



Univerzita Karlova v Praze

1. Lékařská fakulta

Autoreferát dizertační práce

Svobodná vůle ženy v indikaci císařského řezu

MUDr. Petr Křepelka

Praha 2009

Doktorské studijní programy v biomedicině

Univerzita Karlova v Praze

a Akademie věd České republiky

Obor: Bioetika

Předseda oborové rady: doc. Mgr. MUDr. Jan Payne, Ph.D.

Školící pracoviště: Ústav pro humanitní studia v lékařství

Autor: MUDr. Petr Křepelka

Školitel: doc. Mgr. MUDr. Jan Payne, Ph.D.

Školitel konsultant (byl – li): doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.

Oponenti:

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Doc. MUDr. Pavel Calda, CSc.

Autoreferát byl rozeslán dne:.....

Obhajoba se koná dne: v hod.

kde

S disertací je možno se seznámit na děkanátě

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Obsah

Abstrakt	4
Summary	5
1. Úvod	6
Racionálně-empirická indikace.....	6
Odmítnutí císařského řezu.	7
Vynucený císařský řez.....	7
Císařský řez na přání.....	7
2. Porovnání dignity lidského plodu a těhotné ženy.....	8
3. Analýza povinností těhotné ženy vůči plodu – myšlenkový experiment	9
4. Etické podmínky stanovení indikace k císařskému řezu a informovaný konsensus.....	11
5. Historie a současnost císařského řezu.....	13
6. Kasuistiky	15
7. Závěry	17
Seznam použité literatury	20
Seznam publikací.....	34

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.*

1. Úvod

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.

Cíl: Definice a analýza definovaných eticky kontroverzních stavů, které provází stanovení operační indikace k císařskému řezu z hlediska základních principů lékařské etiky. Odvození teoretických východisek filozofickou metodou a jejich praktické užití při analýze shromážděných kasuistik se může stát pomocným nástrojem lékařů v každodenní klinické praxi.

Struktura indikace k císařskému řezu. Pro indikaci k císařskému řezu je určující interakce tří subjektů: lékař – těhotná žena – plod. Indikace k císařskému řezu z hlediska této interakce nastává v níže uvedených modelových situacích. Lékař je veden povinností vůči těhotné ženě i plodu ve smyslu jejich nejlepšího zájmu. Princip beneficence vůči oběma subjektům je podmíněn naplněním principu autonomie na straně těhotné ženy.

Racionálně-empirická indikace. Lékař hodnotí klinickou situaci na základě teoretických znalostí a aktuálních informací metodou analýzy „rizika-výhody“. Usoudí-li že existuje racionálně empirický důvod, pro vedení porodu císařským řezem informuje v tomto smyslu rodičku. Forma předaných informací musí být dostatečná pro pochopení situace pacientkou. Na základě sdělené informace vysloví žena souhlas s postupem a dohodnutý operační postup je proveden. Situace není provázána etickou kontroverzí. Obecné principy lékařské etiky jsou naplněny.

Odmítnutí císařského řezu. Lékař hodnotí klinickou situaci na základě teoretických znalostí a aktuálních informací metodou analýzy „risk-benefit“. Usoudí-li že existuje racionálně empirický důvod, pro vedení porodu císařským řezem informuje v tomto smyslu rodičku. Forma předaných informací musí být dostatečná pro pochopení situace pacientkou. Pacientka odmítá ustoupit ze svého subjektivního postoje a s císařským řezem nedává souhlas. Žena má morální povinnost být lékaři vážným partnerem v rozhodovacím procesu. Vzniká situace etického konfliktu, kdy vzniká konflikt mezi principem autonomie pacientky v rozporu s principem spravedlnosti vztážené v daném případě na plod.

Vynucený císařský řez. Lékař hodnotí klinickou situaci na základě teoretických znalostí a aktuálních informací metodou analýzy „risk-benefit“. Usoudí-li že existuje racionálně empirický důvod, pro vedení porodu císařským řezem informuje v tomto smyslu rodičku. Forma předaných informací musí být dostatečná pro pochopení situace pacientkou. Přes podané informace žena nesouhlasí s indikací a operaci odmítá. Lékař se obrátí na soud, který uloží pacientce povinnost se operaci podrobit. Situace je eticky krizová. Princip autonomie pacientky je v rozporu s beneficencí rodičky i plodu. Autonomie rodičky je zcela popřena. Analogickou situací je detence infekčně kontagiózního pacienta.

Císařský řez na přání. Žena žádá lékaře o vedení porodu císařským řezem na základě svého subjektivního postoje zahrnujícího osobní zkušenost, hodnotový systém, subjektivních pocitů a vnímání otázky porodu. Lékař vyhodnotí kompetenci ženy k učinění racionálního rozhodnutí, podá ženě ucelenou informaci o výhodách a rizicích vaginálního porodu a porodu císařským řezem. Když preference císařského řezu trvá i poté, lékař uznává motivaci ženy dostatečně významnou, přání ženy vyhoví a provede operaci. Situace může být provázena etickou kontroverzí. V rozporu může být princip beneficence a autonomie pacientky.

2. Porovnání dignity lidského plodu a těhotné ženy

Dignita lidského plodu.

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.

Pro určení etické přijatelnosti odmítnout léčbu, která je indikována v zájmu plodu, je třeba určit jaká dignita je plodu přisouzena. Určujícím pro stanovení dignity lidského plodu je určení povahy jeho bytí. Zda lidský plod vzniká primárně jako osoba, či se jí stává v průběhu prenatalního vývoje, při porodu či po něm nelze v současné době empiricky dokázat. Důkaz lze stanovit pouze filozofickou 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 prenatalního a postnatalního 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. Zodpovězení morálních otázek týkajících se indikací k císařskému řezu a jejího odmítnutí těhotnou ženou je možné na základě analýzy morálních povinností matky vůči plodu a její autonomie. Dignita těhotné ženy dána její autonomií je absolutní a vždy převažuje dignitu lidského plodu, která se absolutní hodnotě sice blíží, ale nikdy ji nedosahuje.

3. Analýza povinností těhotné ženy vůči plodu – myšlenkový experiment

Etický konflikt jako myšlenkový experiment. Není-li lidský plodu 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. 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.

Etické dilema mezi principem autonomie pacientky a hypotetickým principem spravedlnosti v zájmu plodu. V rámci myšlenkového experimentu, za předpokladu, že dignita plodu je shodná s absolutní dignitou těhotné ženy, lze analyzovat hypotetické dilema mezi principem autonomie těhotné ženy a principem spravedlnosti vůči plodu. Jsou porovnány argumenty pro právo na sebeurčení těhotné ženy vyplývající z její autonomie s argumenty pro povinnosti vůči plodu.

Autonomie, právo a povinnost. 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 plynoucími práv plodu.

Vztah těhotné ženy a plodu: zodpovědnost, morální povinnosti a morální práva. 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. Existují-li morální povinnosti vůči plodu, vyplývají z jeho hodnoty, kterou mu přisuzuje lidská společnost.

Sociální charakter těhotenství. Konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy a 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 principem spravedlnosti vůči plodu. Pochopení důvodů odmítnutí operaci 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.

4. Etické podmínky stanovení indikace k císařskému řezu a informovaný konsensus

Informovaný souhlas v kontextu konfliktu mezi principem autonomie těhotné ženy a principem spravedlnosti vůči plodu. Identifikace klinických stavů, které jsou provázány etickým konfliktem, představují důležitý úkol lékaře. Realizace náležitého informovaného souhlasu je účinnou prevencí rozvoje etické krize se všemi negativními důsledky pro pacienta i zdravotníky. Obor gynekologie a porodnictví je specifickým vysokou koncentrací potenciálně krizových situací, které vznikají na základě konfliktu zájmů mezi jednotlivými subjekty léčebného procesu. Postavení lidského plodu je unikátní. Pojetí komplexu matka-plod jako jediného objektu lékařské péče je historicky překonané. Lidský plod je objektem vysoké hodnoty, který však postrádá kompetenci k rozhodnutí a tudíž i plnou dignitu lidské bytosti. Tato kompetence je delegována na těhotnou ženu, případně i další osoby. Zajištění ochrany zájmů lidského plodu je významným úkolem lékařské etiky jako součásti moderního zdravotnictví.

Etická východiska indikace. 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 považuji 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 závažných osobních důvodech, 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 nepřijatelného 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.

5. Historie a současnost císařského řezu

Císařský řez v soudobé medicínské praxi. Historický vývoj císařského řezu pomáhá osvětlit jeho postavení v současnosti včetně dramatických změn v operačních indikacích a jejich etické přijatelnosti. Císařský řez je jedinou metodou, která dokáže eliminovat riziko zástavy porodu, která je přímým důsledkem porodnického paradoxu lidského druhu (nevýhodný poměr mezi objemnou hlavou novorozence a rozměry ženské pánve). Operace vytváří arteficiální porodní cesty, vylučující nutnost průchodu hlavy plodu mechanismem vnitřní rotace kostěnou pánví. 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. 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. Proces vývoje indikací i techniky není ukončen a nadále probíhá. Relativní

rizika operace pro mateřský a fetální organizmus 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. 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.

6. Kasuistiky

Soubor kasuistik prezentuje situace císařského řezu na přání a nejčastější motivace těhotných k této volbě (obavy o novorozence, obavy z rizik vaginálního porodu, negativní zkušenost s předchozím vaginálním porodu, časový faktor a předvídatelnost plánované operace), dále pak odmítnutí císařského řezu (insuficience přenosu informací, jazyková bariéra, časová tíseň, nedůvěra k lékařské indikaci ve světle zkušeností z minulých porodů, ztráta důvěry ve vědecké porodnictví, zpětné popření indikace). Případy vynuceného císařského řezu jsou převzaty ze zahraničního písemnictví.

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 případech 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.

7. 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 ke stanovení těchto povinností je určení povahy bytí plodu a jeho postavení ve společnosti. 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 plodu 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 na výsost 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.

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. Císařová, 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., Hulse, 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., Lidgaard, 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 Intern 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. Lévíns, E. (1997). *Totalita a nekonečno*. Praha: Oikoymenh. (Překlad Petříček, M.)
88. Lind, A., Bruzuzy, 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. Sanger, M. (1882). Der Kaiserschnitt. *Arch Gynakol.* 19:370.
134. Savulescu, J. (1998). Two Worlds Apart Religion and Ethics. *JME;* 24:382-3.
135. Savulsecu, 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 Low 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 Statistics 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., Hofmeyr, 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>

Seznam publikací

Křepelka, P. Informovaný souhlas v gynekologii a porodnictví. Česká gynekologie 2006;71(1):74-8.

Křepelka, P. Císařský řez – technika Misgav-Ladach. Moderní gynekologie a porodnictví 2008;17(1):50-9.

Křepelka, P. Císařský řez – indikace nebo volba? Česká Gynekologie 2008;73(5):303-7.

Křepelka, P.: Prevence a léčba primární poporodní hemoragie. In Bourek, A., Forýtková, L., Seifert, B., Suchý, M. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Odborné nakladatelství zdravotnické literatury. Praha 2005.

Křepelka, P.: Postkoitální pohotovostní kontracepce. In Bourek, A., Forýtková, L., Seifert, B., Suchý, M. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Odborné nakladatelství zdravotnické literatury. Praha 2005.

Křepelka, P.: Progestagenní kontracepce. In Bourek, A., Forýtková, L., Seifert, B., Suchý, M. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Odborné nakladatelství zdravotnické literatury. Praha 2005.

Křepelka, P.: Jak se liší aktualizovaná „Doporučení k předpisu kombinované hormonální kontracepce 2005“ a „Medical eligibility criteria for contraceptive use WHO 2004“, Moderní gynekologie 2005;14(1):23-7.

Křepelka, P., Kučera, E., Krofta, L.: Komplikace těhotenství po hysteroskopických operačních výkonech. XII. kongres SGPS SLS s mezinárodní účastí, Bratislava, 2005, Abstrakta s. 59.

Feyereisl, J., Křepelka, P.: Primární postpartální hemoragie ve 21. století. XII. Kongres SGPS SLS s mezinárodní účastí, Bratislava, 2005, Abstrakta s. 58.

Křepelka, P.: Diagnostika a léčba menoragie. Gynekologie po promoci 2005; 5(4):18-21.

Křepelka, P., Feyereisl, J.: Ošetření porodních poranění vulvy a pochvy. Moderní gynekologie a porodnictví 2005;14(2):291-4.

Křepelka, P., Verner, M.: Kritické stavy v porodnictví. Postgraduální medicína 2005;7(4):362-8.

Kučera, E., Křepelka, P., Krofta, L., Feyereisl, J., Hejda, V.: Těhotenské komplikace po intrauterinní hysteroskopické chirurgii. Česká gynekologie 2005;70(4):312-16.

Křepelka, P., Kučera, E. Tokolytika a medicína založená na důkazech. Gynekolog 2006;15(1):8-12.

Hájek, M., Charvátová, E., Křepelka, P., Beaufort, J., Feyereisl, J., Seifert, B., Vojtišková, J., Křepelka, P. Náhlé příhody břišní. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha 2005, CDP-PL, 18 s. ISBN: 80-86998-07-X

Křepelka, P. Hledání alternativ konzervativní léčby abnormálního děložního krvácení a naše současné možnosti. Gynekologie po promoci 2006;6(2):13-16.

Křepelka, P. Programy kvality a standardy léčebných postupů - Kombinovaná hormonální kontracepce. In Bourek, A., Forýtková, L., Seifert, B., Suchý, M. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Odborné nakladatelství zdravotnické literatury. Praha 2006.

Křepelka, P., Kučera, E. Surgical therapy of severe pelvic inflammatory disease in patient with intra-uterine devices. Contraception and Reproductive Health Care 2006;11(1):129.

Křepelka, P. Programy kvality a standardy léčebných postupů - Nitroděložní kontracepce. In Bourek, A., Forýtková, L., Seifert, B., Suchý, M. Programy kvality a standardy léčebných postupů. Odborné nakladatelství zdravotnické literatury. Praha 2006

Kučera, E., Křepelka, P., Krofta, L., Feyeressil, J. Ektopická gravidita v jizvě po císařském řezu. Česká Gynekologie 2007;72(3):207- 13.

Křepelka, P. Hormonální kontracepce. Postgraduální medicína 2007;9(1):901-7.

Křepelka, P. Trombofilie a těhotenství. Postgraduální medicína 2007;9(1): 939 - 42.

Křepelka, P. Trombofilie a hormonální kontracepce. Postgraduální medicína 2007;9 (1):908 – 12.

Křepelka, P. Možosti kontracepce pro obézní pacientky. Gynekologie po promoci 2007;7(4):13-15.

Křepelka, P. Nová koncepce léčby negestačního akutního děložního krvácení. Gynekologie po promoci 2008;8(2):22 – 32.

Křepelka, P., Hanacek, J. Knowledge, attitudes and practise in contraceptive use in women before and after delivery. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2008;13 Supplement 2:73-4.

Hanacek, J., Křepelka, P. Do patient personality characteristics influence the selection of contraceptives? The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2008;13, Supplement 2:155.

Hanacek, J., Křepelka, P. Influence of age, education and personal characteristics on selection of contraceptives and changes of attitudes after six month after delivery. Second Congress of the Asia-Pacific Council on Contraception (APCOC). Macau – China, Dec 4-6, 2008, Abstracts - A 24.

Křepelka, P., Hanacek, J. Attitudes and practise in contraceptive use in women before delivery and their changes 6 month after delivery. Second Congress of the Asia-Pacific Council on Contraception (APCOC). Macau – China, Dec 4-6, 2008, Abstracts - A 27.

Křepelka, P. Nitroděložní systém s levonorgestrellem – víc než kontracepce. Postgraduální medicína 2008;10(8):825-30.

Křepelka, P. Kontracepce a laktace. Gynekologie po promoci 2008;8(6):65-70.

Křepelka, P. Hormonální kontracepce u kojících žen. Postgraduální medicína 2009;11(5):509-16.

Křepelka, P., Hanáček J., Hrdlička D. Praxe v používání kontracepčních metod u žen v období před porodem a po porodu. Česká Gynekologie 2009;74(3):211-18.

Křepelka, P. Krvácení v prvním trimestru gravidity. Gynekologie po promoci 2009;9(5):30-2.

Křepelka, P. Hormonální antikoncepce: chápou ženy skutečná rizika i výhody? Gynekologie po promoci 2009;9(6):25-7.