

Cisársky rez na žiadosť – kontroverzná požiadavka či právo pacientky?

Caesarean section on request – a controversial request or the patient's right?

A. Erdősová¹, P. Gašparová², Z. Ballová², E. Dosedla²

¹ Ústav medzinárodného a európskeho práva, Fakulta práva, Paneurópska vysoká škola, Bratislava, Slovenská republika

² Gynekologicko-pôrodná klinika LF UPJŠ a Nemocnice AGEL Košice-Šaca a.s., Slovenská republika

Súhrn: Cisársky rez na žiadosť, požiadavka, s ktorou sa v poslednom čase stretávame čoraz častejšie. Možno ho definovať ako primárny cisársky rez vykonaný na žiadosť rodičky bez akejkoľvek relevantnej pôrodnickej alebo inej lekárskej indikácie, s cieľom vyhnúť sa vaginálnemu pôrodu. Najčastejšou príčinou žiadostí rodičiek o cisársky rez je strach z pôrodu a s tým súvisiacou bolesťou. V súčasnosti je v medicíne uznávané právo pacienta aktívne sa spolupodieľať na výbere liečebných postupov vrátane metód pôrodu. Akceptovali sme nárok pacientov na rôzne estetické operačné zákroky za predpokladu, že poskytnú informovaný súhlas. Rovnaký princíp by sa mal zachovať aj pri cisárskom reze na požiadanie.

Kľúčové slová: cisársky rez – voľba pôrodu – žiadosť matky – pôrodná bolesť – informovaný súhlas

Summary: Caesarean section on request, a request that we have been encountering more and more recently. This can be interpreted as a primary caesarean section performed as a request of the mother without any relevant obstetrical or other medical indications in order to avoid vaginal delivery. The most common reason for mothers' requests for caesarean section is the fear of childbirth and the associated pain. Currently, medicine recognises the patient's right to actively participate in the choice of treatment procedures, including methods of delivery. We have accepted patients' claim for various aesthetic surgical interventions, in case they provide informed consent. The same principle should be maintained for caesarean sections on request.

Key words: caesarean section – choice of birth – maternal request – labor pain – informed consent

Úvod

Pôrod je významnou udalosťou v živote ženy. Cisársky rez je pravdepodobne jednou z najstarších operácií v histórii medicíny, pričom sa mnohokrát diskutuje o jeho pôvode. Veľmi málo chirurgických postupov je témou tak urputných diskusií, ako je to práve pri cisárskom reze. Kultúrne zmeny, očakávania širokej verejnosti a strach pôrodníkov zo súdnych sporov spôsobili zmenu vo frekvencii cisárskych rezov a takisto aj v indikáciách [1]. Existuje viacero logických dôvodov, prečo dochádza v medicínsky vyspelých krajinách k neustálemu zvyšovaniu frekvencie cisárskych rezov. Hlavné z nich sú – starnutie prvorodi-

čiek, väčší počet viacpočetných gravidít, vyššia úspešnosť asistovanej reprodukcie, ženy s jazvou na maternici, menšie skúsenosti pôrodníkov s inštrumentálnymi vaginálnymi pôrodmi, ale o to väčšie skúsenosti s technikou cisárskeho rezu [2,3]. Nesmieme však zabudnúť ani na pôsobenie médií na mienku rodičiek. A práve tieto atribúty poukazujú na aktuálnosť fenoménu pôrodnickej prítomnosti – cisárskeho rezu na žiadosť.

V odbornej literatúre sa prvýkrát spomína cisársky rez na žiadosť v roku 1985, kedy vyšiel provokatívny článok Feldmana a Freimanovej v *New England Journal of Medicine*, v ktorom navrhovali profylaktický cisársky rez za dopredu

stanovených podmienok. Autori publikovali článok a odporúčania na základe osobných skúseností, kedy pacientka žalovala uvedených pôrodníkov, keďže jej nespravili cisársky rez, o ktorý ich prosila, pričom výsledkom vaginálneho pôrodu bolo dieťa s trvalými následkami [4].

Globálny odhad frekvencie cisárskych rezov na žiadosť zo všetkých cisárskych rezov predstavuje 4–18 % [5]. Americká gynekologicko-pôrodná spoločnosť predpokladá, že asi 2,5 % zo všetkých pôrodov v USA sú cisárske rezy na žiadosť [6]. Vzhľadom k tomu, že Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť indikáciu cisárskeho rezu na žiadosť neuznáva, neexistujú relevantné údaje

o frekvencii takto vedených pôrodov, ale môžeme predpokladať, že frekvencia bude podobná ako v USA.

Aktuálnosť a kontroverznosť témy, akou je cisársky rez na žiadosť, je potencionovaná najmä faktom, že neexistujú vedecké dôkazy, ktoré by poukazovali na riziká a výhody cisárskeho rezu na žiadosť v porovnaní s vaginálnymi pôrodmi.

Podstata a význam informovaného súhlasu

V súčasnosti je pacient vnímaný viac ako subjekt poskytovania zdravotnej starostlivosti a nie je degradovaný do pozície len akéhosi objektu zdravotnej starostlivosti a pasívneho prijímateľa zdravotnej starostlivosti zo strany ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov [7]. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník má povinnosť informovať pacienta, alebo aj inú osobu, ktorú si pacient určil o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných diagnostických a terapeutických postupov, a keďže pacient má právo odmietnuť poskytnutie zdravotnej starostlivosti, tak aj o prípadných rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Inštitút informovaného súhlasu pacienta je teda, ako už bolo spomenuté, neodmysliteľnou súčasťou novodobého ponímania zdravotnej starostlivosti, pričom zásadným a významným spôsobom zapája pacienta do diagnostického a terapeutického procesu [8].

Každý má právo na ochranu zdravia, takto to garantuje čl. 40 zákona č. 460/1992 Zb. Ústavy Slovenskej republiky (ďalej len „Ústava“). Možnosť disponovať vlastným telom a ochrana telesnej integrity sú právami, ktoré nemožno nikomu odoprieť. Pritom ochrana telesnej integrity je nesporne dôležitou otázkou v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Právo pacienta rozhodovať o svojej telesnej integrite sa realizuje práve prostredníctvom inštitútu informovaného súhlasu. Ním sa zároveň napĺňa právo fyzickej osoby disponovať svojím zdravím.

Zakotvenie práva fyzickej osoby disponovať svojím zdravím nachádzame tak v národných, ako aj medzinárodných dokumentoch.

„Non salus, sed voluntas aegroti superrema lex.“ – „Nie zdravie, ale vôľa pacienta je najvyšším zákonom.“ – čo je ďalší z aplikovaných princípov na systéme informovaného súhlasu, podčiarkujúci status pacienta ako aktívneho subjektu versus jeho pôvodnému postaveniu, v ktorom neraz pasívne, bez akejkoľvek intervencie alebo aktívnych prejavov vôle vstupoval do rozhodovania o svojej fyzickej a psychickej integrite v podobe rozličných zásahov zdravotnej starostlivosti.

Informovaný súhlas je i.a. v chirurgickej praxi považovaný za zdieľané rozhodnutie, ktoré je výsledkom partnerstva chirurga a pacienta [9]. Lekár pritom dodáva informácie o diagnóze, prognóze a liečebných možnostiach, rizikách a výhodách a dáva aj odporúčania k následnej liečbe. Pacient vyslovuje svoj súbor prianí, názorov, hodnôt a cieľov podľa interpretovaných odporúčaní. A obaja potom súhlasia s tým, čo sa ide vykonať. Toto je výsledok erudície zdravotníckeho pracovníka a vôle pacienta, o ktorého zákrok ide, čo je zároveň záver, formulovaný v rozhodnutí *Canterbury vs. Spence* [9,10].

Právny kontext práva na informovaný súhlas/informovanú voľbu pacientky

Legálnu definíciu informovaného súhlasu nachádzame vymedzenú v § 6 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v platnom znení, (ďalej len „ZoZS“): „Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak.“ [11].

Aj napriek relatívne rozsiahlemu vymedzeniu pojmu informovaného súhlasu v zákone o zdravotnej starostlivosti, treba spomenúť aj formuláciu v čl. 5 Dohovoru o biomedicíne: „Zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať iba vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola informovaná a so zásahom vyjadrila súhlas. Pred zákrokom musí byť osoba primerane informovaná o jeho účele a povahe, ako aj o následkoch a rizikách zákroku. Príslušná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek slobodne zrušiť.“ [12,13].

Z dikcie tohto medzinárodného právneho dokumentu vyplýva, že akýkoľvek zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať len vtedy, ak osoba, ktorej sa tento zásah týka, bola informovaná a s týmto zásahom v oblasti zdravia vyjadrila informovaný súhlas.

Článok 5 Ovietského dohovoru, ktorý je všeobecným ustanovením, pokrýva prípady v rôznych situáciách, pritom však neurčuje požiadavku na špecifickú formu, pretože tá vo veľkej miere závisí na povahe zásahu. Je jasné, že výslovný informovaný súhlas sa nebude požadovať v celom rade rutinných zásahov, kde postačuje jeho implicitná forma za predpokladu, že osoba, ktorej sa zásah týka, je dostatočne informovaná (poučená) [14].

V roku 2002 bola v Bruseli prijatá Európska charta práv pacientov [15], okrem toho je tu Charta práv pacienta, ktorá bola prijatá vládou Slovenskej republiky 11. apríla 2001 [16], a ktorá predstavuje základný katalóg práv, ktorými pacienti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti disponujú. Z dikcie posledného uvedeného dokumentu vyplýva, že každý jednotlivec má právo na prístup k všetkým informáciám, ktoré by mu umožnili aktívnu spoluúčasť pri rozhodovaní o svojom zdraví, pričom informácie tohto druhu sú základnou podmienkou pred akoukoľvek procedúrou a terapiou, vrátane účasti na vedeckom výskume. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú povinní poskytnúť pacientovi všetky informácie súvisiace s plánovanou liečbou alebo operáciou vrátane

súvisiacich rizík a ťažkostí, vedľajších účinkov a alternatívnych metód, pričom všetky informácie tohto druhu sa musia poskytnúť pacientovi včas, a to najmenej 24 hod vopred, a to z toho dôvodu, aby mohol pacient aktívne spolupracovať pri výbere jednotlivých terapeutických možností.

Informovaný súhlas a pranie pacientky

Súčasne treba zdôrazniť, že informovaný súhlas a jemu predchádzajúce poučenie, v tomto prípade tehotnej alebo rodičky, slúži nielen k samotnému účelu, ktorým je spolupracujúca pacientka a rešpekt k jej autonómnej vôli, ale v prípade súdnych sporov, aj ochrana zdravotníckeho pracovníka, ktorý musí preukázať, že bol pacient riadne poučený. Najmä, ak ide o určité rizikové zákroky, formy intervencie, alebo skutočnosti súvisiace so zákrokom, pre ktoré by pacientov súhlas v podstatnej miere závisel od poučenia, ktoré vopred dostal. Najvyšší súd Českej republiky v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 1381/2013 z 29. apríla 2015 konštatuje, že „(...) Zodpovednosť zdravotníckeho zariadenia nastáva len vtedy, ak preukáže pacient, že pri znalostiach rozhodných skutočností (o ktorých mal byť poučený) bolo reálne pravdepodobné, že by sa rozhodol inak, t.j. že zákrok nepodstúpi.“

Podobne to konštatoval aj Najvyšší súd Slovenskej republiky v uznesení, sp. zn. 6Cdo/914/2015, že „(...) k záveru o neplatnosti súhlasu, a teda protiprávnosti konania zdravotníckeho zariadenia možno dospieť vtedy, ak ide o nedostatočnosť poučenia o takých skutočnostiach, ktoré sú pre rozhodovanie pacienta podstúpiť zákrok podstatné. Súhlas pacienta so zákrokom je teda neplatný (nedostatočný), ak pacient preukáže, že keby určitú skutočnosť, o ktorej nebol informovaný vedel, s veľkou pravdepodobnosťou by sa rozhodol zákrok nepodstúpiť.“

V kontexte pôrodu a popôrodnej starostlivosti je táto skutočnosť podstatná a korešponduje s ňou aj komplexná informovanosť, ktorá by mala sprevádzať

prípravu a konzultáciu pôrodného priatia, vrátane cisárskeho rezu na žiadosť, a to medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientkou.

Cisársky rez v pôrodnickej praxi

V treťom tisícročí nastáva nový „trend“ v pôrodoch – cisárskym rezom. Prečo za znamenávame stúpajúcu mieru?

Cisársky rez sa v súčasnosti považuje za jednu z najbežnejších medicínskych intervencií. Súčasne sledujeme trend žiadostí o vykonanie cisárskeho rezu bez priamej medicínskej indikácie. Incidencia takýchto operačných pôrodov sa rôzni podľa krajín, pričom dôvody odlišného prístupu gynekológov – pôrodníkov mávajú rôzny motivačný základ. Niekde to môže byť skutočnosť, že sa pri komplikáciách vaginálneho pôrodu frekventne objavujú žaloby pacientiek na lekárske pochybenia, takže je snaha zabrániť im. V inom prípade to môže byť presvedčenie opreté o medicínske dôkazy, ktoré v súčasnosti nepotvrdzujú, že by bolo výslovne k menšiemu prospechu, alebo s ťažšou popôrodnou adaptáciou pre rodičku a dieťa, ak porodí cisárskym rezom. Bude to zrejme závislé od celého radu okolností každého jednotlivého prípadu. Ďalším aspektom je, že v minulosti žena nemala veľa možností rozhodovania, čo sa postupne mení s dôrazom na informovaný súhlas pacienta a jeho väčšiu integráciu do rozhodovacích procesov (tzv. „medicína pacienta“) [17]. Na druhej strane za odmietaním cisárskych rezov na žiadosť ženy – rodičky môžu byť motivácie jednak ekonomického charakteru, kde sa operačný zákrok vníma ako finančne nákladnejší spôsob, až po odborný pohľad lekára, ktorý v každom prípade vníma preferenčne benefit prirodzeného pôrodu nad autonómiou rozhodnutí rodičky vybrať si spôsob, ako priviesť na svet dieťa.

Je tiež potrebné pripomenúť, že dostupnosť cisárskych rezov pre tehotné ženy je nerovnomerne rozložená po

celom svete. Vo väčšine rozvinutých krajín je núdzový cisársky rez takmer samozrejmosťou, zatiaľ čo v mnohých rozvojových krajinách má prístup k zákroku len zlomok žien, ktoré ho potrebujú na záchranu života [18].

Pri stanovení indikácie k operačnému výkonu musíme postupovať tak, aby bolo operačné riešenie indikované v najlepšom záujme rodičky a plodu. Cisársky rez na žiadosť tento atribút určite spĺňa.

Pri posudzovaní prospešnosti jednotlivých možností ukončenia tehotenstva musíme vždy posudzovať benefity a riziká jednotlivých modalít. Benefity cisárskeho rezu pre matku sú: protektívny vplyv na svalstvo panvového dna, zníženie rizika inkontinencie stolice a moču [19], uchránenie ženy pred extrakčnými operáciami, ktoré sú zaťažené veľkým rizikom popôrodného krvácania, vznikom rozsiahlejších pôrodných poranení, fistúl a narušením reprodukčného zdravia ženy [20,21]. Výhody cisárskeho rezu zo strany plodu sú najmä nižšie riziko intrapartálneho úmrtia plodu, poranenia nervových plexov, intrakraniálneho krvácania, detskej mozgovj obrny, prenosu infekčných ochorení [22].

Riziká cisárskeho rezu sú veľmi dobré známe: krvácanie, pooperačné infekčné komplikácie, embolizácia, anesteziologické komplikácie [23]. Avšak pri dobre pripravenom elektívnom cisárskom reze sú riziká rovnaké ako pri vaginálnom pôrode [24].

Z hľadiska žien sú dôvody žiadosti o chirurgický pôrod dané často negatívnymi skúsenosťami, pretože sa obávajú poškodenia plodu alebo chcú cisársky rez z kultúrnych dôvodov alebo zo strachu z neznámeho. Úzkosť, stres, depresia a strach môžu vážne ohroziť psychickú integritu ženy pri pôrode. Problematika cisárskeho rezu na žiadosť sa teda koncentruje na konflikt medzi nevyhnutným právom žien na sebaurčenie a potrebou rešpektovania nezávislosti lekárskeho povolania, ktoré však musí byť vždy v súlade s princípom beneficencie pacienta. Je potrebné zdôrazniť,

že akékoľvek akceptovanie žiadosti ženy o cisársky rez si vyžaduje predchádzajúci špecifický informovaný súhlas, ktorý jasne poukazuje na absenciu striktne klinickej indikácie. Mal by zároveň zahŕňať aj poučenie o možných komplikáciách cisárskeho rezu [6]. Stručne povedané, cieľom zdravotníckeho personálu (lekárov aj pôrodných asistentiek) by malo byť poskytnúť ženám vhodné poučenie, avšak nie s cieľom odradiť ich od cisárskeho rezu, ale ako dôležitejšie, povzbudiť pacientku, aby urobila informované rozhodnutie a popri bezproblémovom priebehu pôrodu, odniesla si aj celkovo pozitívny pôrodný zážitok [17].

„Aj keď v súčasnosti zažívame epidémiu cisárskych rezov, cisársky rez by sa mal vykonávať iba vtedy, ak je to z lekárskeho hľadiska nevyhnutné. Avšak malo by byť vynaložené všetko úsilie poskytovať cisárske rezy tým ženám, ktoré to nevyhnutne potrebujú, ako sa snažiť dosiahnuť špecifickú frekvenciu (10–15 %) podľa Svetovej zdravotníckej organizácie.“ [25].

Hoci Americká spoločnosť pôrodníkov a gynekológov považuje cisársky rez bez klinickej indikácie za eticky opodstatnený, napr. odporúčanie Národného inštitútu klinickej excelencie (NICE) Spojeného kráľovstva je názoru, že takáto požiadavka ženy by mala byť potvrdená tzv. druhým názorom lekára (second opinion) [26].

Sú právne úpravy, ktoré legitimizujú cisárske rezy na žiadosť, príkladom je National guidance from the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Národné usmernenie Národného inštitútu pre zdravie a starostlivosť Excellence (NICE) odporúča, že ak požiadate o pôrod cisárskym rezom, nemocnica by to mala podporiť, ak je spokojná, že robíte informované rozhodnutie.

Usmernenie hovorí, že nemocnica by s vami mala prediskutovať, prečo chcete pôrod cisárskym rezom a riziká a výhody cisárskeho rezu a vaginálneho pôrodu.

Ak je žiadosť rodičky spôsobená úzkosťou z pôrodu, nemocnica by mala

odporučiť pacientku zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý je odborníkom na perinatálne duševné zdravie. Nemôže byť však nútená prijať túto ponuku.

Usmernenie ďalej uvádza, že ak stále trvá pacientka na žiadosti o pôrod cisárskym rezom po tom, čo bola riadne poučená a bola jej ponúknutá vyššie uvedená podpora špecialistu, nemocnica by mala garantovať vykonanie cisárskeho rezu na žiadosť.

Samostatný pôrodník (lekár) môže odmietnuť vykonať cisársky rez. Ale v takom prípade by pacientke mala byť odporučená možnosť byť v starostlivosti iného pôrodníka, ktorý je ochotný operáciu vykonať [27].

Je treba zdôrazňovať, že napriek rešpektovaniu autonómie a sebaurčenia pacienta, čo spomíname v nasledujúcom texte, gynekológ musí ostať nezávislý a mal rozhodovaciu právomoc. Lekár sa nesmie stať „obeťou“ rozhodnutí svojich pacientiek, ktoré môžu, ale nemusia byť správne. Preto by mal pokojne upozorniť pacientku na to, čo považuje za najlepšie a najbezpečnejšie na základe vlastných skúseností, podporených medicínskou vedou a lekáorskými usmerneniami [17].

Na druhej strane rešpekt k autonómii pacientky by mal zároveň byť vedený aj snahou optimalizovať ochranu zdravia matky a novorodenca [17].

Autonómia a sebaurčenie pacienta

Existuje niekoľko definícií autonómie. Pojem autonómia pochádza zo starogréčtiny. Skladá sa z dvoch slov: autos (jeho/jej vlastné) a nomos (pravidlo). Tento výraz popisuje schopnosť človeka vytvárať si vlastné pravidlá v živote a samostatne sa rozhodovať. Myšlienka, že ľudia musia mať možnosť slobodne si utvárať svoj vlastný život, je ústredným bodom väčšiny úvah o autonómii. Vo všeobecnosti autonómia znamená, že subjekt sám vie, čo je pre neho/ju najlepšie. Vo všeobecnosti možno akúkoľvek činnosť alebo akt označiť za au-

tonómny len vtedy, ak subjekt toto konanie uprednostní a je výsledkom jeho nezávislého a zodpovedného životného plánu. „Autonómia [...] je uznanie práva človeka zastávať názory, robiť rozhodnutia a konať na základe osobných hodnôt a presvedčenia“ [28].

Od vydania knihy *The Principles of Biomedical Ethics* v roku 1977 od Beauchampa a Childress a jej nasledujúcich vydaní bola autonómia široko akceptovaná ako jeden zo štyroch princípov lekárskej etiky spolu s princípmi beneficencie, non-maleficencie a spravodlivosti [29].

V odbornej literatúre autori vo všeobecnosti využívajú tento „liberálny individualistický koncept autonómie“, kde v ideálnom prípade pacienti majú plnú rozhodovaciu právomoc a „konajú zámerne, s porozumením a bez kontrolných vplyvov, vonkajších a vnútorných, ktoré určujú ich činy“ [29].

Naopak, ani extrémne ponímanie autonómie pacienta nie je v bioetike prijateľným konceptom. Prílišná individualistická verzia autonómnej voľby je zásadne chybná. Ak by potláčala nezávislosť lekárskej profesie a akcentovala voľbu založenú na chybných postulátov nad odbornosť výkonu práce zdravotníckeho pracovníka, viedlo by to k medicíne založenej na bezhodnotovom východisku. To podporujú aj názory v bioetike, podľa ktorých práve lekárska etika by mala byť vždy zasadená do kontextu vzťahov a komunity. Autori vychádzajú z presvedčenia, že ak má byť individualistická autonómia pacienta jediným kritériom rozhodovania, vzťah medzi pacientom a lekárom sa zredukuje na vzťah klienta a technika [30].

Cisársky rez ako bioetický problém

Cisársky rez na žiadosť možno definovať ako primárny cisársky rez vykonaný na žiadosť rodičky s cieľom vyhnúť sa vaginálnemu pôrodu, bez akejkoľvek uznávanej lekárskej alebo pôrodnickej indikácie pre tento zákrok. V súčasnosti

medicína uznáva právo pacienta aktívne sa podieľať na výbere liečebných postupov vrátane metód pôrodu [31].

Akceptovali sme, že pacient má nárok na estetické operačné zákroky za predpokladu, že poskytne informovaný súhlas. Rovnaký princíp by sa podľa niektorých autorov mal dodržiavať aj pri cisárskom reze na požiadanie. Žiadna seriózna štúdia doteraz nepreukázala zvýšenie úmrtnosti matiek pri podstúpení cisárskeho rezu na požiadanie. Zároveň sa zdôrazňuje, že profylaktická antibiotická liečba, nasadenie heparínu a ďalších opatrení, je riziko morbidita matky pri plánovanom cisárskom reze rovnaké ako pri plánovanom vaginálnom pôrode.

Riziko popôrodnej hemoragie spojenej s atóniou maternice sa zvyšuje s vaginálnym pôrodom bez ohľadu na to, či je pôrod vyvolaný alebo nie, s následnou retenciou placenty a núdzovým cisárskym rezom. Autori tejto štúdie odkazujú na poznatky z praxe a spomínajú viaceré vedecké poznatky a zdroje, ktoré potvrdzujú, že spomínaným rizikám sa dá vyhnúť plánovaným cisárskym rezom [32].

Uvádzajú tiež, že riziká vaginálneho pôrodu bývajú spájané s problematikou celistvosti panvového dna, zachovaní sexuálnych funkcií a preto plánovaný cisársky rez medzi 39. a 40. týždňom predchádza rizikám úmrtia *in utero*, je prevenciou prenosu perinatálnych infekcií ako herpes, hepatitída, HIV, ľudský papilomavírus, či streptokok skupiny B a nesie aj mnohé ďalšie benefity [32].

Správna otázka nie je, či by sa ženám malo dovoliť zvoliť si spôsob pôrodu, ale skôr brať do úvahy hodnotu autonómie žien pri rozhodovaní o pôrode ako niečom, čo je dané a uvažovať skôr o spôsobe usmernenia, praktikách, sociálnych podmienkach, ktoré budú vedno najlepšie podporovať a chrániť inklúziu žien do bezpečného a pozitívneho pôrodného procesu [33].

V roku 2012 sme na internetovom profesnom portáli www.gynstart.cz publi-

kovali výsledky ankety, kde respondenti (gynekológovia a pôrodníci) odpovedali či sú za, alebo proti cisárskemu rezu na žiadosť. Z výsledkov vyplýva, že 74,11 % sa vyjadrilo za cisársky rez na žiadosť za jasne definovaných podmienok, a proti bolo 24,87 % respondentov [34].

Draper a Sorell, pokiaľ ide o otázku zodpovednosti v bioetike konštatujú, že podľa nich „lekárska etika je jednostranná“, pretože „sa zakladá na etických záväzkoch lekárov s vylúčením povinností pacientov“. Moderná lekárska etika totiž vychádza z toho, že ako autonómne subjekty musia mať spôsobilí pacienti možnosť sami rozhodovať o spôsobe liečby. Je na lekárovi, aby efektívne komunikoval všetky relevantné informácie, posúdil pacientovu kompetenciu, presviedčal bez nátlaku a podriadiť sa každému rozhodnutiu, ktoré pacient urobí. Málo alebo vôbec sa nehovorí o tom, aké rozhodnutia by mal pacient urobiť [35].

Ak by sme otvorili túto polemiku a chceli hľadať recipročnú pozíciu, tak ju nachádzame v systéme individuálnej zodpovednosti za vlastné rozhodnutia pacienta, kde bude zrejme obrátené dôkazné bremeno v prípade súdnych sporov ležať na tom, aby pacient dokázal, že jeho rozhodnutie nebolo založené na slobodnej vôli a bolo determinované napr. neúplným alebo nesprávnym poučením zo strany zdravotníckeho pracovníka a na dotknutosti práv tretích osôb, v danom prípade máme na mysli nenarodené dieťa a zodpovednosť za to, čo je v jeho najlepšom záujme ochrany zdravia.

Napokon v praxi sa v tomto kontexte používa namiesto označenia: informovaný súhlas, výstižnejšie pomenovanie: informovaná voľba [30]. To indikuje práve rozhodovaciu kompetenciu a schopnosť niesť konzekutívne následky vlastnej voľby.

V prípade svojprávnej dospeléj osoby, ktorej rozhodovacia schopnosť nie je vylúčená momentálnou situáciou, nie je celkom legitímne, aby štát umožnil

zásah do jej nedotknuteľnosti z dôvodu ochrany jej samotnej [36].

Domnievame sa, že to samé platí aj analogicky pri cisárskych rezoch na žiadosť pacientky, čo by mohlo byť spochybnené len, ak by sa preukázalo, že vykonanie operačného pôrodu predstavuje zvýšené riziko pre dieťa samotné.

V rozhodnutí vo veci **Svedkovia Jehovovi vs. Rusko**, ESĽP „*zárok – hoci život zachraňujúci – vykonaný navzdor nesúhlasu svojprávneho dospelého pacienta predstavuje zásah do osobnej autonómie jedinca a jeho práva na sebaurčenie (rešpektovanie fyzickej a psychickej integrity pacienta) a ako taký je v rozpore s čl. 8 EDĽP*“ [37].

V prípade **Ternovszky vs. Maďarsko** ESĽP potvrdil, že „*právo na rešpektovanie súkromného života zahŕňa aj právo vybrať si podmienky pri pôrode*“.

Vidíme istý zmysel v tom, že zvýšené uznanie rešpektu k autonómii pacienta a ľudským právam v sektore zdravotnej starostlivosti prispelo k vnímaniu, že ak sa chceme v súčasnosti vyhnúť paternalistickým postojom, potom ženám, ktoré žiadajú o pôrod cisárskym rezom, by malo byť vyhovené [38].

Nikdy neprebehol právny spor týkajúci sa nároku matky na pôrod cisárskym rezom. Máte však právo rozhodovať o okolnostiach svojho narodenia podľa článku 8 Európskeho dohovoru o ľudských právach. To zahŕňa aj spôsob, akým rodíte.

Sudca Van Dijk to formuloval takto: „Právo na sebaurčenie nebolo samostatne a výslovne zahrnuté v Dohovore, ale je základom niekoľkých práv v ňom stanovených, najmä práva na slobodu podľa článku 5 a právo na rešpektovanie súkromného života podľa článku 8. Okrem toho je to životne dôležitý prvok „inherentnej dôstojnosti“, ktorá podľa preambuly Všeobecnej deklarácie ľudských práv predstavuje základ slobody, spravodlivosti a mieru vo svete [39].

Presné znenie v ods. 61 rozsudku (ako je citované vyššie), vyvoláva dojem, že v očiach Súdu sú „sebaurčenie“

a „osobná autonómia“ úzko prepojené, ale nepredstavujú to isté. ESĽP tu uviedol, že „schopnosť viesť svoj život spôsobom podľa vlastného výberu môže zahŕňať aj možnosť vykonávať činnosti, ktoré sa považujú za fyzicky alebo morálne škodlivé alebo nebezpečné pre dotknutú osobu [40].

S pojmom osobnej autonómie priamo súvisí článok 3 EDĽP, ktorý chráni fyzickú a duševnú integritu jednotlivca zákazom mučenia, neľudského a ponižujúceho zaobchádzania. Článok 3 EDĽP je možno ešte viac než iné ustanovenia Dohovoru založené na zásadách ľudskej dôstojnosti a ľudskej slobody. Vedno s článkom 8 Dohovoru tak chránia duševnú a fyzickú integritu jednotlivca [41].

Ako judikoval i. a. ÚS ČR: „(...)súčasnou rešpektu a ochrany ľudskej dôstojnosti a slobody je možnosť jednotlivcov robiť rozhodnutia o spôsobe svojho života a byť tak aktívnym tvorcom svojej životnej dráhy alebo vytvárať svoj vlastný životný projekt. Pri rešpektovaní tejto autonómie jednotlivcov musí do určitej miery platiť, že každý je strojom svojho šťastia. Štát má len obmedzenú možnosť do tohto rozhodovania zasahovať a toto právo obmedzovať.“ [42]. Inými slovami, diagnóza nie je viac ako právo [43].

Napriek tomu, že lekár nemusí z profesijného hľadiska s práním pacienta súhlasiť, nemôže sám rozhodnúť a vykonať zákrok – hoci z medicínskeho hľadiska prospešný – bez súhlasu, resp. napriek nesúhlasu pacienta [44].

Skôr z pohľadu lekárskej etiky ako práva rozlišujeme niektoré prípady, v ktorých sa nekonsenzuálny cisársky rez považuje za okolnosť v medicíne, pri ktorej sa dostávajú do konfliktu dva princípy, a to princíp beneficencie a rešpektovania autonómie. Konflikty medzi týmito dvoma princípmi sú v medicíne bežné a v súčasnosti sa pri najmenšom všeobecne verí, že za normálnych okolností by mal prevládať princíp autonómie; to znamená, že veríme, že kompetentní pacienti by mali mať právo odmietnuť liečbu, aj keď je ta-

káto liečba nevyhnutná na zabezpečenie ich blaha alebo dokonca ich ďalšieho prežitia. Tento názor má oporu v medicínskom práve a jeho základom sú prevažujúce antipaternalistické postoje v bioetike [45].

Okrem toho treba ešte raz zdôrazniť, že operačný pôrod je per se operáciou, takže aj cena tohto zákroku je v porovnaní s prirodzeným pôrodom vyššia, čo môže byť relevantnou otázkou nielen tam, kde systém zdravotnej starostlivosti negarantuje ani akútne cisárske rezy, ale skôr tam, kde majú byť vykonávané na žiadosť pacientky. Prevládajú názory, že „(...)je nesprávne, aby sa z verejného zdravotného poistenia bez zdravotnej indikácie financovali zbytočné operácie.“ [46].

V Nórsku v zaujímavom prieskume o nákladoch na CDMR až 40 % gynekológov uviedlo, že ženy, ktoré chcú cisársky rez z iných ako zdravotných dôvodov, by sa mali podieľať na cene zákroku [17]. Domnievame sa, že táto požiadavka má svoju relevanciu, ak pristúpime k nastavenie jasných a vopred predvídateľných pravidiel vykonávania cisárskych rezov na žiadosť.

Z hľadiska práva sa aj pri problematike cisárskeho rezu na žiadosť môžeme odvolávať na Dohovor o ochrane ľudských práv a biomedicíne, ktorý pôvodne vychádza zo Všeobecnej deklarácie ľudských práv vyhlásenú Valným zhromaždením Spojených národov 10. decembra 1948. Dohovor o ochrane ľudských práv a biomedicíne je medzinárodnou zmluvou upravujúcou práva pacientov v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny. Slovenská republika ratifikovala tento dohovor už v roku 1997, pričom účinnosť nadobudol až 1. decembra 1999. Česká republika ratifikovala dohovor až v roku 2001. Účelom dohovoru je vytvorenie práv pacientov a zároveň tak aj povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Táto úprava je nadradená národným zdrojom práva (zákony, vyhlášky a iné) [47–49].

Ak sa budeme odvolávať na určité články z Dohovoru o ľudských právach

a biomedicíne, nemôžeme absolútne odmietať cisársky rez na žiadosť. Napr. v článku 2 o nadradenosti ľudskej bytosti: „Zájmy a blaho ľudskej bytosti budú nadradené záujmom spoločnosti a vedy.“ V článku 9 sa zase hovorí o skôr vyslovených želaniach: „V prípade, že pacient nie je v stave, kedy by mohol vyjadriť svoje želanie, na zreteľ sa budú brať skôr vyslovené želania pacienta (predchádzajúce pranie) týkajúce sa lekárskeho zákroku.“ [47]. Tento článok sa aplikuje u pacientov v kóme. U takýchto pacientiek je pôrod cisárskym rezom indikovaný medicínsky. Podotýkame, že text článku 9 dohovoru neznamena absolútnu viazanosť zdravotníka predchádzajúcim práním. V odôvodnených prípadoch sa od prejaveneho želania možno odchyliť.

Záver

Pri hľadaní odpovede na otázku, či je cisársky rez na žiadosť správny, alebo nie, sme nedospeli k jednoznačným záverom. Doteraz neexistujú randomizované štúdie porovnávajúce vaginálny pôrod a pôrod cisárskym rezom. Vzhľadom k tomu nemožno cisársky rez na žiadosť označiť za non lege artis postup, alebo medicínsky postup odporujúci princípu „primum non nocere“. Preto je potrebné stanoviť jednoznačné podmienky pre vykonávanie cisárskeho rezu na žiadosť, to znamená bez objektívnej medicínskej indikácie. Mimochodom, v medicíne existuje viacero príkladov, kedy sa vykonávajú určité operácie bez medicínskej indikácie, a to napr. operácie plastickej chirurgie.

V celom procese rozhodovania pacientky o vedení pôrodu zohráva významnú úlohu postoj ženy k samotnému priebehu pôrodu. Tento postoj je formovaný mnohými faktormi, ale jeden z najvýznamnejších je určite informovanosť pacientky zo strany pôrodníka. Preto by sme nemali hovoriť len o cisárskom reze na žiadosť matky, ale aj o cisárskom reze na žiadosť lekára. Je teda dôležité, aby lekár, ako nositeľ vedec-

kých informácií a klinickej skúsenosti, podal informácie o pôrode pacientke čo najobjektívnejšie. Následne sa pacientka v rámci svojej autonómie rozhodne pre vedenie pôrodu. Informovanosť pacientky a vytvorenie informovaného súhlasu je v prípade tehotenstva a pôrodu veľmi náročný proces, keďže výsledok tehotenstva i pôrodu možno len veľmi ťažko predpovedať.

Dostupné údaje o rizikách cisárskeho rezu na žiadosť pacientky v porovnaní s programovaným vaginálnym pôrodom sú minimálne a väčšinou sa zakladajú na nepriamych porovnaníach. Pri absencii materských, alebo fetálnych indikácií na cisársky rez je programovaný vaginálny pôrod odporúčaný ako vhodný a bezpečný spôsob pôrodu. V prípade, že pacientka trvá, i po dôkladnom informovaní o rizikách a benefitoch cisárskeho rezu a vaginálneho pôrodu, na cisárskom reze odporúča sa vykonať operáciu až po ukončení 39. gestačnom týždni [6,50].

Literatúra

- Dosedla E. Moderný cisársky rez. Martin (SK): Osveta 2022.
- Panda S, Begley C, Corcoran P et al. Factors associated with cesarean birth in nulliparous women: a multicenter prospective cohort study. *Birth* 2022; 49(4): 812–822. doi: 10.1111/birt.12654.
- Giang HT, Duy DT, Hieu LT et al. Factors associated with the very high caesarean section rate in urban areas of Vietnam. *PLoS One* 2022; 17(8): e0273847. doi: 10.1371/journal.pone.0273847.
- Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term? *N Engl J Med* 1985; 312(19): 1264–1267. doi: 10.1056/NEJM198505093121926.
- Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(4): 451–456. doi: 10.1080/00016340701217913.
- ACOG Committee Opinion No. 761: cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2019; 133(1): e73–e77. doi: 10.1097/AOG.0000000000003006.
- Erdősová A. Living will as the fundamental right of the patient in Slovakia. *Central and Eastern European legal studies*. Athens: European Public Law Organization 2017; 2: 299–308.
- § zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v platnom znení, ďalej len ako „ZoZS“.
- Bernat JL, Peterson LM. Patient-centered informed consent in surgical practice. *Arch Surg* 2006; 141(1): 86–92. doi: 10.1001/archsurg.141.1.86.
- Jerry W. Canterbury, Appellant, vs. William Thornton Spence and the Washington Hospital Center, a body corporate, Appellees. No. 22099. United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit. 1972 [online]. Available from: <https://h2o.law.harvard.edu/cases/250>.
- Zákon o zdravotnej starostlivosti, k tomu pozri aj Sobihard J. et al. *Správne právo – osobitná časť*. 1. vyd. Bratislava: Eurokódex 2010: 205–2010.
- Bohdan J. Informace o zdravotním stavu, poučení a souhlas pacienta. *Zdravotnictví a právo* 2003; 9: 8–18.
- Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (Dohovor o ľudských právach a biomedicíne alebo tiež ďalej tzv. „Oviedsky dohovor“), ktorý je zároveň najdôležitejším dokumentom prijatým na medzinárodnej úrovni, upravujúci inštitút informovaného súhlasu pacienta, a ktorým je Slovenská republika viazaná. Dohovor o ľudských právach a biomedicíne bol publikovaný v Zbierke zákonov Slovenskej republiky ako oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 40/2000 Z. z. a v zmysle čl. 7 ods. 5 úst. zákona č. 460/1992 Zb. Ústavy Slovenskej republiky, má ako medzinárodná zmluva o ľudských právach prednosť pred vnútroštátnymi zákonmi.
- Biomedicine and human rights – the Oviedo Convention and its additional protocols. Strasbourg (FR) Council of Europe Publishing 2009: 26–27.
- Active citizenship network. Združenie za aktívne presadzovanie občianskych práv Európska charta práv pacientov. 2002 [online]. Available from: http://www.aopp.sk/storage/app/media/stanovy/Europska_charta_prav_pacientov.pdf.
- Slovensko.sk. Práva pacientov v Charte práv pacienta v SR. 2024 [online]. Available from: https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_prava-pacientov/#prava-pacientovzakotvene.
- Sorrentino F, Greco F, Palieri T et al. Cesarean section on maternal request-ethical and juridic issues: a narrative review. *Medicina (Kaunas)* 2022; 58(9): 1255. doi: 10.3390/medicina58091255.
- Wylie BJ, Mirza FG. Cesarean delivery in the developing world. *Clin Perinatol* 2008; 35(3): 571–582. doi: 10.1016/j.clp.2008.06.002.
- Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M et al. Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *JAMA* 2018; 320(23): 2438–2447. doi: 10.1001/jama.2018.18315.
- Ducarme G, Hamel JF, Bouet PE et al. Maternal and neonatal morbidity after attempted operative vaginal delivery according to fetal head station. *Obstet Gynecol* 2015; 126(3): 521–529. doi: 10.1097/AOG.0000000000001000.
- Wigert H, Nilsson C, Dencker A et al. Women's experiences of fear of childbirth: a meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2020; 15(1): 1704484. doi: 10.1080/17482631.2019.1704484.
- Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003; 348(10): 946–950. doi: 10.1056/NEJMsb022734.
- Gregory KD, Jackson S, Korst L et al. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol* 2012; 29(1): 7–18. doi: 10.1055/s-0031-1285829.
- Latham SR, Norwitz ER. Ethics and “cesarean delivery on maternal demand”. *Semin Perinatol* 2009; 33(6): 405–409. doi: 10.1053/j.semperi.2009.07.009.
- Dosedla E, Ballová Z, Turcsányiová Z et al. Je nutná zmena prístupu k vedeniu pôrodu na základe zmeny reprodukčného správania tehotných? *Actual Gyn* 2022; 14: 6–11.
- Muula AS. Ethical and practical consideration of women choosing cesarean section deliveries without "medical indication" in developing countries. *Croat Med J* 2007; 48(1): 94–102.
- Right to a C-Section. 2019 [online]. Available from: <https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/Right-to-C-Section-2019.pdf>.
- United Nations. 2024 [online]. Available from: www.un.org.
- Murgic L, Hébert PC, Sovic S et al. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics* 2015; 16(1): 65. doi: 10.1186/s12910-015-0059-z.
- Stirrat GM, Gill R. Autonomy in medical ethics after O'Neill. *J Med Ethics* 2005; 31(3): 127–130. doi: 10.1136/jme.2004.008292.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2007; 110(6): 1501. doi: 10.1097/01.AOG.0000291577.01569.4c.
- Duperron L. Should patients be entitled to cesarean section on demand?: Yes. *Can Fam Physician* 2011; 57(11): 1246–1248.
- Obstetrics and Gynecology Risk Research Group; Kukla R, Kuppermann M, Little M et al. Finding autonomy in birth. *Bioethics* 2009; 23(1): 1–8. doi: 10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x.
- Gynstart.cz. Anketa „Souhlasíte s císařským řezem na žádost pacientky za jasně definovaných podmínek?“ Praha: Aprofema, s.r.o. 2023 [online]. Available from: <https://www.gynstart.cz>.
- Draper H, Sorell T. Patients' responsibilities in medical ethics. *Bioethics* 2002; 16(4): 335–352. doi: 10.1111/1467-8519.00292.
- ÚS, nález z 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16, bod 28.
- Jehovah's Witnesses of Moscow proti Rusku...

38. Feinmann J. How to limit caesareans on demand – too NICE to push? *Lancet* 2002; 359 (9308): 774. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07918-7.

39. Sheffield and Horsham vs. United Kingdom, rozsudok z 30. júla 1998, sťažnosť č. 22985/93 a disentujúce stanovisko sudcu Van Dijka, ods. 5.

40. ECtHR judgment of 29 April 2002, *Pretty vs. United Kingdom*, appl. no. 2346/02, para. 62.

41. X. a Y. vs. Holandsko, rozsudok z 26. marca 1985, č. sťažnosti 8978/80, ods. 22; tiež pozri *Costello-Roberts vs. United Kingdom*, rozsudok u 25. marca 1993, č. sťažnosti 13134/87, ods. 36.

42. ÚS, nález ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16.

43. ÚS, nález ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000.

44. „Současne však lékaře nelze jakkoli právně sankcionovat za neposkytnutí zdravotních služeb, které svéprávný dospělý pacient odmítá“, porovnaj ÚS, nález z 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16, bod 30.

45. Pugh J. Caesarean sections, autonomy and consent. 2013 [online]. Available from: <http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2013/12/caesarean-sections-autonomy-and-consent/>.

46. Kováč P, Dosedla E. Cisársky rez na žiadosť. In: Dosedla E (ed). *Moderný cisársky rez*. Martin (SK): Osveta 2022: 19–20.

47. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

48. Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (zverejnený pod č. 40/2000 Z.z.).

49. Dodatokový protokol k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, týkajúci sa biomedicínskeho výskumu, 2005.

50. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ. WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG* 2016; 123(5): 667–670. doi: 10.1111/1471-0528.13526.

ORCID autorov

A. Erdősová 0000-0002-5430-5788
P. Gašparová 0000-0002-6354-6911
Z. Ballová 0000-0002-0605-948X
E. Dosedla 0000-0001-8319-9008

Doručené/Submitted: 5. 9. 2023

Prijaté/Accepted: 18. 9. 2023

doc. MUDr. Erik Dosedla, PhD., MBA
Gynekologicko-pôrodnická klinika
LF UPJŠ a Nemocnice AGEL
Košice-Šaca a.s.
Lúčna 57
040 15 Košice-Šaca
Slovenská republika
erik.dosedla@nke.agel.sk

Publication ethics: The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE uniform requirements for biomedical papers.

Publikačné etika: Redakčná rada potvrdzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritériá pre publikácie zasielané do biomedicínskych časopisov.

Conflict of interests: The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning the drugs, products or services used in the study.

Konflikt záujmov: Autori deklarujú, že v súvislosti s predmetom štúdie/práce nemajú žiadny konflikt záujmov.