kvalita života však představuje rozsáhlý a složitý soubor proměnných. V individuální rovině je dána subjektivním vnímáním hodnot, vírou a očekáváním. V tomto smyslu je hodnocení kvality života nesmírně komplikované a nelze je spoutat univerzálně platnými systémy a doporučeními. Extrémní utrpení a ztráta důstojnosti mohou být základem rozhodnutí, že ztráta kvality života může být motivací k jeho nepokračování (Hawley, G., 2007, s. 203-4).

Aplikace principů „sanctity of life“ a „quality of life“ v oblasti reprodukčních práv žen je základem protichůdných hnutí: „pro life“ a „pro choice“. „Pro life“ vychází z ontologického personalismu a principu „sanctity of life“. Zastánci „pro life“ argumentují faktem, že lidský život začíná okamžikem koncepce a potrat hodnotí jako vraždu. Někteří přirovnávají potraty k válečným ztrátám. Podle stanoviska „pro life“ by stát měl potratům zamezit zákonnou

normou a asistenci při potratu trestat jako zločin. Naproti tomu stanovisko „pro choice“ hájí myšlenku práva žen svobodně rozhodovat o své reprodukci. Hnutí „pro choice“ je někdy ztotožňováno s propotratovým hnutím. Podstatou však není propagace potratů jako takových, ale práva na něj. Součástí je i požadavek práva na zákonem povolený, odborný a zdravotně bezpečný potrat. Žádná žena nemůže být nucena ke graviditě, všechny narozené děti by měly být chtěné (Lind, A., 2008, s. 5-7).

3.1. Konzervativní stanovisko – argument lidského druhu (identita genomu)

Embryo a fetus má úplný morální status od okamžiku oplození. Určujícím argumentem je úplná genetická informace lidského druhu. Vznik nové genetické informace je základem nového člověka. Nová genetická informace vzniká okamžikem oplození. Existence genetické informace znamená existenci člověka. Uvedené kritérium určuje vznik genetického předpokladu lidské bytosti, nevysvětluje však zcela její morální statut. Podle ontologického personalizmu je tedy lidské embryo od svého počátku osobou. Člověk je individuální podstatou s rozumovou přirozeností (Marenbon, J., 2003, s. 71).

Argument nedělitelnosti lidského embrya jako nositele dignity náležící lidské osobě naráží na skutečnost dělitelnosti zárodku v preembryonálním období, který se snižuje s postupnou diferenciací buněk (Dudek, R., W., 2005, s. 14-17). Rozdělení vyvíjejícího se lidského zárodku v preembryonální a dokonce i v časném embryonálním stádiu je podstatou vzniku monozygotických dvojčat (Blickstein, I., 2005, s. 158).

Konzervativní stanovisko definuje lidské embryo jako unikátní komplexní genetickou entitu, jejíž schopnost autonomního vývoje vyplývá ze specifického genomu (Toit, D., 1993, el. zdroj 15). Touto vlastností je nadáno a nemůže ji získat v průběhu dalšího ontogenetického vývoje.

Podobnou vlastností však disponují i totipotentní kmenové buňky, které mohou být základem nové bytosti, jsou-li implantovány do jádra zbaveného

oocyty (Klotzko, A. J., 2001, s. 121). Konzervativní stanovisko přiznává lidskému embryu stejná práva, jako jiným osobám, zejména právo na život a tělesnou integritu (Donum Vitae, 2007, s. 4).

Genetická determinace lidské bytosti je nutným, nikoliv však jediným předpokladem vzniku lidské bytosti. Genomové změny, ať už se jedná o odchylky chromozomální či genové, vznikají při koncepci pravidelně. Často bývají příčinou abortivního vývoje těhotenství či vývoje vrozených vad. Mohou zapříčinit vážné poruchy zdraví, nikoliv však popření náležitosti individua k lidskému druhu. Lidská bytost je tedy kromě genetického určení nadána i dalšími specifickými vlastnostmi.

Představitel konzervativního stanoviska Noonan analyzuje ve vztahu k determinaci lidské bytosti viabilitu, smyslové vnímání a sebeuvědomění, rozhodování a sociální viditelnost. Dokládá, že žádná z těchto uvedených charakteristik statut osoby sama o sobě neurčuje a tedy ani nevylučuje (Noonan, J., T., 1970, s. 51-9).

Viabilita je relativním pojmem, který odráží stupeň závislosti na mateřském organizmu, či technickém zajištění. Závislost subjektu plodu není ukončena vlastním porodem. Dítě je i nadále absolutně závislé na péči jiné osoby. Hranici mezi závislostí a nezávislostí nelze přesně určit. Podle teorie evoluční biologie lidského porodu je míra „nezralosti“ a faktické závislosti novorozence přímo úměrná velikosti mozku novorozence, a nepřímo úměrná délce gestace (Trewathan, W., 1987, s. 16).

Další kategorií zkoumanou Noonanem ve vztahu k dignitě lidského plodu je zkušenost nabytá smyslovým vnímáním a sebeuvědomění. Je statut osoby determinován právě pamětí? Může být určující právě vlastnost smyslového vnímání a ukládání informací do paměti? Reakce embrya na dotek byla prokázána v osmém gestačním týdnu, vnímání bolesti se předpokládá mezi 28-30 týdnem gestace (Ford, N. M., 2002, s. 155).

Absence paměti však podle Noonana není relevantní ve vztahu k determinaci lidské osoby. Dospělý člověk, který pozbyl dlouhodobou paměť,

ztrátou vzpomínek nepřestává být lidskou bytostí. Tento argument je vyjádřením skutečnosti, že jednou nabytou dignitu, nemůže lidská bytost pozbyt.

Podobně je tomu i v kategorii sociální viditelnosti. Fetus sice není vnímán společností jako člověk, neboť není schopen komunikovat s ostatními členy společnosti. Vyloučení plodu z lidské společnosti znamená jeho vyloučení z humanity člověka (Noonan, J., T., 1970, s. 51-5).

3.2. Argument potenciality

Argument potenciality v kombinaci s argumentem lidského druhu představují klasický katolický pohled na dignitu plodu. Momentem oplození vzniká nová lidská bytost. Úplná genetická informace zygoty je potenciálem vzniku člověka. Podle Finnisse každý z nás může postupovat zpět až k počátku své existence. „Můj počátek je i mým koncem.“ (Finnis, J., 1973, s. 7-45).

Linie vývoje člověka je kontinuální, zygota, embryo, fetus, novorozenec. Je-li zygota geneticky plně vybavený jedinec, musí mít i úplná lidská práva, lidský fetus pak musí mít stejná práva jako novorozenec (Finnis, J., 1973, s. 7-45).

Finnis nevidí důvod, proč odkládat právní atributy do postnatálního období. Kritika argumentu potenciálního je vedena zejména otázkou, proč právě lidská zygota má potenciál vzniku lidské bytosti. Vždyť pohlavní buňky, spermie a oocyty a v epoše klonování i kmenové či dokonce somatické buňky mají podobný potenciál. Teoretický potenciál pro vznik nové bytosti má genom pouze za určitých podmínek umožňujících jeho řízenou replikaci. Koncepce tedy není determinována pouze vznikem buňky s úplným genomem, ale zejména podmínkami nutnými pro jeho naplnění. Vznik nové bytosti není determinován pouhým momentem oplození, ale podobně jako její konec, jde o složitý a časově rozložený proces (Williams, G., 1994, s. 71).

Dalším významným prvkem kritiky je fakt, že by zygota, embryo a fetus, ač mají pouze potenciál stát se novou lidskou bytostí, požívala úplná lidská práva. Práva slouží k ochraně lidské svobody. Embryo však žádnou svobodu nemůže

mít, neboť nedisponuje mentální kapacitou k jejímu vykonávání. Nelogickým se jeví přiznat skutečná práva na základě potenciálního předpokladu tato práva užívat (Benn, S., 1973, s. 143).

Ač zní tyto kritické argumenty logicky, zastánci argumentu potenciality je řeší následovně: argument potenciality je postaven na normativním předpokladu, že bytost, která je potenciální osobou, musí mít shodná práva jako osoba faktická. Takový předpoklad je však logicky chybný (Steinbock, B., 1996, s. 59).

Fakt, že fetus je potenciálně skutečnou osobou nemůže být základem pro stanovení jeho práv, ale pro stanovení povinností, která k němu máme (Feinberg, J., 1994, s. 47-9).

Samotný potenciál fetu stát se lidskou bytostí nemůže zavazovat ostatní členy společnosti ke specifickým postojům vůči němu. Hodnota fetu spočívá v hodnotě lidské bytosti, jejíž potenciál plod obsahuje. Existence nějaké hodnoty sama o sobě nepředstavuje právo na ni. Námitka ztrácí význam, je-li mimo právo a povinnost (Singer, P., 1993, s. 169-179).

3.3. Sociální stanovisko a osobnostní argument

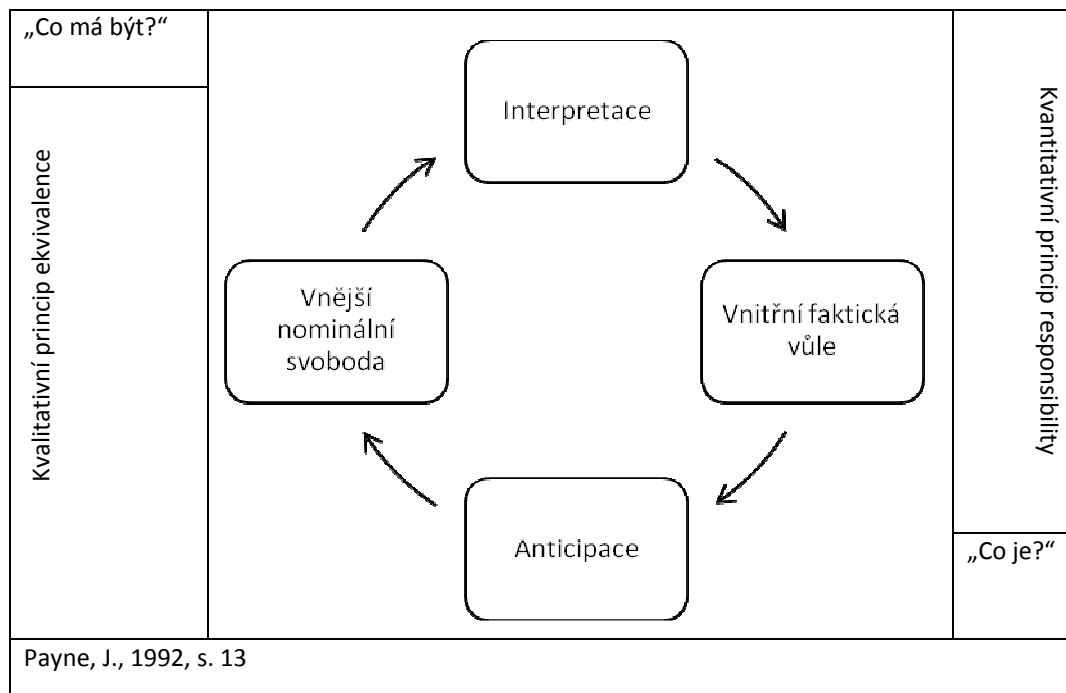
Morální status fetu je dán jeho náležitostí ke společnosti lidí. K pochopení problému je třeba stanovit, za jakých podmínek je fetus členem společnosti, či nikoliv. Není-li členem morální společnosti, nemá žádná občanská práva (Waren, M. A., 1997, s. 298).

Lidskou bytost můžeme chápat ve smyslu genetickém a morálním. Noonan používá argument „sociální viditelnosti“ fetu. Není-li fetus přijat společností, není ani lidskou bytostí (Noonan, J., T., 1970, s. 51-5). Člen společnosti je nadán úplnými a rovnými právy. Tato skutečnost je činí osobou. Zodpovědět otázku, zda náleží lidskému plodu občanská práva, znamená zodpovědět, zda je fetus lidskou bytostí - osobou. Prokázat, že fetus je lidskou bytostí v pravém slova smyslu je obtížné, pravdivost tvrzení, že všechny lidské bytosti mají shodná a nezadatelná morální práva je analyticky průkazné (Waren, M. A., 1997, s. 298).

Morální společenství je společenství osob, které jsou definovány vědomím, racionalitou, schopností komunikovat, vyjádřit své zájmy, tedy autonomií. Autonomie (z řeckého autonomos, řídící se vlastními zákony) znamená svébytnost, samostatnost v širším slova smyslu. Tu však fetus nemá. Sociální stanovisko morálního statutu plodu rozlišuje „lidství“ (humanity) a „osobnost“ (personhood), tedy sociální a také spirituální charakter lidské osobnosti. Schopnost lidské bytosti uvědomit si svou náležitost k morální společnosti lidí je činí osobností. Lidská bytost je jednak člověkem, živočišným druhem Homo sapiens, který je geneticky determinován, zároveň osobou a členem společnosti, které náleží lidská práva, jež jsou jí touto společností přisouzena.

Specifickou vlastností mentálních vlastností člověka je jeho spontaneita. Lidská mysl ve své nepředvídatelnosti vytváří nové na pozadí starého. Tím je dán základ dignity člověka, který je touto schopností nadán. Dignitu člověka lze vysvětlit na základě principu polaritity lidské osobnosti. Je dána jednak faktickou vůlí podmíněnou biologickými předpoklady, dále pak nominální svobodou, která je mu přisouzena společností. Tak dochází k průniku principu ekvivalence, který vyjadřuje vnější nominální svobodu, danou tím, že ji deklarují všichni lidé a současně společnost jako celek, dále pak principu responsibility, vyjadřující zodpovědnost za vše, co si člověk v rámci své svobody zvolí (Payne, J., 1992, s. 5 – 13).

Tabulka 1 - Polární charakter osoby



Osobnostní argument morálního statutu fetu má zvláštní důsledky, zejména morální přípustnost infanticidy nechtěných dětí. Existuje přirozeně celá řada argumentů proti infanticidě na základě utilitaristických motivací, praktická aplikace uvedeného principu však staví lidský plod mimo lidskou společnost a nepřiznává mu žádná práva. Osoba je zodpovědným nositelem práv a povinností. Děti však nejsou osobami v pravém slova smyslu. Jsou více entitami danými sociálními vztahy (matka – dítě, rodina – dítě), než osobami (Engelhardt, H. T., 1980, s. 81-91).

Absence základních lidských práv včetně práva na život tak může být východiskem morální únosnosti infanticidy nechtěných dětí. Je-li kvalita osobnosti determinována pouze náležitostí k lidské společnosti, má plod in utero stejnou dignitu jako novorozenec až do okamžiku, kdy je společností přijat za svého člena.

3.4. Stanovisko z pohledu zájmů a argument vědomí

Stanovisko z pohledu zájmů vychází z předpokladu, že dignita člověka je dána předpokladem jeho zájmů. Mít dignitu osoby znamená být bytostí, jejíž zájmy musí ostatní brát v úvahu z mravního hlediska. Schopnost vyjádřit své osobní zájmy je dána schopností vnímat (Steinbock, B., 1996, s. 14-20).

Schopnost vnímat sebe sama je základem vlastnosti sebeuvědomování. Toho je dosaženo tehdy, je-li si osoba vědoma, že si je někdo vědom jí. Sebeuvědomování je však i předpokladem sebezpozorování vlastních akcí, sebezpozorování, sebezpoznání a sebezpoznávání (Koukolík, F., 2005, s. 13-14). Sebeuvědomování je předpokladem uvědomování si vlastních zájmů.

Mít zájem znamená, pociťovat, že je něco/někdo v sázce, mít o něco/někoho obavy (Scott, R., 2002, s. 34).

Insuficientní vnímání a chápání vlastních zájmů znamená, že fetus může mít pouze minimální dignitu. Lze rozlišit dva typy zájmů. První z nich, objektivní zájmy, zahrnují jsoucna podporující dobro bytosti. Jsou tedy v jeho zájmu. Druhé zájmy, subjektivní, jsou ta jsoucna, která bytost hledá a užívá jako zájem sám o sobě. Vnímající plod má objektivní, nikoliv však subjektivní zájmy. Nemůže projevit předmět jeho zájmu, ač je nepochybné, že je schopen vnímat libé a nelibé vjemy mimo organismus matky. Za předpokladu, že život sám je v jeho zájmu, následuje argument, že na něj má právo, bez ohledu na to zda je schopen tento zájem vyjádřit (Steinbock, B., 1996, s. 14-20).

Locke přisuzuje člověku lidská práva v okamžiku jeho narození (Locke, J., 1965, s. 179).

Tooley argumentuje, že bytost má právo na život za předpokladu, že je sebezurčující, to znamená, že vnímá sebe sama jako pokračující subjekt zkušenosti a dalších mentálních stavů a věří, že je pokračující entitou. Bytost, chápající sebe sama jako zvláštní entitu existující v čase je osobou. Znamená-li právo na život pokračovat v existenci, potom zájem na tomto právu je i zájmem na pokračování existence v čase jako zvláštní entita. Pouze osoby mají právo na život (Tooley, M., 1986, s. 57-85).

Pokračování existence lidského plodu v čase je nezbytným předpokladem vývoje, porodu a uvědomění si sama sebe. Pokračování existence je tedy nepochybně v zájmu plodu i v podmínkách neschopnosti tento zájem vyjádřit. Předpoklad však neplatí u plodů těžce poškozených, kdy jejich onemocnění znamená nepříjemnou míru strádání a utrpení v průběhu jejich postnatálního života.

Umístěním plodu uvnitř mateřského organismu představuje specifickou situaci. Plodu vzniká velmi slabé právo na pokračování existence, která je podmíněna setrváním v děloze. Plod má tedy velmi slabé právo na setrvání v děloze. Jeho právo je odvozeno ze současného kulturního vzorce, který plod za osobu nepokládá. Tuto skutečnost však nelze odvodit ze substantiálních vlastností plodu.

S problematikou vnímání a vědomí vlastních zájmů souvisí i hledisko percepce, zejména pak schopnosti vnímat libé a nelibé vjemy. Ultrasonografie lidského plodu přinesla důkazy o schopnosti plodu vnímat a reagovat na podněty, které přicházejí nejen z mateřského organismu, ale i z širšího zevního prostředí (White, M. C., 2004, s. 205-20).

Schopnost percepce bolesti je z tohoto pohledu jednou z daností lidské bytosti. Studie testující vnímání bolesti u plodu v děloze dospěly k závěru, že plod pravděpodobně vnímá bolest od 26. týdne gravidity a možná již od 20. Týdne (Glover, V., 1999, s. 881-6).

Argumentace řešící dignitu plodu z pohledu jeho předpokládaných zájmů je široce spjata s viabilitou. Předpokládané zájmy plodu a tudíž i praktické důsledky v oblasti konfliktu mezi principem autonomie těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu se též odvíjí od jeho viability. V období plné viability existuje slabé právo plodu na život a tedy i na porod císařským řezem, je-li v jeho zájmu. Argument je totožný s právem na setrvání v děloze a pokračování jeho existence v čase, tedy specifický kulturní vzorec se sociálním určením dignity a předpokládaného zájmu plodu in utero. Sociální určení dignity je současně důvodem pro právo plodu na porod císařským řezem, který je v jeho zájmu, je-li tento zájem totožný se zájmem matky. Je tak naplňován princip

zodpovědnosti těhotné ženy nikoliv vůči plodu, nýbrž vůči budoucímu dítěti (LaFollette, H., 2002, s. 41).

3.5. Gradualistický přístup

Osobnost je podle ontologického funkcionalismu určena specifickými atributy: vědomím, sebeuvědomováním, schopností komunikace a racionalitou. Výsledkem je svobodná vůle, díky které jedinci ostatní příslušníci společnosti deklarují nominální svobodu vyjádřenou nárokem na lidská práva. Fetus uvedené atributy nesplňuje, a tudíž není osobou. Jeho dignita nedosahuje nikdy dignity osoby. Gradualistický přístup předpokládá, že nárok jedince na lidská práva včetně práva na život a svobodu se stává v průběhu ontogenetického vývoje postupně stále silnějším, vyžadujícím stále významnější a významnější důvod, aby byla tato práva odmítnuta, a to až do chvíle dosažení plné dignity. (Feinberg, J., 1995, s. 47-9).

Gradualistický přístup je tedy odstupňovaným vyjádřením principu potenciálního. Vychází z faktu, že vznikem zygoty vzniká objekt mající různý a postupně narůstající potenciál stát se lidskou bytostí. Se zralostí plodu dochází i k upevňování a narůstání jeho dignity a práva na život. Ten je mu přisouzen ostatními členy společnosti na principu ekvivalence. Fetální vývoj je považován za lineárně rovnoměrný proces, stejně jako dignita plodu. Na linii vývoje lze najít body, které ovlivňují naše vnímání dignity plodu. Morálně relevantní body skokově zvyšují morální hodnotu plodu. Morální relevance těchto bodů je však určena sociálně, nikoliv fyziologicky. Nelze tedy určit žádný bod ve vývoji embrya či fetu, který by znamenal jednoznačné nabytí dignity člověka s atributy osoby.

Gradualistický princip je v souladu s postupně narůstající pravděpodobností, že produkt koncepce dospěje až do stádia porodu. Pro lidskou reprodukci je typický vysoký podíl spontánních těhotenských ztrát. Pravděpodobnost samovolné těhotenské ztráty je přibližně 12-15% všech diagnostikovaných gravidit. Pravděpodobnost ztráty těhotenství je nejvyšší u

právě vzniklé zygoty, kdy představuje přibližně 30% a postupně klesá s čtvercem času uběhnutším od fertilizace. Přibližně 8% všech těhotenských ztrát nastává ještě před klinickou manifestací gravidity. Podíl geneticky abnormálních gravidit tvoří v množině těhotenských ztrát 73% případů (Ellison, P. T., 2001, s. 15 - 24).

Významným milníkem vývoje embrya je dosažení stavu individuality, vyloučení možnosti, že zygota bude základem pro více než jednoho jedince. K tomu dochází právě 14. den po fertilizaci. Až do té doby může nastat separace embrya a vznik monozygotických dvojčat. Časnou separací do 72 hodin po fertilizaci vznikají biamniální a bichoriální dvojčata. Časná separace je základem vzniku 18-36% monozygotických dvojčat. Nejčastější je pozdní separace, 60-70% monozygotických dvojčat. Nastává v intervalu 72 hodin až 8 dnů po fertilizaci. Výsledkem jsou monochoriální a biamniální dvojčata. Pouze 1% monozygotických dvojčat vzniká separací mezi 8-12 dnem po fertilizaci. Dvojčata jsou monochoriální a monoamniální. Nejvzácnější je případ separace mezi 12-13. dnem po fertilizaci, na základě kterého vznikají srostlice (tzv. Siamská dvojčata). Ke komplikaci dochází s četností 1 případ na 40 000 porodů (Blickstein, I., 2005, s. 95).

Předpokladem pro dosažení svobodné vůle jako dominantního a určujícího atributu osoby je fyziologický vývoj centrální nervové soustavy. V tomto smyslu je významným bodem vývoje vznik neurální lišty ve 3 týdnu vývoje. Vytvoření předního, středního, zadního mozku a míchy s uzávěrem neurální trubice 30. den předchází vývoji mozkové kůry 30-52. den vývoje. Již v tomto období lze prokázat vývoj synapsí, který však nabývá vrcholu 7. měsíc prenatálního, stupňuje se do 18. měsíce postnatálního vývoje a trvá, jako fyziologický předpoklad paměti po celý život člověka (Koukolík, F., 2005, s. 17).

Období rozvoje a integrace všech struktur centrálního nervového systému se nazývá „retrogresivní diferenciací“ trvající od 46. dne gestace do porodu. V tomto složitém a komplexním procesu jmenujme tři významné okamžiky: pravidelná elektrická aktivita mozkové kůry v 10. týdnu gestace, koordinace neuromuskulárních reflexů a zvýšená schopnost reagovat na zevní podněty v 8. týdnu gravidity. Elektrickou aktivitu centrální nervové soustavy lze detekovat již

v 7. týdnu gestace, je výsledkem činnosti mozkového kmene. Korová elektroencefalograficky měřitelná aktivita je prokazatelná ve 20. týdnu, synchronická aktivita se objevuje ve 26. Týdnu, rytmus bdění a spánku lze prokázat ve 30. týdnu (Koukolík, F., 2005, s. 94).

Hodnocení dignity plodu na základě jeho fyziologických projevů, zejména pak projevů funkce centrální nervové soustavy je základem pro postoj Petera Singera, který tvrdí, že lidský fetus nemá vyšší morální hodnotu než život jiných organismů se srovnatelným stupněm vědomí, a schopnosti cítit. Samotný potenciál embrya dosáhnout autonomie není z tohoto pohledu dostačující k proklamaci práva embrya na život. Fetus není osobou, ale produktem dvou osob. Osobou se stává až po porodu, po naplnění všech atributů osoby (vědomí, sebeuvědomování, schopnost komunikace a racionalita) požívající plné právní ochrany. Mentální život je úměrný stupni vývoje plodu, s čímž souvisí i schopnost vnímat utrpení tak, jak je běžné u dospělých savců (Singer, P., 1993, s. 169-174).

Z praktického hlediska je významným milníkem ve vývoji plodu dosažení viability a vlastní porod. Hranice viability představuje stav, kdy je plod schopný autonomního života nezávisle na organismu matky. Zatímco previability plod je fyziologicky zcela závislý na mateřském organismu, viability plod je schopen přežít samostatně. Pravděpodobnost tohoto přežití je nepřímo úměrná nezralosti plodu. Nezralost systémů organismu plodu/novorozence je kauzálně spojen s příčinami specifické morbidit a mortality. Limitující je zejména nezralost plic související s absencí plicního surfaktantu, zvyšujícího plicní elasticitu, která je podmínkou pro spontánní ventilaci do určité míry i umělou ventilaci. Třebaže je tento fakt terapeuticky ovlivnitelný aplikací plicního surfaktantu ve formě aerosolu, je stále stupeň zralosti plicní tkáně limitem viability plodu. Nezralost plic se manifestuje jako syndrom dechové tísně novorozence. K dalším primárním poruchám, které jsou způsobeny funkční nezralostí novorozence, patří perzistující fetální oběh, nezralost gastrointestinálního traktu hrozící neprůchodností střev s rizikem perforace a zánětu pobřišnice a mnohočetná orgánová dysfunkce. Mezi sekundární poruchy se řadí chronická plicní dysfunkce, syndrom „air-leak“ (pneumomediastinum, pneumoperikard, pneumothorax v průběhu arteficiální

ventilace), dále poruchy růstu, hypertenze, hyperglykemie, porucha funkce ledvin, elektrolytová dysbalance, osteopenie, cholestáza, anemie a bakteriální seps (McMillan, J. A., 2006, s. 220 – 235).

Nezralý plod mimo dělohu se stává novorozencem, který je závislý na technologické a sociální podpoře. Viabilitu plodu lze tedy chápat ve dvou významech. Prvním je nezávislost plodu na mateřském organismu umožněná pouze za cenu substituce technologickou závislostí (závislostí na přístrojové technice). Druhou je faktická nezávislost, kdy je novorozenec schopen samostatného života mimo mateřský organismus i bez technické podpory. Technologický rozvoj neustále posouvá gestačního stáří viability do nižšího gestačního stáří. To ovlivňuje i morální význam rozdílu mezi technologicky závislým a nezávislým plodem.

Viabilita nezralého plodu se zvyšuje s gestačním stářím a s aplikací intenzivní neonatologické péče, poskytované ve specializovaných perinatologických centrech. Plod porozený ve 22. týdnu gravidity přežívá v 10%, ve 23. týdnu v 53%, ve 24. týdnu v 67%, ve 25. týdnu v 82% a ve 26. týdnu v 85%. Riziko perinatálního úmrtí extrémně nezralého novorozence snižují následující opatření: antenatální aplikace tokolytik a kortikosteroidů, podání surfaktantu během prvních dvou hodin po porodu a porod ve specializovaném perinatologickém centru (Marsal, K., 2009, s. 2225 – 2233).

Dignitu plodu ovlivňuje jeho teoretická nezávislost, která je dána dostupností a vývojem technologií, umožňujících nahradit fyziologickou nezávislost nezávislostí technologickou.

Výzkum arteficiální dělohy připouští možnost vývoje plodu zcela mimo mateřský organismus. Proces vývoje lidského plodu nezávisle na mateřském organismu se nazývá ectogenesis. Úplné oddělení znamená vývoj od oplození po dosažení viability, parciální ectogeneze naproti tomu vývoj embrya či plodu po omezenou dobu. Princip parciální ectogeneze je již hojně uplatňován v technologii mimotělního oplození a ve svém důsledku i v neonatální péči o extrémně nezralé novorozence. Možnost úplné ectogeneze otevírá celou řadu etických otázek.

Závislost fyziologická (závislost na mateřském organizmu) by v takovém případě byla zcela nahrazena závislostí technologickou. Hodnocení závislosti plodu na mateřském organizmu by pro morální statut pozbylo smysl. Zahájení plicní ventilace by však i v případě úplné ectogeneze znamenalo skokovou změnu kvality. Kontroverzní se jeví i možnost náhrady potratů vývojem nechtěného plodu v arteficiální děloze. Naráží na nesouhlas s arteficialitou obecně, podobně jako je tomu u námitek s technologiemi mimotělního oplození, zejména však nesouhlas s eliminací potřeby mateřského organizmu pro vývoj plodu jako předpoklad vzniku sociálního vztahu matka – dítě, rodina – dítě (Kaczor, C. R., 2005, s. 105 – 123).

Experimenty ve fázi výzkumu na živočišném modelu i experiment s lidským embryem směřující k vývoji umělé dělohy proběhly v Laboratoři pro endokrinologii a reprodukci v Cornellově univerzitním centru pro reprodukční medicínu a infertilitu na Manhattanu (Reynolds, G., 2005, s. 72 – 80).

V současné době však nutno vnímat viabilitu plodu jako jeden z významných argumentů pro určení dignity plodu mající velký význam pro klinickou praxi. Lidská společnost přisuzuje viabilnímu plodu vyšší hodnotu než plodu previabilnímu. Stupeň legální ochrany je určen právě předpokládanou viabilitou plodu. Po jejím dosažení není již možné ukončit těhotenství na žádost ženy a dokonce ani z eugenických důvodů. Ohrožuje-li vlastní těhotenství bezprostředně život ženy po dosažení hranice viability, je možné těhotenství ukončit cestou indukce předčasného porodu. Viabilní plod mimo organizmus matky se stává plnoprávnou osobou, je to dáno právě a pouze uznáním ostatních členů společnosti. Porod sám je ve vývoji nápadným a viditelným bodem. Tato viditelnost zvyšuje dignitu novorozence. Pro člověka je přijatelnější destrukce fetu, který nikdy nespátřil, neslyšel a nechoval. Samotný moment porodu však není eticky relevantní, lidský novorozenec je velmi nezralý a funkce jeho organizmu včetně funkcí centrální nervové soustavy se vyvíjejí i v postnatálním období (Singer, P., 1993, s. 138).

Naopak v prenatalním období jsou patrné některé funkce centrální nervové soustavy důležité pro určení morální hodnoty. Vědomí ve smyslu bdělosti je

průkazné v průběhu prenatálního vývoje od chvíle, kdy se střídá stav bdělosti a spánku včetně REM fáze, která dokonce u lidského plodu převažuje. Lze tedy předpokládat, že plod má sny, které patrně obsahují zkušenosti z bezprostředního smyslového prostředí (Koukolík, F., 2005, s. 241).

Novorozenci je však přiznána dignita typická pro osobu uznání ostatních členů společnosti jakkoliv je nezralý a technologicky závislý a v tomto smyslu je mu poskytnuta specializovaná péče.

Porod jako přirozený předěl ve vývoji plodu a kvalitativní skok od plodu k novorozenci je dán dvěma důležitými atributy. Prvním je přechod od fetálního krevního oběhu k postnatálnímu krevnímu oběhu, druhým pak psychomotorický vývoj podmíněný interakcí jedince se zevním prostředím, jehož podkladem je dramatická tvorba neuronálních synapsí.

Určujícím pro stanovení dignity lidského plodu je určení povahy jeho bytí. Zda vzniká primárně jako osoba, či se jí stává v průběhu prenatálního vývoje, při porodu či po něm nelze v současné době empiricky dokázat. Důkaz lze stanovit pouze filosofickou metodou. Dignita osoby je výslednicí průniku principu ekvivalence vyjádřenému vnější nominální svobodou a principem responsibility – zodpovědnosti za svobodné konání. Těchto atributů lidský plod dosahuje v průběhu prenatálního a postnatálního vývoje. Jeho dignita je dána potenciálem atributů osoby dosáhnout a vývojová stádia včetně nitroděložní etapy vývoje jsou podmínkou tohoto procesu. Hodnota lidského plodu má také sociální charakter. Pro morální společnost představuje lidský plod objekt vysoké hodnoty, která zavazuje všechny své členy k povinnostem, které z vnitřní hodnoty plodu vyplývají. Z uvedeného vyplývá, že ač je dignita plodu vysoká a blíží se absolutní hodnotě lidské osoby, nemůže převážít dignitu skutečné osoby, kterou je subjekt těhotné ženy.

4. Etický konflikt jako myšlenkový experiment

Není-li lidský plod osobou, neexistuje ani etické dilema mezi principem autonomie těhotné ženy a principem spravedlnosti vůči lidskému plodu. Dilema, které lze charakterizovat obecně skutečností, že bude řešeno různě v různých situacích, se dotýká pouze bytostí s úplnou dignitou. Téměř absolutní dignita lidského plodu nás inspiruje k realizaci myšlenkového experimentu dilematu mezi principem autonomie těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu. Budeme tedy uvažovat tak, jako by nejen subjekt těhotné, ale i subjekt lidského plodu disponoval absolutní dignitou. Pokusíme se toto hypotetické dilema prozkoumat metodou analýzy morálních povinností matky vůči plodu a její autonomie.

Přisoudíme-li lidskému plodu dignitu totožnou s dignitou těhotné ženy je třeba určit subjekt, který bude za neautonomní subjekt plodu rozhodovat ve smyslu „surrogate decision maker“ (Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 2001, s. 99-104). Plod, který ze své podstaty není schopen učinit rozhodnutí, musí být zastupován náhradní osobou. Tímto subjektem je kompetentní těhotná žena nadána absolutní dignitou a s ní související autonomií. Tak se vracíme zpět k subjektu těhotné ženy a jejího svobodného rozhodnutí jako určující veličiny v procesu přijetí či odmítnutí péče v zájmu plodu. Jediným limitujícím faktorem se opět jeví její kompetence.

Lidská reprodukce je podmíněna nitroděložním vývojem plodu. Nitroděložní embryonální a fetální vývoj je možný pouze uvnitř mateřského organismu. Tato skutečnost představuje unikátní situaci existence subjektu plodu uvnitř subjektu matky a je podstatou jejich vzájemného vztahu. Ač je ve většině případů obvyklý jejich společný zájem, existují i situace, kdy tomu tak není.

Vznikají klinické situace představující etické dilema mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti týkajícím se zájmu plodu. První z nich je umělé ukončení těhotenství vyjadřující odmítnutí těhotenství jako takového. Další vzniká, odmítne-li matka doporučený lékařský

zákrok, který je lékařem doporučen a vyhodnocen jako opatření v zájmu plodu. Typickým je odmítnutí operačního vedení porodu císařským řezem, nebo porodnickými kleštěmi (Mahowald, M., B., 1992, s. 738-44).

Odmítnutím operace matkou, zejména v podmínkách akutně vzniklých komplikací porodu ohrožujících zdraví a život plodu vzniká dilema lékaře a specifický bioetický problém, stejně jako v případě odmítnutí dalších diagnostických a terapeutických zákroků indikovaných v zájmu plodu. Odmítnutí kardiografického monitorování plodu v průběhu porodu znamená vyšší riziko intrapartální hypoxie plodu či mrtvorozenosti, odmítnutí prenatalního screeningu vrozených vývojových vad znamená vyšší riziko porodu malformovaného plodu. Odmítá-li těhotná žena diagnostické a terapeutické zákroky indikované lékařem v zájmu plodu, je toto odmítnutí potenciálním faktorem negativního ovlivnění zdraví plodu, ač nemusí nastat nezbytně.

Konflikt mezi principem autonomie těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu představuje i rizikové chování těhotné ženy, které může svými důsledky ohrozit zdravý vývoj plodu. Sem patří nesprávná životospráva, užívání návykových látek, absence odborného dozoru nad průběhem těhotenství. Zdravý průběh těhotenství a porodu je předpokladem reprodukčního i obecného zdraví a má tedy nezpochybnitelnou hodnotu. Matka i plod zasluhují zvláštní péči a ochranu. Teoretická existence práva člověka posléze narozeného být dříve předmětem zvláštní péče uvnitř mateřského organismu předpokládá automaticky povinnost matky chovat se vždy v zájmu plodu včetně přijetí invazivních diagnostických a terapeutických opatření indikovaných v zájmu plodu.

Existuje však taková povinnost v morální rovině? Jestliže ano, kde jsou její limity? Rozhodne-li se žena donosit těhotenství do termínu porodu, vyplývají z této skutečnosti specifické morální povinnosti? Má fetus morální práva, která zavazují matku k morální zodpovědnosti za jeho zdravý vývoj a určují povinnost přijmout léčbu v zájmu plodu za jakýchkoliv okolností? Předmětem bádání je určení morálního vztahu matky a plodu. Klíčem k pochopení problému je analýza

morálních práv a povinností matky v průběhu těhotenství stejně jako zvažení dignity matky a fetu.

4.1. Praktické důsledky dignity plodu pro etický konflikt

Odmítnutí císařského řezu je závažným problémem klinické praxe. Význam a závažnost souvisí se stupněm vývoje plodu v souladu s gradualistickým principem. Předpoklad viability je podmínkou pro realizaci císařského řezu v zájmu plodu i za cenu zásahu do integrity mateřského organismu (Fleischman, A. R., 1998, s. 184 – 8).

V klinické praxi se velmi vzácně setkáváme se situací, kdy je nutné ukončit graviditu císařským řezem u previable plodu. Indikací je vždy vitální ohrožení matky. Nelze-li nahradit fyziologickou závislost závislostí technologickou, jedná se v podstatě o ukončení gravidity (interrupci) z vitální indikace matky technikou císařského řezu. Odmítnutí císařského řezu jako etický problém je zejména situací vztahující se k viabilnímu plodu.

Tabulka 2 – Morální statut plodu a etický konflikt

Morální statut plodu	Povinnost lékaře beneficence vůči plodu	Autonomie těhotné ženy
Žádný	Žádná	Určující
Narůstající s vývojem plodu (gradualistický princip)	Beneficence plodu > autonomie těhotné ženy	Potlačená
Úplný, nezávislý na stupni vývoje	Určující	Žádná
Viabilní plod = pacient	Beneficence plodu > autonomie těhotné ženy	Potlačená
(Fleischman, A. R., 1998, s. 184-8)		

4.2. Vztah etiky a práva

V legální rovině lze konstatovat, že neexistuje žádný zákon, který by ukládal lékařům povinnost žádat soud o rozhodnutí v případech, kdy žena odmítá léčbu v zájmu plodu, či je žádoucí, aby změnila negativní postoj vůči plodu. Je pouze věcí svědomí lékaře, zda takový postup zvolí. Pro pochopení této skutečnosti je třeba se zaměřit na vztah etiky v kontextu hypotetického dilematu.

Jaký je vztah mezi etikou a právem konfliktu mezi principem autonomie těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu. Právní systémy nepřiznávají fétu právní subjektivitu. Je tomu tak i v českém zákonodárství. Jakékoliv diagnostické či terapeutické zákroky na mateřském organizmu, které jsou indikovány v zájmu fétu, jsou možné pouze na základě informovaného konsensu. Podobně řeší otázku konfliktu mezi principem autonomie těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu všechny právní řády v Evropě a Spojených státech. Ačkoliv v průběhu 80. let proběhlo několik případů nucených invazivních porodnických výkonů v zájmu fétu ve Spojených státech a začátkem 90. let ve Velké Británii (Rodin, J., 1991, s. 99), (Bainham, A., 2002, s. 229-43) je v současné době legální statut plodu vyjasněn. Těhotná žena má právo z náboženských či jiných důvodů, nebo i bez těchto důvodů odmítnout lékařskou intervenci v zájmu plodu, neboť ten nemá právní subjektivitu. Absence právní subjektivity plodu sama o sobě nemůže zdůvodnit, proč je těhotná jako jediná oprávněna plodu vědomě uškodit.

Právní pohled na postavení fétu přináší specifickou kontroverzi. Po dosažení teoretické viability fétu, nemá matka právo na ukončení těhotenství (s výjimkou stavů vitálního ohrožení či letální vrozené vývojové vady), je však oprávněna odmítnout zdravotní péči, byť by vedla k poškození nebo smrti plodu a to až do momentu porodu (Seymour, J., 2000, s. 135). Toto legální řešení vychází ze skutečnosti, že léčba, zasahující do oblasti zájmů a práv na sebeurčení a zachování tělesné integrity nemůže být podmíněna povinností tuto léčbu přijmout, byť je to v zájmu fétu. Těhotná žena má legální právo na sebeurčení a tělesnou integritu i za cenu poškození nebo smrti plodu. Dilema mezi principem autonomie

těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu lze chápat jako otázku vztahu mezi povinnostmi a právy v morální rovině (Scott, R., 2002, s. 61).

Naším úkolem je určit, zda je eticky přijatelné vyjádřit právo na sebeurčení i proti zájmu plodu. Předpokládám, že se bude etická přijatelnost rozhodnutí těhotné ženy lišit v různých klinických a sociálních situacích. Je třeba zodpovědět, zda má těhotná žena rozumný důvod takové rozhodnutí učinit, jinými slovy analyzovat a pochopit její motivaci k odmítnutí léčby.

Dilema mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu je možné řešit porovnáním dignity těhotné ženy a dignity plodu. Existují-li morální povinnosti vůči plodu, vyplývají z jeho hodnoty, kterou mu přisuzuje lidská společnost.

4.3. Autonomie, právo a povinnost

Idea a hodnota autonomie je určující pro etické i legální podmínky poskytování zdravotní péče stejně jako respekt k zájmům pacienta. Základ těchto principů definovali již stoikové. V primárně politickém kontextu definovali požadavky na nezávislé legislativní a samosprávné autority pro řízení občanské společnosti. Položili základ etického chování na principu racionality a svobody jako produktů lidské mysli (Miller, F. D., 2003, s. 1-29).

Pojem autonomie je odvozen z řeckého *autos* – sám, *nomos* – zákony, tedy „řídící se vlastními zákony“. Autonomní jedinec je schopen stanovit vlastní pravidla jednání. Schopnost stanovit nejen praktická pravidla jednání, ale odvodit i teoretická pravidla je výrazem racionality člověka. Immanuel Kant autonomii definuje jako projev racionality lidské bytosti, jež je klíčovým základem jeho morální teorie. Pro Kanta má zvláštní význam, že autonomie je univerzální. Mravní autorita není dána zvnějšku, ale vychází z člověka. Sebeurčující autoritou je praktický rozum, který formuluje mravní zákony, platící nepodmíněně. Takovým zákonem je kategorický imperativ. Jednej tak, aby se zákony tvého jednání mohly stát principem všeobecného zákonodárství. Kategorický imperativ je dán sám sebou, není třeba ho dokazovat, mluvíme o mravní apriori. Mravní

zákon se projevuje také jako povinnost. Ta podle Kanta rozhoduje o morálně dobrém, které musí být vždy ve shodě s povinností. Klíčovým pravidlem je fakt, že si tuto povinnost stanovuje každý sám pro sebe. Naopak sklony a smyslové impulsy, stojí-li proti povinnosti, zapříčiňují jednání nemorální. Z čistě praktického hlediska je projevem autonomie svobodná vůle jako základní a univerzální vlastnost racionálně myslících bytostí. Vůle je tak vnitřně spjata s ideou volby a je definována jako opak toho, co je chápáno jako vrozené, přírodní a empirické. V Kantově pojetí je autonomie člověka zdrojem morální hodnoty jako takové a stává se sama hodnotou (Kant, I., 1990, s. 91).

Z biologického hlediska souvisí autonomie člověka chápána jako projev lidského vědomí s činností centrální nervové soustavy. Podle Edelmanovy a Tononiho teorie je projevem činnosti mozku, konkrétně neuronálních událostí mající dvě základní vlastnosti, integraci a diferenciaci (Koukolík, F., 2002, s. 273). Porucha fyziologické činnosti mozku znamená poruchy vědomí a omezení či úplnou ztrátu autonomie.

Současná literatura zpracovávající téma autonomie je velmi bohatá a ve výkladu pojmu autonomie rozličná. Podle současných teorií je autonomie spjata se svobodnou vůlí ve smyslu dělat to, co člověk v daný okamžik považuje za správné. Určující je však zodpovědnost, která z autonomie vyplývá. Člověk je schopen volby, rozezná-li pravdu a dobro. (Wolf, S. M., 1990, s. 23-30).

Dworkin přináší při hledání obsahu pojmu autonomie řadu významových jednotek: sebeurčení a suverenitu, svobodu volby, důstojnost, integritu, individualitu, nezávislost, zodpovědnost a sebepoznání. Autonomie musí splňovat požadavek logické konsistence a empirické pravděpodobnosti, ideologické neutrality a normativní a právní relevance. Osoba má schopnost určit, jaká jsou pro ni významná morální východiska, zdůvodnění a principy, podle kterých bude jednat. Za toto jednání nese osoba zodpovědnost. Ač se koncepce autonomie podle Kanta a Dworkina liší, společným rysem je uznání autonomie jako hodnoty samy o sobě (Dworkin, G., 1988, s. 3-20).

Význam autonomie je různě vykládán liberálními, komunitárními a feministickými teoriemi. Vycházejí z autonomie svědomí a svobody, které jsou základními mravními hodnotami. Morální je to, co vychází z čistého a upřímného přesvědčení. Určujícím je rozum a svoboda. Filosofickou otázkou jsou faktory, které tyto atributy orientují (O'Neill, O., 2002, s. 1-27).

Rozpor však existuje mezi zájmy jedince a zájmy společnosti. Podle moderních teorií lze zájmy jednotlivce realizovat až po vytvoření určitých společenských podmínek, které mohou znamenat zásah do individuálních zájmů jednotlivců. Rawlsova teorie spravedlnosti je založena na originálním statutu jednotlivce a přirozeném stavu rovnosti, stavu přírody v tradiční teorii společenské smlouvy. Podle Rawlsovy teorie se lidé rozhodují na principu spravedlnosti (Rawls, J., 1995, s. 21-23).

Pro určení kompetence učinit autonomní rozhodnutí lze použít metody výkladu lidského chování jako projevu osobní lidské vůle. Základním kritériem pro určení kompetence je schopnost racionality, tedy jednat podle předem zvolených principů směřujících k určitému osobnímu cíli (Payne, J., 2004, s. 405-7).

Svoboda jako praktické vyjádření autonomie je základem bioetiky i legislativy upravující zdravotní péči (Beauchamp, T. L. Childress, J. F., 2001, s. 57-77). Autonomie je určující v řešení otázek konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy i hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu (McCullough, L. B., 1993, s. 241-61).

Obecné principy práva analyzuje Hohfeld. Vztah mezi dvěma osobami je vždy bilaterální. Právo jedné osoby zakládá povinnosti pro druhé a zároveň pouze povinnost jedné osoby je určující pro vznik práva druhé osoby (Hoebel, E. A., 2006, s. 48).

Povolení, zákazy a příkazy lze nahradit pojmy právo a povinnost, které akcentují význam autonomie, jež je jádrem etiky. Pojem práv vychází zejména z Kantova pojetí hodnoty svobody. Toto pojetí má však nutně metafyzické předpoklady a postrádá jakékoliv empirické zakotvení. Ochranu svobody ve

společnosti zajišťují právě ona práva, která jsou promítnutím svobody do konkrétních okolností (Payne, J., 2005, s. 115-16).

Jaký je obsah tvrzení, že plod má nebo nemá právo na život, nebo že má žena právo na sebeurčení jako projev autonomie? Právo na život plodu je ve vzájemném vztahu s povinností matky ponechat jej žít. Existuje-li taková povinnost, může být pozitivní ve smyslu pomáhat plodu, či pouze negativní, znamenající neinterferovat s jeho zájmy.

Autonomie je projevem unikátní mysli člověka. Respekt k této autonomii vychází z obecných morálních principů. Respekt k autonomii jednotlivých členů společnosti je reciproční. Princip autonomie je jedním z určujících principů pro zkoumání vztahu mezi potenciální povinností matky vůči plodu a z ní plynoucích práv plodu.

5. Vztah těhotné ženy a plodu

Otázky etické přijatelnosti odmítnutí, vyžádání a uložení císařského řezu lze zodpovědět analýzou vzájemného vztahu těhotné ženy a plodu ve smyslu ideje zodpovědnosti, morálních povinností a z nich plynoucích práv. Lékař ovšem nemůže postupovat pouze na základě postojů a rozhodnutí těhotné ženy. Jeho přístup je určen profesionální mírou odborných znalostí a principem, jež ho zavazuje postupovat vždy v nejlepším zájmu pacientky (Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 2001, s. 165-175).

Princip přirozených práv vychází z faktu možnosti sebeurčení. Idea povinností předpokládá, že existují morální povinnosti, které vyplývají z vlastního těhotenství a jsou naplňovány prostřednictvím těla těhotné ženy. Tato rodičovská povinnost je závazná po narození. V kontextu myšlenkového experimentu, kdy jsme plodu přisoudili absolutní dignitu, stává se subjektem, k němuž se budou vztahovat specifická práva, stejně jako k subjektu těhotné ženy. Řešení dilematu vychází z analýzy těchto specifických povinností a základního lidského práva na sebeurčení. Právo na sebeurčení představuje zájem osoby naplnit v praxi osobní rozhodnutí. To obsahuje právo na osobní svobodu, rovnost, nezávislost, na libovolné náboženské přesvědčení a zabezpečení vlastního života a rodiny (Locke, J., 1965, s. 76-78).

Specifickým přirozeným právem, které zahrnuje život a zdraví, je právo na tělesnou integritu. Tělesná integrita je nehmotná hodnota, neoddělitelně spjata s každou lidskou bytostí. Je-li vědomí produktem činnosti centrální nervové soustavy (těla), je tělo nutně prostředkem uvědomování sebe sama. Zájem osoby na tělesné integritě vyjadřuje svobodné rozhodování o tom, co se stane s vlastním tělem (Meyers, D. W., 1990, s. 122-155).

Analýza konfliktu mezi principem autonomie těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu z pohledu ženy v pojetí práv a možných povinností znamená pohled na jeden problém ze dvou protilehlých stran.

První pohled hodnotí sílu práva a možnost ustoupit definované povinnosti. V tomto případě jde o imperfektní povinnost, která k sobě nemá komplementární právo. Taková povinnost však nemůže omezit práva kohokoliv jiného, jak je to například u náboženských povinností. Druhý pohled řeší, jak se vztahuje jakákoliv povinnost k právům, jež dotčená osoba má. Uvedenou strukturu problému je možno zdůvodnit následujícími argumenty. Nejedná se pouze o strukturaci a zjednodušení složité konceptuální problematiky, ale zejména o odvození faktu, že problém konfliktu je problém napětí mezi právy a povinnostmi těhotné ženy.

V praktické aplikaci jde o nalezení řetězce důvodů, které vedou od obecného imperativu až k samotnému skutku. To je totiž jediný způsob, jak skutek obhájit. Obhajoba spočívá v sepjetí s imperativem, kdy tento imperativ slouží jako argument. Řetězec musí být jednoznačný, neboť dvouznačnost argumentaci ruší. Etiku pak lze chápat jako systém sestávající z modelů sloužících různým principům, přičemž každý z modelů je vnitřně konzistentní. Mezi jednotlivými modely bude však pravidelně docházet ke konfliktům (Payne, J., 2005, s. 117-18).

Naléhavost morálních povinností a práv jejich vzájemný vztah a váha se mohou promítnout v konstrukci legálních práv i klinické praxi jako typický konceptuální vztah etiky a práva.

Pro námi zkoumané hypotetické dilema je určující porovnat argumenty specifických práv těhotné ženy, zejména jejího práva na sebeurčení ve vztahu k argumentům podporujících přirozené povinnosti, jimiž je zavázána vůči svému plodu.

5.1. Argumenty pro právo a sebeurčení

Pojmy sebeurčení a autonomie velmi těsně souvisí s diskusí o právech, povinnostech a charakteru subjektivních zájmů v oblasti konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu. Autonomie byla identifikována jako hodnota sama o sobě metodou filosofického poznání.

Autonomie vyjádřená schopností jednat podle předem stanovených principů, směřujících k určitému cíli (Payne, J., 2004, s. 405-7).

Joseph Raz definuje ideální osobní autonomii jako stav, kdy má jedinec kontrolu nad svým bytím cestou postupných rozhodnutí v průběhu života (Raz, J., 1988, s. 204).

Druhý velmi specifický význam autonomie je právo na sebeurčení v souvislostech, které se týkají lékařské péče. Zde se autonomie stává velmi osobní, neboť se dotýká a dovolává vlastního těla, ale zároveň i náboženského přesvědčení jednotlivce. Tento zájem na sebeurčení je velmi silný a osobní jednoznačně zasluhující ochranu. To je v souladu s argumentem, že je autonomie hodnotou, z níž vyplývají specifická práva, jež chrání a podporují aspekty autonomie a přispívají k tomu, že je autonomie vůbec možná a vymahatelná.

V kontextu lékařské péče je tak možné charakterizovat právo na sebeurčení jako právo odvozené z širší hodnoty autonomie. Tím se dostáváme k velmi osobnímu rozměru autonomie ženy v klinické situaci odmítnutí léčby v zájmu plodu. Léčba v zájmu plodu zde naráží na sebeurčení ženy, dotýkající se specifických náboženských nebo sekulárních názorů, postojů a hodnot v hledání smyslu života.

Třetí význam a smysl autonomie zahrnuje každodenní aktivitu a je úzce spjat s myšlenkou osobní svobody.

Rozlišení sebeurčení v osobním smyslu, které zasluhuje ochranu zákonem na straně jedné a každodenním chováním jednotlivce na straně druhé je problémem úsudku, kdy, pokud vůbec, by měla práva jednotlivce na sebeurčení ustoupit zájmům ostatních.

V našem bádání se zabýváme otázkou, kdy, pokud vůbec, mají práva *prima facie* těhotné ženy ustoupit zájmům plodu/budoucího dítěte. Uvedené dilema se dotýká vztahu mezi právy a povinnostmi těhotné ženy.

Následujícím úkolem je analýza porodnické péče a práv těhotné ženy na sebeurčení i specifické problémy, které respekt k těmto právům způsobuje.

Vodítkem je určení vztahu těhotné ženy a třetí strany k plodu v kontextu lékařské péče v rámci obecného chování a povinnostmi naplňovanými za cenu rizika reálného fyzického ohrožení.

5.1.1. Materno-fetální vztah

Existují-li specifické povinnosti, které ukládá sama gravidita těhotné ženě, lze je vyvodit ze vztahu mezi ní samou a jejím plodem. Existenci člověka tvoří vztahy s jinými subjekty, které dávají této existenci smysl. Podle Bubera pouhé poznávání subjektů nevede k vytváření vztahu s nimi, neboť ty mohou být pouze vzájemné. Autentickým světem vztahu je pouze svět Já-Ty, naproti tomu svět poznání je světem Já-Ono (Buber, M., 1926, s. 11-32).

Svět vztahu se vyskytuje ve třech formách, vztah s přírodou, druhými lidmi a absolutnem. Vztah s přírodou je charakteristický absencí verbální komunikace. Našimi nejbližšími subjekty jsou živočichové, jsou schopni nás vnímat, při pokusu o verbální komunikaci však vztah zaniká. Druhou sférou vztahu je vztah k druhým lidem. Je-li realizován na principu vzájemnosti, skutečném naplnění světa Já-Ty, jde o autentický vztah, který má charakter řeči. Poslední sférou je vztah se spirituálním absolutnem. Jde o vztah mimo řeč, ačkoliv z něj řeč také vzniká. Cítíme, že nás něco, nebo někdo oslovuje a my reagujeme na toto oslovení. V každé sféře je něco okolo nás, které nám dává poznat vlastní existenci. Pocit Ty, který nás obklopuje, nám umožňuje vytvořit vztah ve všech jmenovaných světech vztahů (Buber, M., 1926, s. 80-1).

Respekt k druhému a zodpovědnost za něj je ústřední myšlenkou Emanuela Lévinase. Jistota druhého uvádí člověka do pravé metafyzické a náboženské zkušenosti. Uznání druhého je esenciálně etické a objektivní. Druhý se nám zjevuje. Jeho přítomnost je odlišná od přítomnosti předmětných věcí, které nabývají své specifické formy a vydávají svá tajemství v té míře, jak jsou rozumově odhalovány. Setkání s druhým člověkem je zcela odlišné, neboť druhý není mnou myšlen, ale ukazuje se jako bytost, která není vytvořena mým rozumem a nelze ji začlenit do racionální totality. Zjevení lidské tváře znamená

přítomnost druhého, které je neoddělitelné od etické dimenze. Uznání druhého znamená uznání jeho zranitelnosti, smrtelnosti a povinnosti vůči němu. Lévinas přiznává přednost Ty před Já (Lévinas, 1997, s. 231-3).

V jakém vztahovém světě se nalézá vztah mezi těhotnou ženou a jejím plodem? Za jakých okolností či zda vůbec může být lidský plod tím druhým?

Není-li plod lidskou bytostí s úplnou dignitou, nelze s ním vytvářet vztah ve světě Já-Ty, neboť nikdy nebude naplněna podmínka vzájemnosti. Ačkoliv není pochyb o vzájemné komunikaci mezi plodem a organismem těhotné ženy na humorální úrovni, o které svědčí například zahájení děložní činnosti metabolickými změnami plodu v případě jeho nitroděložního ohrožení (Stearns, S. C., 2008, s. 72) či zvýšení maternálního krevního tlaku u placentární insuficience (Stearns, S. C., 2008, s. 87), vědomá interakce s matkou ze strany plodu neexistuje. Vědomá interakce je produktem fyziologické činnosti centrální nervové soustavy a vyvíjí se až v průběhu postnatálního vývoje.

Navzdory těmto argumentům je plod vnímán těhotnou ženou jako budoucí dítě, tedy skutečný subjekt a dignita, která mu náleží, je určována právě rodičovskou láskou, jednou z dominantních emocí ovládajících člověka.

Rodičovská láska, zejména její mateřská forma, má své evoluční kořeny v dlouhodobé závislosti dítěte na péči rodičů. Instinkty a emoce spojené s ochranou dítěte byly kultivovány do podoby rodičovské lásky, altruistické formy lásky, která upřednostňuje život druhého nad život vlastní. Rodičovská láska může být základem altruistického postoje člověka k druhým lidem a přesahuje tak dalece svou biologickou podstatu sociálním, kulturním a spirituálním obsahem. Duchovní rozměr altruistické lásky nemusí být nutně spjat s náboženstvím. Autentické duchovno je spjato s vyjadřováním lásky k druhým bytostem a je i měřítkem dobra našich životů. Rozsah této lásky je určen svobodou člověka (Post, S. G., 2003, s. 89 - 116).

Vztah rodičů k plodu, míra rodičovské lásky i ochota oběti je určena jejich svobodou. Ač je biologickým smyslem rodičovské lásky ochrana nezralého a

dlouhodobě závislého dítěte, stává se rodičovská láska základem pro altruismus v životě člověka.

Dítě je zplozenou bytostí, která se oddělením od mateřského organismu stává bytostí plnoprávnou z hlediska lidských práv. Statut osobnosti je dítěti přidělen lidskou společností vzhledem k jejímu potenciálu stát se zodpovědnou osobou nadanou schopností rozpoznat dobro od zla a uplatit své vlohly v naplňování životního programu v respektu a zodpovědnosti za druhé.

Moment porodu fyzicky oddělí subjekt těhotné ženy a plodu. Fetus se svým potenciálem stát se autonomní osobou je již in utero objektem rodičovské lásky. Je věcí svobodné volby těhotné ženy, zda zaujme postoj „fetálního mateřství“, které je spojeno s vysokou zodpovědností i nemalými oběťmi vůči plodu, bez ohledu na jeho legální statut. Rodiče často vyhledávají možnost vizualizačních metod lidského plodu uvnitř dělohy. Zobrazený plod nabývá konkrétní podoby a umocňuje představu plodu jako budoucího dítěte. Ve smyslu setkání s tváří druhého, která je zpřítomněním ohrožené a smrtelné lidské bytosti (Lévinas, 1997, s. 147-53).

Ve vztahu mezi těhotnou ženou a plodem je určující svoboda ženy, která sama zvolí, zda dignita plodu je absolutní, či postupně narůstá ve smyslu principu gradualismu. Gradualistický princip je významný pro třetí stranu v hodnocení závažnosti důvodů odmítnutí gravidity jako takové v případě interrupce či odmítnutí invazivní léčby v zájmu plodu.

Vztah mezi matkou a plodem vysvětlený čistě na principu gradualismu, vychází z předpokladu, že nárok jedince na lidská práva včetně práva na život se vyvíjí a graduje během ontogenetického vývoje. Gradualistické pojetí vztahu těhotné ženy k plodu má význam pro etickou přijatelnost odmítnutí již počaté gravidity a týká se zejména práva na interrupci, jak je podrobně rozvedeno v práci Feinberga (Feinberg, J., 1995, s. 37-76).

Gradualismus staví výhradně na biologických znalostech na rozdíl od kulturního kontextu, který vyžaduje skokové řešení, tedy změnu kvality, kterou lze vyjádřit faktickou, nominální reciprocitou.

Princip závažnosti důvodu jako měřítko morální oprávněnosti činu je dobře aplikovatelný i na situaci odmítnutí císařského řezu ze strany těhotné ženy. Na jedné straně může být důvodem odmítnutí císařského řezu z náboženských důvodů, na straně druhé může být důvodem k odmítnutí snaha vyhnout se jizvě na břiše. Z pohledu zdravého rozumu tak lze definovat vážné a přijatelné důvody k odmítnutí operace od důvodů triviálních a nevýznamných. Samotný pohled zdravého rozumu však není argumentem z pohledu filosofického bádání.

Analýza důvodů odmítnutí operace je realizována cestou zvážení toho, co je v sázce, nebude-li operace provedena, tedy i možné úmrtí, nebo poškození mozku plodu. Metoda zvážení pádnosti argumentů je základem stanovení morální kompetence osoby (Lind, G., 1985, s. 79-82).

Gradualistický princip umožňuje vyslovit stanovisko, že žena může uplatnit právo odmítnout operaci, pokud k tomu má vážný důvod, naopak je-li její důvod triviální, činí tak neoprávněně. Malicherné důvody neadekvátní riziku, které hrozí, mohou znamenat oslabení morální kompetence. Kritérium hodnocení této kompetence je absence racionálního odvození obecného principu. Složitá je však situace posouzení vážných důvodů (Lind, G., 1985, s. 126).

Zejména náboženské důvody, které jsou velmi významné pro ženu (vzhledem k postavení náboženství v jejím životě) musí být vnímány třetí stranou jako vážné. Jsou však dostatečně vážné i pro vyjádření potenciálních práv plodu?

Praktická aplikace u konkrétních případů znamená určit, zda důvod ženy odmítnout léčbu je dostatečně závažný, což po formální stránce znamená, že má poslední důvod povahu obecného principu (Lind, G., 1985, s. 64).

5.1.2. Vážné důvody odmítnutí operace

Představme si případ, ve kterém žena z náboženského důvodu odmítne císařský řez. Její víra pokládá císařský řez za těžký hřích a znemožňuje jí přístup k věčnému životu. Svou podstatou je to důvod velmi osobní a vážný. Ačkoliv je lidem přiznáváno právo na náboženskou svobodu, touha lidí odmítnout léčbu

z náboženských důvodů nehrála doposud významnou roli v utváření práva kompetentní osoby na odmítnutí léčby. Jak je však nahlíženo na právo na náboženskou svobodu, dochází-li k fyzickému ohrožení jiných osob, nebo v tomto případě lidského plodu? Je víra důležitá natolik, že opravňuje způsobit smrt, nebo poškození plodu in utero?

Je naprosto nevyhnutelné, že lidem, kteří víru nesdílejí, budou důvody věřící připadat méně významné. Není-li víra „naše“, stojíme nutně mimo ni a jen obtížně, jestli vůbec, můžeme vážnost důvodu zhodnotit. Stanovisko lidí nesdílejících víru je však pro etické hodnocení nevýznamné.

Problém, na něž tu poukazuji, je, jak počítat v našem morálním zdůvodňování s důvody ostatních. Jeden zřejmý způsob je poskytnutím práv: tedy práva na sebeurčení, které implikuje odmítnutí lékařského zákroku. Přiznáním práva na odmítnutí lékařského zákroku říkáme, že uznáváme zájem člověka na učinění hluboce osobních rozhodnutí.

Zvažujeme-li, zda má právo ve smyslu práva „*prima facie*“ - neustoupit povinnosti, tedy zájmy ženy mají neustoupit zájmům plodu, musíme se vrátit zpět k otázce *důvodů* pro odmítnutí léčby.

Řešení problému spočívá v rozhraní mezi subjektivní oblastí, kterou určitá práva chrání a objektivní – ve smyslu mezilidském – kvalitou, které je inherentní pojmu povinnosti, tedy rozhráním mezi principem ekvivalence a responsibility (Payne, J., 1992, s. 13).

Co se týče náboženských důvodů, vzniká otázka, jak chápat náboženské zájmy těhotné ženy z morální perspektivy, v níž se pokoušíme srovnat zájmy její a zájmy plodu. Jaký je tedy vztah mezi náboženskou a etickou argumentací?

Filosofická etika i náboženství se zabývají otázkou smyslu a podoby našich životů, včetně úvah o našich vztazích s ostatními. Navíc mohou procesy, které se zdají být problémy buď v náboženské, nebo filosofické etice, sdílet i určité společné charakteristiky. Náboženské myšlení může například zahrnovat příběhy, z nichž se odvozují náboženská/morální poučení, může také obsahovat

sestavování struktury náboženské víry z různých textů a různých pohledů na stejné události. Podobně filosofové používají příklady – dokonce „příběhy“ – z nichž vyvozují určité morální závěry. Při jiných příležitostech se filosofové pokoušejí stanovit pohledy určitého filosofa, srovnáním jeho textů a jejich různou interpretací. Ale v jiných otázkách se mohou objevit důležité rozdíly. Racionální argument například může, ale nemusí, být součástí náboženské víry, což částečně závisí na náboženství a částečně na charakteru jednotlivého věřícího a jeho vztahu k víře. Racionalita sama o sobě však není určující vlastnost náboženství. Důležité je, že u náboženství neočekáváme, že bude racionálně koherentní tak, jak to předpokládáme, alespoň do značné míry, u filosoficky odvozených morálních postojů. Racionální argumentace je nutnou součástí filosofické etiky, i když nelze předem odhadnout úvahy, které budou při této činnosti relevantní. V procesu racionální argumentace lze použít test morální kompetence vytvořeným Georgem Lindem (Lind, G., 1985, s. 109-125).

Možná nejdůležitější skutečný rozdíl mezi náboženstvím a filosofickou etikou je ale v otázce výsledku. Vývoj náboženského myšlení je součástí procesu utváření soustavy přesvědčení, které tvoří náboženskou víru. Je-li upřímná, tato víra formuje klíčovou část života jednotlivce a jeho názorů na svět. U filosofické etiky, ač jsou filosofové motivováni dosáhnout schopnost vyvozovat morální závěry k určitým tématům, tyto závěry netvoří víru jako takovou.

I když bude filosof zastávat určité názory, nebo se domnívat, že názory určitého filosofa v minulosti mu byly blízké, nejedná se o víru v tohoto filosofa. Náboženská víra je tedy vnitřním systémem (bez ohledu na racionalitu), který je nemožné uchopit zvenčí. Problematiku rozpracovává Savulescu, který charakterizuje náboženství je konstrukt dávající smysl lidskému životu (Savulescu, J., 1994, s. 220).

Autonomii člověka respektujeme tehdy, respektujeme-li touhy, jež jsou jeho racionálními touhami nebo jej uspokojují spíše, než jen jeho vyjádřené touhy. Při tomto chápání je navíc náboženské přesvědčení autonomní a tudíž kriticky spojeno s jednotlivcem. Odmítne-li těhotná žena porod císařským řezem s možným následkem smrti plodu z náboženských důvodů, lze předpokládat, že je

tato víra zásadním a možná i zcela určujícím aspektem jejího života a jeho smyslu. Ačkoliv necítíme a nevěříme stejným způsobem, můžeme uznat důležitost víry pro jiného člověka (Sevulescu, 1998, s. 382-3).

Stejným způsobem argumentuje Michael Wreen. Náboženská víra a hodnoty mají „pronikavou, svrchovaně důležitou integrační a usmiřovací funkci ... v životě člověka“, takže nerespektování náboženského odmítání by se rovnalo „osobní urážce velmi hlubokým a pronikavým způsobem“ (Wreen, M., 1991, s. 124-30).

Hodnota náboženského přesvědčení je pro nás jedním z možných morálních důvodů pro respekt k odmítnutí léčby. Pokud náboženskému přesvědčení nepřiznáme dostatečnou váhu, aby opravňovalo odmítnutí operace u jedince s centrálním postavením náboženství v jeho životě, můžeme tento postoj označit za nerespektování jeho lidství. To se týká i dalších vážných hodnot, které jsou určující pro život a jeho smysl. Náboženské hodnoty jsou jen další sadou hodnot, se kterými se musí zacházet stejně, jako s jinými, podobnými hodnotami (Sevulescu, J., 1994, s. 220).

Podle Korsgaard bychom měli podporovat cíle ostatních ne proto, že uznáváme jejich hodnotu, ale z respektu k lidství těch, kteří je zastávají (Korsgaard, C., 1996, s. 289-90).

Tento argument má samozřejmě své limity spočívající v charakteru cílů a stanovisek, které si respekt zasluhují. V případě těhotné ženy se respekt k jejím cílům rovná respektu k odmítnutí lékařského zákroku z náboženských důvodů. Důležitým hlediskem je i stupeň autonomie náboženské víry, tedy zda si ji těhotná žena skutečně sama zvolila. Pokud nemáme jasný důkaz nepatřičného vlivu, například členů rodiny nebo její náboženské organizace, musíme akceptovat víru jako důležitý prvek jejího života. Jaké je však postavení plodu. Ačkoliv není legální osobou, jde o objekt s určitou morální hodnotou, která má sociální původ. I přes vysvětlení v otázce náboženské víry v tomto kontextu, musíme stále zvažovat, není-li nutné zasáhnout navzdory nesouhlasu ženy, neboť bez této akce plod pravděpodobně zemře.

Existuje pouze jediný možný argument vedoucí k tomu, abychom upřeli právo ženy rozhodovat o plodu a tím je oslabená, nebo chybějící kompetence rozhodnout se. Je-li subjekt těhotné ženy nadán absolutní dignitou, neexistuje žádný objektivní důvod, který by mohl popřít jeho přirozená práva s výjimkou deficitu kompetence.

Kompetence souvisí úzce s principem responsibility. Každý jedinec je díky své svobodné vůli zodpovědný za své rozhodnutí a situaci, ve které se nachází. Současně však jsou osobní dispozice každé osoby dílem fatální nahodilosti. Tak si za svou situaci každý člověk zároveň může i nemůže, přičemž tento podíl je u každého člověka rozdílný.

Odhadnutí vztahu mezi osudovým a volným je principem určení kompetence osoby rozhodnout a zvolit způsob léčby. Kompetence vyjadřuje autonomii jedince na základě jeho reálných schopností. Stanovení rozsahu kompetence se děje buď na základě presumpce, že kompetence postrádá a on musí prokázat opak, nebo na základě předpokladu, že kompetencí disponuje a opak musí být prokázáno nezvratnými důkazy, že tomu tak není. Kompetence u téhož nemocného bývá různá pro různé úkony a situace. Motivace k rozhodnutí k určitému činu se skládá z elementárního rozhodování, na němž panuje všeobecná shoda a současně z projektu ryze individuálního. Každý projekt má svůj rozsah a dosah. Součástí projektu je nutně i způsob, jakým jsou do něj zahrnuty další osoby a predikce dalšího vývoje událostí. Odhadování míry kompetence se tedy bude opírat o objektivní předpoklad vytváření projektu konkrétního jedince, současně je nutné uvážit subjektivní projevy konkrétní osoby. Všeobecným kritériem je schopnost osoby reflektovat v každém okamžiku svou motivaci, tedy vždy uvést důvody svého rozhodnutí. Kompetentní osoba je tedy schopna v každém okamžiku svého jednání definovat a racionálně vysvětlit cíl svého konání, tedy reflektovat svou motivaci. V klinické situaci je však nutné vyloučit poruchy interpretace v důsledku specifické nemoci, či poruchy, která situaci může provázet (Payne, J., 1992, s. 38-42).

V analyzovaném problému, za jakých okolností jsou důvody odmítnout císařský řez v zájmu plodu, lze z praktického hlediska zasáhnout právě pouze

v případě deficitu této kompetence. V podmínkách běžícího porodu bývá kompetence těhotné ženy oslabena poměrně často. Těhotenské a porodnické patologie mohou být provázeny poruchami funkce centrální nervové soustavy včetně bezvědomí. Akutní stavy s možným ovlivněním vědomí těhotné lze rozdělit na porodnické komplikace (těhotenstvím indukovaná hypertenze, preeklampsie, šok v rámci porodnické hemoragie, septický porod, embolie plodovou vodou a těhotenská kardiomyopatie) a stavy, které s těhotenstvím kauzálně nesouvisí, ale v těhotenství se vyskytují (tromboembolická nemoc s projevy plicní embolie či mozkové venózní trombózy, vliv celkové anestézie a její komplikace - aspirace, syndrom dechové tísně, obstrukce dýchacích cest, vliv regionální anestézie – anestézií navozená hypotenze, vysoký spinální blok s projevy respiračního útlumu, projevy toxicity anestetika, meningitis, spinální hematom, kardiální poruchy – srdeční selhání, infarkt myokardu, srdeční dysrytmie, onemocnění plic – astma, pneumonie, nežádoucí účinky léků – anafylaktická či toxická reakce, metabolické poruchy – hypoglykemie, hyperglykemie, hyponatremie, primárně neurologické poruchy – epilepsie, cévní centrální mozková příhoda, ostatní – vzduchová embolie, vasovagální synkopa. (Jackson, G., 2009, s. 172).

Obecně lze počítat s omezenou kompetencí u všech vážných stavů, které jsou provázeny rozvojem šoku. Vnímání porodních bolestí samo o sobě může být pro některé rodičky natolik významné, že je jejich schopnost učinit racionální rozhodnutí zásadně omezeno. Taktéž sama léčba porodnických patologií a analgosedace v průběhu porodu kompetenci rodičky ovlivňuje. Svízelným je též časový faktor, který omezuje možnosti adekvátního předání informací těhotné lékařem v situacích, kdy se porod komplikovaně vyvíjí.

Řešením je aplikace efektivní metody stanovení kompetence těhotné ženy v průběhu akutní klinické situace znalcem, jehož rozhodnutí by legalizovalo léčebný zásah bez souhlasu těhotné ženy se sníženou či chybějící kompetencí.

5.2. Argumenty pro povinnost

Další část textu se zabývá analýzou, existují-li povinnosti, které vyplývají z vlastního těhotenství a jsou morálně uloženy matce, a jak jsou vymezeny. Zaměříme se na oblast morálního myšlení úzce související s dignitou plodu, jeho hodnotou a z ní plynoucími povinnostmi morální společnosti. Ačkoliv plod nemůže být osobou (postrádá základní charakteristiku osoby, kterou je svobodná vůle), jak bylo uvedeno v kapitole analyzující dignitu plodu. Těhotenství však samo ukládá povinnosti. Tyto povinnosti však nesouvisí s osobností a tudíž ani s právy. Jsou imperfektní a tudíž nevymahatelné třetí osobou.

Kloním se proto k postupnému výčtu postavení plodu, jehož nedostatek osobnosti a tedy i práv je nepodstatný vzhledem k příslušným morálním hlediskům. Jsou však tyto povinnosti těhotenství „absolutní“, anebo mohou být omezeny? Ukázka, že můžeme stanovit určitá omezení je základní ideou práce Thomsonové (Thomson, J. J., 1971, s. 37-56).

Thomsonová je určuje prostřednictvím poznání „dobrovolnosti“, kterou spojuje s argumentem práv. Vychází z předpokladu, že plod je osobou již v průběhu nitroděložního vývoje. Problémem je, jak může jeho právo na život převážit právo na rozhodnutí ženy, co se stane s jejím tělem. Autorka uvádí známý myšlenkový experiment, který vystavuje analýze s průkazem na jeho logické trhlíny. Na váš oběhový systém byl bez vašeho vědomí připoután známý houslista trpící vážnou chorobou ledvin. O vašem únosu a využití vašeho organismu rozhodla organizace milovníků hudby. Ředitel nemocnice vás informuje, že váš únos byl špatný, ale nyní jste mravně zavázáni poskytnout vaši kapacitu houslistovi, který jinak nezvratně zemře. Pouze spojení s vaším oběhovým systémem je řešením jeho nemoci, léčba bude trvat právě 9 měsíců. Thomsonová se dotazuje, zda byste byli mravně zavázáni vyhovět přání ředitele nemocnice. Absurdní situace je podobenstvím nechtěné gravidity, kdy je žena „unesena“ do situace těhotenství. Poukazuje na fakt, že právo na život jedné osoby nepřevyšuje právo na autonomii osoby druhé. V uvedeném kontextu vyvozuje, že osoba má právo na život, nevznikla-li její existence „únosem“, tedy dobrovolně na základě pozitivní motivace. U všech experimentů tohoto druhu platí pravidlo, že i přes

dobrovolné rozhodnutí je může dotčená osoba kdykoliv odvolat a experiment ukončit.

Pouze svobodná volba těhotenství je spojena s úplným závazkem povinností matky vůči plodu. V tomto směru můžeme vymezit povinnosti vyplývající z dobrovolného těhotenství, které jsou morálně zavazující bez ohledu na nejasně formulovanou dignitu plodu.

Dílo Thomsonové lze použít i pro pochopení dilematu mezi autonomií těhotné a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu. Její argument je vystavěn na dvou citlivých filosofických odlišnostech mezi pozitivní a negativní povinností, dále mezi povinností běžnou a speciální.

Pro vysvětlení používá podobenství o dobrém Samaritánovi. V jejím podání existují dva typy Samaritána: milosrdný a minimálně slušný. Minimálně slušný Samaritán pomáhá druhému méně než Samaritán milosrdný. Lidé, kteří nepomohou potřebnému vůbec, nečiní tak, protože nejsou samaritány, nýbrž protože nejsou ani minimálně slušní. Otázkou je, co je očekáváno od minimálně slušného Samaritána. Ač může podobenství o milosrdném Samaritánovi být východiskem toho, co bychom měli udělat pro potřebného, podobenství o minimálně slušném Samaritánovi může posloužit k tomu, co bychom mohli očekávat od druhých.

Thomsonová uznává argument, že vztah mezi rodiči a plodem je specifický a zahrnuje zodpovědnost za vývoj plodu. Tato zodpovědnost souvisí úzce s faktem, zda gravidita vznikla jako žádoucí či nežádoucí. Již samotný nechráněný sex u informovaných rodičů nese s sebou zodpovědnost za plod a předpokládá specifické povinnosti, kterých se rodiče nemohou zříci. Naproti tomu rodiče, kteří použili při sexu kontracepci, a těhotenství vzniklo nechtěně, mají možnost volby přijmout či odmítnout zodpovědnost za plod. Milosrdný Samaritán by v takovém případě převzal zodpovědnost za graviditu, která vznikla nechtěně. Přístup milosrdného Samaritána nemůže být vymahatelný, naproti tomu přístupem minimálně slušného Samaritána by měl být závazný.

5.2.1. Pozitivní a negativní povinnosti

Právo na život je spolu s právem na svobodu a majetek základním univerzálním právem (Locke, J., 1965, s. 179). Přirozená práva jsou negativní, dovolávají se pouze negativních závazků.

V kontextu potenciálních práv plodu charakterizuje Thomsonová právo na život jako právo nebýt zabit přímo, nebo alespoň „nespravedlivě“. Rozlišení mezi negativními a pozitivními povinnostmi může posloužit k objasnění důležitého bodu konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu ve vztahu k odmítnutí léčby v zájmu plodu. Negativní povinnost nezabití (nebo alespoň fyzického neublížení) je určující pro potenciální práva plodu.

Naproti tomu povinnost léčby prezentovaná chirurgickou intervencí je povinnost pozitivní, tedy i právo z ní plynoucí je pozitivní. Operace v zájmu plodu je limitována autonomií těhotné ženy, operace v zájmu matky tyto limity nemá. Odlišnost těchto situací je dána rozdílnou dignitou subjektu matky a plodu, jak bylo uvedeno dříve.

Zatímco každý den naplňujeme závazek v první řadě nezabít a neublížit, většina osob není během života konfrontována se situací zachránit život druhé lidské bytosti v bezprostředním smyslu.

Ve vztahu k lidskému plodu je situace rozdílná. Je-li potrat usmrcením embrya či fetu, nutno akceptovat, že nepotracení není pouze nezabití způsobem, kterým nás zavazuje negativní povinnost plynoucí z práva ostatních na život. Nepotracení v tomto smyslu znamená pokračování v naprostém vyhovění požadavků rostoucího plodu a všech z toho plynoucích konsekvencí na jeho zdraví. Mám na mysli především kontinuum vývoje plodu in utero, dosažení viability a fyziologické nezávislosti plodu s absencí zevních rizikových vlivů. Fyziologický kontinuální vývoj vyžaduje od těhotné aktivní postoj. Odmítnutí tohoto pokračování („dělání něčeho“), může mít za následek poškození, nebo usmrcení plodu. Odmítnutí poskytnout podmínky k vývoji plodu uvnitř těla těhotné může být chápáno jako odmítnutí pomoci plodu. Morální povinnost tohoto odmítnutí souvisí úzce se stupněm vývoje plodu.

Morální povinnost tyto podmínky poskytnout lze do určité míry vnímat jako pozitivní povinnost vůči plodu. Pozitivní povinnost nemá univerzální charakter, je třeba ji specifikovat a uložit. Rozhodne-li se žena otěhotnět, naplňuje tím negativní povinnost vůči plodu umožněním jeho vývoje uvnitř vlastního těla (Thomson, J. J., 1971, s. 37-56).

Otázka týkající se císařského řezu se liší od morální analýzy potratu. Společným prvkem je opět vymezení negativních a pozitivních povinností, jejich specifické odlišnosti i zejména chování, jehož porušení může uškodit ostatním. Podobně jako v obecném pojetí, je i v otázce konfliktu mezi autonomií těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu snazší definovat situace určující negativní, než pozitivní povinnost. Pro určení pozitivních povinností je důležitá míra rizika osoby, jež je povinností vázána. Kromě teoretického rizika je třeba analyzovat i další proměnné, které se ke konkrétní situaci vztahují. Rizika se mohou zvyšovat s měnící se situací, až je překročen bod, kdy se stávají nepřijatelnými. Nepřijatelnost rizika znamená odmítnutí pozitivní povinnosti postoupit operaci v zájmu plodu.

Schopnosti a možnosti osoby jsou určující pro uložení pozitivní povinnosti, nikoliv povinnosti negativní. Je zřejmé, že tam, kde by záchrana mohla být vykonána jen za vysokou cenu, mohou osobní okolnosti zachránce v jistém smyslu omluvit jeho nevyhovění právě tím, že nemá pozitivní povinnost (Menlowe, M., 1993, s. 5 - 54).

Pozitivní povinnosti jsou méně přísné než negativní. Negativní povinnosti jsou základní, pozitivní odvozené. Diskutované povinnosti náležejí do oblasti obecného chování a nedovolávají se tedy individuálních morálních zájmů v oblasti autonomie (Raz, J., 1984, s. 182-200).

Předpokládejme, že k záchraně života plodu, analogicky s životem osoby, je postačující minimální čin druhé osoby bez rizika pro potenciálního zachránce. Lze z tohoto předpokladu, že má ohrožený jedinec právo na záchranu pouze na základě tohoto minimálního rizika zachránce? To by znamenalo, že právo osoby

na záchranu (život) se odvíjí od stupně rizika, kterému je záchranář vystaven (Callahan, J. C., 1992, s. 224-239).

Mám právo na záchranu, je-li to jednoduché pro zachránce a toto právo ztrácím, když je to těžké? Je velmi těžké si představit, že práva kohokoliv vznikají a zanikají podle toho, jak je obtížné je naplnit. Pohled práva považuji v tomto kontextu za neúčinný a zaměřím se více na otázku, co by měl zachránce udělat bez ohledu na práva ohroženého (Menlowe, M., 1993, s. 5-54).

Robertson doporučuje zvážení rizik operace proti jejímu užítku vůči plodu, které by přijala rozumně smýšlející osoba. Důležité je, že v Robertsonově práci je koncept rozumnosti spjat s představou chování. Ve skutečnosti jeho důraz na rozumnost velmi připomíná zákonný nedbalostní občanskoprávní delikt – zabývající se myšlenkou povinnosti péče – který se převážně týká problémů chování prostřednictvím jednání anebo zanedbávání. Obhajuje, že těhotná žena má povinnosti předejít ublížení budoucího dítěte, může-li to udělat „rozumně“ v souladu s rodičovskými povinnostmi k narozenému dítěti, neboť načasování jednání neovlivňuje podstatu povinnosti. Robertsonovo zdůvodnění však nezohledňuje dva důležité body. Prvním je obtížné určení rozumnosti chování s ohledem na pozitivní povinnost. Zejména tam, kde pozitivní povinnost může být naplněna pouze porušením autonomie pacienta.

Robertsonův argument navíc akcentuje faktor času, a předpokládá analogické povinnosti rodičů vůči plodu i dítěti. Plod však není osobou a pozbývá absolutní dignitu. Významným je však argument „rozumného chování“, tedy takového chování, které sleduje konkrétní racionální cíl. Mimo kontext lékařské péče není rozumným chováním životospráva, která může plodu uškodit. Poškození plodu tímto způsobem znamená pravděpodobně porušení negativní povinnosti neuškodit.

V kontextu lékařské péče mohou mít Robertsovy argumenty platnost v případě neinvazivních opatření v zájmu plodu, které jsou zatíženy nepatrným rizikem pro těhotnou. Jejich odmítnutí je nenaplněním pozitivní povinnosti. Široká škála možností situace připouští, že ne všechny pozitivní povinnosti se významně dovolávají otázek o osobě a její autonomii. Odmítnutí pozitivní

povinnosti tedy záleží na okolnostech doporučené léčby. Například užívání tablet s obsahem železa v léčbě maternální chudokrevnosti je rozdílné opatření proti nitroděložní operaci plodu, byť jsou oba procesy v jeho zájmu. Za předpokladu, že pilulka nemá žádný možný škodlivý efekt na ženu, bude velmi těžké (i když ne nezbytně nemožné) přemýšlet o důvodu, proč by ji těhotná žena měla odmítnout.

To znamená, že žena má ve skutečnosti morální povinnost pilulky užívat v zájmu plodu. Pokud se polykání pilulky vážně nejeví jako narušení její autonomie, potom by pravděpodobně neospravedlnitelně uplatňovala právo ji odmítnout. Zcela odlišná je situace, odmítá-li zákrok v zájmu plodu za cenu reálného rizika pro ni samotnou (Robertson, J., 1987, s. 23-33).

5.2.2. Specifické a běžné povinnosti

Pozitivní povinnosti těhotné vůči plodu jsou zatíženy různými specifickými riziky. Obecně lze říci, že břemeno těhotenství je vždy významné. Ženy však dobrovolně toto břemeno přijímají a ochotně nesou i vysokou míru rizika. Imaginární těhotenství vyžadující minimální břímě, jak je prezentuje Thomsonová, popírá skutečnost, že jak píše Donald Regan „jedná se o břemeno velké, nebo žádné“ (Regan, D., 1979, s. 1569-646).

Thomsonová vyžaduje po ženě morální povinnost nepotratit a akceptovat odpovědnost za donošení těhotenství za předpokladu, že je těhotenství žádoucí, nebo alespoň počato při vědomě nechráněném styku s vědomím možné koncepce. Součástí takového jednání je i zodpovědnost za početí a specifická rizika gravidity. Nespravedlnost je pro ni stejně významná jako nemravnost. Povinnosti, které takto těhotenství ukládá, jsou v jejím pojetí velmi specifické. Naproti tomu John Finnis je k tomuto pohledu kritický s tvrzením, že povinnost nepotratit není „speciální“, ale běžnou povinností, kterou kdokoliv dluží svému bližnímu (Finnis, J., 1973, s. 970 - 98).

Namítá, že žena zklamala v pochopení vztahu mezi speciální a běžnou povinností, neboť se domnívá, že celý problém je určen pouze právy. Důležitější je však to, co se od ženy morálně očekává. Povinnost spojená s reálným rizikem fyzického poškození je však odlišná od povinnosti jednání obecně. Je zcela výjimečné, že člověk má příležitost pomoci druhému způsobem, který vytváří

vážná fyzická rizika. Specifickou situací je například dárcovství orgánů a tkání, kdy dárce postupuje specifická reálná rizika. Více než to je však smysl procesu, kdy něčí orgán je potřebný k záchraně jiné osoby. Narušení integrity těla dárce, tedy velmi osobní oblasti přináší nejen bolest a nepohodlí, sekundárně je možným zdrojem poškození zdraví dárce.

Dárcovství orgánů je tedy odlišné od jiných případů, kdy je v sázce fyzické poškození záchrance, například při záchraně tonoucího. Každý potenciální zachránce už před záchrannou akcí analyzuje své možnosti a schopnosti a předvídá vývoj situace.

Naproti tomu dárcovství orgánů je situace výjimečná. Možný „osobní zachránce“ může nebo nemusí zakusit vážnou bolest, s operací nebo bez ní. Pokud takovou zkušenost zažil, uvědomuje si, že bolest může být naprosto pohlcující zkušeností, ve které všechno ostatní ztrácí význam, takže v určitém smyslu tělo dominuje mysli. Pokud tuto zkušenost nemá, je jeho vyhlídka naprosto neznámou kvalitou.

Předpokládám i hluboký psychologický a citový rozměr, neboť záchranné prostředky jsou intimní součástí našeho já. Jedinci vystaveni požadavku darovat orgán jsou při svém odmítavém stanovisku ostatními snáze pochopeni, patrně nikoliv pro předpokládané těžkosti s procedurou, ale zejména proto, že neexistují podklady, na základě kterých by byli kritizováni či souzeni ostatními členy morální společnosti. Marilyn Friedmanová zdůrazňuje význam emocí k pochopení postojů druhých a chápání jejich morální situace (Friedman, M., 2004, s. 205-24).

Člověk rozumí sobě a své situaci pouze částečně hodnocením významu emocionálních reakcí, což je velmi důležité i v prožívání těhotenství. Pomoc druhému za cenu reálného rizika je možná pouze s vědomím intimně osobní povahy takového činu.

Pochybnosti a strach je v této situaci pochopitelný a svým způsobem i racionální postoj. Snad je něco z tohoto souhrnu zachyceno v příběhu, oznámeném na začátku roku 1997, ve kterém sestra ženy, umírající na leukemii, odmítla darovat kostní dřeň. Sestra, jejíž kostní dřeň byla potřebná, měla „strach z nemocnic“. Když vyšlo najevo, že přehodnotila své rozhodnutí nedarovat (v kterém byla ovlivněna poznáním, že procedura by nebyla vykonána v nemocnici), umírající sestra řekla, že

to sestře nemá za zlé. Pokračovala: „Doufám, že mě miluje dost, aby to udělala, ale každý má fobii a nikdo nemůže vědět, jak se skutečně cítí.“ Nemocná žena neodsoudila nechuť k dárcovství, protože si uvědomovala, že nemůže uchopit pocity a prožívání své sestry (Scott, R., 2002, s. 91).

Subjektivní prožívání pak komplikuje naše rozhodnutí k morální povinnosti v těchto velmi osobních situacích. Podobně lze demonstrovat na americkém případě. Mladá žena umírající na rakovinu měla před sebou dle lékařského odhadu dva dny života. Byla gravidní a plod byl právě na samotné hranici viability. Za těchto podmínek, nemocnice usilovala o příkaz k porodu císařským řezem, ke kterému – ve stavu ohromného stresu a střídání vědomí a bezvědomí – žena nejprve souhlasila a pak odmítla. Mimo právní otázky, které v tomto případě vznikly, bychom mohli říci, že žena v této situaci měla morální povinnost podrobit se císařskému řezu. Jsou-li však její preference zemřít klidně a tiše, nelze hovořit o porušení povinnosti vůči plodu poskytnout mu nejlepší šanci na přežití (Scott, R., 2002, s. 92).

Ač se uvedené kasuistiky principiálně liší dignitou zachraňovaného subjektu, kdy v prvním případě šlo o záchranu osoby a ve druhém záchranu plodu, prezentují složitost vlivu emocí na osobní rozhodnutí.

Významným jevem pro motivaci nepodrobit se císařskému řezu je posttraumatická stresová porucha vázaná na komplikovaný porod. Zajímavé je, že více než na typ porodnické operace k ní predisponují okolnosti, za kterých byla procedura indikována. Typické jsou podmínky s absencí souhlasu k operaci a nedostatečnou informací, dále pak pocit nezájmu nebo nepřátelství zdravotníků (Olde, E., 2005, s. 1-16).

Z uvedeného vyplývá, že nejen operační, ale i vaginální porod může a často bývá velmi osobní negativní zkušeností. Rodičky i jejich partneři jsou v rámci přípravy k porodu nedostatečně informováni o možnosti porodu císařským řezem a jeho indikacích. Výsledkem je nedůvěra k lékařské indikaci a pocit frustrace, vyvíjí-li se porod odlišně od jejich očekávání (Churchill, H., 1997, s. 56-61).

To není v rozporu s tvrzením, že má císařský řez důsledky odlišné od vaginálního porodu. Psychologické důsledky specifické pro císařský řez však nejsou průkazné. Odmítnutí císařského řezu je velmi neobvyklé ve vztahu

k somatickému riziku. Navíc riziko komplikací včetně mateřského úmrtí je vázáno více na klinickou situaci, která je určující pro indikaci, než na samotnou operaci císařského řezu, jak bylo vysvětleno v kapitole o operační technice a indikacích.

Je tedy neúčelné a zavádějící bránit právo ženy odmítnout operaci na základě zvýšeného rizika somatických komplikací. Srovnáme-li se situací plavce, který odmítl skočit do vody, aby zachránil tonoucí dítě, je predikce průběhu a výsledku porodu kalkulací výhod a rizik mnohem méně jasná.

Důležitým prvkem v určení povinností těhotné ženy je proces hledání a pochopení jejich stanovisek, očekávání a specifických problémů, které vyplývají zejména z osobní zkušenosti, ale i stupně jejího poznání a informovanosti. Povinnosti těhotné vůči plodu tak souvisí velmi blízce s našimi povinnostmi vůči ní. Náš respekt k autonomii ženy a předpoklad její zodpovědnosti vůči plodu je praktickým naplněním principu ekvivalence. Současně naše povinnost zodpovědnosti vůči těhotné ženě v profesionální i obecné rovině zahrnující předání pravdivých informací, pomáhá ženě zachovat se zodpovědně vůči plodu.

Povinnosti těhotné vůči plodu však nejsou běžnými povinnostmi, kterými je jeden člověk vázán vůči druhým. Těhotenství není běžným stavem, nesoucí běžná a obvyklá rizika, vyžadující běžné a obvyklé oběti. Těhotenství je období spojené s břemenem specifických rizik, bolesti a emocionální účasti, které vrcholí v drtivě většině případů bolestivou a často riskantní událostí vlastního porodu.

Těhotenství je stav provázený rizikem mateřského úmrtí, jehož incidence je v rozvinutých zemích 9/100 000 živě narozených, v zemích rozvojových 450/100 000 živě narozených s velkými regionálními i rozdíly (WHO, 2007, el. zdroj 11).

Povinnosti těhotné ženy vůči plodu jsou zcela specifické a náleží do oblasti velkých fyzických obětí, které jsou daleko mimo rámec povinností běžných. Klíčovou otázkou, pro stanovení morálních povinností těhotných vůči plodu je určení míry těchto povinností, jinými slovy, co je čestné požadovat po těhotné v zájmech plodu.

6. Sociální charakter těhotenství

Těhotenství má velmi osobní charakter, zároveň však i silný aspekt sociální. Společnost, má-li existovat, má zájem na vlastní reprodukci. Důležitost tohoto jevu lze sledovat v úzkostlivém pohledu společnosti na vlastní růst a snahu naplnit kritéria rozšířené reprodukce, jak ji definují demografové.

Společnost má právo chránit svou vlastní existenci. V moderní společnosti existuje množství morálních principů, které někteří lidé přijímají a sami se jimi řídí bez toho, že by je vynucovali u jiných členů společnosti. Existují však i morální standardy, které většina nadřazuje toleranci a vnucuje je těm, kteří s nimi nesouhlasí. Bez určitého stupně konformity, který se projevuje všeobecným přijetím těchto standardů, nemůže společnost přežít. Společnost mající právo chránit vlastní existenci má tak i právo trvat na určité konformitě morálních standardů a má i právo využívat instituty a sankce trestního práva. Právo společnosti trestat nemorálnost pomocí práva se však nemůže uplatňovat vůči každé nemorálnosti. Je nutné uznat důsledky a omezující principy. Právo by mělo zůstat stranou tam, kde ač společnost některé praktiky odsuzuje, zároveň zjistí jakoukoliv váhavost, nejistotu, či latentní toleranci. Vedle tohoto práva společnosti existuje i právo většiny se při obraně svého sociálního prostředí řídit vlastním morálním přesvědčením (Dworkin, R., 2001, s. 302-3).

Tak lze vysvětlit i skutečnost, že společnost sice vyvíjí nemalý tlak na těhotné naplňovat specifické pozitivní povinnosti v zájmu zdravého průběhu gravidity, nemůže však k jejich naplňování použít institut trestního práva.

Jaký je význam společenského tlaku na definování pozitivních povinností obecně. Feinberg se domnívá, že sociální organizace může za určitých podmínek znamenat menší váhu pozitivních povinností ve srovnání s negativními. Tam, kde společnost přenáší specifická břemena pozitivních povinností na určitou část společnosti, dojde k jejich všeobecnému oslabení a zdůraznění povinností negativních (Feinberg, J., 1984, s. 175-96).

Jestliže je ve společnosti určena skupina osob, na něž je delegována specifická profesionální povinnost, je tato povinnost eliminována u ostatních členů

společnosti, zejména tehdy, jsou-li zatížena velkým fyzickým rizikem (Held, V., 1986, s. 111-28).

Ženám však nemohou být uloženy v tomto smyslu specifické povinnosti, ač jsou jediné, které jsou schopny zajistit reprodukci společnosti. Taková povinnost by znamenala brutální destrukci jejich autonomie. Mít dítě je velmi osobní volba a specifické povinnosti jsou součástí této volby. Tato povinnost plyne z rodičovské lásky, která je přirozenou emocí, provázející těhotenství, porod a péči o dítě. Specifické povinnosti, kterými je žena zavázána vůči plodu, si může uložit pouze žena sama.

Volba mít dítě je však odlišná od jiné specifické pozitivní povinnosti. Neznamená někomu pomoci, ale někoho zplodit. Žena si může vybrat, zda mít či nemít dítě, nemůže si však vybrat způsob, jakým to provést, tedy absolvovat těhotenství končící porodem. Žena sice může volit adopci, lidská reprodukce jako taková však nemá alternativu. Pokud se žena rozhodne k těhotenství, neznamená to automaticky, že tímto rozhodnutím vzniká pozitivní povinnost akceptovat jakékoliv lékařské vyšetření či zákrok v zájmu plodu.

Argument sociální organizace a vymezení pozitivních povinností na specifickou skupinu osob nelze aplikovat na reprodukci a ženy obecně, neboť nelze delegovat funkci reprodukce a z ní plynoucí specifické povinnosti na všechny ženy, a tudíž i na žádnou ženu jednotlivě. Existují ženy, které se z jakéhokoliv důvodu pro těhotenství nerozhodnou, nebo těhotné být nemohou. Vyplývá snad z této skutečnosti silná pozitivní povinnost těhotných žen? Navzdory běžnému postavení těhotenství ve společnosti, které se dovolává „běžných“ břemen a obětí ze strany těhotných žen, jsou tyto povinnosti výjimečné ve srovnání s rozsahem břemen a rizik, která se očekávají, že udělají lidé pro druhé.

Ustanovení rodičovských tělesných povinností vůči dítěti, nebo dokonce plodu ze strany společnosti by předpokládalo stanovit též předpoklady těchto povinností. Samotný fakt být osobou (ženou) nemůže být argumentem k ustanovení povinností přehlížející její autonomii. V těhotenství je tento fakt akcentován i tím, že plod je ze své podstaty subjektem umístěným uvnitř mateřského organismu.

Těhotenství samo o sobě představuje specifický příklad porušení tělesné integrity. Pokud bychom dospěli k závěru, že samotné dobrovolné těhotenství

zakládá takovou specifickou povinnost, ženy by nemohly otěhotnět, dokud nebudou připraveny takovou obět' učinit. Žena dobrovolně vstupující do těhotenství se nemůže zaručit jakoukoliv obětí, tedy ani jakoukoliv lékařskou intervencí v zájmu plodu. Průběh těhotenství je nepředvídatelný, a stejně nepředvídatelná je i potřeba specifických lékařských výkonů, včetně invazivních. Žena tudíž nemá žádnou příležitost zvolit předem postup, který by takové stavy, tedy i různé modalitty vedení porodu vyloučil. V kontextu našeho problému žena nemůže ovlivnit svým chováním a postojem, zda lékař bude indikovat porod císařským řezem.

To však znamená, že dokud by žena nebyla připravena učinit cokoli pro plod, bez ohledu na náboženské vyznání, nebo jiné osobní důvody odmítající takový postup, musela by těhotenství jako takové zcela odmítnout.

S ohledem na individuální důležitost těhotenství však není možné prohlásit, že buď těhotná akceptuje jakýkoliv lékařský postup, nebo bude z procesu reprodukce vyloučena. Podobně nelze připojit tvrzení, že taková žena má použít náhradní řešení, například osvojení dítěte.

K přístupu hodnocení sociálního kontextu těhotenství může být užitečná „etická reflexe“ podle Roberta Audiho. Podstatou tohoto přístupu je stále se opakující analýza obecných morálních principů, etických soudů a zejména metod, které tyto soudy vyvozují na praktickou situaci (Timmons, M., 2007, s. 201-22).

Audi definuje v procesu etického usuzování „prima facie spravedlivé vstupy“, které mohou být systematizovány a použity jako měřítko „vyváženosti etické reflexe“ (Audi, R., 1997, s. 32-66).

Wellsová uvádí případ, kdy žena odmítla císařský řez z fobie z jehel. Protože došlo k poškození mozku plodu, vyjádřila lítost nad svým odmítnutím. Naproti tomu je uvedena kasuistika, kdy žena poděkovala zdravotníkům za to, že zajistili oprávnění k operaci přes její nesouhlas. Je obtížné předjímat, kdo bude svého rozhodnutí litovat, či poděkuje za vynucenou operaci (Wells, C., 1998, s. 237-8).

Těhotenství je v současnosti jediným možným způsobem rozmnožování lidí a ženy skutečně, nebo potenciálně rodící, tvoří přibližně polovinu populace.

Těhotenství ve svém sociálním významu je tak velmi významnou součástí lidského života.

Konflikt mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu je problém oblasti práv, povinností a zodpovědnosti těhotné ženy. V souladu s gradualistickým principem morálního statutu plodu je třeba k oprávnění odmítnout léčbu v zájmu plodu významný důvod, jehož váha narůstá s jeho vývojem. Eticky přijatelný důvod k odmítnutí léčby je osobní, pro život ženy a jeho smysl velmi důležitý. Určení závažnosti důvodů ženy v neobvyklých situacích a za předpokladu, že nesdílíme jejich náboženské přesvědčení, je problematické. Nezbyvá než přijmout závažnost náboženského přesvědčení ženy spolu s hodnocením, jaké místo v jejím životě náboženství zaujímá. Současně je třeba důvěřovat v morální zodpovědnost ženy. Donucení těhotné ženy k přijetí lékařského výkonu proti její vůli znamená popření autonomie ženy, podstatné pro její bytí. Jedinou výjimkou je stav omezené, nebo zcela chybějící kompetence učinit informované rozhodnutí.

S ohledem na argument povinnosti lze definovat hypotetické závazky ukládané těhotenstvím a z nich odvozena hypotetická práva plodu. Vzhledem k tomu, že u plodu nelze předpokládat autonomii, jsou tato práva hypotetická.

Princip záchrany bytosti v ohrožení zahrnuje pozitivní povinnost, pro kterou jsou určující schopnosti potenciálního zachránce a okolnosti situace ohrožení. V oblasti negativních povinností nepoškodit ostatní je situace přehlednější, specifikující povinnosti v jednotlivých oblastech a jejich rozsah. Povinnosti vůči druhým lze strukturovat na běžné, jejichž podstatou je prosté rozumné chování a specifické, které jsou spojeny s reálným fyzickým rizikem. Přechod mezi běžnými a specifickými povinnostmi je plynulý. I běžné povinnosti mohou dosahovat rizik fyzického poškození.

Ve světle silně osobní povahy předpokládané pozitivní povinnosti zachránit druhého za cenu osobního, fyzického rizika je velmi složité identifikovat a určit rozsah takové povinnosti. V procesu jsou určující emocionální a psychologické momenty. Hodnocení rozumnosti je těžší ve vztahu k pozitivní povinnosti pomoci než k negativní povinnosti neuškodit. Tato povinnost je vždy vázána na osobní autonomii, pokud někdo autonomní není, nelze na něj žádné povinnosti klást.

Ač jsou specifická břemena neoddelitelnou součástí těhotenství, nelze je chápat jako určující pro specifické povinnosti ženy. Morální povinnosti těhotné ženy vůči plodu jsou velmi specifické, neboť mohou být provázeny rizikem fyzického poškození. Tyto povinnosti může určit pouze těhotná žena sama jako autonomní a svobodná bytost. Tato hluboká osobní zodpovědnost je jedním z projevů svobodné vůle a rodičovské lásky.

Požadavek přijetí operačního výkonu v zájmu plodu může být provázeno narušením autonomie ženy. Je třeba porovnat argumenty práv s argumenty hypotetických povinností. Váha práv a povinností vyplývá z klinické situace, kdy etické dilema mezi autonomií těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu vzniká. Důležité je posouzení motivace vlastního rozhodnutí. Pouze vážné důvody mohou opravňovat ženu k odmítnutí morálních povinností vůči plodu. Klíčovým je však posouzení kompetence těhotné ženy jako klíčového kritéria pro přijatelnost odmítnutí léčby.

Porod císařským řezem klade na těhotnou ženu nároky nepředvídatelným způsobem, často na samém konci těhotenství. Respektovat autonomii ženy znamená, že ji nemůže být současně uložena povinnost postoupit oběť v zájmu plodu. To zdaleka neznamena, že žena nemá povinnost udělat, co může, ač je to rozumné. Mezi akce „udělat co může“ patří všechny činy, u kterých neexistuje vážný důvod je odmítnout. Uložit dělat vše co může, znamená zároveň přijmout její odmítnutí invazivních výkonů z důvodů náboženských či z důvodů hlubokých obav. Současně udělat vše co může, znamená uvážit zájmy plodu ve snaze přivést sebe samu k odpovídajícímu postupu. V tomto smyslu je vlastní snažení ženy pochopit situaci hlavní povinností vůči plodu. Selhání tohoto snažení nelze označit selháním morální povinnosti těhotné ženy, neboť to lze posuzovat jen v zorném poli sociálního kontextu. Může být však projevem snížení kompetence ženy učinit rozhodnutí. Jsou-li důvody k odmítnutí operace neadekvátní, je třeba přehodnotit znovu způsob a rozsah informací, kterými lékař zdůvodnil návrh indikace. Současně je nutné zvážit možnost snížení kompetence těhotné ženy, jež se může manifestovat právě naprosto neodpovídajícím zdůvodněním odmítnutí léčby. V takovém případě je nutné provést objektivní zhodnocení kompetence jako zásadního měřítka pro přijatelnost odmítnutí léčby.

Konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu lze porozumět na základě analýzy vzájemného vztahu zájmů plodu a těhotné ženy. Odmítnutí léčby v zájmu plodu je morálně ospravedlnitelné tam, kde byl na straně ženy vážný důvod, úměrný stupni vývoje plodu. Skutečnou stranou problému je plod ve smyslu budoucí dítě (které ještě není, ale pravděpodobně bude zrozeno). Mezi narozeným dítětem a budoucím dítětem je důležitý rozdíl, který je dán zejména uznáním absolutní dignity již narozeného dítěte ze strany společnosti. Tento fakt nutně ovlivňuje závažnost konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu. Pochopení důvodů odmítnutí operace je cestou, jak obhájit představu morálního práva k odmítnutí. Teoretická možnost, kdy žena odmítá operaci z důvodů banálních, otevírá prostor pro diskusi, poradenství a přesvědčování.

7. Informovaný konsensus v kontextu etického konfliktu

Informovaný konsensus je praktická aplikace principu respektu k autonomii osoby. Autonomie osoby je dána vlastností sebeurčení. Ta obsahuje potenciál porozumění informacím, úvahou, záměrem a nezávislou volbou. Autonomní osoba je tak schopna vědomé autonomní akce, která je určující pro naplnění principu autonomie v kontextu přijetí či odmítnutí lékařské péče. Aplikace informovaného konsensu je tak vyjádřením jednoho ze základních principů bioetiky – respektování autonomie pacienta (Bauchamp, T. L., Childress 2001, s. 57-112).

Informovaný konsensus je nezbytnou součástí řešení konfliktu principů respektu k autonomii těhotné ženy a hypotetického principu spravedlnosti vůči plodu. V obecné rovině je vyslovení svobodného konsensu s léčbou (diagnostickým či terapeutickým zákrokem) základním principem vztahu lékař – pacient v procesu zdravotní péče. Při nedosažení konsensu nesmí lékař provést zamýšlený léčebný či diagnostický výkon. Princip informovaného konsensu byl proto začleněn do právních řádů včetně legislativy platné v České republice. Právní kodifikace tak činí z informovaného konsensu současně i právní úkon a podmínka informovaného konsensu je proto základním principem medicínského práva (OHSR, 1979, el. zdroj 4).

Léčba bez informovaného konsensu je neetickým a nezákonným zásahem do tělesné a duševní integrity pacienta a to i v případě, že byla úspěšná. Popření principu svobodného a informovaného konsensu neznamena odepření práva na lékařskou péči, ale na svobodné rozhodnutí lidské bytosti o sobě samé. Analogicky nelze odepřít ani lékaři právo na svobodné rozhodnutí. Lékař není pouhým vykonavatelem vůle pacienta. Proces informovaného souhlasu je tak kontinuální interakcí dvou autonomních osob.

Lékař předává zodpovědně informace o pacientově zdraví, možnostech diagnostiky a léčby onemocnění, alternativách, specifických rizicích, cílech léčby i ekonomických aspektech. Pacient, svobodná a autonomní bytost se na základě těchto informací rozhoduje o tom, zda se navrženému postupu podrobí, jakou alternativu zvolí, existuje-li několik možností, či zda návrh odmítne. Motivace k odmítnutí léčby je osobní věcí pacienta a lékař nemá právo zasahovat do této

sféry jeho osobnosti, jakkoliv se mu bude jevit pacientovo rozhodnutí iracionální (Císařová, D., 2004, s. 91-2).

Ač má princip informovaného konsensu obecnou platnost, v oboru porodnictví se objevují významná specifika vyžadující zvláštní přístup. Komplikujícím momentem je plod, jehož život a zdraví je ve hře vedle života a zdraví těhotné ženy. Přesto, že plod není osobou, je nezpochybnitelnou hodnotou, lékařem vnímán jako pacient a ze strany rodičů jako budoucí dítě. Konkrétní klinické situace představují příklady etických dilemat.

V praxi může vést etické dilema ke konfliktu mezi dvěma osobami, hájícími opačná východiska dilematu. McCullough nazývá takovou situaci etickým konfliktem (McCullough, L. B., 1994, s. 72).

Znalost těchto modelových situací a připravenost k hledání cest jejich řešení je součástí efektivní komunikace při setkání lékaře s pacientem (Chervenak, F., 1992, s. 707-853).

Etické dilema principu respektu k autonomii těhotné ženy a hypotetického principu spravedlnosti vůči plodu je jádrem problému etické přijatelnosti indikace k císařskému řezu.

7.1. Etický konflikt a krize

Základními principy lékařské bioetiky je princip beneficence - dobročinnosti, který zavazuje lékaře jednat vždy v zájmu pacienta, jeho „dobra“. Dalším principem je princip autonomie – pacient je autonomní, rozumná bytost, jejíž souhlas s léčebným postupem je projevem osobní svobody a nutným předpokladem k realizaci léčby. Oba principy platí současně a nelze jeden z principů povýšit nad princip druhý. Rozpor mezi etickými principy představuje dilema (McCullough, L. B., 1994, s. 8-10).

S osobní svobodou je svázána i plná zodpovědnost za učiněné rozhodnutí. Klinické situace naplňující oba principy jsou přehledné a jasné, bez etických kontroverzí. Modelové příklady etického konfliktu nastanou tehdy, stojí-li základní principy proti sobě: postup založený výhradně na principu dobročinnosti a nerespektování subjektivních hodnot a zájmů pacienta, postup založený výhradně na principu dobročinnosti, který je zároveň v rozporu se zájmy „třetí strany“.

Specifickým příkladem „třetí strany“ je lidský plod. Připustíme-li, že má statut pacienta, je z jeho pohledu (či z pohledu osoby hájící jeho zájmy) třetí stranou subjekt matky. Podle Mc Cullougha je situace, kdy lékař opustí princip dobročinnosti na základě rozporu se subjektivními zájmy pacienta či třetí strany etickou krizí.

Řešením je náležitý a validní informovaný konsensus. Konsensus je kompromisem mezi konfliktními principy a tím i prevencí etického konfliktu a etické krize včetně pocitů hluboké frustrace na straně pacientů, jež pravidelně vytváří základ pro stížnosti a soudní spory (McCullough, L. B., 1994, s. 131-166).

Tabulka 3 - Zdroje etického konfliktu

Těhotná žena	Rovnováha	Lékař	Příklad
Autonomie	>	Povinnost beneficence vůči těhotné	Krevní převod svědkům Jehovovým.
Povinnost vůči plodu	<	Povinnost beneficence vůči plodu	Žádost matky o intrauterinní zákrok s neprůkazným výsledkem ve prospěch plodu.
Autonomie	<	Povinnost beneficence vůči plodu	Abusus návykových látek těhotné ženy. Odmítnutí císařského řezu v zájmu plodu.
Beneficence	>	Povinnost beneficence vůči plodu	Maligní tumor dělohy vyžadující hysterektomii v graviditě.
(Chervenak, F. A., 1985, s. 442-6)			

7.2. Struktura a obsah informovaného konsensu

Informovaný konsensus je obecným etickým principem setkání lékaře a pacienta. Je vytvořen náležitou vzájemnou komunikací mezi oběma subjekty. Předání adekvátních informací tvoří základ procesu informovaného konsensu. Otázky, které musí být zodpovězeny, se týkají diagnózy, identifikace onemocnění či stavu, prognózy a léčby včetně jejich možných alternativ (Rosner, F., 2007, s. 80).

Informovaný konsensus může být koncipován jako strukturovaný, zohledňující všechny osobní i sociální faktory, které mohou proces předání a pochopení informací ovlivnit. Komplikací je časový faktor, který v porodnictví často znemožňuje prozkoumat všechny proměnné ovlivňující rozhodovací proces těhotné ženy. Též snaha zhodnotit rovnocenně všechny sociální i osobní faktory může ztížit samotný proces souhlasu.

Další alternativou je funkcionalistické pojetí informovaného konsensu. Ten je zaměřen především na vysvětlení povahy zákroku, vysvětlení specifických rizik v takovém rozsahu, aby umožnil pacientovi informovanou volbu postupu. Funkcionalistický model informovaného konsensu je vnímán jako formální a povinná součást léčebně preventivní péče.

Postmodernistické teorie souhlasu spatřují informovaný konsensus jako právo jedince žádat v procesu zdravotní péče cokoli, bez ohledu na medicínskou potřebu zákroku. Pacient je konzumentem lékařské péče v systému, který je vytvořen právě pro spotřebu bez ohledu na etiku a spravedlivé rozdělování zdrojů, kterými je zdravotní péče financována (Arulkumaran, S., 2004, s. 63-9).

Informovaný konsensus je především interaktivním procesem, který je kontinuální a vyvíjí se v čase (Marshall, P. L., 2007, s. 23).

Lékař by měl za všech okolností srozumitelně, pravdivě a komplexně zodpovědět tři základní otázky pacienta:

„Co mi vlastně je?“

„Co pro mě tento stav znamená?“

„Co pro mě můžete udělat?“.

Odpověď na poslední z uvedených otázek by měla obsahovat vysvětlení diagnosticko-terapeutického procesu. Každý jednotlivý zákrok musí být vysvětlen zvlášť. Výklad musí obsahovat povahu zákroku, jeho účel, důsledky pro pacienta a reálná rizika se zákrokem spojená.

Informace směřované k pacientovi jím musí být přijaty a pochopeny a stát se východiskem pro vyslovení souhlasu či odmítnutí navrhovaného postupu. Obsah a struktura podaných informací, způsob jejich předání i technické náležitosti jsou určující pro platnost informovaného konsensu. Tato otázka je často diskutována a provází ji mnoho rozporů.

Pokusme se definovat minimální požadavky na obsahovou strukturu souhlasu, jehož naplnění bude dostatečné pro poskytnutí léčebné péče na základě skutečné informovanosti.

Souhlas s diagnosticko-terapeutickým postupem je především informovaný. Za touto definicí se skrývá fakt, že je souhlas vysloven na základě předání a pochopení definovaných významných skutečností. Informace nestačí pouze předat, musí být zřejmé, že je pacient přijal a pochopil. Forma předání informací musí odpovídat intelektuální kapacitě pacienta. Forma předaných informací bude tedy rozdílná a individuální v závislosti na osobnosti pacienta. Obsah charakterizovaný komplexností musí být zachován.

Způsob podání informací, vychází z tzv. „rozumného osobního standartu“, kterým je hodnocena dostatečnost předaných informací zejména pro účely právního jednání. Tento standart udává, jaké informace by na místě pacienta požadoval „rozumně uvažující člověk“, jaká rizika a důsledky by chtěl znát, aby se mohl rozhodnout, zda zákrok podstoupí. Objektívni standart informací je třeba podat u průměrné rozumné osoby, zatímco subjektivní standart zohledňuje zvláštnosti konkrétní osoby, např. náboženské přesvědčení, zvláštní životní styl či vzdělání. Jinou formu předání informací je třeba použít u osoby bez vzdělání, bez specifického vzdělání v přírodních vědách, jinak musí být informován pacient – lékař.

Obsah předaných informací musí však každému pacientovi umožnit následné rozhodnutí. Pacient musí pochopit, co lékař zamýšlí, jaký je účel a charakter doporučeného zákroku, zda se jedná o „malý zákrok“, výkon bez

anestézie, v lokální anestézii či krátkodobé intravenózní anestézii, či jde o „velkou operaci“ v celkové anestézii. Zda bude zákrok realizován ambulantně, v jednodenním režimu, či si vyžádá delší hospitalizaci. Z informace musí být zřejmé, jaký je zamýšlený výsledný efekt zákroku a jaké jsou možné nežádoucí účinky, jaká jsou specifická rizika a možná poškození organismu v přímé souvislosti s provedeným výkonem. Velmi důležitou je informace o existujících alternativách postupu včetně jejich možných nevýhod, srovnání rizik a předpokládaného výsledného efektu. Informace musí zahrnovat i předpokládaný vývoj onemocnění v případě, že pacient nebude léčen vůbec.

Všechny předané informace musí být pravdivé a lékařovou motivací je za všech okolností prospěch pacienta. Jiné motivace lékaře, ať už se jedná o dosažení statistických výsledků, získání věhlasu publikací, unikátní operací či ekonomické zájmy osobní, institucionální či systémové jsou z etického hlediska nepřijatelné. Základní principy bioetiky beneficence a autonomie jsou v interakci lékaře a pacienta závazné a určují chování i hodnotu celého systému zdravotnictví.

Přijetí a pochopení informací musí být průkazné pro zpětné hodnocení a posuzování, zda byly splněny všechny podmínky pro vyslovení souhlasu s léčbou. Další zásadní vlastností souhlasu je svobodná volba rozhodnutí, souhlas tedy musí být svobodný. Je nepřijatelné získat souhlas s léčbou nátlakem, hrozbou, lstí či podvodem. Tím může být i úmyslné zatajení alternativního způsobu léčby či nepravdivá informace o tom, že výkon je indikován z vitálních důvodů, i když tomu tak není.

Zájmy pacienta, lékaře, případně třetí strany se často rozcházejí, což vede k otevřené či skryté manipulaci s pacientovým rozhodnutím. Souhlas, či odmítnutí postupu je osobní věcí pacienta. Rozhodnutí o léčbě nemůže učinit třetí osoba, stejně tak nemůže pacienta k souhlasu donutit. V tomto ohledu se můžeme setkat s nátlakem ze strany příbuzných. Již vyslovený souhlas s léčbou může pacient kdykoliv svobodně odvolat. Opět platí, že toto odvolání přísluší pouze pacientovi samému a nemůže jej učinit žádná další osoba byť by se jednalo o nejbližší rodinné příslušníky.

Poslední uvedenou vlastností souhlasu je kompetence k jeho vyslovení. Souhlas může vyjádřit pouze osoba k tomuto úkonu kompetentní. Kompetence je

upravena zákonem. Pacienti nezletilí a pacienti zbaveni způsobilosti k právním úkonům tuto kompetenci ze zákona nemají a je přenesena na jejich zákonné zástupce.

Tato skutečnost je často provázena etickými kontroverzemi, především v případech, kdy zákonný zástupce nejedná v konkrétní situaci v obecném zájmu nekompetentní osoby. Kontroverzní situace nastávají často právě v oboru gynekologie a porodnictví, v souvislosti s problematikou plánovaného rodičovství, těhotenství, prenatalní diagnostiky u nezletilých či mentálně hendikepovaných osob.

V situacích, kdy není ze zákona zřejmé, zda je osoba kompetentní k vyslovení souhlasu, musí tuto skutečnost posoudit lékař sám. Určení kompetence lékařem je v jednotlivých klinických situacích velmi obtížné. Jde především o stavy alterací duševního stavu, vlivu alkoholu, drogových a jiných intoxikací organismu a poruch mozkové činnosti. Všechny tyto stavy jsou v klinické praxi reálné a v oboru gynekologie a zejména porodnictví velmi časté. V procesu získání informovaného souhlasu je třeba s nimi počítat a vyloučit možnost následného zpochybnění kompetence pacienta k vyslovení informovaného souhlasu.

Porod v běhu je modelovou situací, kdy kompetence rodičky může být později zpochybněna, ať už se jedná o vliv analgetik, vyčerpání organismu, specifické poruchy mozkové činnosti v důsledku hyperventilace, preeklampsie či jiných komplikujících stavů.

Plod, je specifickou bytostí bez autonomie a tudíž i kompetence k vyjádření informovaného konsensu. Tuto kompetenci má těhotná žena. V situacích, kdy pozbývá kompetence i ona přechází pravomoc rozhodnout o přijetí navržené léčby na kompetentní osobu hájící zájmy těhotné ženy.

Etická krize může nastat při nesouhlasu další strany, kterou je otec či další příbuzní. Krize nastává též v případech, kdy kompetentní těhotná zjevně vystupuje proti zájmům viabilního plodu a bezprostředně jej ohrožuje. Modelem je odmítnutí indikovaného císařského řezu při vitálním ohrožení plodu.

7.3. Technické náležitosti informovaného konsensu

Technické náležitosti informovaného konsensu mají především právní význam. Vyslovení souhlasu musí být průkazné a doložitelné i zpětně. Je součástí zdravotnické dokumentace. Informovaný konsensus je kontinuální proces provázející interakci lékaře s pacientem a jen v konkrétních časových bodech je zanesen do zdravotnické dokumentace. Tak je tomu vždy v případě klinických studií a před invazivními výkony.

Náležitostí zásadního významu je skutečnost, že informovaný konsensus musí být učiněn včas, před doporučeným diagnostickým či terapeutickým výkonem. Pacient musí mít dostatečný čas k uchopení všech relevantních informací. Je-li tento časový faktor zpochybněn, může být zpochybněna i platnost souhlasu jako takového. Souhlas, který nesplňuje věcné podmínky, není informovaným souhlasem. Léčba, která následuje, nesplňuje zákonné a etické podmínky interakce lékař – pacient.

7.4. Kontroverze obsahu a formy informovaného konsensu

Určující vlastnosti souhlasu byly definovány. Souhlas musí být informovaný, svobodný a kompetentní. Lze však tato kritéria skutečně naplnit?

Může být souhlas skutečně informovaný?

Obsahový charakter informovaného konsensu má dvě úskalí. Prvním je lékař jako zdroj neobjektivních nebo nepravdivých informací. Stranou ponechme vyslovení vědomé nepravdy a manipulaci pacienta jako jednání pokleslé a odsouzeníhodné. Nepravda může být předávána též nevědomě. Současný lékař, čerpající informace z osobních zkušeností či tradic a zkušeností svých učitelů či jiných autorit, předává informace o léčbě, které nejsou podepřeny důkazy. I postupy uvedené do praxe na základě širokého konsensu odborných autorit jsou později usvědčeny z absence objektivních důkazů o účinnosti a i přes tuto skutečnost v systému dlouhodobě přetrvávají.

V tomto smyslu je třeba neustále revidovat odborné postupy, čerpat informace z vědeckých prací založených na důkazech a uvádět je do klinické praxe. Pacientovou motivací je ve většině případů co nejrychlejší návrat do běžného života

a obnova zdraví. I v případě, že jsou informace skutečně odborné a odpovídají současným poznatkům klinické vědy, mohou být pro pacienta těžko uchopitelné a použitelné k rozhodnutí o léčbě. Zejména jsou-li informace interpretovány formou statistických údajů, které se dotýkají velkých souborů, pacient si může jen těžko představit význam těchto dat pro jeho osobní příběh.

Může být informovaný konsensus skutečně svobodný?

Lze určit kompetenci pacienta?

Další kontroverzí je zjištění, zda existuje možnost skutečně svobodných podmínek pro vyslovení souhlasu s léčbou. Svoboda pacienta je omezena nemocí či stavem, pro který léčbu vyhledal. V případě těhotné či rodičky je svoboda její volby omezena starostmi nejen o sebe samou, ale i subjekt plodu.

Svobodu volby omezuje i časový faktor, neboť rozhodnutí s přijetím či odmítnutím léčby nastává často za podmínek časové tísně. Názorová stanoviska se pak mění s vývojem stavu pacienta (nemoc, průběh těhotenství, životaschopnost plodu). S novými podmínkami vyvstává nutnost nových rozhodnutí, pro které je třeba časového prostoru pro pochopení a zaujetí stanovisek. Pacient je autonomní bytostí za předpokladu, že je schopen učinit kompetentní rozhodnutí. Zákon sice stanovuje obecné podmínky, za kterých osoba tuto kompetenci nemá. Stanovit, zda je pacient kompetentní a zejména určit míru této kompetence je nesmírně obtížné. Vyloučíme-li stavy, kdy pacient nemůže učinit žádná rozhodnutí (pacient v komatu, lidský plod), je jedinou metodou stanovení kompetence výklad lidského chování či jeho důsledků jako projevu osobní lidské vůle, tedy hermeneutika. Základním kritériem při určování kompetence je schopnost racionality ve smyslu jednat podle předem zvolených principů, které směřují k určitému osobnímu cíli (Lind, G., 1985, s. 79 -105).

7.5. Specifika informovaného konsensu v porodnictví

Obor gynekologie a porodnictví s sebou přináší množství kontroverzních klinických situací, které vyplývají ze specifika oboru přímo ovlivňujícího a zasahujícího reprodukční a sexuální funkce ženy.

V případech etického dilematu mezi autonomií těhotné ženy a hypotetického principu spravedlnosti vůči plodu musí informace obsahovat významná data, která se týkají zejména předpokládané morbidity matky ve vztahu k morbiditě plodu – novorozence. Konstrukci procesu předání informací je třeba věnovat zvláštní pozornost, neboť představuje významný faktor v prevenci etické krize. Interaktivní forma informovaného souhlasu je pro potřeby porodnictví vhodná, neboť poskytuje jasné a jednoznačné vyjádření řešených problémů formou otázek a je použitelná i v podmínkách stresu a omezených časových možnostech.

Položené a zodpovězené otázky můžeme rozdělit do čtyř skupin:

1. *Modality vedení porodu a jejich specifická rizika.*

Jaká rizika jsou spojena s jednotlivými modalitami vedení porodu: porod císařským řezem oproti vaginálnímu porodu? Jaká existují specifická rizika pro plod a matku? Jaká rizika vyplývají z pasivního postupu a „nicnedělání“?

2. *Zdravotní stav plodu a jeho další perspektivy.*

Jaká je pravděpodobnost, že daný výkon povede k ukončení gravidity? Jaké je riziko úmrtí plodu? Jaké je riziko závažné morbidity plodu v případě ukončení gravidity? Vždy je nutné uvést lokální statistické ukazatele.

3. *Fertilita, sexualita, hormonální stav.*

Změní plánovaná operace fertilitu pacientky? Je ovlivnění plodnosti pravděpodobné, a jak je toto riziko vysoké? Může operace ovlivnit sexualitu pacientky? Změní operace hormonální stav ženy? Jak vysoké je riziko navození přechodu? Bude nutná po operaci dočasná či dlouhodobá substituce pohlavními hormony?

4. *Neodkladné výkony a vitální ohrožení.*

Kolik máme času k provedení výkonu? Jaká existují rizika a výhody, bude-li výkon odložen? Jaký je pravděpodobný vývoj, nebude-li výkon proveden vůbec?

Porodnictví je charakteristické akutními stavy, které se rozvíjí náhle, často bez možnosti takový vývoj předvídat. Vyžadují rozhodné a rychlé řešení a jsou provázeny časovou tísň. Proces informovaného konsensu je za těchto stavů obtížný, validita informovaného konsensu pak nízká. Takto vyslovený informovaný konsensus je zpětně snadno zpochybnitelný. Informace o nutné operační intervenci z vitální indikace musí být učiněna rychle a jasně, žena musí být informována o potenciálním vitálním ohrožení sebe sama i plodu. Operace motivována záchranou života plodu či matky je realizována v tomto smyslu a je nepřijatelné v jejím rozsahu provést další zásahy, které tento charakter neodkladnosti postrádají a k nimž informovaný konsensus podán nebyl.

Časový faktor je patrně nejvýznamnějším komplikujícím prvkem v realizaci informovaného konsensu v porodnictví.

Identifikace klinických stavů, které jsou provázeny etickým konfliktem, představují důležitý úkol lékaře. Realizace náležitého informovaného konsensu je účinnou prevencí rozvoje etické krize se všemi negativními důsledky pro pacienta i zdravotníky. Spočívá ve správné preferenci jednoho z konfliktních principů na základě fronesis a právě fronesis je předpokladem prevence etické krize a následné žaloby ze strany frustrovaného pacienta.

Obor gynekologie a porodnictví je specifickým vysokou koncentrací potenciálně krizových situací.

Postavení lidského plodu je unikátní. Pojetí komplexu matka-plod jako jediného objektu lékařské péče je historicky překonané. Lidský plod je objektem vysoké hodnoty s absencí kompetence se rozhodovat. Tato kompetence je delegována na těhotnou ženu, případně i další osoby. Zajištění ochrany zájmů lidského plodu je významným úkolem bioetiky jako součásti moderního zdravotnictví.

8. Císařský řez v medicínské praxi

V hledání odpovědi na otázku, za jakých okolností a zda vůbec může těhotná žena odmítnout operaci v zájmu plodu, či z druhé strany problému, zda je eticky přijatelné, aby lékař provedl císařský řez ženě bez jejího souhlasu, jsme se doposud zabývali dignitou plodu a vzájemným vztahem mezi právy a hypotetickými povinnostmi ženy. Nyní je čas do analýzy zahrnout pohled na fenomén císařského řezu v současné společnosti a jeho historické kořeny. Císařský řez je pro reprodukci soudobého člověka natolik významný, že zaslouží hodnocení v širších historicko-společenských souvislostech.

Žádný jiný chirurgický výkon nepřináší tolik odborných diskusí a kontroverzí jako právě císařský řez. Narodí-li se na světě každoročně přibližně 131 000 000 lidí, téměř 21 000 000 je porozeno císařským řezem (WHO, 2009, el. zdroj 16). Tato skutečnost staví císařský řez na první místo pomyslného žebříčku počtu prováděných operací. Vývoj v České republice svědčí o tom, že byla překročena hranice dvacetiprocentního podílu císařských řezů v roce 2007 (UZIS, 2009, s. 15, el. zdroj 14). Popsaný trend vede porodníky k stále se opakujícím diskusím o možnostech takový vývoj zastavit a počet operací snížit. Současně jsme svědky hledání operačních postupů, které učiní císařský řez efektivnějším. Efektivitou chápeme minimalizaci specifických rizik pro rodičku a novorozence, též snížení časové náročnosti operace i ekonomických nákladů s operací spojených. Mezi moderní trendy v technice císařského řezu patří též principy chirurgického minimalismu a snahy přiblížit abdominální porod porodu vaginálnímu (Smith, J., 2008, s. 1037-42).

8.1. Biologické kořeny operace

Vaginální porod člověka je založen na velmi složitém mechanismu, který si vyžádal, v živočišné říši unikátně nevýhodný, poměr mezi objemem hlavy plodu a rozměry pánve rodičky. Tento mechanismus zahrnuje posloupné kroky: iniciální flexe (krční páteř provádí flexi, čímž je do roviny pánevního vchodu

směřován nejmenší, suboccipitobregmatický obvod), vnitřní rotace (hlava plodu rotuje o 45-90° mezi rovinou pánevního vchodu a pánevní úžiny tak, že vždy nejmenší průměr hlavy prochází největším průměrem pánve), deflexe hlavy (hlava deflektuje poté, co je porozena největším průměrem a záhlaví se opírá o spodní okraj stydké spony) a zevní rotace (hlava rotuje následkem vnitřní rotace ramének plodu, které též prochází cestou největších pánevních rozměrů). Mechanismus porodu plodu spolu s konvergentními pánevními rovinami popsal poprvé Levret v roce 1761 (O'Dowd, M. J., 2000, s. 64).

Mechanismus vnitřní rotace hlavy plodu nemá v živočišné říši obdoby. Ostatní primáti rodí svá mláďata bez mechanismu vnitřní rotace. Porodní hmotnost všech primátů ve vztahu k hmotnosti matky je významně nižší, než je tomu u člověka. Totéž platí o poměru hlavy novorozence k velikosti mateřské pánve. Porod člověka je ve srovnání s ostatními primáty nejkomplikovanější a časově nejnáročnější proces (Travethan, W., 1987, s. 19).

Příčinou obtížného porodu člověka je bipedální lokomoce člověka. Ta vedla v průběhu evoluce ke specifickým anatomickým změnám pánve a pánevního dna. Kvadrupedální lokomoce predisponující k blízkému uložení křížokyčelního a kyčelního kloubu a tím v sagitálním směru k plochému tvaru pánevního vchodu, představuje limit pro velikost hlavy novorozence. Bipedální chůze a další zmenšení vzdálenosti křížokyčelního a kyčelního kloubu vedla k rozšíření pánevního vchodu v sagitálním směru a naopak oploštění ve směru předozadním. Tím byl umožněn porod plodu s větším objemem hlavy. Komplex anatomických změn zahrnující změnu sklonu pánve a rozvoj svalů pánevního dna však činí vaginální porod neobyčejně obtížným, pouze za cenu mechanismu vnitřní rotace hlavy plodu. Tento paradox nazval Washburn porodnickým dilematem (Washburn, S. L., 1960, s. 3-15).

Ruku v ruce s obtížným mechanismem porodu člověka jde i vysoké riziko smrti, nebo poruchy zdraví rodičky a plodu v průběhu vlastního porodu. Shlain pokládá skutečnost nepříznivých podmínek porodu za rozhodující moment v evoluci vedoucí k vzestupu člověka. Změna tvaru pánve jako důsledek bipedální lokomoce umožnila porod plodu s objemným frontálním lalokem mozku.

Nepříznivý poměr rozměrů pánve rodičky a objemu mozku novorozence nutně vede k porodu nezralého a dlouhodobě závislého novorozence – dítěte. Připoutání muže k péči o dítě a dlouhá etapa dětství jsou další významnými prvky vyplývajícími z porodnického dilematu (Shlain, L., 2004, s. 8).

Porodnické dilema je základem specifické porodnické komplikace, označované jako „nepostupující porod“ či „zástava“ (stuck of labor) nebo „obstrukce“ (obstructed labor) porodu. Porucha porodního mechanismu vede k selhání progresu vedoucí části plodu do pánve, ať už nepoměrem mezi hlavou plodu a pánevními rozměry, či patologickým naléháním plodu. Protrahovaná děložní činnost ústí obvykle v hypoxii a následnou smrt plodu. Děloha pozbývá schopnosti se efektivně kontrahovat, což je pravidelně provázeno poporodní hemoragií. Tlak hlavy plodu působící zejména na močový měchýř vede k tlakové nekróze a vesikovaginální píštěli.

Důsledky porodnického dilematu lze demonstrovat na situaci v rozvojových zemích, či historickým odkazem na období nedostupnosti císařského řezu. Zástava porodu je v současnosti jedním z dominantních faktorů mateřské úmrtnosti v rozvojových zemích. Podle Světové zdravotnické organizace je incidence zástavy porodu 4,6% a v jejím důsledku umírá ročně přibližně 42 000 žen. To představuje 8% podíl na celkové mateřské mortalitě (WHO, 2005, s. 63, el. zdroj 10). Krishna uvádí incidenci zástavy porodu 2-8% a počet zemřelých odhaduje dokonce 85 000 za rok (Krishna, U. R., 2004, s. 451-7).

Případy nekončící smrti jsou často komplikovány rozvojem vesikovaginálních píštělí, které ženy trvale invalidizují, vedou k jejich sociální a posléze i biologické smrti (Howson, C. P., 1996, s. 97). Předpokládá se nejméně 3 miliony žen s neoperovanými porodnickými píštělemi a 30 000 – 130 000 nových případů ročně pouze v Africe (Wall, L. L., 2006, s. 1201-9).

Podobné podmínky lze vyvodit z historického vývoje mateřské mortality v Evropě 17. - 18. století. Ve velké Británii byla mateřská úmrtnost 105 zemřelých na 10 000 živě narozených v roce 1700 – 1750, 75 v období 1750 – 1800 a 55 v období 1800 – 1880. V některých evropských zemích bylo dosaženo

nižších hodnot, například ve Švédsku 1890 to bylo 23 případů mateřských úmrtí na 10 000 živě narozených. Tato hodnota přetrvávala až do 30. let 20. století. Současný stav, kdy je mateřská úmrtnost nižší než 1 případ na 10 000 živě narozených, byl dosažen ve vyspělých státech světa až v roce 1980. Současná mateřská mortalita v rozvojových zemích je více než desetinásobná. Nejtragičtější situace je v oblasti subsaharské Afriky, kde v roce 2000 dosahovala mateřská mortalita hodnoty 920 úmrtí na 100 000 živě narozených (Jamison, D. T., 2006, s. 226).

Z hlediska historického vývoje představuje moderní císařský řez nejvýznamnější porodnickou operaci a zároveň nejmodernější nástroj v eliminaci tragického dopadu negativního vlivu rizikového porodního mechanismu člověka na fetomaternální zdraví (nevýhodný poměr mezi objemnou hlavou novorozence a rozměry ženské pánve). Lékařská věda tak čelí logice přírodního výběru. Císařský řez je jedinou metodou, která dokáže eliminovat riziko zástavy porodu, která je přímým důsledkem „porodnického dilematu“. Operace vytváří arteficiální porodní cesty, vylučující nutnost průchodu hlavy plodu mechanismem vnitřní rotace kostěnou pávní. Aplikace a dostupnost císařského řezu byla determinována operační technikou úzce související se vznikem moderního porodnictví.

8.2. Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu

Člověk byl od nepaměti fascinován císařským řezem. Podle antické mytologie zavraždil Apolon nevěrnou Coronis a vyňal z jejího těla syna Asclepia. Zeus pak, z břicha umírající Semele, vyjmul nezralého Dionýsia, kterého implantoval na vlastní stehno, kde dosáhl zralosti. Staroindická mytologie praví, že Brahma byl zrozen z pupku a Budha z pravého boku své matky. Podle perské legendy byl i hrdina Rustan porozen císařským řezem (Speert, H., 2005, s. 297).

Ač není pochyb o tom, že má operace kořeny hluboko v historii, je písemných dokladů v období starověku velice málo. Zmínka o císařském řezu je obsažena v Pliniově Historii přírody publikované v roce 77 (Young, J. H., 1944, s. 2). Velcí představitelé antické medicíny Galen a Soranus z Efesu operaci nepopsali. Ani největší z antických porodníků Hippokrates z Kósu, který znal a používal porodnické operace, jakými byly obrat konce pánevního na hlavičku, exprese plodu a zmenšovací operace, se o císařském řezu nezmiňuje (Steinberg, A., 2003, s. 167). Naopak v Talmudu je operace uvedena pod označením „yotze dofen“ (Steinberg, A., 2003, s. 170). Římský zákon „Lex regia“ císaře Numy Pompilia 715 p. n. l. ukládal povinnost provést císařský řez na ženě umírající, nebo právě zemřelé ve snaze zachránit život nenarozeného plodu (Young, J. H., 1944, s. 4). Tato indikace byla jedinou uznávanou indikací až do druhé poloviny 16. století.

Přelomovým je rok 1581, kdy byla publikována kniha francouzského chirurga Francoisse Rousseta „*Traité nouveau de l'hysterotomotokie, ou enfantement caesarien.*“ V roce 1586 byla vydána Caspardem Bauhinen pod titulem „*Exectio foetus vivi exmatre viva sine alterutrius vitae periculo et absque faecunditatis ablatione a Francisco Rosseto Gallicae conscripta a Gasp. Bauhino latine reddita et variis historiis aucta*“ (Duby, G. 1992, s. 382). Rousset popisuje svědectví čtrnácti císařských řezů na živých ženách, které neskončily smrtí rodičky (Speert, H., 2005, s. 310). První z těchto unikátních operací je legendární operace provedená v roce 1500 švýcarským nunvářem Jacobem Nuferem na vlastní ženě (O'Dowd, M. J., 2000, s. 157). Kniha Francoisse Rousseta obsahuje popis spektra těžkých porodnických komplikací, jakými byla smrt a rozklad

plodu, infekce dělohy, absces dělohy v anamnéze, ošetřený incisí a kauterizací, ruptura dělohy a vypuzení plodu do břišní dutiny. Vysvětleny jsou i specifické techniky operace, jakým je amputace dělohy s použitím ligatur a hemostáza pomocí kauterizace. Uvedeny jsou i úspěšně realizované gravidity po císařském řezu. Rousette žádnou z operací sám neprovedl, dokonce jí nebyl ani přímým svědkem. Rousettův ve své době provokující literární počín prezentoval císařský řez jako perspektivu, která nemusí nutně skončit smrtí rodičky. Je nutné jej chápat jako základ vývoje moderních indikací operace.

Prvním skutečně věrohodně dokumentovaným císařským řezem byla operace provedená Jeremiášem Trautmannem v německém Wittenbergu v roce 1610. Rodička zemřela 25. den po operaci (Speert, H., 2005, s. 307). Epocha bouřlivých diskuzí etické přijatelnosti císařského řezu na živé rodičce byla otevřena. V 17. století byla mateřská mortalita císařského řezu zdrcující. V průběhu celého sedmnáctého století je dokumentováno pouze 33 případů, kdy rodička operaci přežila (Young, J. H., 1944, s. 33).

Nejčastější příčinou smrti bylo vykrvácení a septické komplikace. Vývoj technik operace byl zaměřen zejména na jejich řešení. V letech 1750-1800 bylo v Paříži dokumentováno 24 operací, kterou žádná z rodiček nepřežila (Speert, H., 2005, s. 307). V historii „boje o císařský řez“ figuruje dlouhá řada odpůrců operace. Mezi mnohými jmenujme zakladatele chirurgie Ambroise Pare v 16. století (O'Dowd, M. J., 2000, s. 164) či věhlasné porodníky století 17. a 18. Françoise Mauriceau (Tucker, H., 2003, s. 29) a Williama Smelie (Churchill, H., 1997, s. 9). Mauriceau jako první připouští císařský řez v případě, kdy novorozenec je předurčen být panovníkem a obecný zájem je postaven nad zájem rodičky (O'Dowd, M. J., 2000, s. 158). Do roku 1817 je datován případ tzv. „trojitě porodnické tragedie“. Po protražovaném porodu, během kterého umírá novorozenec – následník britského trůnu, umírá i matka princezna Charlotta (Hamilton, E. B., 1817, s. 51-80) a nešťastný porodník dr. Croft ukončuje svůj život sebevraždou o několik týdnů později (O'Dowd, M. J., 2000, s. 623).

Jedním z prvních obhájců myšlenky císařského řezu byl zakladatel moderního porodnictví Andre Levret. Levret doporučoval ukončit porod

císařským řezem, pokud byl nepoměr mezi rozměry pánve a hlavy plodu takový, že nedovoloval vaginální porod (Radcliffe, W., 1989, s. 52). V možnosti abdominálního porodu spatřoval novou perspektivu. Tím položil základ indikace, která byla respektována jako jediná až do začátku 20. století.

Společenská diskuse o tom, zda je přijatelné císařský řez provádět v jiné situaci než u právě zemřelé nebo u umírající ženy byla řešena autoritami římsko-katolické církve. Roku 1733 položili lékaři teologům pařížské univerzity soubor otázek (Churchill, H., 1997, s. 5) : Je přijatelné provést císařský řez, je-li naděje na záchranu života alespoň jednoho ze subjektů matky či plodu? První otázku zodpověděli kladně. Císařský řez může být východiskem kritické situace, věří-li lékař v možnou záchranu alespoň jednoho ze subjektů: matky, nebo plodu. Na druhou otázku, zda může být obětován život matky pro záchranu plodu, následovala zamítavá odpověď a to i za předpokladu, že o takový postup žen požádá. Ani informovaný konsensus matky neospravedlňuje provedení operace. Třetí otázka zněla, zda je přijatelné provést císařský řez, je-li pravděpodobná smrt matky i plodu? Při neodvratitelné smrti matky i plodu je operace nepřijatelná. Je však správné operovat, pakliže existuje alespoň malá naděje na záchranu matky či plodu. Poslední z otázek řeší, který z objektů preferovat, je-li možné zachránit pouze jeden z životů, tedy matky, nebo plodu. Zde vzniká rozpor. Je spravedlivé obětovat život plodu, je-li to v zájmu záchrany života matky, z hlediska náboženského je však preferován život plodu, aby mohl být pokřtěn. To přichází v úvahu pouze tehdy, je-li rodička křesťankou a staví-li bezpečí plodu nad vlastní život. Tento závěr je v rozporu s odpovědí na druhou otázku. Setkáváme se tu s duchovním rozměrem lidského plodu, představující pro křesťanské náboženství hodnotu samu o sobě, která je motivací k provedení císařského řezu. Tento fakt měl pro rozvoj operace rozhodující význam. Katolická církev jednoznačně podporovala provedení císařského řezu proti alternativním zmenšovacím operacím. Církev odmítala kraniotomii, byť byla indikována ve vitálním zájmu matky. Plod byl v děloze usmrcen, porozen po částech, a tedy nemohl být pokřtěn. 18. století přineslo i třetí možnost, kterou byla symfyseotomie (přetětí stydké spony), nebo pubotomie (přetětí ramene stydké kosti). Operační rozšíření pánve umožnilo průchod hlavičky plodu, ovšem za cenu vysoké úmrtnosti perinatální i

mateřské, v ostatních případech s následky tragické a trvalé mateřské morbidity. Operace byla úspěšně provedena Sigaultem v roce 1777 (Hibbard, B. M., 2000, s. 260).

Ve znamení sporu mezi císařským řezem, zmenšovacími operacemi a symfyseotomií probíhá historické období 1800-1876 (O'Dowd, M. J., 2000, s. 160). Na obranu císařského řezu proti kraniotomii a symfyseotomii vystupuje porodník Thomas Radford z Manchesteru (Churchill, H., 1997, s. 21). O zvýšení bezpečnosti a tím i teoretické přijatelnosti operace se zasloužily dva významné objevy: jednak objev etherová anestezie, aplikované Mortonem v roce 1847 (O'Dowd, M. J., 2000, s. 436), dále pak princip antiseptiky a aseptiky, které uvedl Lister v roce 1867 (O'Dowd, M. J., 2000, s. 407).

Zlomovým je rok 1876, v němž italský porodník Eduardo Porro definoval zásady nového postupu s využitím anestezie i antiseptiky (Porro, E., 1876, s. 289-350). Kromě toho přináší převratnou operační techniku, která radikálně řeší otázku krvácení i sepsy. Císařský řez kombinuje se supravaginální amputací dělohy čímž je eliminován potenciální zdroj krvácení i septické ložisko. Plánování operace v průběhu těhotenství, nebo na začátek porodu, uplatnění zásad antiseptiky, opuštění experimentů s navrácením pahýlu hrdla do břišní dutiny, hemostáza manuální kompresí nebo elastickou bandáží dělohy, luxace dělohy před laparotomií, supravaginální amputace a cirkulární steh extraperitonealisovaného pahýlu hrdla vedly ke snížení mateřské mortality v letech 1876 - 1883 z 85% na 36% (Young, J. H., 1944, s. 97). Porro tak fakticky uzavírá epochu císařského řezu jako experimentu a otevírá cestu k moderní operační technice. Přes nesporný úspěch operační techniky byla kritizována představiteli katolické církve, neboť znamenala ztrátu plodnosti (O'Dowd, M. J., 2000, s. 162).

Důležitým krokem na cestě k moderní technice císařského řezu byla účinná sutura hysterotomie. Pokusy o suturu hysterotomie byly prováděny již od konce 18. století, do té doby bývala hysterotomie ponechávána zející (Young, J. H., 1944, s. 123). Vývoj techniky sutury hysterotomie trval více než 100 let. Ferdinand Kehrer v roce 1881 použil transversální hysterotomii v oblasti dolního segmentu dělohy ošetřenou suturou (Baskett, T. F., 2007, s. 157). O rok později

provedl Max Sanger dvouvrstevnou techniku sutury longitudinální hysterotomie dolního segmentu dělohy. K sutuře použil stříbrný drátek v první a hedvábné vlákno ve vrstvě druhé (Sänger, M., 1882, s. 370). Technika sutury myometria spolu se zásadami asepse a celkové anestezie umožnila v případě císařského řezu zachovat dělohu s přijatelným operačním rizikem.

Další vývoj techniky vedl ve snaze omezit infekční morbiditu k extraperitoneálnímu přístupu, který byl definován Latzkem v roce 1908 a modifikován Doderleinem a Frankem o rok později (Young, J. H., 1944, s. 214). Při extraperitoneálním řezu bylo nutné provést hysterotomii v oblasti dolního děložního segmentu, což se ukázalo jako velmi užitečné. Děloha byla protínána v oblasti velmi tenkého a méně krvácejícího dolního segmentu. Tohoto revolučního posunu využil Kröning v roce 1912 u transperitoneálního císařského řezu.

Původně vertikální směr incise nahradil John Martin Munro Kerr v roce 1926 hysterotomií transverzální (Kerr, J. M. M., 1928, s. 729). Tím položil základ soudobé techniky císařského řezu dodnes užívanou v mnoha modifikacích. Jeho osobu nutno považovat za zakladatele současné techniky císařského řezu. Proces uvedení techniky do klinické praxe znamenal extenzivní rozšiřování operačních indikací, doposud stále probíhající, na jehož vrcholu stojí kontroverzní císařský řez jako volba ženy. Ve 30. letech minulého století byla pomocí moderní operační techniky snížena mortalita císařského řezu na 2,5% (Young, J. H., 1944, s. 220). Postupné zvyšování bezpečnosti operace provázené stálým snižováním mateřské mortality vedlo k rozšiřování operačních indikací.

V dobách před Sangerem existovala kromě řezu na umírající a právě zemřelé jediná indikace, kterou byl kefalopelvický nepoměr. Těžké, obvykle rachitidou způsobené pánevní deformity znemožňovaly vaginální porod a těhotenství u takto postižených žen končilo jistou smrtí v průběhu porodu. Levretovo doporučení provést císařský řez tam, kde je pánev natolik úzká, že do ní nelze zavést ruku porodníka přetrvávalo až do konce 19. století. Absolutní indikací císařského řezu byla pánev s rozměrem conjugata vera (přímý průměr pánevního vchodu) < 5,5 cm, který nedovoluje vybavit plod ani za cenu

zmenšovací operace. Relativní indikací pak pánev s conjugata vera 5,5-7,5 cm, kdy je možné za cenu zmenšovací operace plod porodit. V roce 1901 upravil kritéria absolutní indikace J. W. Williams. Císařský řez je nutné provést u všech žen s conjugata vera < 7 cm (Young, J. H., 1944, s. 151).

Císařský řez v případě závažného krvácení v průběhu porodu byl proveden poprvé Bagotem pomocí Porrovy techniky v roce 1891. První úspěšný císařský řez v indikaci krvácení za porodu se zachováním dělohy provedl Target v roce 1905 (Young, J. H., 1944, s. 156).

V roce 1916 J. T. Williams definuje další moderní indikace k císařskému řezu: vcestrné lůžko, plod v poloze koncem pánevním u primipar, deflexní polohy, zadní postavení (occiput posterior) a porody u primipar starších 35 let (Young, J. H., 1944, s. 154). Ve třicátých letech 20. století jsou definovány další indikace dystokie: preeklampsie, kardiopatie matky (Young, J. H., 1944, s. 156).

Vývoj techniky císařského řezu podmiňoval v průběhu historického vývoje rozvoj a rozšíření indikací. Snižování mortality i morbidity probíhalo v závislosti na milnících lékařské vědy. Přelomovým je rok 1500, otevírající možnost císařského řezu jako perspektivu, dále rok 1882, znamenající skokové zlepšení výsledků operace kombinací Porrovy techniky, zásad asepse a celkové anestezie, dále pak rok 1926 jako počátek moderní techniky umožňující přijetí nových operačních indikací. Výsledný současný stav, který je charakterizován velmi nízkou úrovní mateřské mortality i morbidity zakládá možnost, aby těhotná žena mohla uchopit operační modalitu jako volbu, nikoliv jako záchrannou operaci v případě životního ohrožení.

8.3. Současné indikace k císařskému řezu

Operační indikace vzniká interakcí subjektu indikujícího lékaře a těhotné ženy. Výsledkem této interakce je informovaný konsensus operační indikace. Vedoucí motivací stanovení indikace je zvážení výhod a rizik císařského řezu ve srovnání s vaginálním porodem.

Spektrum moderních indikací císařského řezu je velmi široké. Obecně lze říci, že indikace k císařskému řezu je stanovena tam, kde potenciální riziko vaginálního porodu převyšuje potenciální riziko císařského řezu.

Významným faktorem operačních indikací je naléhavost operace. Akutně nutné operace jsou zatíženy vyšší peroperační i pooperační morbiditou, částečně vyplývající z vlastní indikace, částečně z technických obtíží vlastní akutní operace. V tomto smyslu dělíme indikace k císařskému řezu do čtyř skupin:

1. Stav bezprostředního ohrožení těhotné ženy, nebo plodu (např. předčasné odloučení placenty, ruptura dělohy, krvácení z vcestrných cév)
2. Stav, kdy těhotná žena, nebo plod jsou ohroženi, nikoliv však bezprostředně na životě (např. zástava progresu porodu při dobrém stavu plodu, stav po dvou předchozích císařských řezech, odteklá plodová voda zkalená mekoniem)
3. Těhotná žena a plod nejsou ohroženi, je však nutné těhotenství brzy ukončit (např. předčasný odtok plodové vody u nezralého plodu po aplikaci kortikoidů k akceleraci plicní zralosti)
4. Ukončení těhotenství císařským řezem je plánováno podle optimálních možností porodnického týmu i těhotné ženy (např. poloha plodu koncem pánevním v termínu porodu), (Story, L., 2009, s. 105).

Ač se zastoupení jednotlivých indikací liší v různých zemích a na různých pracovištích, lze definovat čtyři nejčastěji uváděné indikace, které představují 60-90% všech operací. Zahrnují iterativní císařský řez (35-40%), dystokie (25-30%), poloha plodu koncem pánevním (10-15%) a nitroděložní hypoxie plodu (10-15%),

(Baskett, T. F., 2007, s. 156). V našem písemnictví je na prvním místě uváděná nitroděložní hypoxie plodu (Doležal, A., 2007, s. 209).

Indikace lze charakterizovat jako jednoznačné a všeobecně přijímané (vcestné lůžko, závažné formy abruptce placenty, nález vcestných cév, výhřez pupečníku, kefalopelvický nepoměr, vcestné překážky v oblasti měkkých porodních cest či kostěné pánvi a prokázaná nitroděložní hypoxie plodu, poruchy polohy, naléhání a držení plodu - příčná a šikmá poloha, čelní a obličejová deflexní polohy, asynklitismy, naléhání ruky), dále pak indikace všeobecně aplikované při splnění dalších podmínek, z nichž vyplývá vyšší riziko vaginálního porodu (stavy po operacích na děloze, zejména stavy po předchozím císařském řezu, poloha plodu koncem pánevním, dystokie a zástava progresu porodu), dále pak skupina maternálních stavů, které zvyšují riziko vaginálního porodu (preeklampsie, kardiopatie, diabetes mellitus, hypertenze, onemocnění cév, retinopatie, zánětlivá střevní onemocnění).

Poloha plodu koncem pánevním je specifickou indikací. Konsensus panuje na primární indikaci u všech primipar, u plodů s předpokládanou porodní hmotností pod 2500 g a nad 3500 g a tzv. vysoko stojící konec pánevní (Zwinger, A., 2004, s. 329). Studie „Term breech trial“ dokládá vyšší riziko perinatální mortality a závažné novorozenecké morbidity u vaginálně vedených porodů plodů v poloze koncem pánevním ve srovnání s elektivním císařským řezem (Hannah, M. H., 2000, s. 1375-83).

V případech stavů po předchozím císařském řezu volíme iterativní operaci tam, kde jsou dostupné anamnestické údaje o porodnických komplikacích, které predisponují k vysokému riziku vaginálního porodu, v případech předchozího korporálního, nebo cervikokorporálního řezu, u jiné polohy plodu než podélné hlavičkou, při vícečetném těhotenství a dalších obecně platných indikacích k císařskému řezu (Doležal, A. 2007, s. 211).

Pokus o vaginální porod po předchozím císařském řezu předpokládá náležitý informovaný konsensus těhotné. K dalším specifickým operačním indikacím patří, naléhání a výhřez pupečníku, vcestné umbilikální cévy, závažné

formy anémie plodu v případech Rh imunizace a fetomaternální transfúze. Zvýšené riziko přenosu definovaných infekčních chorob v průběhu vaginálního porodu je též považováno za platnou indikaci k císařskému řezu (výsev herpes genitalis, infekce matky virem HIV), (Buckley, S. J., 2009, s. 201).

U vícečetného těhotenství indikujeme porod císařským řezem při jiné poloze plodů než podélné hlavičkou u obou plodů, při nezralosti a hypotrofii jednoho či obou plodů, předpokládané hmotnostní diskrepanci větší než 600 g a při větším počtu plodů než dva (Doležal, A. 2007, s. 210-11). Císařský řez je indikován vždy v případě monoamniotických dvojčat (Story, L., 2009, s. 106).

Obvykle jsou odborně přijímány i sdružené indikace spojené s vysokým perinatálním rizikem (předčasný porod, vyšší věk rodičky, zatížená porodnická anamnéza – perinatální ztráty, léčená neplodnost), ale i tzv. marginální indikace (chorobné obavy z vaginálního porodu, často na základě špatné zkušenosti z předchozího porodu, obavy z traumatismu či hypoxie plodu, obavy z vulvoperineálního poranění a poruch pánevního dna či obavy z negativního vlivu vaginálního porodu na sexualitu. Tyto indikace předpokládají racionální vysvětlení okolností operačního porodu, zvážení rizik a výhod a naplnění principu informovaného konsensu (Baskett, T. F., 2007, s. 157).

Diskutovanou a kontroverzní indikací současnosti je provedení operace na přání těhotné ženy. Císařský řez na přání představuje situaci, kdy je operace provedena na základě subjektivního postoje a přání ženy, bez odborné indikace. Incidence císařského řezu na přání se zvyšuje. Údaje o jeho incidenci se liší podle země a pracoviště, pohybuje se mezi 3-7% (Menacker, F., 2006, s. 235-41). Recentní dánská studie uvádí 1,3% u prvorodiček a 3,6% u vícerodiček (Lidegaard, O., 2009, s. 497-502).

Přijatelnost požadavku kompetentní a informované ženy je předmětem diskusí porodníků, laiků, právníků i filosofů. Legitimita císařského řezu na přání či jeho odmítnutí souvisí s faktickou nedostupností vědeckých důkazů, které by konzistentně dokládaly rizika či výhody císařského řezu na přání ve srovnání s vaginálními porody v souladu s principy medicíny založené na důkazech.

Z hlediska historického vývoje indikací k císařskému řezu lze definovat čtyři skupiny indikací, které se liší primární motivací k operaci. Zatímco primární indikace císařského řezu, kterou je operace na umírající a právě zemřelé, se zaměřuje na dobro plodu/novorozence a vychází z empirie, že novorozenec vyjmutý z těla právě zemřelé či umírající matky má šanci přežít, nebo alespoň být pokřtěn, sekundární indikace je motivována záchranou života matky. Terciární indikace se opět vrací k dobru plodu/novorozence a souvisí s rozvojem moderní neonatologie. Vychází z poznatku, že v definovaných klinických situacích je porod císařským řezem pro plod/novorozence bezpečnější, než vaginální porod. Kvartérní indikace představuje situaci, kdy je operace provedena s absencí racionálně empirické indikace, tedy na přání těhotné ženy. Vyjadřuje maximální uplatnění svobodné vůle ženy v procesu stanovení operační indikace.

8.4. Současná operační technika

Základy současné operační techniky položené Kehrerem a Sangerem a rozvinuté Munro Kerrem na začátku 20. století znamenaly rozšíření primární operační indikace (kefalopelvický nepoměr, nepostupující porod) na velmi širokou škálu moderních indikací. Ač je v současnosti císařský řez dominantní porodnickou operací a významným prvkem lidské reprodukce, vývoj jeho techniky nebyl doposud ukončen. V prostředí rozvinutého zdravotnictví však již dílčí změny techniky nevedou k viditelným změnám perinatologických výsledků (fetomaternální mortalita a závažná morbidita). Naopak v rozvojových zemích znamená dostupnost moderních technik dramatické zlepšení v oblasti fetomaternálního zdraví.

Snaha operaci zjednodušit vedla k přijetí principů chirurgického minimalizmu. Jednotlivé kroky operace jsou podrobeny analýze a ty, které se jeví být zbytnými, jsou z postupu vypuštěny. Patrně nejznámější je technika Misgav-Ladach. Název je odvozen od označení nemocnice nacházející se ve stejnojmenné čtvrti Jeruzaléma, kde byl způsob operace definován a uveden do praxe v osmdesátých letech 20. století. Autorem techniky je Michael Stark (Stark, M. 1994, s. 121-2).

Cílem císařského řezu obecně je vytvoření arteficiálních porodních cest způsobilých k bezpečnému a šetrnému vybavení plodu. Současně musí být pro mateřský organizmus minimálně traumatizující, s přijatelnými operačními riziky i absencí závažného ovlivnění obecného i reprodukčního zdraví ženy. Jsou-li arteficiální porodní cesty vytvořeny v preformovaných anatomických prostorech s minimální vaskularizací pomocí šetrné preparace, je maximálně redukován peroperační traumatizmus a krvácení. Těchto „minimalistických“ postupů je publikována celá řada a v mnoha krocích si jsou podobné. Kromě uvedené techniky Misgav-Ladach (Holmgren, G., 1999, s. 615-21) byly popsány podobné postupy „Pelosiho metoda“ (Pelosi, M. A., 2004, s. 137-46) a „Walínův postup“ (Wallin, G. 1999, s. 221-6). Společným prvkem uvedených postupů je Joel-Cohenova technika laparotomie, užívající tupou preparaci tkání v anatomicky

definovaných vrstvách, která je provázena minimálním krvácením (Berghella, V. 2007, s. 92).

8.5. Techniky císařského řezu a medicína založená na důkazech

Techniky císařského řezu založené na principu chirurgického minimalizmu vychází z hypotézy, že omezení jednotlivých postupných kroků a použitá tupá preparace je spojena s nižší mateřskou morbiditou, nebo je provázena stejnou morbiditou při snížení časové a ekonomické nákladnosti oproti doposud všeobecně používaným technikám. Jednotlivé kroky císařského řezu byly testovány mnoha klinickými studiemi ve snaze najít nejbezpečnější postup. Důkazy o větší bezpečnosti a efektivnosti jednotlivých kroků srovnávaných technik je však velmi obtížné získat. Existuje množství rizikových faktorů, které predisponují k vyšší mateřské morbiditě.

- A. Je to zejména vlastní indikace k císařskému řezu a podmínky operace. Akutní císařský řez, zejména ve druhé době porodní je zatížen vyšším rizikem komplikací, než elektivní operace a císařský řez v první době porodní. Dále je to věk rodičky, komplikující onemocnění a obezita (Alexander, J., 2007, s. 917-21). Tyto rizikové faktory ovlivňují pooperační průběh významněji, než vlastní operační technika.
- B. Dále lze výsledky srovnávacích studií shrnout následovně: kožní incise dle Joel-Cohena je spojena s nižším výskytem pooperačních febrilií, kratším časem operace i časem potřebným k vybavení plodu, nižší potřebou podávání analgetik po operaci než je tomu u laparotomie dle Phannenstiela (Mathai, M., 2007, el. zdroj 12).
- C. Vesikouterinní plika může, ale nemusí být protnuta a sesunuta kaudálně. Vynechání tohoto manévru je spojeno s dobrým krátkodobým i dlouhodobým pooperačním průběhem (Chigbu, C. O., 2006, s. 284-5). Další studie dokládá dokonce kratší operační čas, menší krevní ztrátu i nižší stupeň vnímání pooperační bolesti ve skupině bez sesunutí vesikouterinní pliky (Hohlgschwandtner, M., 2001, s. 1089-92).

- D. Horizontální hysterotomie v oblasti dolního segmentu je výhodnější. Vertikální hysterotomie v oblasti dolního segmentu nebo aktivní části dělohy je spojena s rizikem ruptury dělohy v další graviditě 5 – 15% (Hamid, E., 2006, s. 168-73). Krátká horizontální incise dolního děložního segmentu, která je následně tupě rozšířena vertikálně vedeným tahem dvěma prsty je spojena s nižším rizikem trhliny myometria v oblasti děložní hrany a většího perioperačního krvácení (Wendling, P., 2004, s. 1).
- E. Placenta může být vybavena manuálně, nebo porozena spontánně s šetrnou, kontrolovanou trakcí za pupečník. Výsledky studií srovnávající pooperační morbiditu u obou způsobů porodu placenty jsou kontroverzní, některé neshledávají rozdíl (Gol, M., 2004, s. 57-60). Jiné studie spojují manuální vybavení placenty s větší peroperační krevní ztrátou (Lasley, D. S., 1997, s. 1250-4) a častější febrilní morbiditou (Atkinson, M. W., 1996, s. 99-102).
- F. Děloha může být při sutuře hysterotomie luxována z břišní dutiny, nebo ponechána in situ. Výsledky studií srovnávajících oba postupy nejsou jednoznačné (Jacobs-Jokhan, N., 2004, el. zdroj 8).
- G. Hysterotomie může být uzavřena v jedné, nebo dvou vrstvách, jednotlivými stehy, nebo pokračovacím stehem prohazovaným či neprohazovaným. Jednovrstevná sutura je spojena s kratší operační dobou, v hodnocení pooperační morbidity není mezi oběma způsoby významný rozdíl (Tucker, J. M., 1993, s. 545-6). Teoretický předpoklad menšího tkáňového poškození u jednovrstevné sutury potvrzují animální, histologické a hysterografické studie (Hema, K. R., 2002, s. 65-72). Velmi diskutovanou je otázka způsobu sutury hysterotomie jako rizikového faktoru děložní ruptury v následující graviditě. Recentní studie dokládají čtyřnásobné riziko děložní ruptury v průběhu vaginálního porodu v další graviditě u jednovrstevné sutury ve srovnání se suturou dvouvrstevnou (Bujold, E., 2002, s. 1326-30).

- H. Ponechání vesikouterinní plíky a parietálního peritonea bez sutury je spojeno s nižším výskytem krátkodobé pooperační febrilní morbidity ve srovnání s postupem, který peritoneum uzavírá suturou (Bamigboye, A. A., 2003, el. zdroj 3).
- I. Technika uzavření fascie je realizována pomocí sutury jednotlivými stehy či pokračovacím stehem různými šicími materiály. Podkoží může být ponecháno bez sutury, nebo uzavřeno suturou. Při sešití podkoží byl prokázán méně častý výskyt hematomů, seromů, rané infekce a dehiscence laparotomie proti postupu bez sutury. Rozdíl nebyl prokázán ve výskytu rané infekce samotné (Anderson, E. R., 2004, el. zdroj 2). Rozdíly ve výsledcích sutury kůže různými materiály a technikami nebyly prokázány (Alderdice, F. 2004, el. zdroj 1).

Cílem císařského řezu je vyjmout plod z mateřského organismu arteficiálně vytvořenými porodními cestami. Optimálně vytvořené náhradní porodní cesty umožní bezpečné vyjmutí plodu při minimální traumatizaci mateřského organismu, s vyloučením negativního dopadu na reprodukční a obecné zdraví ženy. Moderní techniky vytváří tyto náhradní porodní cesty na principu minimálního traumatismu rodičky. Jsou zatíženy velmi malým počtem komplikací. Specifickým trendem je aplikace principů chirurgického minimalizmu, který redukuje počet jednotlivých operačních kroků, omezuje invazivitu výkonu, snižuje časovou i materiální nákladnost operace. Proces vývoje indikací i techniky není ukončen a nadále probíhá. Relativní rizika operace pro mateřský a fetální organismus jsou však velmi malá a změny operační techniky je již výrazně neovlivňují. Etický význam stavu vývoje operační techniky spočívá v neustálém rozšiřování operační indikace, která představuje velmi malé riziko závažných komplikací, které přímo souvisejí s operační technikou. S tím souvisí i fenomén císařského řezu na přání těhotné ženy, který by nebyl žádán, kdyby byla operace nepřijatelně riskantní.

9. Indikace nebo volba císařského řezu?

Císařský řez je realizován na základě racionálně-empirických indikací, vznikajících analýzou výhod a rizik s operací souvisejících a volbou na základě subjektivních a často iracionálních postojů těhotných žen a porodníků. Jaký podíl představují indikace racionálně-empirické a jaký podíl motivace subjektivní? Proč je vůbec operace prováděna na základě subjektivních postojů a přání? Z literárních údajů mapujících indikace císařského řezu lze vyvodit, že právě tyto subjektivní motivace nabývají na četnosti ve skupině žen rodících císařským řezem. Císařský řez na přání představuje situaci, kdy je operace provedena na základě subjektivního postoje a přání, bez odborné indikace.

Progresivně narůstající podíl porodů vedených císařským řezem je v současnosti jedním z dominantních jevů lidské reprodukce v globálním měřítku. Současný podíl porodů císařským řezem je ve Spojených státech 31,1% (Hamilton, B. E., 2007, el. zdroj 5).

V České republice zaznamenáváme podobný trend, v roce 2007 dosáhl podíl císařských řezů 20,0% (UZIS, 2007, el. zdroj 14).

Nejvíce narůstající skupinou indikací je kromě nitroděložní tísně plodu a poruchy porodního mechanismu právě císařský řez na přání rodičky (Florica, M., 2006, s. 181-5).

Americká gynekologicko-porodnická společnost odhaduje, že přibližně 2,5% všech porodů jsou vedeny císařským řezem na přání (Kalish, R. B., 2008, s. 116-19). To je v soulasu s výše uvedenými údaji 3-7% všech porodů (Menacker, F., 2006, s. 235-41).

V České republice evidence císařských řezů na přání rodičky neexistuje, neboť není odborně uznávána.

Legitimita císařského řezu na přání či jeho odmítnutí souvisí s faktickou nedostupností vědeckých důkazů, které by konzistentně dokládaly významné rozdíly v rizicích či naopak výhodách císařského řezu na přání ve srovnání

s vaginálním porodem. Jednoznačné odborné odmítnutí císařského řezu na přání je nutno doložit, že je jedna z modalit významně rizikovější než druhá, což se jeví nesmírně obtížné.

Při stanovení indikace je však vždy nutné postupovat individuálně a v souladu s obecnými principy bioetiky.

9.1. Etická východiska indikace

Indikace k operaci je přijatelná, je-li naplněn atribut beneficence - operace je provedena v nejlepším zájmu pacienta. Z historického hlediska lze diferencovat beneficenci ve vztahu k matce, které je primární indikací k operaci a vychází z biologické dispozice a mechanismu lidského porodu a beneficenci ve vztahu k plodu-novorozenci, která vznikla sekundárně. Navíc vývoj a pokroky oboru neonatologie, které otevřely nové perspektivy v léčbě rizikových novorozenců, vedly k dramatickému rozšíření operačních indikací císařského řezu v zájmu plodu/novorozence.

V obou oblastech by objektivní prospěšnost operace měla být racionální, tedy podložena vědeckými důkazy.

Medicína založená na důkazech diferencuje různou úroveň důkazů, podle použité metodiky. Prospěšnost modalit vedení porodu je určena naplněním očekávání zdravého novorozence a zdravé rodičky, tedy přijatelnou mírou maternální a neonatální morbidit.

Splňuje císařský řez na přání tyto předpoklady? Bezpochyby ano. Pro nalezení argumentů v otázce etické přijatelnosti císařského řezu na přání formuloval specifické otázky Kalish a kol. (Kalish, R., 2008, s. 116-19):

Do jaké míry je lékař zodpovědný za informovanost těhotné ženy žádající císařský řez na přání?

Je provedení císařského řezu na přání v souladu s principy správné klinické praxe? (je postupem „lege artis“?)

Měla by být možnost požádat o vedení porodu plánovaným císařským řezem nabídnuta všem těhotným ženám?

Výše uvedené otázky můžeme v kontextu řešeného problému rozšířit o následující:

Jak lékařem podané odborné informace, ovlivňují postoje ženy k modalitě vedení porodu?

Je modalita vedení porodu informovanou volbou ženy?

Zodpovězení uvedených otázek nám může pomoci v řešení otázky etické a odborné přijatelnosti císařského řezu na přání. S vývojem klinické medicíny se vyvíjí i názory a postoje odborné i laické veřejnosti jako reflexe výsledků výzkumu, jejich praktického využití a medializace.

Tímto způsobem budou ovlivňovat výsledky výzkumu krátkodobého a dlouhodobého vlivu císařských řezů „na přání“ na fetomaternální zdraví naše postoje při stanovení operační indikace.

V současné době indikujeme císařský řez z vitální indikace matky či plodu a v celé řadě dalších stavů, kdy operací omezujeme rizika fetomaternální morbidit. Současná míra zdravotních rizik plánovaného císařského řezu vylučuje, že by samotná operace mohla vést k ohrožení života ženy ve prospěch plodu. Vitální ohrožení způsobuje v mnoha situacích samotná gravidita a její komplikace. Těhotné tato rizika ochotně postupují a riskují život v touze po dítěti navzdory těžkým komplikujícím onemocněním. Kromě toho je zcela běžné, že žena přináší oběť ve formě poruchy reprodukčního zdraví ve prospěch plodu a novorozence a to i v situaci špatné vitální prognózy novorozence. Mám na mysli indikace k císařskému řezu u extrémně nezralých plodů.

Klíčem k pochopení etické přijatelnosti je otázka vnímání míry rizika. Každý císařský řez, který indikujeme v zájmu plodu je svým způsobem určitou zátěží zdraví matky. Jizva na děloze představuje specifické riziko pro další plodnost ženy. Setkáváme se s novou porodnickou morbiditou, vznikající v souvislosti s děložní jizvou. Typickým příkladem je ruptura dělohy při pokusu o

vaginální porod a zejména případy patologické invaze placenty do myometria - placenta accreta (Grobman, W. A., 2008, s. 30-5).

Relativní riziko projevů uvedených komplikací se zvyšuje s počtem provedených císařských řezů. Míra reálného rizika sice negativně ovlivňujícího maternálního zdraví je však v absolutním měřítku nízká a pro ženy i lékaře přijatelná. Císařský řez je tedy prováděn ať už v zájmu těhotné ženy či v zájmu plodu s přijatelnou mírou maternálního rizika.

Současné stanovisko k preferenci života matky či plodu je ve shodě s mírou dignity obou subjektů i s historickou skutečností. Je etické obětovat život plodu při ohrožení života matky na základě kompetentního informovaného konsensu? S touto situací se setkáváme poměrně často v případech závažných komplikací těhotenství, kdy je předčasné ukončení gravidity nutné v zájmu záchrany života matky na úkor extrémně nezralého plodu, nonviabilního plodu.

Zatímco historické otázky vztažené k provádění císařského řezu byly zaměřeny na analýzu přijatelnosti operace jako takové, dnes řešíme etické otázky přijatelnosti nových indikací v zájmu rizikového plodu s velmi nejistou prognózou. Novým etickým dilematem je též přijatelnost uplatnění pozitivního i negativního práva žen při volbě modality porodu.

9.2. Morbidita císařského řezu a medicína založená na důkazech

Medicína založená na důkazech vychází z předpokladu, že v praxi používané klinické postupy by měly být podloženy nezvratnými vědeckými důkazy o jejich efektivitě. Nejvyšší stupeň důkazů poskytují randomizované kontrolované studie, jejich systematické review a metaanalýzy (stupeň 1), dále pak kontrolované studie bez randomizace a kohortové studie (stupeň 2), nižší stupeň věrohodnosti poskytují neexperimentální deskriptivní studie (stupeň 3) a konsensuální vyjádření respektovaných vědeckých autorit (stupeň 4). S tím souvisí i naléhavost doporučení pro klinickou praxi. Podle stupně vědeckých důkazů jsou vyvozena praktická doporučení. Doporučení A je přímo odvozeno z důkazů stupně 1, doporučení B je přímo odvozeno z důkazů stupně 2, nebo

extrapolací důkazů stupně 1, doporučení C je přímo odvozeno z důkazů stupně 3, nebo extrapolací z důkazů stupňů 1 a 2, doporučení D je přímo odvozeno z důkazů stupně 4, nebo extrapolací důkazů stupňů 1, 2 a 3 (Guyatt, G., 1992, s. 2420-5).

Pravidlo je naplňováno i v procesu verifikace operačních indikací. V případě indikací k císařskému řezu je tento proces velmi komplikovaný, neboť randomizace je z etických důvodů prakticky nepřijatelná. Prospěšnost operace ve specifických klinických situacích vyplývá častěji ze zkušeností porodnictví jako samostatného oboru v průběhu jeho novodobé historie. O vědecké důkazy se tak opírá pouze malá část indikací.

Jedním z vědecky doložených příkladů je porod plodu v poloze koncem pánevním, který byl testován studií „Term breech trial“. Studie prokázala, že porod plánovaným císařským řezem je proti vaginálnímu porodu plodu v poloze koncem pánevním zatížen statisticky významně nižším rizikem závažné neonatální morbidity. Abychom předešli u porodu plodu koncem pánevním jednomu případu závažné neonatální morbidity, musíme provést 29 císařských řezů, v prevenci jednoho případu perinatálního úmrtí je to již 200 císařských řezů. Krátkodobá i střednědobá maternální morbidita nevykazovala v uvedené studii významné rozdíly (Hofmeyr, G. J., 2003, el. zdroj 6).

Souhlasně lze interpretovat i údaje ÚZIS . Porody plodů v poloze koncem pánevním představující 5,2% všech porodů jsou vedeny v 87,3% císařským řezem s časnou novorozeneckou úmrtností (dále jen ČNÚ) 5,9‰, v 1,9% extrakcí s ČNÚ 9,1‰ a vaginálně ve 10,8% s ČNÚ 9,6‰ (UZIS, 2007, el. zdroj 14).

Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním je zatížen téměř dvojnásobnou ČNÚ. Ženy v termínu porodu s polohou plodu koncem pánevním by měly být v tomto smyslu poučeny a primárně by měl být doporučen porod císařským řezem.

Stejně průkazné je i doporučení vést porod císařským řezem u žen s infekcí virem lidské imunodeficiency (HIV). Ostatní operační indikace se opírají o důkazy nižšího stupně, ať už jde o porody vícečetného těhotenství, předčasné

porody či porody plodů s růstovou retardací. Též indikace k císařskému řezu v případech vcestného lůžka vychází z důkazů stupně 4 podle metodiky medicíny založené na důkazech (NCCWCH, 2004, el. zdroj 13).

Většina informací o výhodách a rizicích operace jsou získány na základě observačních studií a opírají se o vědecké důkazy nižšího stupně. Při analýze výhod a rizik císařského řezu je účelné rozdělit jednotlivé výhody a rizika ve vztahu k subjektu plodu/novorozence a těhotné ženy/matky.

9.2.1. Neonatální rizika

Neonatální mortalitu je ve skupině primipar u novorozenců bez zjevných rizik 2,85‰ při porodu císařským řezem proti 1,83‰ při porodu vaginálním (MacDorman, M. F., 2006, s. 175-81).

Novorozenci porození císařským řezem jsou ošetřováni na jednotce intenzivní péče v 9,8% proti 5,2% u novorozenců porozených vaginálně (Kolas, T., 2006, s. 1538-43).

Transitorní tachypnoe novorozenců se objevuje u dětí porozených císařským řezem v 6%, zatímco po vaginálním porodu pouze v 1,7% případů (Fogelson, N. S., 2005, s. 1433).

Tranzitorní tachypnoe predisponuje k projevům alergií a bronchiálního asthma v dětském věku (Birnkranz, D. J., 2006, s. 974-8).

9.2.2. Neonatální benefity

Elektivní císařský řez provedený ve 39. týdnu gravidity může předejít některým závažným porodnickým komplikacím s negativním dopadem na zdraví plodu/novorozence. Jde především o dystokii ramének s následkem parézy brachiálního plexu, která se vyskytuje u vaginálního porodu v 0,047 – 0,6%, zatímco u císařského řezu pouze v 0,0042-0,095%.

Podobně lze předpokládat i prevenci traumatu novorozence v průběhu vaginálního porodu, které se vyskytuje s incidencí 0,2 - 2 / 1000 porodů a hrozí nejvíce při sekvenčním použití vaginálních porodnických operací, tedy užití kleští po neúspěchu vacuumextraktoru.

Výskyt středně závažné a těžké encefalopatie novorozence je 3,8/1000 živě narozených a donošených novorozenců s neonatální úmrtností 8,1%. 4-10% těchto případů vzniká jednoznačně hypoxickým intrapartálním inzultem plodu. Novorozenci porození císařským řezem před zahájením porodní činnosti mají incidenci středních a těžkých forem novorozenecké encefalopatie nižší o 83%. Doposud však nebylo prokázáno, že by císařský řez působil protektivně i proti dlouhodobým neurologickým poruchám ve formě mozkových lézí bez, nebo s mentální retardací.

Zajímavým je i vztah elektivního císařského řezu k mrtvorozenosti. Mrtvorozenost se objevuje ve všech obdobích gestace. Mezi 33 – 39. týdnem je výskyt mrtvorozenosti 0,6/1000 živě narozených. Po 39. týdnu se mrtvorozenost signifikantně zvyšuje na 1,9/1000 živě narozených. Mezi 37. a 41. týdnem se mrtvorozenost zvyšuje z hodnoty 1,3 na 4,6 /1000 živě narozených. Lze vyvodit, že plánovaný porod ve 39. týdnu předejde 2 případům mrtvorozenosti na 1000 živě narozených (Hankins, G. D., 2006, s. 276-87).

9.2.3. Maternální rizika

Doposud neexistují přesvědčivé důkazy, či pouze důkazy s nízkým stupněm pravdivosti, že plánovaný císařský řez statisticky významně zvyšuje riziko mateřského úmrtí (Ramachandrapa, A., 2008, s. 373 – 7).

Hodnoty mateřské mortality se pohybují mezi 6-22/100 000 živě narozených. Přibližně 1/3 – 1/2 případů souvisí s císařským řezem. Mateřská mortalita je často výsledkem stavu, který vedl k operaci, nspecifikovaný podíl případů mateřských úmrtí pak souvisí s vlastní operací. Mezi nejčastější komplikující stavy patří tromboembolické, infekční a anesteziologické komplikace a iatrogenní poranění (Landon, M. B., 2008, s. 491-504).

Závažné peroperační komplikace jsou vázány převážně na komplikované stavy, které jsou indikací k císařskému řezu. Lacerace dolního děložního segmentu nastává častěji, při akutní operaci ve druhé době porodní. Poranění močového měchýře je častější při iterativních operacích, provází však 10 % případů děložní ruptury a 4 % poporodních hysterektomií. Poranění močovodu je velmi vzácné, nastává přibližně v 0,1% případů, podobně jako poranění střevních kliček (Barclay, D. L., 1970, s. 120-31).

Riziko poporodní hysterektomie je 0,7-0,8 %, pravděpodobnost potřeby další chirurgické intervence 0,5%, riziko poranění močového měchýře 0,1% a močovodu 0,03% (Story, L., 2009, s. 108).

V pooperačním období je nejčastější komplikací obvykle klinicky nezávažný zánět endometria. Je-li použita antibiotická profylaxe, nastává v 5 % případů. Endometritis je dvacetkrát častější po císařském řezu než po vaginálním porodu (Swartz, W. H., 1981, s. 595-609).

Raná infekce se objevuje v 5 % případů císařského řezu. Nezávislými rizikovými faktory je hematoma v podkoží, operace prováděná lékařem ve výcviku a obezita operované ženy (Olsen, M. A., 2008, s. 477-84).

Císařský řez je jako ostatní operace spojené s imobilizací jedním z nezávislých rizikových faktorů pro manifestaci tromboembolických komplikací. Hluboká žilní trombóza má v těhotenství incidenci 1-2 případy na 1000 gravidit. Manifestace hluboké žilní trombózy je 3 – 5 x častější po císařském řezu, než po vaginálním porodu (Heit, J. A., 2005, s. 697 – 706).

Císařský řez zvyšuje riziko dalších gravidit. Hrozí jednak ruptura dělohy v místě jizvy po hysterotomii při pokusu o vaginální porod, která se manifestuje v 0,4 % (Story, L., 2009, s. 108), resp. 1 % případů. Byla-li hysterotomie vedena v aktivní části dělohy je riziko přibližně 10 % (Landon, M. B., 2008, s. 491-504).

Další významnou potenciální komplikací je placenta accreta u včestného lůžka, která se vyskytuje v 0,4-0,8 % případů. Včestné lůžko inzerující

v hysterotomické jizvě je zároveň i placenta accreta ve 25 % po jednom císařském řezu a ve 40 % po více operacích. (Clark, S. L., 1985, s. 89 – 92).

9.2.4. Maternální benefity

Prokázaným maternálním benefitem u plánovaného císařského řezu je nižší riziko poporodní hemoragie, naproti tomu vaginální porod je spojen s kratším pobytem v nemocnici (Ramachandrapa, A., 2008, s. 373 – 7).

Vedlejším benefitem porodu císařským řezem je eliminace poranění pánevního dna, které nastává pravidelně v průběhu vaginálního porodu a je základem poporodní stresové inkontinence moči, stolice a sexuálních dysfunkcí, které obecně provázejí prolaps pánevních orgánů. Vaginální porod je provázen v 19 % poraněním análního svěrače, v důsledku kterého se ve 23 % případů rozvíjí inkontinence stolice a více než v 50 % inkontinence moči (Fenner, D. E., 2003, s. 1549-50).

Relativní riziko stresové inkontinence je u porodu císařským řezem 0,56 ve srovnání s vaginálním porodem (Press, J. Z., 2007, s. 228-37).

Těhotné ženy by měly být seznámeny již v průběhu prenatální péče s vědecky doloženými riziky a výhodami, které se váží ke specifickým modalitám vedení porodu. Osobní vnímání míry rizika je rozhodující pro jejich volbu, neboť tato rizika se vztahují právě k osobě těhotné ženy a jejímu plodu – budoucímu novorozenci. Objektivní informace jsou vodítkem pro svobodné a informované rozhodnutí těhotné ženy.

Informace by měly obsahovat:

- A. nejčastější indikace k císařskému řezu (poruchy porodního mechanismu – zástava progresu porodu, nitroděložní tíseň plodu, poloha plodu v poloze koncem pánevním, iterativní císařský řez).
- B. technické vyložení operace
- C. srovnání rizik a výhod
- D. důsledky operace pro další těhotenství

Souhlas s operací by měl být vyjádřen na základě informací podložených vědeckými důkazy, s respektem k dignitě těhotné ženy, kulturními a sociálními aspekty, které mají vztah k procesu rozhodování. Kompetentní těhotná žena má právo odmítnout operaci, třebaže je v jejím osobním zájmu, či zájmu plodu.

9.3. Indikace císařského řezu na základě analýzy specifických rizik

Podobně jako v historických dobách je hlavním principem stanovení operační indikace i v současnosti porovnání míry rizika klinické situace a rizika vlastní operace. Jaké výhody přinese provedení císařského řezu, jaké výhody přinese jeho neprovedení. S jakými riziky je spojeno provedení a s jakými neprovedení. Jde o praktické naplnění principu beneficence, který nás zavazuje postupovat vždy v nejlepším zájmu pacienta. Při hodnocení klinické situace a volbě modalit porodu je třeba analyzovat komplex proměnných, zvážit výhody a rizika císařského řezu a vaginálního porodu a přiblížit případ jedné ze čtyř modelových situací (viz tabulka 4). Přesné zařazení reálné situace do jedné ze situací modelových je však problematické. Zvážení „pro a proti“ při stanovení indikace k operaci je důležitým, nikoliv však jediným motivačním prvkem. Pakliže by bylo reálné rozhodnout se vždy jednoznačně na základě vědecky ověřených skutečností, bylo by i určení indikace k císařskému řezu čistě racionální a vědecké. Indikace k operaci je ovlivněna nejen důkazy o její prospěšnosti, ale hluboce reflektuje i subjektivní postoje a očekávání lékaře a těhotné ženy.

Specifickým rysem operace je zaměření na matku a plod. Indikace jsou poněkud uměle děleny na indikace v zájmu matky, v zájmu plodu, nebo v zájmu obou. Postupujeme-li při stanovení indikace metodou zvážení specifických rizik zvažovaných modalit porodu, musíme se zaměřit na oba objekty. To přináší řadu kontroverzních situací. Operace je v prokazatelném zájmu jednoho z objektů za cenu rizika pro objekt druhý.

Vnímání stupně rizika je subjektivní a u ženy a lékaře se může rozcházet. Většina těhotných žen je ochotna podstoupit vysoký stupeň rizika invazivních

porodnických výkonů v zájmu plodu. Variabilita přípustné míry rizika závisí na konkrétní situaci zahrnující osobnost těhotné ženy, podmínky koncepce, osobní životní situaci, reprodukční plán a řadu dalších faktorů. Přípustná míra rizika klinické situace z pohledu lékaře je dána zejména osobní zkušeností, odbornými schopnostmi a podmínkami, ve kterých lékař pracuje. Subjektivní vnímání míry rizika těhotnou ženou je reflexí motivace ženy k naplnění svého mateřství. Subjektivní vnímání míry rizika je pro stanovení indikace významnější než absolutní vyjádření tohoto rizika. Přijatelnost míry rizika těhotnou ženou a lékařem je podmínkou informovaného dvoustranného konsensu, který je nezpochybnitelnou podmínkou pro realizaci operace. Naplnění informovaného konsensu vyžaduje chápavý a trpělivý postoj obou zúčastněných stran k motivacím, které přijatelnost míry rizika ovlivňují.

Tabulka 4 – Racionálně-empirický algoritmus v indikaci císařského řezu

1	Císařský řez je bezpečnější než vaginální porod, lékař indikuje porod císařským řezem. Existuje odborná indikace k operaci.
2	Vaginální porod je bezpečnější pro matku a plod, lékař doporučí vaginální porod, císařský řez odmítne, neboť není v nejlepším zájmu těhotné.
3	Císařský řez je stejně bezpečný jako vaginální porod, lékař zvolí postup podle svobodného a informovaného výběru ženy.
4	Dostupné údaje jsou neprůkazné, nelze určit, který ze zvažovaných postupů vedení porodu je pro těhotnou bezpečnější. Lékař zvolí postup podle svobodného a informovaného výběru těhotné.

9.4. Císařský řez na přání

Císařský řez na přání ženy je specifická situace, kdy je operace realizována na základě subjektivního postoje, zahrnujícího osobní zkušenost, hodnotový systém, pocity a vnímání otázky porodu. Operace provedená navzdory jednoznačné absenci racionálně-empirické indikace vyjadřuje potenciální dilema mezi principem autonomie a beneficence těhotné ženy, případně mezi principem autonomie těhotné ženy a autonomie lékaře.

Motivace žen žádajících porod císařským řezem i při absenci racionálně-empirické indikace lze rozdělit do několika skupin. První tvoří velmi osobní, psychologické důvody související se subjektivním pohledem ženy na porod a vnímání mateřství jako takového. Typ 1 představují „přírodně orientované“ ženy s pasivní tendencí k průběhu porodu a nechotou k operačním metodám vedení, dále typ 2 – „logický“, zastávající názor přijatelnosti císařského řezu při závažných porodnických komplikacích, ale i při nezvladatelné fobii z vaginálního porodu, typ 3 – „instinktivistický“ se stanoviskem vzájemného dynamického vztahu mezi těhotnou a plodem a cítem pro způsob vedení porodu ze strany ženy a typ 4 – „egocentrický“ volící císařský řez na základě obavy z vaginálního porodu (Park, C. S., 2005, s. 3-8).

Specifickou motivací je vnímání bezpečnosti plodu a obavy o zdraví vlastní a zdraví fetální (Wax, J. R., 2005, s. 203-6). Viz kasuistiky 12.1.A. str. 12.1.B. str. 125.

Dalším motivačním prvkem jsou negativní zkušenosti z předchozího vaginálního porodu (Hofberg, K., 2000, s. 83-5). Viz kasuistika 12.26.B., str. 126.

Motivací k císařskému řezu bývá i tlak třetí strany, rodiny, partnera, či vliv médií (Feinmann, J., 2002, s. 774).

Zvláštní motivační skupinu představuje tlak poskytovatelů zdravotní péče. Lékaři preferují porod císařským řezem vzhledem k jeho předvídatelnosti a možnosti naplánování (Lo, J. C., 2003, s. 91-6). Viz kasuistika 12.1.D. str. 127.

Motivací lékaře může být i ekonomický faktor. Byla prokázána přímá úměra v ceně výkonu a počtu indikovaných operací (Gruber, J., 1999, s. 473-90).

Operaci lze navíc naplánovat a v porovnání s vaginálním porodem je časově méně náročná. Ač jsou obavy z forezních důsledků porodnických komplikací často uváděny mezi příčinami nárůstu operačních porodů, nevede toto navýšení ke snížení počtu soudních sporů (Ghetti, C., 2004, s. 280-9).

Císařský řez na přání má doposud nejasný vliv na fetomaternální zdraví jak bylo uvedeno výše. Existují údaje dokládající zvýšení incidence novorozenecké respirační morbidity v souvislosti s elektivním císařským řezem (Hook, B., 1997, s. 348-53), (Hansen, A. K., 2007, s. 389-94).

Klíčem k určení odborné přijatelnosti císařského řezu při absenci racionálně empirické indikace je analýza specifické maternální a fetální mortality a morbidity u porodu na přání a úspěšného pokusu o vaginální porod. Studie srovnávající elektivní císařské řezy s vaginálními porody metodou randomizace, která by přinesla nejvyšší stupeň důkazů, však neexistuje.

Studie by byla značně náročná a eticky kontroverzní. Randomizací by byly vybrány dvě skupiny těhotných. V první by byl porod veden císařským řezem, ve druhé proveden pokus o vaginální porod. Obě skupiny by musely být dostatečně velké, neboť parametry incidence mateřské a perinatální mortality a závažných forem fetomaternální morbidity se vyskytují velmi sporadicky. Hodnoty maternální mortality se pohybují v jednotlivých případech na 100 000 živě narozených. Kromě krátkodobého vlivu modality porodu by byl hodnocen i dlouhodobý dopad vedení porodu na zdraví žen a dětí. Statistická významnost rozdílů obou skupin by sloužila jako argument pro doporučení či odmítnutí císařského řezu na přání. Jak patrně z výše uvedené úvahy skutečně vědecké zhodnocení porodnických modalit bude i v budoucnu reálné jen stěží. Absence vědeckých důkazů prospěšnosti, nebo škodlivosti vaginálního porodu a císařského řezu „na přání“ by neměla být používána jako argument podporující volbu císařského řezu. Ze stejných důvodů však nemůže být použita ani jako argument proti.

Mezi situacemi, kdy je císařský řez indikován s nejvyšší naléhavostí a situacemi, kdy indikaci neshledáváme, existuje plynulý přechod. Jestliže lékař jednoznačně identifikoval stav, který je uznávanou indikací k operačnímu vedení porodu na základě dostupných vědeckých důkazů, nebo empirie, důrazně doporučí provedení operace. Jestliže indikace identifikována není, ale císařský řez těhotná vyžaduje, lékař v tomto smyslu ženu informuje a operaci nedoporučí.

Proces zhodnocení rizik však není takto bipolární a mezi uvedenými situacemi existuje plynulý přechod. Situace se navíc vyvíjí v čase. Indikace k operaci vznikají v průběhu těhotenství a porodu. Předvídatelnost vývoje je velmi omezená. Argumentem proti jednoznačnému odmítnutí operace je omezená předvídatelnost průběhu vaginálního porodu. Neřešíme volbu mezi elektivním císařským řezem a vaginálním porodem, nýbrž mezi elektivním císařským řezem a pokusem o vaginální porod.

Predikce vaginálního porodu a jeho možných komplikací je nespolehlivá podobně jako predikce vývoje závažných těhotenských komplikací obecně. Rozhodnutí kompetentní a informované těhotné ženy pro vedení porodu císařským řezem při absenci aktuálně uznávané odborné indikace je z tohoto pohledu medicínsky i eticky přijatelné. Podmínkou je důkladné vysvětlení potenciálních rizik, výhod i alternativ s dostatečným časovým prostorem pro vysvětlení a pochopení problematiky, tedy již v průběhu prenatální péče. V situaci probíhajícího porodu jsou kompetence ženy k takovému rozhodnutí omezeny. V praxi budou nutně nastávat situace, kdy je lékař nucen učinit rozhodnutí v rozporu s přáním rodičky. Takové řešení je přijatelné pouze tehdy, je-li kompetence těhotné ženy omezena, či zcela chybí. Proces určení kompetence pacienta je obecně velmi komplikovaný a jeho úplné dosažení není reálné (Payne, J., 2004, s. 405-7).

Postoj těhotné a její představa o průběhu porodu je velmi důležitá pro jeho vedení. Studie testující, jakým způsobem ovlivňují cílené informace konečné vedení porodu, neprokázaly, že by povzbuzování k vaginálnímu porodu vedlo k jeho častějšímu naplnění (Horey, D., 2004, el. zdroj 7).

Přesto jsou postoje a informace podané lékařem významným faktorem ovlivňujícím rozhodnutí pacientky. I při největší snaze zachovat objektivitu jsou lékařem podané informace ovlivněny jeho subjektivními postoji. Lékař je však garantem vědecké pravdivosti informací a v tomto smyslu je jeho zodpovědnost absolutní. Proces předávání odborných informací mezi lékařem a pacientkou je dlouhodobý a nelze je redukovat na jednotlivé setkání. Informovaný konsensus je kontinuální proces, nikoliv jednotlivý úkon. Vztah založený na důvěře a profesionalitě je nejlepším předpokladem konsensu v otázkách vedení porodu.

Analýza zdravotního stavu ženy a průběhu gravidity je určující pro vyhodnocení rizik a doporučení modality porodu při naplnění principu informované dohody mezi lékařem a těhotnou ženou. Výsledkem procesu je přijetí, či odmítnutí navrženého postupu, nebo výběr z více alternativních postupů.

Projevem autonomie pacienta může být odmítnutí navrženého postupu. Uplatnění negativního práva odmítnout navržený postup, obvykle nezasahuje do práv dalších osob. U císařského řezu však znamená nejen možné ohrožení zdraví i života ženy, ale i plodu. Naplnění pozitivního práva, vymahatelnost zvoleného postupu je složitější, neboť naráží na etický limit klinického rozhodnutí lékaře. Je-li eticky přijatelné žádat císařský řez bez současně akceptované lékařské indikace, je stejně přijatelné odmítnutí takového postupu lékařem, který jej spatřuje být v rozporu s principem zájmu těhotné. Lékař není zbaven zodpovědnosti za výsledek operace i v případě, že těhotné vyhoví a provede operaci bez aktuálně uznávané odborné indikace.

S otázkou etické a odborné přijatelnosti provést plně informované a kompetentní těhotné císařský řez bez odborné indikace souvisí i otázka, zda informaci o možnosti elektivního císařského řezu jako alternativě vaginálního porodu zahrnout do obecného poučení těhotných v rámci prenatální péče. Informace by poskytnuta být měla, ne však ve smyslu doporučení.

Dokud nebudou k dispozici nezpochybnitelné důkazy o vlivu elektivního císařského řezu na fetomaternální zdraví, není důvod aktivně nabízet volbu

císařského řezu jako alternativu vaginálního porodu v případech, kdy neshledáváme žádné indikátory zvýšeného rizika vaginálního porodu.

Hodnocení rizik je kontinuální proces v průběhu gravidity a porodu, objeví-li se taková rizika, je povinností lékaře situaci přehodnotit a informovat těhotnou o možnosti ukončit graviditu císařským řezem. S tím souvisí důležitý úkol vědeckého porodnictví definovat rizikové skupiny těhotných, pro něž je vedení porodu císařským řezem jednoznačně výhodné ve smyslu snížení rizika novorozenecké a maternální mortality a závažné morbidity. V těchto případech je na místě císařský řez aktivně doporučit.

Průběh porodu a jeho výsledek je předvídatelný pouze omezeně. Teoretická pravděpodobnost, že bude v průběhu vaginálního porodu indikován císařský řez, odpovídá četnosti porodů vedených císařským řezem v daném systému. Císařský řez je indikován více empiricky než vědecky a jeho cílem je eliminovat rizika plynoucí z vaginálního porodu. V tomto smyslu považují požadavek vedení porodu císařským řezem ze strany těhotné ženy bez aktuální lékařské indikace jako legitimní a přijatelný. Odmítnutí císařského řezu je naproti tomu zatíženo vyšším objektivním rizikem. Je přijatelné pouze při naplnění podmínek informovaného konsensu a existenci závažných osobních důvodů, které k odmítnutí vedly. Vynucený císařský řez je teoreticky přijatelný při přechodném omezení kompetence těhotné ženy k vyslovení informovaného konsensu. Stanovení legálních podmínek takového postupu je nutné k optimálnímu vyřešení složité klinické situace i vyloučení manipulace a nepřijatelném nátlaku na těhotnou. Prevenci eticky krizových situací a forenzních důsledků pro zdravotníky vidím v rozšíření informací v průběhu prenatální péče týkajících se materno-fetálního konfliktu a volby porodnických modalit. Pomoc těhotným orientovat se ve složitém systému odborných informací, pochopení jejich hodnotového systému a s ním souvisejících postojů a motivací je důležitým úkolem lékaře. Vedení porodu není pouze otázkou racionálně-empirické indikace, ale výsledkem složité interakce mezi lékařem a těhotnou ženou na základech dvoustranného konsensu. Etická přijatelnost vyžádaného císařského řezu bez racionálně empirické indikace je

dána přijatelnou mírou rizika i omezenou předvídatelností vaginálního porodu. Odmítnutí císařského řezu je situací mnohem závažnější vzhledem k potenciálnímu ohrožení subjektu matky i plodu. Je-li odmítnutí motivováno vážnými osobními důvody při naplnění principu informovaného konsensu, je nutné je respektovat.

10. Konflikt

10.1. Odmítnutý císařský řez

Odmítnutý císařský řez je klinická situace, představující odmítnutí racionálně-empirické indikace lékaře. Motivací je subjektivní postoj ženy. Je-li eticky přijatelný císařský řez na přání, nutno přiznat současně i jeho odmítnutí. Na rozdíl od výše analyzovaného císařského řezu na přání, kdy velmi nízké a přijatelné riziko plánovaného císařského řezu nahradí velmi nízké a přijatelné riziko pokusu o vaginální porod, odmítnutí císařského řezu může znamenat reálné riziko ohrožení plodu i rodičky samotné. Míra tohoto rizika závisí na konkrétní klinické situaci.

Aplikace analýzy klinické situace zvážení rizik při neprovedení císařského řezu je prvním krokem v řešení dilematu, dalším nutným krokem je rozbor motivace těhotné ženy k odmítnutí operace. Jak je patrné z výše uvedených kasuistik, většina případů odmítnutí císařského řezu připadá na vrub komunikačních a informačních překážek. Rodička v těchto případech odmítá, protože není schopna naplnit princip informovaného konsensu v důsledku neporozumění, či nepochopení podaných informací. Není-li informace doplněna, bude proces rozhodnutí nekompetentní. Viz kasuistiky 12.2.A1., str. 128 a 12.2.C.1., str. 131.

Motivace k odmítnutí operace může být i racionální, kdy nad riziko, kterému je plod během vaginálního porodu vystaven, staví těhotná žena tělesnou integritu, respektive integritu reprodukčního ústrojí v zájmu budoucí fertility ženy (Lee, Y., 2008, s. 505-18).

Taková motivace je častá v podmínkách, kdy žena plánuje velký počet dětí a císařský řez znamená zhoršení podmínek a zvýšení rizika v dalších graviditách. Její přijatelnost je dána obecnou přijatelností zvažovaného rizika vaginálního porodu. Například odmítnutí císařského řezu prvorodičkou při poloze plodu koncem pánevním znamená přibližně desetinásobné zvýšení teoretického rizika

závažné novorozenecké morbidity, v absolutním měřítku dosahuje hodnoty 3% (Hannah, M. E., 2000, s. 1375-83).

Při dodržení zásad informovaného konsensu a náležitém poučení rodičky je odmítnutí doporučené operace odborně přijatelné a lze vést porod vaginálně. Podobně u plodů hraniční viability, kdy perinatologický výsledek vyjádřený hodnotou perinatální mortality a závažné morbidity je nejistý, je odborně přijatelné odmítnout doporučený císařský řez a vedení porodu vaginálně. Podmínkou je opět naplnění principu informovaného konsensu s uvedením míry pravděpodobnosti perinatálního úmrtí či poškození plodu pro obě modalities vedení porodu.

Lze jmenovat další klinické situace, kdy relativní i absolutní míra rizika vaginálního porodu je sice vyšší, pro rodičku i lékaře přijatelná: porod nezralého plodu, porod vícečetného těhotenství, porod po předchozích operacích na děloze, neporodnické indikace k císařskému řezu.

Zvláštní skupinu tvoří těhotné, odmítající vedení porodu císařským řezem na základě velmi osobního a vnitřního přesvědčení. Viz kasuistiky 12.2.D.1. a 12.2.D.2., str. 133-134, 12.2.E.1. a 12.2.E.2., str. 135-136.

Sem lze zařadit odmítnutí operace z náboženských důvodů. Podobně lze hodnotit i ženy, které odmítají operační vedení porodu pro ztrátu důvěry v moderní, racionální porodnictví. Vysvětlování a přesvědčování je nutné, obvykle však změnu postoje ženy nezmění. Je-li tedy motivací k odmítnutí operace velmi vážný a osobní důvod, kterým je svobodný a niterný postoj ženy, zásadně spojený s osobními hodnotami a životem, je třeba právo na odmítnutí operace přiznat jako legitimní.

Důležitým aspektem tohoto „vážného důvodu“ je svoboda a dobrovolnost s jakou je stanovisko ženou zaujímano. Dalším významným aspektem je časový faktor, principiální odmítnutí císařského řezu je třeba učinit v průběhu konzultací v rámci prenatální péče a nikoliv v podmínkách časové tísně komplikovaného porodu. Stejně jako vyslovení přání vést porod císařským řezem z vážných

osobních důvodů, je třeba respektovat i odmítnutí takového postupu z důvodů stejně osobních a principiálních.

10.2. Vynucený císařský řez

Vynucený císařský řez je mezní situací totálního popření autonomie těhotné ženy. Vyjadřuje konflikt mezi principem autonomie těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti vůči plodu a většinou i beneficence těhotné ženy. Vynucený císařský řez je velmi neobvyklá klinická situace. V našich podmínkách doposud nebyl publikován, a nemá ani legální základ. Za jakých podmínek a je-li vůbec operační vedení porodu vynucené soudní cestou eticky přijatelné?

Literární zdroje jsou v pohledu na problematiku vynuceného císařského řezu nejednotné, neboť důvody k jeho uložení jsou značně heterogenní a obtížně srovnatelné. Vynucený císařský řez je obvykle spojován se situací, kdy je vitálně ohrožen nejen plod, ale i těhotná žena. Viz kasuistiky 12.3.A – I, str. 137 – 141.

Indikace císařského řezu jsou někdy děleny na indikace motivované záchranou plodu, matky, nebo obou subjektů. Zatímco modelovou indikací k záchraně plodu je hrozící, či rozvíjející se fetální hypoxie, indikace k záchraně těhotné ženy, bez ohrožení plodu je například maligní onemocnění diagnostikované v graviditě, jehož léčba vyžaduje ukončení těhotenství.

Vynucený císařský řez bývá obhajován zejména u dobře dokumentované centrální vcestné placenty. Neprovedení operace znamená reálné vitální ohrožení těhotné ženy i plodu. Současně lze prohlásit, že při správné diagnóze v termínu porodu je vyloučena spontánní úprava této placentární patologie. Riziko smrti plodu je při vaginálním vedení porodu sice vysoké, není však jisté. Vysoká krevní ztráta rodičky je pravidelná a to i při porodech vedených císařským řezem (Crenshaw, C., Jones, D., Parker, R., 1973, s. 461-70), (Mabie, W., C., 1992, s. 425-35).

Přesnou míru pravděpodobnosti nepříznivého vývoje však určit nelze. Zhodnocení rizik vyjádřených maternální mortalitou a morbiditou obou porodnických modalit vyznívá jednoznačně ve prospěch elektivního císařského řezu. Z toho lze vyvodit, že jediným přijatelným řešením ve smyslu ochrany zájmů plodu i matky je vedení porodu císařským řezem. Neprovedení císařského řezu znamená popření těchto zájmů.

Lékař indikující císařský řez tak činí na základě klinické rozvahy s nejvyšší možnou hodnověrností. Jakékoliv jiné doporučení nelze přijmout jako racionální a motivované nejlepším zájmem těhotné ženy a plodu. V tomto ohledu lze prohlásit, že lékař může stěží akceptovat odmítnutí císařského řezu v případě dobře dokumentovaného centrálního vcestného lůžka. Operace není pouze prostředkem záchrany plodu, ale i prostředkem záchrany ženy. Jsou však tyto argumenty dostačující k uložení zákonné povinnosti podrobit se operaci? Nařídí-li lékař operaci a provede-li ji i přes nesouhlas ženy porušil povinnost respektovat autonomii těhotné ženy. Překonání fyzického odporu v realizaci operace znamená brutální a absolutní destrukci autonomie (Nelson, J., Milliken, N., 1988, s. 1060-66).

Je však legitimní odmítnout život zachraňující operaci, která sama o sobě přináší všeobecně akceptovatelné riziko, v jiném případě než při nepochopení situace, nebo s motivací zemřít? Má-li motivace k odmítnutí operace suicidální charakter, je z hlediska těhotné nelogická a z pohledu lékaře nepřijatelná jeho odborná asistence.

Nejedná se tak ve skutečnosti o odmítnutí operace z „vážných osobních důvodů“, ale pro momentální ztrátu kompetence učinit svobodné a informované rozhodnutí. V podmínkách akutní, vypjaté situace je podobný vývoj možný.

Pouze v situaci, kdy je lékař přesvědčen o omezení kompetence k rozhodnutí těhotné ženy, se otevírá prostor pro vynucený císařský řez. Aby byla vyloučena jakákoliv forma nátlaku či manipulace, je nutné vytvořit pro institut vynuceného císařského řezu náležitě legální podmínky. Diagnóza musí být učiněna prokazatelně a konzistentně, což znamená vysoký stupeň profesní

zodpovědnosti lékaře. Nepříjemný nátlak v situaci omezené kompetence těhotné ženy by měl minimalizovat zástupce těhotné ženy kvalifikovaný k takové činnosti, vzdělán nejen v medicíně, medicínském právu ale i psychologii a bioetice. Stejně tak může tuto funkci naplňovat blízká osoba, zejména manžel. Předpokladem je, již v rámci prenatální péče náležité poučení o potenciálních krizových situacích, které jsou spjaty s omezenou kompetencí těhotné ženy.

Prevenici uvedených krizových situací vidím v zařazení komplexních informací o modalitách vedení porodu do systému prenatální péče. Těhotné by měly být podrobně seznámeny se způsoby vedení porodu a nejčastějšími indikacemi operačních porodů i teoretická pravděpodobnost, že bude gravidita ukončena císařským řezem.

Důležité je hovořit s těhotnou o postojích a očekáváních těhotné a identifikovat předem rizikové postoje pro rozvoj etické krize v průběhu porodu. Tím lze získat významný časový prostor pro individuálně vedenou a cílenou informační kampaň a vyloučení odmítnutí operace z důvodů nepochopení problému. Identifikace situací, ve kterých je vhodné prosazovat etické závazky těhotných žen vůči plodu v průběhu porodu je důležitým úkolem moderního porodnictví.

11. Závěry

Teze

„Dignita těhotné ženy je nadřazena dignitě lidského plodu. Určujícím kritériem odmítnutí císařského řezu je pouze kompetence těhotné ženy“

Byla prokázána na základě argumentů:

1. Argument absolutní dignity těhotné ženy a omezené dignity lidského plodu

Klíčem k určení našeho vztahu a morálních povinností vůči lidskému plodu je určení povahy jeho bytí. Doposud však nelze stanovit, zda lidský plod vzniká primárně jako osoba, či se jí stává v průběhu prenatálního vývoje, při porodu, nebo po něm. Významným fyziologickým milníkem je hranice viability, která je determinována historicky a její hodnota se mění s rozvojem technických možností extrauterinního života plodu.

Lidský plod má dignitu, která je mu přisouzena těhotnou ženou a zároveň lidskou společností. Vysoká hodnota lidského plodu má sociální charakter a je tím vyšší, čím intenzivnější je motivace pro jeho existenci a to jak z hlediska těhotné ženy/matky tak i lidské společnosti. Dignita plodu je však nižší než dignita těhotné ženy, která je na rozdíl od plodu ostatními členy uznána být osobou se všemi lidskými právy.

2. Argument specifických povinností

Etické dilema principu autonomie těhotné ženy a hypotetického principu spravedlnosti vůči plodu je problémem práv, povinností a

zodpovědnosti těhotné ženy. Místo svobodné vůle těhotné ženy při stanovení indikace k císařskému řezu, tedy etickou přijatelnost vyžádání, nebo odmítnutí operace, lze odvodit ze vztahu mezi přirozenými právy těhotné ženy a zodpovědností plynoucí z morálních povinností vůči plodu i ostatním členům společnosti.

Hodnota lidského plodu v individuálním i společenském kontextu je určujícím prvkem stanovení specifické rodičovské zodpovědnosti a s ní souvisejících povinností, které těhotné ženě, stejně jako ostatním členům lidské společnosti těhotenství ukládá.

Rozdělíme-li povinnosti člověka k jiným bytostem na běžné a specifické, negativní a pozitivní, lze morální povinnosti těhotné ženy vůči plodu zařadit do oblasti velmi specifických, neboť jsou velmi osobní a to ve smyslu tělesném, emocionálním i duchovním.

Negativní povinnost „neuškodit“ je jasná, dobře definovatelná a definovaná. Naopak pozitivní povinnosti nemohou být tak striktně uloženy, právě pro jejich osobní charakter.

Ve světle silně osobní povahy předpokládaných pozitivních povinností vůči lidskému plodu je velmi složité identifikovat a určit obecný rozsah takových povinností. V procesu je určující subjektivní motivace, zodpovědnost a emocionální a psychologické faktory. Významným určujícím fenoménem je zejména rodičovská láska. Rozsah a hloubku těchto povinností nemůže uložit třetí osoba. Pouze sama těhotná žena určuje svobodně rodičovské povinnosti vůči subjektu plodu.

Vymezení specifických pozitivních povinností těhotné ženy/matky vůči plodu je velmi kontroverzní a nelze je legálně kodifikovat i přes nepochybný sociální charakter těhotenství. Břemena plynoucí z těhotenství v individuálním i sociálním kontextu nemohou být určující pro univerzální povinnosti těhotné ženy vůči plodu.

Těhotenství samo nemůže zbavit ženu práva rozhodovat se, co s ní může být činěno.

Vyžádání i odmítnutí racionálně-empiricky indikovaného císařského řezu je eticky přijatelné, existuje-li pro ně, osobní a pro život ženy významný a vážný důvod. Charakter a váhu tohoto důvodu stanovuje pouze kompetentní těhotná žena. Věcí lékaře je posouzení této kompetence, nikoliv charakter subjektivního faktoru, který ženu vede k rozhodnutí žádat, či odmítat operaci. Současně je nutné důvěřovat v morální zodpovědnost ženy.

3. Argument autonomie těhotné ženy

Nesouhlas těhotné ženy s operací při existenci racionálně-empirické indikace je praktickým vyjádřením konfliktu mezi autonomií těhotné ženy a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu.

Přiznat ženě právo na sebeurčení znamená, že jí nemůže být současně uložena povinnost podstoupit oběť v zájmu plodu.

Donucení těhotné ženy k přijetí lékařského výkonu proti její vůli znamená naprosté popření autonomie podstatné pro její bytí. Přijetí operačního výkonu v zájmu plodu může být v rozporu s přirozenými právy těhotné ženy.

4. Argument informovaného konsensu a podmínka kompetence

Praktickým nástrojem v prevenci etické krize je naplnění principu svobodného, informovaného a kompetentního souhlasu. Informovaný konsensus v porodnictví je specifický svým zohledněním subjektu plodu v procesu rozhodování.

Institut vynuceného císařského řezu lze použít pouze tam, kde identifikujeme ženu pozbyvší kompetence či je-li její kompetence k rozhodnutí přechodně či trvale omezena. Dodržení legálního postupu se zapojením ochránce ženy jsou nutná opatření vylučující nátlak a manipulaci.

V situacích kritického ohrožení života a zdraví těhotné je prioritní aplikovat záchrannou léčbu v zájmu uchování života a zdraví těhotné ženy, která je preferována před zachováním života a zdraví plodu. Rozhodnutí postupu u právě zemřelé či nezvratně umírající by mělo být vedeno předem vyjádřeným přáním ženy, teoretickou viabilitou plodu, případně i postojem třetí osoby, byla-li na ni tato pravomoc těhotnou předem delegována.

12. Kasuistiky

12.1. Císařský řez na přání

A. Obavy o novorozence

12.1.A.1. Kasuistika (ÚPMD 2007)

Primigravida nullipara ve věku 35 let otěhotněla po čtyřech letech léčby pomocí metod asistované reprodukce. Gravidita probíhala bez komplikací. Ve 39. týdnu gravidity těhotná žádá lékaře o ukončení těhotenství plánovaným císařským řezem. Důvodem byly obavy z možných rizik, které pro plod představuje vaginální porod. Obtíže při naplnění plánu koncepce byly silným motivačním prvkem. Po vynaloženém úsilí nebyla žena ochotna nést obtížně předvídatelná rizika spontánního porodu. Lékař vyhověl jejímu přání. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl v dobrém stavu, rodička se zotavila bez komplikací.

Rodička byla shledána kompetentní k informované volbě. Její rozhodnutí bylo pevné, založené na analýze podaných informací. Hodnotové preference ji motivovaly k volbě císařského řezu. Lékař akceptoval její motivaci jako významnou pro indikaci k císařskému řezu.

B. Obavy z rizik vaginálního porodu pro matku

12.1.B.1. Kasuistika (ÚPMD 2008)

Primigravida nullipara ve věku 25 let otěhotněla spontánně a těhotenství probíhalo bez komplikací. Ve 39. týdnu gravidity požádala lékaře o ukončení těhotenství plánovaným císařským řezem. Důvodem byly obavy z poranění pochvy a hráze, která jsou u vaginálního porodu častá. Navíc se žena dočetla o vztahu vaginálního porodu a stresové inkontinence moči. Lékař ženu informoval o

výskytu závažných porodních poranění i vztahu vaginálního porodu, poruch pánevního dna a močové inkontinence. Přes podrobné vysvětlení trvala těhotná na vedení porodu císařským řezem. Lékař jejímu přání vyhověl. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl v dobrém stavu, rodička se zotavila bez komplikací.

Rodička byla shledána kompetentní. Její rozhodnutí vyplývalo z podaných informací. Teoretická míra rizika poruchy pánevního dna a močové inkontinence, se kterou byla seznámena lékařem, pro ni byla nepřijatelná. Lékař akceptoval její motivaci jako významnou pro stanovení operační indikace.

C. Negativní zkušenost z předchozího vaginálního porodu

12.1.C.1. Kasuistika (ÚPMD 2007)

Sekundigravida primipara ve věku 32 let, otěhotněla spontánně. Předchozí gravidita proběhla bez komplikací, porod veden vaginálně. Nynější těhotenství probíhalo též nekomplikovaně. Těhotná od počátku gravidity odmítala vaginální porod. Důvodem rozhodnutí byla její osobní negativní zkušenost z předchozího porodu. Žena hodnotila průběh porodu jako neúměrně dlouhý a mimořádně bolestivý. Zejména ošetření a hojení porodního poranění popisovala jako nepřijatelně trýznivou zkušenost. Z dostupné dokumentace vyplynulo, že první doba trvala 8 hodin a druhá doba porodní 90 minut. Z analgetik byly podány opiáty, epidurální analgesie nebyla dostupná. Porodní poranění bylo interpretováno jako episiotomie komplikována rupturou perinea druhého stupně s rupturou vaginální stěny dosahující do postranní klenby. Poranění bylo ošetřeno v lokální anestezii.

Lékař v uvedené situaci neshledal významnou pro indikaci k císařskému řezu. Těhotnou informoval, že nynější porod může proběhnout nekomplikovaně. Lze též použít epidurální analgezii, která výrazně omezí bolestivé vnímání porodu. Těhotnou poučil podrobně o problematice a výskytu komplikovaných porodních poranění. Tyto argumenty však nevedly ke změně postoje ženy.

Vyhledala jiné porodnické pracoviště, kde byla její žádost akceptována a porod veden plánovaným císařským řezem. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl v dobrém stavu, rodička se zotavila bez komplikací a průběh druhého porodu hodnotila kladně.

O kompetenci těhotné ženy nebylo pochyb, její rozhodnutí bylo velmi pevné, založené na osobní negativní zkušenosti. Lékař její motivaci neuznal jako relevantní ke stanovení indikace k císařskému řezu, jeho argumenty o možném „neopakování“ negativního průběhu porodu žena nepřijala a volila změnu lékaře, který její volbu akceptoval.

D. Časový faktor, možnost plánu, předvídatelnost

12.1.D.1. Kasuistika (ÚPMD 2007)

Primigravida nullipara ve věku 35 let, otěhotněla spontánně, průběh těhotenství byl nekomplikovaný. Žena pracující jako manažerka v zahraniční firmě byla pracovně velmi exponovaná i v průběhu gravidity. Vyslovila přání porodu plánovaným císařským řezem. Důvodem byl požadavek přesně stanoveného termínu porodu, minimální časové ztráty v porodnici. Časová nepředvídatelnost i nepředvídatelnost komplikací vaginálního porodu pro ni byla nepřijatelná. O vaginálním porodu vůbec neuvažovala. Lékař ji poučil komplexně o výhodách a specifických rizicích obou porodnických modalit. Preference císařského řezu ze strany ženy trvala a lékař vyhověl jejímu požadavku. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl v dobrém stavu, rodička se zotavila bez komplikací.

Rodička byla shledána kompetentní. Její rozhodnutí bylo velmi pevné, vycházející z osobního hodnotového systému. Lékař akceptoval její motivaci jako významnou pro stanovení indikace.

12.2. Odmítnutí císařského řezu

A. Insuficience přenosu informací, jazyková bariéra, časová tíseň

12.2.A.1. Kasuistika

Kvartigravida tercipara ze Somálska v její čtvrté graviditě byla 2 týdny po termínu porodu vypočteném na základě údaje o poslední menstruaci doporučena k přijetí na porodnické oddělení a indukci porodu. Nehovořila anglicky. Komunikaci mezi lékařem a ženou zprostředkoval její manžel, ovládající angličtinu omezeně. Žena navrženou indukci odmítla, ale souhlasila s každodenním kardiokografickým monitorováním. Týden později byla přijata s diagnózou porod v běhu. Komunikaci zajišťovala laická osoba, která ji doprovázela. Její znalost anglického jazyka byla limitovaná. Pro patologický kardiokografický záznam byl doporučen císařský řez, který odmítla. Neprodleně byl kontaktován její manžel a tlumočnický. Vzhledem k naléhavosti situace byly informace lékaře tlumočeny telefonicky. Manžel rodičky se dostavil osobně, ale odmítl naléhat na rodičku, neboť respektoval její preferenci vaginálního porodu. V průběhu 90 minut došlo k vaginálnímu porodu, novorozenec nebyl kompromitován hypoxií.

Uvedená kasuistika reprezentuje nesprávnou komunikaci zdravotníků s těhotnou ženou. Neefektivní komunikace byla způsobena jazykovou bariérou a absencí nástrojů, které tuto překážku řeší (tlumočnický servis). Komunikační problém souvisí s jazykovou bariérou a podmínkami časové tísně. Je zřejmé, že rodička nedostatečně porozuměla předloženým informacím. Problém jazykové bariéry nebyl řešen s náležitým časovým předstihem. Zdravotnická dokumentace by měla obsahovat údaje o jazyku, v kterém je nutné s těhotnou ženou komunikovat. Informace nelze předávat prostřednictvím třetí osoby, byť by se jednalo o blízkou osobu. Odmítnutí zdravotníky doporučeného postupu bylo respektováno, neboť o její kompetenci nebylo pochyb. Osobní zkušenost ženy se třemi nekomplikovaně vaginální porody v anamnéze ji motivovala k rozhodnutí

odmítnout stanoviska zdravotníků porod indukovat a později i provést plánovaný císařský řez. Souhlasila však s každodenním monitorováním plodu pomocí kardiokografie. Principy fetálního monitorování v rámci potěrné gravidity pochopila dobře. Její rozhodnutí odmítnout plánovaný císařský řez bylo respektováno. Mohli bychom namítnout, že souhlas nebyl vydán pro nedostatek informací a neporozumění v důsledku jazykové bariéry. Okolnosti však naznačovaly, že základní fakta týkající se stavu pochopila. Porodník si byl vědom své odpovědnosti a snažil se porozumět postojům těhotné. V tomto ohledu je správně vedená dokumentace důležitým předpokladem pozdějšího hodnocení případu. Konečný výsledek porodu byl v souladu s očekáváním ženy. Ke zpětnému zpochybnění správnosti postupu zdravotníků nedošlo. Případ upozorňuje na skutečnost, že neefektivní komunikace může být základem rozporu mezi postoji zdravotníků a pacientů s možnými negativními důsledky (Dass, M., 2005, s. 60-4).

B. Nedůvěra k lékařské indikaci ve světle zkušeností z minulých porodů

12.2.B.1. Kasuistika (*ÚPMD 2005*)

Tercigravida, sekundipara s anamnézou dvou nekomplikovaných vaginálních porodů byla přijata s pravidelnou děložní činností na porodní sál. Dynamika porodního děje probíhala fyziologicky po celou první dobu porodní. Byla použita epidurální porodnická analgezie. Ve druhé době porodní zaznamenána zástava progresu hlavičky plodu i přes augmentaci děložní činnosti infusí s oxytocinem. Při trvání druhé doby porodní 60 minut byl lékařem doporučen císařský řez. Ten však žena odmítla. Argumentovala podobným průběhem předchozího porodu, kdy byla též zaznamenána prodloužená druhá doba porodní. Po další hodině hlava plodu vstupuje do pánve a porod je ukončen východovými kleštěmi pro bradykardii plodu. Novorozenec však nebyl kompromitován hypoxií. Klešťový porod byl provázen rupturou perinea druhého stupně, která si vyžádala ošetření v celkové anestezii.

Pacientka v průběhu porodu odmítla vedení porodu císařským řezem na základě zkušeností s předchozím vaginálním porodem. Lékař neshledal omezení kompetence k učinění rozhodnutí. Indikace k císařskému řezu byla vyslovena na základě rozvahy risk-benefit a vyhodnocena ve prospěch císařského řezu, indikace nebyla vitální, proto bylo přijatelné pokračovat ve vaginálním porodu, i když za cenu zvyšující se pravděpodobnosti komplikací ve smyslu poranění porodních cest. Tento vývoj se nakonec naplnil, neboť byla stanovena indikace ke klešťovému porodu, který byl provázen typickým porodním poraněním.

12.2.B.2. Kasuistika (*ÚPMD 2005*)

Tercigravida sekundipara ve věku 30 let byla doporučena praktickým gynekologem k preventivní hospitalizaci a indukci porodu pro překročení 41. týdne gravidity. Dvě předchozí gravidity byly ukončeny spontánním vaginálním porodem. Během prenatalní péče vyšetřena pouze 3x, první vyšetření až ve 24. týdnu gravidity. Termín porodu byl stanoven na základě ultrazvukového vyšetření ve 24. týdnu, informace o termínu poslední menstruace a pohybů plodu si nepamatovala. Ve 41. týdnu byla doporučena indukce porodu, kterou odmítla. Souhlasila s pravidelným kardiografickým monitorováním v průběhu preventivní hospitalizace. Během hospitalizace byl jeden kardiogram vyhodnocen jako „suspektní“ z chronické nitroděložní tísně plodu. Vzhledem k odmítavému postoji k indukci bylo navrženo ukončit graviditu císařským řezem. S tímto postupem žena též nesouhlasila. Dále pokračovala preventivní hospitalizace a kardiografické monitorování plodu. Děložní činnost nastala až ve 43. týdnu gravidity. Porod proběhl fyziologicky, novorozenec byl v dobrém stavu a nebyly shledány známky hypermaturity.

Pacientka odmítla vedení porodu císařským řezem na základě zkušeností s předchozími vaginálními porody. Lékař neshledal omezení její kompetence. Indikace k císařskému řezu byla vyslovena na základě rozvahy „risk-benefit“ při odmítnutí aktivního postupu a indukci porodu. Velmi pravděpodobně byla špatně zhodnocena datace gravidity a ve skutečnosti se jednalo o mladší těhotenství.

Kasuistika poukazuje mimo jiné i na nízkou specificku kardiokografie pro stanovení diagnózy nitroděložní hypoxie plodu. Použitelnost metody pro stanovení indikace k císařskému řezu je velmi kontroverzní, zejména je-li kardiokografie použita jako jediný diagnostický ukazatel.

C. Naléhavá životní situace

12.2.C.1. Kasuistika

Tercigravida primipara ve věku 26 let byla přijata v 32. týdnu své třetí gravidity na porodní sál pro náhlý nástup bolestivých kontrakcí a intenzivní krvácení z rodidel. Z anamnézy vyplývalo, že předchozí gravidita byla ukončena před dvěma roky císařským řezem pro předčasné odloučení placenty. V průběhu gravidity byla standardně vyšetřována ultrazvukem, který neprokázal patologické uložení placenty ve smyslu včestného lůžka. Přesto pacientka odmítala vaginální porodnické vyšetření. Přestože byla informována o důležitosti vyšetření, na základě něhož by byl stanoven další způsob vedení porodu, odmítla pacientka jakoukoliv intervenci. Vykazovala vysoký stupeň neklidu a nervozity. Dokonce se rozhodla odejít domů. Tým zdravotníků na porodnickém oddělení vyvíjel značné úsilí, aby ji přesvědčili ke spolupráci, která by umožnila zabránit nebezpečnému vývoji. Motivací postoje ženy byla starost o dvě nezajištěné děti ve věku 2 a 5 let, které zůstaly samy doma. Rozvedená žena byla v obtížné rodinné situaci. Nakonec se podařilo kontaktovat rodiče ženy bydlící ve vzdálenosti 200 km, kteří se okamžitě vydali do místa porodu. Zároveň byla do místa bydliště ženy vyslána sociální pracovnice, která děti zajistila do příjezdu prarodičů. Po vyřešení péče o děti se rodička uklidnila a souhlasila s vyšetřením ultrazvukem i císařským řezem pro diagnózu předčasného odlučování placenty. Přes závažnost situace byl novorozenec v dobrém stavu bez projevů hypoxie a též matka se zotavila bez komplikací.

Žena byla shledána kompetentní, byl respektován její prvotní požadavek nepokračovat ve vyšetření a neoperovat. Bez dostatečné komunikace mezi

zdravotníky a těhotnou ženou by se mohla jevit její kompetence jako omezená. Z vývoje situace vyplynulo, že neměla dostatečnou sociální oporu a tato skutečnost byla i důvodem jejího odmítavého postoje. Analýzou motivace ženy bylo dosaženo efektivního řešení i v podmínkách časové tísně (Dass, M., 2005, s. 60-4).

D. Ztráta důvěry ve vědecké porodnictví

12.2.D.1. Kasuistika (*ÚPMD 2007*)

Primigravida nullipara ve věku 35 let byla přijata na porodní sál v průběhu druhé doby porodní. Předtím byl porod veden v domácnosti porodní asistentkou. Při trvání druhé doby porodní 4 hodiny byla rodička převezena do zdravotnického zařízení. Lékař indikoval ukončení porodu císařským řezem, který žena odmítla. Přes důrazné doporučení operačního vedení porodu vzhledem k narůstajícímu riziku poranění porodních cest i narůstajícímu riziku rozvoje fetální hypoxie a možného traumatismu trvala žena na pokračování vaginálního porodu. Po infuzi s oxytocinem porod dále postupoval. V průběhu tlačení byly zaznamenány těžké decelerace ozev plodu a lékař indikoval použití porodnických kleští. I tuto intervenci rodička odmítla. Přes patologickou charakteristiku ozev plodu v průběhu druhé doby porodní žena porodila spontánně. Novorozeneček nevykazoval známky vážné hypoxie. Žena později na lékaře podala stížnost. Jejím předmětem byl údajný nátlak lékaře na rodičku podrobit se operačnímu porodu, který se zpětně ukázal jako neindikovaný.

Naplnění odborně přijatelných zásad vedení porodu v domácnosti je velmi obtížné a komplikované. Ženy preferující porod mimo zdravotnická zařízení jsou motivovány nedůvěrou v racionální porodnictví a argumenty lékařů reprezentujících názorovou rovinu vědeckého porodnictví jsou pro ně obvykle neakceptovatelné.

Lékař přijímající rodičku na porodní sál neměl k dispozici dostatečné informace o těhotenství a průběhu porodu před přijetím do zdravotnického

zařízení. Kompetence ženy vyhodnotil jako dostatečné k rozhodnutí a respektoval její odmítnutí obecně platné indikace k císařskému řezu i pozdější odmítnutí porodnických kleští. Postoj ženy nezměnilo ani poučení o narůstajícím riziku porodního traumatizmu a fetální hypoxie. Pozitivního výsledku porodu bylo dosaženo za cenu vysokého teoretického rizika pro zdraví rodičky i plodu. Problematická byla očekávání ženy, která dobrovolně přišla na porodnické oddělení s komplikací porodu, ale odmítla prakticky veškerá doporučení lékaře. Frustrace vyjádřená stížností rodičky dokládá nepříznivou situaci při hodnotovém rozporu mezi rodičkou a porodníkem.

12.2.D.2. Kasuistika

Primigravida nullipara se rozhodla pro porod v domácnosti. Ač byl plod v poloze koncem pánevním, tedy klinická situace zatížená vyšším rizikem novorozenecké morbidity a mortality, rozhodla se žena realizovat porod v podmínkách mimo zdravotnické zařízení. U porodu asistovala porodní asistentka. Porod probíhal fyziologicky po celou první dobu porodní, ozvy byly monitorovány poslechem. V průběhu druhé doby porodní došlo k porodu plodu až po úpon pupečníku, dále porod spontánně nepostupoval. Porodní asistentka se pokusila o extrakci plodu. Operace byla komplikována spasmem porodnické branky. Plod byl extrahován velmi obtížně a celá operace trvala přibližně 30 minut. Novorozenec byl těžce asfyktický, po resuscitaci převezen do nemocnice, kde druhý den po porodu zemřel s příznaky těžkého hypoxického poškození (Karásková, I., 2007, el. zdroj 9).

Rozhodnutí ženy absolvovat porod v domácím prostředí je legitimní, pokud se opírá o informovaný konsensus zahrnující informace o rizicích a možných komplikacích s přihlédnutím na již identifikovaná rizika. V uvedeném případě nelze doložit, jak a v jakém rozsahu byly informace podány.

E. Zpětné popření indikace

12.2.E.1. Kasuistika (*ÚPMD 2007*)

Sekundigravida primipara byla přijata pro spontánní odtok zkalené vody plodové v graviditě 40. týdne a trvalou bolest nad stydkou sponou. První porod byl ukončen císařským řezem ve druhé době porodní pro poruchu porodního mechanismu. Otázky vedení porodu s přihlédnutím na předchozí císařský řez s ní doposud nikdo nediskutoval. Přijímající lékař vzhledem k rizikové porodnické anamnéze, nepříznivému vaginálnímu nálezu pro vaginální porod i faktu přítomnosti mekonia v plodové vodě indikoval ukončení gravidity císařským řezem. Rodička byla poučena též o problematice vaginálního porodu po předchozím císařském řezu ve vztahu k možné ruptuře dělohy. Žena indikaci akceptovala, včetně formálního písemného informovaného konsensu. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl v dobrém stavu. Hysterotomická jizvy byla neporušena. Rodička se bez komplikací zhojila a byla propuštěna do domácí péče.

Za dva měsíce po porodu podala oficiální stížnost na lékaře indikujícího operaci. Předmětem stížnosti byla skutečnost, že jí bylo lékařem znemožněno pokusit se o vaginální porod. Pacientka upozornila na nedostatečnou informovanost o problematice vedení porodu po předchozím císařském řezu a lékaře obvinila, že ji vmanipuloval do operačního vedení porodu, které pro něj bylo „pohodlnější“.

Rodička byla shledána při stanovení operační indikace kompetentní. Časový prostor k předání nutných informací byl dostatečný, neboť se nejednalo o situaci časové tísně. Byl naplněn i požadavek písemného informovaného konsensu. Situace se jevila klinicky jednoznačná a ani ze strany rodičky nebyly vysloveny žádné pochybnosti. Příčina frustrace z průběhu druhého porodu může spočívat v určitém společenském tlaku a kritice vysokého počtu porodů vedených císařským řezem. Informace zaměřené na možnost vaginálního porodu po předchozím císařském řezu nelze zobecnit a jeho přijatelná míra rizika souvisí s klinickou situací.

12.2.E.2. Kasuistika (ÚPMD 2007)

Primigravida nullipara s normálním průběhem gravidity byla přijata na porodní sál s pravidelnou děložní činností a porodnickým vaginálním nálezem. Porod probíhal fyziologicky v průběhu první doby porodní. Ve druhé době porodní došlo k zástavě progresu nálezů. Přes augmentaci děložní činnosti hlava plodu nevstupovala pod rovinu pánevního vchodu. Ve druhé hodině druhé doby porodní indikoval lékař ukončení porodu císařským řezem pro děložní dystokii a poruchu porodního mechanismu. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl v dobrém stavu, bez známek hypoxie. 3 měsíce po porodu podala žena na lékaře stížnost, že ji operačně vedeným porodem znemožnili rodit vaginálně v dalších graviditách. Předmětem stížnosti byla údajně nedostatečná informace indikujícího lékaře a námitka, že poruchu porodního mechanismu způsobil sám lékař vedením porodu. Žena žádala finanční náhradu za ztrátu možnosti rodit v dalších graviditách spontánně.

Rodička byla vyhodnocena jako kompetentní k učinění rozhodnutí. Časový prostor k předání nutných informací byl omezený, neboť byla indikace k císařskému řezu stanovena v průběhu druhé doby porodní, tedy v podmínkách časové tísně. Klinická situace byla jednoznačným indikátorem k abdominálně vedenému porodu. Po porodu byla žena pravděpodobně nesprávně informována, že vzhledem k vedení porodu císařským řezem, budou již všechny další gravidity ukončovány císařským řezem, což vedlo k její nespokojenosti.

12.3. Vynucený císařský řez

V zahraničním písemnictví jsou publikovány kasuistiky „vynucených“ císařských řezů, kdy je ženě uloženo podrobit se operačnímu porodu soudní cestou. V 81 % případů byla zaznamenána kulturní a etnická odlišnost a ve 24 % komunikační problémy vyplývající z jazykové odlišnosti (Kolder, V. E., 1987, s. 1192-6).

Z uvedených údajů vyplývá, že odmítnutí operace je často založeno na nedostatečném pochopení klinické situace pacientkou. Méně časté je odmítnutí léčby založené na odlišnosti hodnotových systémů těhotných žen a zdravotníků.

A. Kasuistika (*Colorado 1979*)

Primigravida nullipara ve věku 26 let v graviditě 37. týdne byla přijata na porodnické oddělení pro pravidelné děložní kontrakce a odtékající plodovou vodu zkalenou smolkou. Žena s vysokým stupněm obezity nespolupracovala a vůči zdravotníkům byla velmi nepřátelsky naladěna.

Kardiotokografický záznam svědčil pro nitroděložní tíseň plodu, vedoucí část plodu byla shledána vysoko naléhající. Lékař indikoval ukončení porodu císařským řezem, který žena odmítla. Právník zdravotnického zařízení uvědomil o případu soudce, který určil právního zástupce matky a plodu. Lékař odhadoval dobu vaginálního porodu na 5 - 6 hodin a pravděpodobnost smrti plodu na 80 % při vaginálně vedeném porodu a pravděpodobnost, že po porodu císařským řezem bude novorozenec zdravý na 90 %.

Riziko operace určil jako velmi nízké. Soud uložil ženě podrobit se operaci. Císařský řez byl proveden 6 hodin po prvním kardiotokografickém záznamu, který signalizoval riziko fetální hypoxie. Novorozenec byl asfyktický. Skóre podle Apgarové bylo v první minutě 2, v páté minutě 8. Po resuscitaci se jeho stav rychle zlepšil a další vývoj probíhal normálně. Pooperační průběh rodičky byl komplikován sekundárním hojením laparotomie (Irwin, S., 1987, 319-34).

B. Kasuistika (*Georgia 1981*)

V průběhu prenatální péče u kvartigravidy terciary byla opakovaným ultrasonografickým vyšetřením diagnostikována placenta praevia centralis. Žena odmítla doporučený císařský řez silně podporována svým manželem, baptistickým kazatelem. Několik dní před předpokládaným porodem proběhlo soudní líčení,

kteře iniciovali ošetřující lékaři. Předmětem líčení byla indikace císařského řezu a podání krevní transfúze, která byla shledána vysoce pravděpodobnou. Lékaři určili pravděpodobnost smrti plodu 99 % a smrti rodičky 50 %, nebude-li císařský řez proveden. Bylo též stanoveno, že dojde-li ke krvácení těhotné, plod pravděpodobně zemře během 30 minut. Soud určil dočasné opatrovnictví plodu do rukou státu včetně autority k souhlasu s operací. Těhotné bylo uloženo podrobit se dalšímu ultrasonografickému vyšetření a bude-li nález potvrzen, i operaci. Rodiče podali odvolání k nejvyššímu soudu. Kontrolní ultrazvukové vyšetření nepotvrdilo diagnózu centrálně uložené včestné placenty a žena porodila vaginálně několik dnů později (Irwin, S., 1987, 319-34).

C. Kasuistika (*Illinois 1982*)

Kvartigravida tercipara byla indikována k porodu císařským řezem, neboť již tři předcházející gravidity byly vedeny abdominálně. Žena byla výrazně chudokrevná a bylo vysloveno podezření na kefalopelvický nepoměr. Těhotná však podporována svým manželem odmítala porod císařským řezem z náboženských důvodů. Soud určil dočasným opatrovnictvím plodu nemocničního právníka pro informovaný konsensus k císařskému řezu i další nutné lékařské zákroky. Po porodu bylo opatrovnictví navraceno rodičům (Irwin, S., 1987, 319-34).

D. Kasuistika (*Michigan 1982*)

Tercigravida sekundipara indikována k císařskému řezu pro centrálně uloženou včestnou placentu. Operaci odmítla z náboženských důvodů. Nemocnice požádala soud o dočasné opatrovnictví plodu s předpokladem 90 % pravděpodobnosti smrti plodu, nebude-li porod veden císařským řezem. Soud ženě uložil neprodleně nastoupit do nemocnice a podrobit se léčbě. Žena se spolu s rodinou skrývala a policie nebyla schopna doručit jí rozhodnutí soudu. Později porodila vaginálně v jiné nemocnici (Irwin, S., 1987, 319-34).

E. Kasuistika (*Colorado 1982*)

Oktigravida septipara z Laosu septipara byla přijata do nemocnice pro krvácení z rodidel. Ultrazvukové vyšetření prokázalo centrální vcestnou placentu a byl doporučen císařský řez. Žena odmítla operaci pro obavy z chirurgického zákroku. Po čtyřech dnech pobytu v nemocnici krvácení ustalo a žena odešla. Soud ženě uložil návrat do nemocnice a podrobit se císařskému řezu. Lékařský posudek odhadoval pravděpodobnost smrti matky i plodu 99 %, nebude-li operace provedena a 99 % pravděpodobnost přežití obou při porodu císařským řezem. Policii bylo uloženo ženu vyhledat a dopravit do nemocnice. Mezitím se žena skrývala. Nakonec sama volala záchrannou službu vzhledem ke znovu se objevivšímu krvácení z rodidel. Záchranáři ji objevily ve vaně s těžkým krvácením a známkami hemoragického šoku. V nemocnici přes silné krvácení stále odmítala operaci. Císařský řez byl proveden na základě rozhodnutí soudu. Novorozenec byl v dobrém stavu a žena se po operaci zotavila bez komplikací (Irwin, S., 1987, 319-34).

F. Kasuistika (*Michigan 1983*)

Sekundigravida primipara byla přijata na porodní sál pro pravidelnou děložní činnost. Při zástavě progresu porodu a nálezů 5 cm branky a pozdních decelerací na kardiokografickém záznamu indikoval lékař ukončení porodu císařským řezem. Žena podporována manželem operaci odmítla. Lékař uvědomil soudce, který vyjádřil vůli rozhodnout o operaci. Na základě této skutečnosti se žena rozhodla operaci podrobit. Novorozenec byl v dobrém stavu, skóre dle Apgarové bylo v první minutě 8, v páté minutě 9. Rodiče po porodu podali stížnost, zpochybnili indikaci k operaci a vyjádřili nesouhlas s nátlakem, kterému byli podrobeni (Irwin, S., 1987, 319-34).

G. Kasuistika (*Californie 1983*)

Primigravida ve věku šestnácti let z jihovýchodní Asie nehovořící anglicky byla přijata na porodnické oddělení pro pravidelné kontrakce a nález

pěticentimetrové branky a plod v poloze úplným koncem pánevním. Rodička měla generalizované otoky a byla prokázána proteinurie. Porodnický tým se opakovaně snažil ženě vysvětlit rizika spojená s vaginálním porodem plodu v poloze koncem pánevním. Anglicky hovořící otec ženy opakovaně vyjádřil nesouhlas s navrženým císařským řezem. Nemocniční právník vyzval soudce k rozhodnutí a ten rozhodl ukončit porod císařským řezem. Novorozenec byl v dobrém stavu, rodičky byla propuštěna čtvrtý pooperační den (Irwin, S., 1987, 319-34).

H. Kasuistika (*Michigan 1986*)

Primigravida ve věku 24 let, která se nepodrobovala prenatalní péči, byla přijata na porodnické oddělení pro nepravidelné kontrakce. Několik hodin později kontrakce ustaly a porod byl indukován pomocí uterotonik. Tento proces vnímala žena velmi bolestivě. Byla podána epidurální analgezie. Rodička byla neklidná a nespolupracující. Po druhé aplikaci analgetik nastala hluboká decelerace ozev plodu. Ženu přeložili na operační sál, doporučenou operaci však odmítla. Rodička se chovala agresivně a obvinila zúčastněné zdravotníky z pokusu zabít její dítě. Nemocniční právník informoval soudce, který přislíbil vydat rozhodnutí o indikaci k císařskému řezu. Mezitím lékař přesvědčil ženu k vyslovení souhlasu argumentací o ohrožení plodu poškozením mozku, nebude-li operace neprodleně provedena. Operace proběhla bez komplikací, novorozenec byl zdravý, skóre dle Apgarové 8 v první a 9 v páté minutě po porodu (Irwin, S., 1987, 319-34).

I. Kasuistika (*Washington 1986*)

Primigravida ve věku 19 let byla přijata na porodnické oddělení pro děložní kontrakce a odtok plodové vody před dvěma dny. Vaginální nález svědčil pro dilataci branky 7 cm. Lékař podal infuzi s oxytocinem, protože nález neprogredoval, doporučil ukončit porod císařským řezem. Operaci žena odmítla z náboženských důvodů. Lékař informoval soudce, který určil zástupce plodu a těhotné ženy. Rodiče však neměli možnost se svým právním zástupce hovořit. Zúčastněný porodník byl rezident ve čtvrtém roce přípravy. Indikaci operace

zdůvodnil rizikem infekčních komplikací. Soudce nařídil provedení císařského řezu. Novorozenec nebyl kompromitován ani infekcí ani hypoxií. Rodiče podali na lékaře žalobu za chybnou indikaci k operaci (Irwin, S., 1987, 319-34).

Uvedené kasuistiky dokládají různorodost situací, které vedou ke konfliktu principu autonomie těhotné ženy a hypotetického principu spravedlnosti vůči plodu. Klinické situace, kdy žena odmítá operaci v zájmu plodu, lze rozdělit do tří skupin.

První skupinu tvoří stavy, kdy nebyl naplněn princip informovaného souhlasu v důsledku komunikačních překážek či časové tísně. Sem lze zařadit i odmítnutí operace z „logistických“ důvodů, žena nemůže být hospitalizována, neboť má povinnost k nezaopatřenému dítěti doma.

Další skupinu tvoří významné důvody. Kromě odmítnutí operace z náboženských důvodů sem patří i odmítnutí operace v důsledku nedůvěry ve vědecké porodnictví. Ženy hlásící se k „přirozenému porodu“ zaujímají stanoviska velice blízká náboženské víře. Zvláštním případem je zpětné popření indikace k operaci lékařem. Žena je frustrována tím, že neporodila vaginálně. To považuje za ztrátu určitého „ženského atributu“.

Do třetí skupiny pak lze zařadit případy, kdy má žena sníženou kompetenci k vyslovení souhlasu s léčbou.

Soubor kasuistik může být vodítkem k zařazení konkrétního případu do jedné z modelových situací. První modelová situace indikuje zlepšení komunikace, informovanosti či technické řešení. Je-li motivací k odmítnutí operace vážný důvod, ať už náboženský či vnitřní hluboké přesvědčení, že porod císařským řezem je nepřijatelný, nelze než rozhodnutí ženy respektovat. V případě podezření na omezenou kompetenci ženy, je nutné, aby byl stav analyzován nezávislým odborníkem a na základě učiněné diagnózy provedeny právní úkony umožňující realizovat léčbu indikovanou lékařem.

Kasuistiky dále prezentují úskalí podmínek informovaného konsensu při stanovení indikace císařského řezu. Dobrá komunikace a podrobné vysvětlení termínů, povahy a účelu léčby a specifických rizik pomáhá těhotné ženě vyslovit vyvážené rozhodnutí. Komunikace může být verbální nebo písemná, vždy však ve formě a jazyce srozumitelného těhotné ženě. Úkolem lékaře je zhodnotit kompetenci pacientky k učinění rozhodnutí a celkovou klinickou situaci, které ovlivňují její rozhodovací proces.

Lékař je povinen poradit pacientce zejména tehdy, může-li plánovaný výkon ovlivnit její rozhodovací schopnost. U dospělého pacienta bez dostatečné mentální kapacity k učinění souhlasu postupuje lékař na principu nejlepšího zájmu. Je-li ztráta kapacity dočasná a léčbu je možné odložit, je vhodné tak učinit. Literárně uvedené případy, kdy byla kompetentní žena podrobena operačnímu porodu bez náležitého souhlasu, jsou vyjádřením etické krize. Těhotná žena má právo odmítnout chirurgický nebo jiný invazivní postup, třebaže bude její rozhodnutí rizikové pro ni samotnou či pro plod. Autonomie těhotné ženy je stejná jako u netěhotných subjektů.

Abstrakt

Svobodná vůle ženy v indikaci císařského řezu

Císařský řez je v současné době nejčastěji indikovanou operací. Podíl operačně vedených porodů neustále narůstá. Dramaticky se rozšiřuje spektrum operačních indikací. Práce je zaměřena na etická dilemata vznikající v průběhu stanovení operační indikace: odmítnutí císařského řezu těhotnou ženou při existenci racionálně-empirické indikace a vynucený císařský řez. Význam svobodné vůle ženy v procesu operační indikace úzce souvisí s problematikou císařského řezu na přání. Posouzení etické přijatelnosti jednotlivých operačních indikací je provedeno na základě srovnání dignity těhotné ženy a lidského plodu, dále pak úvahou o teoretických povinnostech a z nich plynoucí rodičovské zodpovědnosti na straně jedné a práva na sebeurčení těhotné ženy na straně druhé. Dignita plodu je dána jeho hodnotou, která je mu přisouzena těhotnou ženou a lidskou společností, je vždy nižší než dignita těhotné ženy. Vymezení specifických pozitivních povinností těhotné ženy/matky vůči plodu je velmi kontroverzní a nelze je legálně kodifikovat i přes nepochybný sociální charakter těhotenství. Břemena plynoucí z těhotenství v individuálním i sociálním kontextu nemohou být určující pro univerzální povinnosti těhotné ženy vůči plodu. Těhotenství samo nemůže zbavit ženu práva na sebeurčení. Etická přijatelnost vyžádaného císařského řezu bez racionálně empirické indikace je dána přijatelnou mírou rizika i omezenou předvídatelností vaginálního porodu. Odmítnutí císařského řezu je nutné respektovat, je-li motivováno vážnými osobními důvody při naplnění principu informovaného konsensu. Klíčovým kritériem je posouzení kompetence těhotné ženy učinit informované rozhodnutí.

Klíčová slova: autonomie, informovaný konsensus, císařský řez, operační indikace.

Summary

Women's free will in the Caesarean section indication

Currently, Caesarean section is the most commonly indicated procedure. The proportion of caesarean deliveries continues to rise and the spectrum of surgical indications has broadened dramatically. This contemplation focuses on the ethical dilemmas arising during the indication of a Caesarean section: a refusal of a Caesarean section by a pregnant woman when there is a rationally-empirical indication and an enforced Caesarean section. The importance of the woman free will in the process of operating indication closely relates to the issue of the Caesarean section upon request. The assessment of the ethical acceptability of the individual surgical indications is performed on the grounds of confrontation of the pregnant woman's dignity and the dignity of human fetus and subsequently by reflections on theoretical duties and resulting parental responsibilities on the one hand and the right to self-determination of a pregnant women on the other. The fetal dignity is given by its value, attributed to it by the pregnant woman and by the human society. It has always been inferior to the dignity of a pregnant woman. Determining of specific positive duties a pregnant woman has towards the fetus is a very controversial issue and it is impossible to codify them legally despite the unquestionable social character of a pregnancy. Burdens resulting from pregnancy in the particular and social context cannot be determining for the universal duties of a pregnant woman towards the fetus. Pregnancy itself cannot take away a female the right of self-determination. Ethical acceptability of an enforced Caesarean section without rationally-empirical indication is given by an acceptable risk of exposure as well as restricted predetermination of a vaginal delivery. It is necessary to respect the refusal of a Caesarean section, whether it arises from serious personal reasons and when the principal of an informed consent has been kept. The crucial criterion is the assessment of a pregnant woman's competency to make an informed decision.

Key words: autonomy, informed consensus, caesarean section, surgical indications.

Seznam použité literatury

1. Alexander, J. M., Leveno, K. J., Rouse, D. J. (2007). Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor. *Obstet Gynecol.* 109(4):917-21.
2. Arulkumaran, S., Penna, L. K., Rao, K. B. (2004). *The management of labour.* Edinburgh: Orient Longman.
3. Atkinson, M. W., Owen, J., Wren, A. et al. (1996). The effect of manual removal of the placenta on post-Caesarean endometritis. *Obstet Gynecol.* 87:99-102.
4. Audi, R. (1997). *Moral knowledge and ethical character.* New York: Oxford University Press.
5. Bainham, A., Sclater, S. D., Richards, M. (2002) *Body lore and laws.* Oxford: Hart Pub.
6. Barclay, D. L. (1970). Cesarean hysterectomy. Thirty years experience. *Obstet Gynecol;* 35(1):120-31.
7. Baskett, T. F., Calder, A. A., & Arulkumaran, S. (2007). *Munro Kerr's operative obstetrics.* Edinburgh: Saunders/Elsevier.
8. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics.* Oxford University Press; New York.
9. Benn, S. (1973). Abortion, infanticide and respect for persons, In Feinberg J. (1983). *The problem of abortion,* Belmont, Wadsworth.
10. Berghella, V. (2007). *Obstetrics evidence based guidelines.* Philadelphia. Tylor&Francis, Inc.
11. Birnkrant, D. J., Picone, C., Markowitz, W. et al. (2006). Association of transient tachypnoe of the newborn and childhood asthma. *Pediatric Pulmology;* 41:974-8.
12. Blickstein, I., Keith, L. G., Keith, D. M. (2005). *Multiple pregnancy: epidemiology, gestation & perinatal outcome.* New York: Taylor & Francis.
13. Buber, M. (1995). *Já a ty.* Olomouc: Viktoria (překlad Navrátil, J.)

14. Buckley, S. J. (2009). *Gentle birth, gentle mothering: A doctor's guide to natural childbirth and gentle early parenting choices*. Berkeley: Celestial Arts.
15. Bujold, E., Bujod, C. Hamilton, E. F. et al. (2002). The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*. 186(6):1326-30.
16. Callahan, J. C., Knight, J. W. (1992). *Women, Fetuses, Medicine and the Law* In Holmes, H. B., Purdy, L. *Feminist Perspectives in Medical Ethics*. Indianapolis; Indiana University Press.
17. Cebekulu, L., Buchmann, E. J. (2006). Complications associated with cesarean section in the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 95(2):110-4.
18. Čísařová, D., Sovová, O. (2004). *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: Orac.
19. Clark, S. L., Koonings, P. P., Phelan, J. P. (1985) *Obstet Gynecol*;66(1):89-92.
20. Crenshaw, C., Jones, D., Parker, R. (1973). Placenta previa: a survey of twenty years experience with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery. *Obstetric Gynecologic Survey*;28:461-70.
21. Doležal, A. (2007). *Porodnické operace*. Praha. Grada.
22. *Donum Vitae, Instrukce Kongregace pro nauku víry, 2007, SIPOO16*.
23. Duby, G., Perrot, M., & Pantel, P. S. (1992). *A history of women in the West*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
24. Dudek, R., W. (2005). *Embryology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Blickstein, I., Keith, L. G., Keith, D. M. (2005). *Multiple pregnancy: epidemiology, gestation and perinatal outcome*. Taylor & Francis.
25. Dworkin, R. (2001). *Když se práva berou vážně*. Praha: Oikoymenh. (Překlad Masopust, Z.)
26. Dworkin, R. (1994). *Life's dominion An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. New York: Vintage Books.

27. Ellison, P. T. (2001). Reproductive ecology and human evolution. Evolutionary foundations of human behavior. New York, NY: Aldine de Gruyter.
28. Engelhardt, H. T. (1980). Ethical Issues in Aiding the Death of Young Children.
29. Feinberg, J. (1984). The Moral and Legal Responsibility of the Bad Samaritan. In Feinberg, J. (1992). Freedom and Fulfillment; Princeton: Princeton University Press.
30. Feinberg, J. (1994). Freedom and fulfillment: Philosophical essays. Princeton: Princeton Univ Press.
31. Feinmann, J. (2002). How to limit caesarean on demand – too nice to push? Lancet; 359:774.
32. Fenner, D. E., Genberg, B., Brahma, P. (2003) Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. American Journal of Obstetrics and Gynecology; 189(6): 1543-9.
33. Finnis, J. (1973). The rights and wrongs of abortion: a reply to Judith Thomson, Princeton, Princeton University Press.
34. Fleischman, A. R., Chervenak, F. A., McCullough, L. B., (1998). The physician's moral obligations to the pregnant woman, the fetus, and the child. Semin Perinatol;22:184–8.
35. Fletcher, J. F. (1974). The ethics of genetic control: Ending reproductive roulette. Garden City, N. Y. : Anchor Press.
36. Florica, M., Stephansson, O., Nordstorm, L. (2006). Indications associated with increased cesarean section rates in Swedish hospital. Int J Gynaecol Obstet;92:181-5.
37. Fogelson, N. S., Menard, M. K., Hulsey, T. et al. (2005). Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term: A comment on patient choice cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology;192:1433.
38. Ford, N. M. (2002). The prenatal person. Ethics from conception to birth. Oxford UK: Blackwell Pub.

39. Forsthalm, M. M., Lidegaard, O. (2009), Cesarean section on maternal request. *Ugeskr Laeger*. 9;171(7):497-502.
40. Friedman, M. (2004). *Feminism in Ethics: Conceptions of Autonomy* In Fricker, M. (2004). *The Cambridge companion to feminism in philosophy*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
41. Gelfand, S. (2006). *Ectogenesis: Artificial womb technology and the future of human reproduction*. Amsterdam: Rodopi.
42. Ghetti, C., Chan, B. K., Guise, J. (2004). Physicians' responses to patient-requested cesarean delivery. *Birth*; 31:280-9.
43. Glover, V., Fisk, N. M. (1999). Fetal pain: implications for research and practice, *Br J Obstet Gynaecol*; 106(9): s. 881-6.
44. Gol, M., Baloglu, A., Aydin, C. et al. (2004). Does manual removal of the placenta affect operative blood loss during cesarean section? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;15:57-60.
45. Grobman, W. A., Lai, Y., Landon, M. B. et al. (2008). Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*;199:30-5.
46. Gruber, J., Kim, J., Mayzlin, D. (1999). Physicians fees and procedure intensity: The case of cesarean delivery. *Journal of Health Economics*; 18:473-90.
47. Hamid, R., Arulkumaran, S. (2006). Management of scarred uterus in subsequent pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology*. 16:168-73.
48. Hamilton, E. B. (1817) *A record of the life and death of princess Charlotte*. London. Holborn Bars.
49. Hankins, G. D., Clark, S. M., Munn, M. B. (2006). Cesarean section on request at 39 weeks: impacts on shoulder dystokia, fetal trauma, neonatal encephalopathy and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol*;30(5):276-87.
50. Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A. et al. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*. 356:1375-83.

51. Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N. et al. (2007). Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand*;86(4):389-94.
52. Hawley, G., Aveyard, H. (2007). *Ethics in clinical practice: An interprofessional approach*. Harlow, England: Pearson Education.
53. Heit, J. A., Kobbervig, C. E., James, A. H. et al. (2005). Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30 - year population based study. *Ann Inter Med*;143(10): 697-706.
54. Held, V. (1986). *Feminism and Moral Theory*. In Kittay, E., Meyers, D. *Women and Moral Theory; Conference : Papers*. Totowa, NJ: Rowman and Littlefield.
55. Hema, K. R., Johanson, R. (2002). Caesarean section: techniques and complications. *Current Obstetrics and Gynaecology*;12:65-72.
56. Hibbard, B. M. (2000). *The obstetrician's armamentarium: Historical obstetric instruments and their inventors*. San Anselmo, California: Norman Pub.
57. Hoebel, E. A. (2006). *The law of primitive man: A study in comparative legal dynamics*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
58. Hofberg, K., Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *The British Journal of Psychiatry*;176:83-5.
59. Hohlagschwandtner, M., Ruecklinger, E., Husslein, P. et al. (2001). Is the formation of a bladder flap at cesarean necessary? *Obstet Gynecol*;98:1089-92.
60. Holmgren, G., Sjöholm, L., Stark, M. (1999). The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. *Acta Obst Gynecol Scand*;78:615-21.
61. Hook, B., Kiwi, R., Amini, S. B. et al. (1997). Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics*;100:348-53.
62. Howson, C. P. (1996). *In her lifetime: Female morbidity and mortality in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Acad. Press.

63. Humber, J. M. (1991). Bioethics and the fetus: Medical, moral and legal issues. Totowa, NJ: Humana Press. In Steinbock, B. Killing and letting die. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
64. Chervenak, F. A., McCullough, L. B. (1985). Perinatal ethics: a practical method of analysis of obligations to mother and fetus. *Obstet Gynecol*;66:442–6.
65. Chervenak, F., McCulloigh, L. B. (1992). Ethical dilemmas in Obstetrics. *Clinical obstetrics and gynecology*; 35(4):707-853.
66. Chigbu, C. O., Ezeome, I. V., Iloabachie, G. C. (2006). Non formation of bladder flap at caesarean section. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 95:284-5.
67. Churchill, H. (1997). *Caesarean birth: experience, practice, and history*. Hale, Cheshire, England, Books for Midwives Press.
68. Churchill, H. (1997). *Caesarean birth: Experience, Practice, History*, Hale: Books for Midwives Press.
69. Jackson, G., Yentis, S. (2009). Acute illness and maternal collapse in the postpartum period. In Warren, R., Arulkumaran, S. *Best practice in labour and delivery*. Cambridge: Cambridge University Press.
70. Jamison, D. T. (2006). *Disease and mortality in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development.
71. Jaspers, K. (1971). *Philosophy of existence*. (překlad Grabau, R.). Philadelphia: Philadelphia University Press.
72. Jones, S. R., Jenkins, R., Jenkins, R. (2004). *The law and the midwife*. Oxford, UK: Blackwell Pub.
73. Kaczor, C. R. (2005). *The edge of life: Human dignity and contemporary bioethics*. *Philosophy and medicine*, 85. Dordrecht: Springer.
74. Kalish, R. B., McCullough, B., Chervenak, F. A. (2008). Patient choice cesarean delivery - ethical issues. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*; 20:116-19.
75. Kant, I. (1990). *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, (překlad Menzel, L.)

76. Kerr, J. M. M. (1928). The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. *Am J Obstet Gynecol.* 12:729.
77. Klotzko, A. J. (2001). *The cloning sourcebook*. Oxford: Oxford University Press.
78. Kolas, T., Saugstad, O. D., Daltveit, A. K., Nilsen, S. T. et al. (2006). Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: Comparison of newborn infant outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 195:1538-43.
79. Korsgaard, C. (1996). *The Reasons We Can Share: an Attack on the Distinction between Agent-Relative and Agent-Natural Values* In Korsgaard, C. *Creating the Kingdom of Ends*, Cambridge, Cambridge University Press.
80. Koukolík, F. (2005). *Já. O vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum.
81. Krishna, U. R., Tank, D. K., Daftary, S., & Shah, D. (2004). Pregnancy at risk: Current concepts. New Delhi: Jaypee Bros., s. 451-7.
82. Landon, M. B. (2008). Vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol*; 35(3):491-504.
83. LaFollette, H. (2002). *Ethics in practice: An anthology*. Blackwell philosophy anthologies, 3. Oxford: Blackwell.
84. Lasley, D. S., Eblen, A., Yancey, M. K. et al. (1997). The effect of placental removal method on the incidence of postcesarean infections. *Am J Obstet Gynecol.* 176:1250-54.
85. Lee, S. J., Ralston, H. J., Drey, E. A., Partridge, J. C., Rosen, M. A. (2005). Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *JAMA*; (294) 8: 947-54.
86. Lee, Y. M., D'Alton, M. E. (2008). Cesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. *Clin Perinatol*; 35(3):505-18.
87. Lévínas, E. (1997). *Totalita a nekonečno*. Praha: Oikoymenh. (Překlad Petříček, M.)

88. Lind, A., Brzuzy, S. (2008). *Battleground: Women, gender and sexuality*. Westport, Conn: Greenwood Press.
89. Lind, G., Hartmann, H. A., Wakenhut, R. (1985). *Moral development and social environment: Studies in the psychology and philosophy of moral judgment and education. Precedent studies in ethics and the moral sciences*. Chicago, Ill: Precedent Publishing.
90. Lo, J. C. (2003). Patients attitudes vs. Physicians determination: implications for cesarean sections. *Social Science Medicine*; 57:91-6.
91. Locke, J. (1965). *Dvě pojednání o vládě*. Praha: Čerskoslovenská akademie věd. (překlad Král, J.)
92. Mabie, W. C. (1992). Placenta previa. *Clin Perinatol*; 19(2):425-35.
93. MacDorman, M. F., Declercq, E., Menacker, F. et al. (2006). Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with no indicated risk, United States, 1998-2001 birth cohorts. *Birth*; 33:175-81.
94. Mahowald MB. Maternal-Fetal Conflict: Positions and Principles. In Chervenak F. *Ethical Dilemmas in Obstetrics. Clinical Obstetrics and Gynecology*. 1992, 35, 4, s. 729-37.
95. Marenbon, J. (2003). *Boethius. Great medieval thinkers*. New York: Oxford University Press.
96. Marsal, K. et al. (2009). One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA*; 301: 2225-2233.
97. Marshall, P. L. (2007). *Ethical challenges in study design and informed consent for health research in resource-poor settings*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
98. Mathieu, D. (1996). *Preventing prenatal harm: Should the state intervene?* Washington, D. C.: Georgetown Univ. Press.
99. McCullough, L. B., Chervenak, F. A. (1994). *Ethics in obstetrics and gynecology*. New York: Oxford university press.
100. McMillan, J. A., Oski, F. A. (2006). *Oski's pediatrics: Principles & practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

101. Mead, G. H., & Morris, C. W. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
102. Menacker, F., Declercq, E., Macdorman, M. F. (2006). Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol.* 30(5):235-41.
103. Menlowe, M., McCall Smith, A. (1993). *The Duty to rescue: The jurisprudence of aid*. Aldershot, Hants, England: Dartmouth Pub.
104. Meyers, D. W. (1990). *The human body and the law*. Stanford: Stanford University Press.
105. Miller, F. D., Paul, E. F., Paul, J. (2003). *Autonomy*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
106. Nelson, J., Milliken, N. (1988). Compelled medical treatment of pregnant women: life, liberty and law in conflict. *Journal of the American Medical Association*;259:1060-66.
107. Nightingale, E. O., Goodman, M. (1990). *Before birth: Prenatal testing for genetic disease*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
108. Noonan, J. T. (1970). An Almost Absolute Value in History. In: Noonan JT., editor. *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*. Boston, MA: Harvard University Press.
109. O'Dowd, M. J., Phillip, E. E. (2000). *History of obstetrics and gynaecology*. London. Informa Health Care.
110. Olsen, M. A., Butler, A. M., Willers, D. M. et al. (2008). Risk factors for surgical site infection after low trasverse cesarean section. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 29(6):477-84.
111. O'Neill, O. (2002). *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
112. Payne, J. (1992). *Klinická etika*. Praha: Triton, Skalpel.
113. Payne, J. (2004). Lze určit kompetenci nemocného? *Časopis lékařů českých*; 143: 405-7.
114. Payne, J. (2005). *Odkud zlo*. Praha: Triton.
115. Park, C. S., Yeoum, S. G., Choi, S. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing Health Sciences*;7:3-8.

116. Pelosi, M. A. (2004). Pelosi minimally invasive technique of cesarean section. *Surg Technol Int.* 13:137-46.
117. Penna, L. (2003). Management of the scarred uterus in subsequent pregnancies. *Current Obstetrics and Gynaecology.* 13:173-8.
118. Porro, E. (1876). Dell' amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesereo. *Ann univ med e chir.* 237:289-350.
119. Post, S. G. (2003). *Unlimited love: Altruism, compassion, and service.* Philadelphia: Templeton Foundation Press.
120. Press, J. Z., Klein, M. C., Kaczorowski, J. et al. (2007). Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth*;34(3):228-37.
121. Radcliffe, W. (1989). *Milestones in midwifery and, The secret instrument: (the birth of the midwifery forceps).* San Francisco, California: Norman Publishing.
122. Ramachandrappa, A., Jain, L. (2008). Elective Cesarean Section: It's Impact on Neonatal Respiratory Outcome. *Clin Perinatol*;35(2):373-7.
123. Rawls, J. (1995). *Teorie spravedlnosti.* Praha: Victoria Publishing, (překlad Berka, K.)
124. Raz, J. (1984). *Right-based Moralities,* In Waldron *Theories of Rights;* Oxford: Oxford University Press.
125. Raz, J. (1988). *The morality of freedom.* Oxford: Clarendon Press.
126. Regan, D. (1979). Rewriting Roe v. Wade. *Michigan Law Review*;77(7):1569-646.
127. Reynolds, G.(2005) Will we grow babies outside their mothers' bodies? *Popular science;* 267(3):72-80.
128. Riley, J. C. (2001). *Rising life expectancy: global history.* Cambridge, UK: Cambridge.
129. Robertson, J., Schulman, J. D. (1987). Pregnancy and Prenatal Harm to Offspring: The Case of Mothers with PKU. *Hastings Center Rep;* 17(4):23-33.

130. Rodin, J., Collins, A. (1991). *Women and new reproductive technologies: Medical, psychosocial, legal, and ethical dilemmas*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
131. Rosner, F. (2007). *Contemporary biomedical ethical issues and Jewish law*. Jersey City, NJ: Ktav Pub. House.
132. Ross, W. D. (2004). *The right and the good*. Oxford: Oxford Univ. Press.
133. Sänger, M. (1882). Der Kaiserschnitt. *Arch Gynakol*. 19:370.
134. Savulescu, J. (1998). Two Worlds Apart Religion and Ethics. *JME*; 24:382-3.
135. Savulescu, J. (1994). Rational Desires and the Limitation of Life-Sustaining Treatment. *Bioethics*;8(3):191-222.
136. Scott, R. (2002). *Rights, Duties and the Body: Law and Ethics of Maternal-Fetal conflict*. Oxford: Hart Publishing Ltd.
137. Seymour, J. (2000). *Childbirth and the law*. Oxford. Oxford University Press.
138. Shlain, L. (2004). *Sex, time and power. How women's sexuality shaped human evolution*. New York: Penguin.
139. Simm., A., Ramoutar., P. (2005). Caesarean section: Techniques and complications. *Current Obstetrics and Gynaecology*. 15:80-6.
140. Singer, P. (1993). *Practical ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
141. Smith, A. (2004). *The theory of moral sentiments*. Whitefish, Mont.: Kessinger.
142. Smith, J., Plaat, F., Fisk, N. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*;115:1037–1042.
143. Speert, H. (2005). *Obstetrics and Gynecology: A History and Iconography*. London. Informa Health Care.
144. Stark, M., Finkel, A. R. (1994). Comparison between the Joel-Cohen and Phannenstiel incision in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 53(2):121-2.
145. Stark, M., Chavkin, Y., Kupfersztein, C et al. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int J of Gyn and Obst*. 48(3):273-6.

146. Steinberg, A. (2003). *Encyclopedia of Jewish medical ethics*. Jerusalem; New York: Feldheim Publishers.
147. Stearns, S. C., Koella, J. C. (2008). *Evolution in health and disease*. Oxford biology. Oxford: Oxford University Press.
148. Steinbock, B. (1996). *Life before birth – the moral and status of embryos and fetuses*. Oxford University Press.
149. Story, L., Paterson-Brown, S. (2009). *Caesarean deliveries: indications, techniques and complications*. In Warren, R., Arulkumaran, S. *Best practice in labour and delivery*. Cambridge: Cambridge University Press.
150. Swartz, W. H., Grolle, K. (1981). The use of prophylactic antibiotics in cesarean section. *J Reprod Med*; 26(12): 595-609.
151. Timmons, M., Greco, J., Mele, A. R. (2007). *Rationality and the good*. Critical essays on the ethics and epistemology of Robert Audi. Oxford: Oxford University Press.
152. Thomson, J. J. (1971). *A Defence of Abortion*. In Singer, P. (1986). *Applied Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
153. Tooley, M. (1986). *Abortion and Infanticide* In Singer, P., *Applied Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
154. Trevathan, W. (1987). *Human birth: an evolutionary perspective*. Foundations of human behavior. New York: Aldine De Gruyter.
155. Tucker, H. (2003). *Pregnant fictions: Childbirth and the fairy tale in early-modern France*. Detroit, Mich: Wayne State University Press.
156. Tucker, J. M., Hauth, J. C., Hodgkins, P. et al. (1993). Trial of labor after a one- or two-layer closure of a low transverse uterine incision. *Am J Obstet Gynecol*. 168:545-6.
157. Wall, L. L. (2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*; 368(9542): 1201-9.
158. Wallin, G., Fall, O. (1999). Modified Joel-Cohen technique for caesarean delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. 106:221-6.
159. Warren, M. A. (1997). *On the moral and legal status of abortion* In Gruen, L., Panichas, G. E. *Sex, morality and the law*. New York. Routledge.

160. Washburn, S., L. (1960). Tools and Human Evolution. *Scientific American*; 203(3):3-15.
161. Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G. (2005). Patient choice cesarean – the main experience. *Birth*; 32:203-6.
162. Wells, C. (1998). On the Outside Looking in Perspectives on Enforced Caesareans. In Sheldon, S., Thomson, M. *Feminist Perspectives on Health Care Law*; London: Cavendish Publishing.
163. Wendling, P. (2004). Technique Change Urged in C-Section. *Ob Gyn News*. 43 (6):1.
164. White, M. C., Wolf, A. R. (2004). Pain and stress in the human fetus. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 18; 2: 205-20.
165. Williams, G. (1994). The fetus and right to life. *Cambridge Law Journal*.
166. Wolf, S. M. (1990). *Freedom within reason*. New York; Oxford: Oxford University Press.
167. Wreen, M. J. (1991). Autonomy, Religious Values and Refusal of Lifesaving Medical Treatment. *JME*;17(3):124-30.
168. Young, J. H. (1944). *Caesarean section. The history and development of the operation from earliest times*. London:H.K.Lewis and Co.Ltd.
169. Zwinger, A. (2004). *Porodnictví*. Galén, Praha.

Elektronické zdroje

1. Alderdice, F., Mc Kenna, D., Dornan, J. (2004). Techniques and materials for skin closure in caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD003577. DOI: 10.1002/14651858.CD003577, (Cit. 12. 3. 2008). Dostupné z: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003577.html>
2. Anderson, E. R., Gates, S. (2004). Techniques and materials for closure of the abdominal wall in caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD004663. DOI: 10.1002/14651858.CD004663.pub2, (Cit. 12. 3. 2008). Dostupné z: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004663.html>
3. Bamigboye, A. A., Hofmeyr, G. J. (2006). Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD000163. DOI: 10.1002/14651858.CD000163, (Cit. 12. 3. 2008). Dostupné z: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000163.html>
4. OHSR - Office of Human Subjects Research (1979). National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. OPRR Reports, 1979. (Cit 29. 7. 2009). Dostupné z: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
5. Hamilton, B. E., Martin, J. A., Ventura, S. J. et al. (2007). Births - Preliminary Data for 2006. *National Vital Statistic Reports*;56(7):1-18. (Cit. 28. června 2009). Dostupné z: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_07.pdf
6. Hofmeyr, G. J., Hannah, M. E. (2003). Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166. (Cit 14. 7. 2009). Dostupné z: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000166.html>
7. Horey, D., Weaver, J., Russell, H. (2004). Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

- 2004, Issue 1. Art. No.: CD003858. DOI:
10.1002/14651858.CD003858.pub2. (Cit 29. 7. 2009). Dostupné z:
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003858.html>
8. Jacobs-Jokhan, N., Hofmeyer, G. J. (2004). Extra-abdominal versus intra-abdominal repair of the uterine incision at caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000085. DOI: 10.1002/14651858.CD000085.pub2., (Cit. 12. 3. 2008). Dostupné z: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000085.html>
 9. Karásková, I. (2007). Porod doma se vymkl. Regionální mutace: Mladá fronta DNES - jižní Morava, 14. 9. 2007, (Cit. 1. 7. 2009). Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/1701-porod-doma-se-vymkl>
 10. WHO - World Health Organization (2005). Make every mother and child count. (2005). Geneva. WHO: The world health report. (Cit. 4. 7. 2009). Dostupné z: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/en/index.html>
 11. WHO - World Health Organization (2006). Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva 2007, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. (Cit. 4. 7. 2009). Dostupné z: <http://www.who.int/whosis/>
 12. Mathai, M., Hofmeyer, G. J. (2007). Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004453. DOI: 10.1002/14651858.CD004453.pub2, (Cit. 12. 3. 2008). Dostupné z: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004453.html>
 13. NCCWCH - National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2004). Caesarean section. London, RCOG Press. (Cit 29. 7. 2009) Dostupné z: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013fullguideline.pdf>
 14. ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2007). Rodička a novorozenec 2007. (Cit. 4. Července 2009). Dostupné z:

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=novorozen®ion=100&kind=1

15. Toit, D., Jenkins, T., Kruger, T. F. et al. (1993). Reproductive Biology and Genetic research. The Medical Research Council of South Africa. (Cit. 4. 7. 2009). Dostupné z: <http://www.sahealthinfo.org/ethics/book2.htm>
16. WHO - World Health Organization (2009). World Health Statistics 2009. WHO Statistical Information System, WHOSIS, (30. 11. 2009). Dostupné z: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>