

# Carski rez na zahtjev zbog porodne boli - bioetički i pravni pogledi

---

**Frković, Aleksandra; Bošković, Zvonko**

*Source / Izvornik:* **Acta medica Croatica : Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, 2010, 64, 25 - 32**

**Journal article, Published version**

**Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:711280>

*Rights / Prava:* [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-01**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



## CARSKI REZ NA ZAHTJEV ZBOG PORODNE BOLI - BIOETIČKI I PRAVNI POGLEDI

ALEKSANDRA FRKOVIĆ i ZVONKO BOŠKOVIĆ

Nemedicinski razlozi koji utječu na odluke da se učini carski rez predmet su brojnih medicinskih i bioetičkih rasprava. Postavlja se pitanje može li trudnica na osnovi prava na samoodlučivanje, odnosno prava pacijenata zahtijevati carski rez. Opravdavaju li takav zahtjev i dobivena suglasnost liječnika da učini zahvat koji nema medicinske indikacije, znajući da je carski rez popraćen većim morbiditetom i mortalitetom majke od vaginalnog poroda. Od brojnih razloga zbog kojih trudnica ili njena obitelj zahijevaju carski rez, u ovom se radu posebno razmatra porodna bol. Doživljaj boli za vrijeme poroda rezultat je složenih djelovanja mnogih fizioloških i psihosocijalnih čimbenika na ženinu osobnu interpretaciju nociceptivnih porodnih podražaja. Majčino traženje carskog reza ne bi smjelo biti motivirano nedostatkom učinkovitosti upravljanja s boli. To ukazuje na insuficijentnost prenatalne skrbi i edukacije trudnica, kako sa strane opstetričara tako i anesteziologa. Odluke za carski rez na zahtjev nisu u skladu sa smjericama deklaracija i kodeksa medicinske etike, a u nas nema ni zakonske osnove za taj zahvat.

*Ključne riječi:* carski rez na zahtjev, porodna bol, bioetika, pravo

*Adresa za dopisivanje:* Aleksandra Frković

### UVOD

Približavanjem termina poroda u trudnoce raste zabrinutost zbog neizvjesnosti ishoda poroda, javlja se strah od smrti nje ili djeteta ili oboje, hoće li biti u stanju poroditi se, strah od nepodnošljive boli. Dijete se može poroditi na dva načina (vaginalno ili carskim rezom), a žena se može bojati i jednog i drugog načina poroda. Može li trudnica na osnovi prava na samoodlučivanje, odnosno prava pacijenata zahtijevati carski rez? Opravdavaju li takav zahtjev i dobivena suglasnost liječnika da učini zahvat koji nema medicinske indikacije, znajući da je carski rez popraćen većim morbiditetom i mortalitetom majke od vaginalnog poroda, da je potreban duži oporavak majke, da su veći materijalni izdaci ali da može biti rizičan i za novorođenče? Općenito, žene smatraju da elektivni carski rez nije rizičan za dijete. Ipak, postoji mogućnost da nakon carskog reza novorođenče pokazuje znakove respiratornog distres sindroma i prolazne tahipneje, osobito ako je carski rez učinjen prije 39. tjedna trudnoće. Nadalje, pri zahvatu, kod prezentacije ploda s glavicom, može doći do ozljede glavice u obliku laceracije, osobito kod hitnog carskog reza. Neki autori navode i smanjen postotak dojenja majke nakon carskog reza. Porod je fiziološki proces, pa je namjera da se izbjegne vaginalno rađanje i učini carski rez bez medicinske indikacije «neprirodni» čin (1).

Nemedicinski razlozi koji utječu na odluke da se učini carski rez predmet su brojnih medicinskih i

bioetičkih rasprava. Koliki je interes za smanjenje incidencije carskih rezova vidljivo je već iz samih naslova mnogih radova koji se bave tom problematikom (2). Postavlja se pitanje zašto je broj carskih rezova tako dramatično porastao u posljednjih tridesetak godina? Obično se navode neki od sljedećih nemedicinskih razloga: liječnici ne žele preuzeti odgovornost za vaginalni porod, strah od sudskog procesa zbog mogućeg lošeg ishoda i nadoknade štete, udobnost liječnika. Prema nekim opstetričarima, porastu broja carskih rezova pridonijela je i veća učestalost epiduralnih analgezija (povećani rizik za distociju) naročito u nulipara, te veća učestalost fetalnog nadziranja s određenim brojem lažno pozitivnih nalaza fetalne hipoksije ili acidoze. Jedan od nemedicinskih razloga koji utječu na odluku da se učini carski rez je i majčin zahtjev. Trudnica, a ponekad suprug i obitelj traže carski rez iz sljedećih razloga: carski rez je bolji od vaginalnog poroda, neopravdani strah od fetalnog distresa u vaginalnom porodu, vaginalni porod će predugo trajati, izaziva veliku bol i patnju, promijenit će anatomske izgled rodnice i vanjskog spolovila, odnosno seksualni život, može se točno odrediti datum rođenja djeteta, to je «moderno» itd.

Na majčine poglede o načinu poroda mogu utjecati i psihološki čimbenici. Potreba za kontroliranjem procesa rađanja za neke žene može biti primarni čimbenik. Negativna iskustva poput spontanog pobačaja, preranog poroda, gubitka djeteta, osim što mogu izazvati razne stresne poremećaje, depresiju

ili osjećaj krivnje, utječu i na stav žene u odnosu na predstojeći porod.

Carski rez na majčin zahtjev definiran je kao carski rez kod jednopodne terminske trudnoće, na majčin zahtjev, u odsustvu bilo koje medicinske ili opstetričke indikacije (*National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Cesarean Delivery on Maternal Request*) (3). U SAD-u je 2004. godine bilo 29,1% živorođene djece porođene carskim rezom. Prema američkim i drugim međunarodnim ispitivanjima incidencija carskog reza na zahtjev kreće se od 4% do 18% od ukupnog broja carskih rezova (1). U svim hrvatskim rodilištima je 2006. godine carskim rezom dovršeno 6.893 poroda, što je na 41.443 poroda 16,63% (4). Nema podataka jesu li među tim carskim rezovima i neki učinjeni na zahtjev.

Cilj ovoga rada je razmotriti pitanje carskog reza na zahtjev, posebno zbog porodne boli, s bioetičkog i pravnog stajališta.

## INDIKACIJE ZA CARSKI REZ

Zahvaljujući metodama suzbijanja infekcija, preoperativnim pripremama i napretku anesteziologije, postepeno su se proširile indikacije za carski rez. Tako je šezdesetih godina prošloga stoljeća svega oko 5% poroda dovršeno carskim rezom i to primarno zbog indikacija sa strane majke. Postepeno, fetalne indikacije su postale sve češći razlog toga zahvata, zasebno ili povezano s majčinim indikacijama. Danas je fetalna indikacija najčešći razlog carskog reza.

Prije više od četrdeset godina u knjizi «Porodiljstvo» Berger (5) razlikuje apsolutne i relativne indikacije za carski rez. Pod apsolutnim indikacijama podrazumijeva nastanak komplikacija koje zahtijevaju što hitnije dovršenje poroda. Relativne indikacije su one kod kojih kirurški zahvat u danom trenutku još nije potreban, ali se može pretpostaviti na osnovi iskustva da će pri daljnjem čekanju nastupiti pogoršanje tijekom poroda. Više relativnih indikacija čine kompleksne indikacije. Osim apsolutnih i relativnih postoje još nepravilne indikacije koje nastaju kada se liječnik odluči za zahvat bez pravoga razloga, jedino na osnovi nagovaranja i pritiska roditelja ili njene obitelji. Indikacije koje Berger (5) naziva nepravilnim indikacijama u današnje doba ubrajaju se u nemedicinske indikacije odnosno podrazumijevaju carski rez na zahtjev. Pojam nepravilnih indikacija jasno odražava autorov stav

prema carskom rezu koji se učini na zahtjev a da za to nema indikacije.

Danas se smatra da su četiri vodeće indikacije odgovorne za porast primjene carskog reza: distocija, ponovljeni carski rez, zdjelična prezentacija ploda i fetalni distress. Distocija ili nenormalno napredovanje poroda je indikacija za približno polovinu primarnih carskih rezova. Obično je nenormalnost različitih čimbenika poroda (trudovi, plod, porodni kanal, posteljica) udružena u označavanje toga termina. Navode se još sljedeće indikacije za carski rez: prijevremeni porod, višepodne trudnoće, krvarenja u trećem tromjesečju trudnoće (placenta previja, abrupcija posteljice), virusne infekcije.

Vjeruje se da u posljednje vrijeme sve veći broj žena traži carski rez. Weaver i sur. (6) su ustanovili da ni jedna žena koja je zatražila carski rez nije smatrala da nema neke kliničke ili psihološke indikacije. Strah za nju osobno ili njezino dijete bili su glavni uzroci traženja carskog reza, uz vjerovanje da je carski rez sigurniji za dijete. U manjem broju se navodi strah od trudova, te od problema s trudovima. Iako su mnogi opstetričari izjavili da su imali svega nekoliko zahtjeva za carski rez, s druge strane, smatraju da je majčin zahtjev najvažniji činitelj koji utječe na nacionalne stope carskih rezova.

Dražančić (7) ukazuje na to da je «obveza liječnika, na osnovi postojećih indikacija, koje su već dovoljno široke, predložiti trudnici ili roditelji carski rez», ali da nema zakonske podloge u nas da trudnica može zahtijevati carski rez bez medicinske indikacije i da ga liječnik mora učiniti.

Prema mišljenju nekih autora, idealna stopa svih carskih rezova trebala bi biti oko 15%. Da bi se opravdala visina te optimalne stope carskih rezova trebalo bi učiniti sve da se u najvećoj mogućoj mjeri poboljša ishod za majku i dijete. Međutim, unutar jednog zdravstvenog sustava prihvatljiv je viši postotak carskih rezova u rodilištima kliničkih bolnica kojima gravitira stanovništvo sa šireg područja, odnosno kada su ta rodilišta referentni centri za određena patološka stanja u trudnoći.

## BIOETIKA I CARSKI REZ NA ZAHTJEV

Beauchamp (8) razlikuje četiri osnovna bioetička principa u zdravstvenoj skrbi: 1. poštivanje auto-nomnosti (načelo koje zahtijeva poštivanje sposobnosti donošenja odluka samostojnih osoba), 2. neškodljivost (načelo koje zahtijeva da se drugima ne nanosi zlo), 3. dobročinstvo (skup načela

koja zahtijevaju da spriječimo štetu, omogućimo dobrobit i odmjerimo dobrobit u odnosu na opasnost i cijenu) i 4. pravednost (skup načela koja zahtijevaju ravnomjernu i poštnu raspodjelu dobrobiti, opasnosti i cijene). Razlog zbog kojeg je Beauchamp (8) izabrao te četiri temeljne kategorije moralnih okosnica kao okvir djelomice proizlazi iz profesionalnih uloga i tradicije. U svojim daljnjim razmatranjima najvažnijih temeljnih načela koja se koriste u mnogim prikazima biomedicinske etike Beauchamp i Childress (9) uz četiri prethodno navedena načela naveli su peto načelo – očuvanje profesionalnog odnosa (poštenje, privatnost, vjernost i povjerljivost). To načelo posebno je važno u odnosu liječnik – pacijent da bi pacijent što potpunije prihvatio informaciju i pouku te prihvatio ili odbio predloženo liječenje. Nadalje, ti autori smatraju da su za dobro odvijanje biomedicinske etike u praktičnom radu potrebne osobne karakteristike i profesionalne vještine zdravstvenih djelatnika. Bolja etičnost u praktičnom radu može se ostvariti pomoću vrlina kao što su samilost, sposobnost prosuđivanja, pronicavost, nadležnost, savjesnost i integritet. Bez takvih osobina zdravstveni djelatnik nema moralno usmjerenje za stvaranje etičkih odluka, odnosno za etičko ponašanje. Takve sposobnosti teško je naučiti tako da se često ne navode izravno kao predmet u profesionalnom obrazovanju.

Kada se govori o principu autonomije zdravstvene skrbi, na prvom mjestu se misli na autonomiju pacijenta, a potiskuje se strukovna autonomija liječnika da donosi kliničke odluke te da ima pravo na priziv savjesti. Liječnik ne mora učiniti tretman na zahtjev pacijenta, za koji smatra da mu neće pomoći, odnosno da mu može naškoditi. Međutim, osobna autonomija liječnika pri odnosu s pacijentom je u nekim situacijama ograničena, jer je liječnik na prvom mjestu obvezan skrbiti o pacijentu. Tako je u raspravama stručnjaka koji smatraju da trudnica ima pravo tražiti carski rez bez medicinske indikacije, princip «autonomije» glavni adut za opravdanje toga postupka.

Za većinu zdravstvenih djelatnika neškodljivost je iznad autonomije kada se razmatra invazivni postupak. Polazeći od obveze pravednosti i poštujući ženinu autonomiju kod carskog reza na zahtjev trebalo bi, u skladu s dobroćinstvom, učiniti dobro djelo te ne nanositi štetu. Je li carski rez na zahtjev dobro djelo, odnosno je li neškodljiv? Nema podataka koji bi potvrdili da je carski rez sigurniji za ženu od vaginalnog poroda, već rezultati ukazuju na činjenicu da je rizičniji od vaginalnog poroda. Ako se ne postupi po ženinom zahtjevu i učini carski rez, je li upitna njezina autonomija? Liječnik koji skrbi o trudnici zna koji je najbolji način vođenja

njezinog poroda. Na to se može gledati kao na povratak paternalističkom modelu zdravstvene skrbi. Međutim, kod takve tvrdnje zaboravlja se da u partnerskom odnosu liječnik/pacijent, odnosno trudnica, liječnik predlaže operativni zahvat a ne trudnica. Odluka da se poduzme takav veliki zahvat bez medicinske indikacije a s dosta rizika u nekih autora izaziva veliku zabrinutost. Smatraju da je zahtjev za carski rez većinom odraz traženja pomoći što ne znači nužno zahtijevanje zahvata.

Danas se razlikuju dva stava opstetričara u odnosu na carski rez. Prema jednim trudnica treba izabrati način poroda jer je njena želja najvažnija, dok drugi smatraju da se carski rez može učiniti samo kod dobro definiranih medicinskih indikacija a u to se ne uklapa carski rez na zahtjev. Usprkos većim rizicima kod carskog reza nego kod vaginalnog poroda, dobivena suglasnost, bolje rečeno punomoć žene, obustavlja pažljivo ispitivanje takvog postupka. Svakoj trudnici pojedinačno, u skladu s etičkim principima i na osnovi raspoloživih znanstvenih podataka, treba objasniti omjer rizika i dobrobiti carskog reza.

Na pitanje je li prihvatljiv carski rez na zahtjev Mangonijev je odgovor nedvojbeno negativan (10). Na prvome mjestu navodi bioetičke principe: ljudsko tijelo ne može biti predmet inkriminirajućih zahvata, zaštita života i fizičkog integriteta treba biti na prvome mjestu, «*primum non nocere*», a u to se ne ubraja carski rez na zahtjev. Prema Kodeksu talijanske medicinske deontologije treba poštovati princip dostojanstva između liječnika i pacijenta, ali ne obratno, jer to bi značilo rušenje toga odnosa. Osim toga, sa stajališta profesionalne odgovornosti kod carskog reza je veći gubitak krvi, rizik anestezije (opće, spinalne ili periduralne), veće su komplikacije neposredno ili nakon dulje vremena i majčin mortalitet je 2-11 puta veći nego kod vaginalnog poroda. Autor naglašava da zbog neovisnosti i dostojanstva profesije ne treba prihvaćati zahvate koji su u suprotnosti sa znanostu i sa savješću.

Etičke dimenzije carskog reza na zahtjev razmatra u svome radu i Veronique Bergeron (11). Putem feminističke kritike medikalizacije poroda autorica smatra da to odražava seksističke predrasude u pogledu koncepcije tijela i da se treba koristiti s oprežnošću u odnosu na reproduktivno zdravlje žena. Ukazuje na potrebu daljnjih istraživanja stvarnih izdataka za carski rez na zahtjev, jer bi sustav zdravstvene skrbi imao daleko više dobrobiti od demedikalizacije poroda nego od porasta skupih kirurških tehnika.

## PORODNA BOL I PITANJE CARSKOG REZA NA ZAHTJEV

Za većinu žena širom svijeta porod je normalni fiziološki proces koji je pod utjecajem raznih kultura, tradicija, religija i psihosocijalnih čimbenika. Bol koja se povezuje s trudovima do danas nije posve objašnjena, ali je odavno poznato da se povezuje s nastajanjem trudova. Tako su riječi trud i bol postali sinonimi. U početku poroda roditelj osjeća trudove kao jače stezanje maternice koje polazi od križa a završava sprijeda prema simfizi. Kako trudovi postaju intenzivniji i duži, bol se sve više pojačava u suprapubičnom području i lateralno na obje strane, te u križima. Uza sva tumačenja nema dobrog objašnjenja mehanizma koji izaziva porodnu bol. Postoje brojne pretpostavke kao hipoksija kontrahiranog miometrija, pritisak na živčane ganglije cerviksa i donjeg segmenta maternice, rastezanje cerviksa za vrijeme dilatacije ušća te rastezanje okolnog peritoneuma, adneksa i njihovih ligamenata. Postavlja se pitanje zašto je neki proces koji je toliko bolan u biti fiziološki proces. Koja bi se bol takvog intenziteta vezana uz neka patološka zbivanja potisnula u tako kratkom vremenu kao porodna bol? Odgovor je, možda, upravo u tome što se radi o boli za vrijeme fiziološkog procesa koji je presudan za nastavljanje ljudskog života.

Prvorotkinje općenito doživljavaju više senzornu bol za vrijeme početka poroda, odnosno glavna neovisna determinanta porodne boli je paritet. Kako se paritet povećava, razina boli se znakovito smanjuje. Mnogorotkinje mogu doživjeti vrlo intenzivnu bol za vrijeme kasne prve porodne dobi i u drugoj porodnoj dobi kao rezultat bržeg spuštanja ploda kroz porodni kanal. Osim pariteta (60% nulipara i 45% multipara opisuje porodnu bol kao žestoku) prema nekim autorima odlučujući čimbenici intenziteta porodne boli su bol u leđima te uspravni stav za vrijeme poroda.

Kao odgovor na porodnu bol u organizmu se stvara niz stresnih poremećaja koji se očituju u kardiovaskularnim, respiracijskim, neuroendokrinim, gastrointestinalnim, uterinim (nekoordinirane kontrakcije maternice), uteroplacentnim (redukcija uteroplacentnog protoka krvi), fetalnim (fetalna acidoza) i psihološkim promjenama (trpljenje, patnja, strah majke) (12).

Tijekom stoljeća nastojalo se pronaći, uz nefarmakološke i farmakološke načine za kontrolu porodne boli, i različite metode za njeno ublažavanje. Nefarmakološki postupci za smanjenje boli za vrijeme trudova primjenjivali su se tijekom cijele povijesti. Iako mnoge nefarmakološke metode ublažuju porodnu bol, povećavaju zadovoljstvo majke i poboljšavaju opstetričke ishode, ipak se

ne primjenjuju u većim razmjerima. S bioetičkog stajališta važno je pitanje smanjuju li, odnosno uklanjaju li alternativne metode rađanja porodnu bol. U biti, nefarmakološke metode nisu uvijek dostatne za ublažavanje, a još manje mogu ispuniti kriterije potpunog otklanjanja porodne boli. U nefarmakološke metode ubrajaju se tečajevi psihofizičke pripreme trudnica za porod uz primjenu tehnike disanja i relaksacije, kupke, transkutana stimulacija živaca, sloboda kretanja, potpora supruga ili bliske osobe, akupunktura, hipnoza, porod kod kuće. Najčešći položaj žene pri rađanju je «ležeći», tj. porod u krevetu, pri čemu roditelj koristi leđni i bočni položaj. Nema dostatnih studija koje bi potvrdile manju bolnost trudova kod alternativnih položaja u uspravnom stavu, tj. kod stajanja, čučanja, klečanja, osim poroda u vodenoj kupelji.

Za razliku od nefarmakoloških, farmakološkim metodama (sistemska primjena opioida, inhalacijska analgezija i regionalna analgezija - kontinuirana epiduralna, kombinirana spinalnoepiduralna ili spinalna) može se postići dostatno odnosno potpuno otklanjanje boli. Regionalna analgezija je najučinkovitija metoda u otklanjanju porodnih bolova i metoda je izbora u suvremenoj opstetriciji (12). Tom metodom se postiže bolja kardiovaskularna stabilnost, bolji uteroplacentni protok krvi ploda, odnosno bolji acidobazni status i manja fetalna patnja. Smanjenjem majčine boli sprječava se njezino površno i ubrzano disanje tijekom trudova, tj. mogućnost hiperventilacije, ali i vazokonstrukcije zbog hiperkapnije. Kada se kaže bezbolni porod većinom se to povezuje s epiduralnom analgezijom.

U nekim zemljama strah od poroda je razumljiv, jer se žene sučeljavaju s mogućnošću žestoke boli a s malo ili bez ikakve analgezije, te ozbiljnim rizikom majčinog mortaliteta. U bogatim zemljama takvi bi strahovi trebali biti prošlost, ali, ipak, mali broj žena doživljava «bolestan» strah od trudova i poroda. Dok jedni autori o tome raspravljaju unutar stanja katastrofiziranja porodne boli, drugi govore o tome vezano uz pojam tokofobije. Kod tokofobije žene izbjegavaju trudnoću pod bilo kojim uvjetima. U nekim slučajevima tokofobija može biti posljedica seksualne zlorabe u djetinjstvu ili silovanja, ali i simptom depresije. Sekundarna tokofobija može biti posljedica prethodnog traumatskog poroda (1). Neke trudnice zbog tokofobije traže carski rez. Svaka žena koja traži carski rez koji se temelji na pretjeranoj anksioznosti treba se savjetovati s psihijatrom ili psihologom. Ako se prema njihovoj procjeni potvrdi dijagnoza tokofobije, elektivni carski rez ima pravomoćnu medicinsku indikaciju. Penna i Arulkumaran (1) smatraju da pojedini opstetričari često izražavaju nepokolebljive poglede u podržavanju ili pobijanju prava žena da traže carski rez zbog straha od porodne boli. Takva ne-

pokolebljiva mišljenja mogu biti pogrešno uporabljena kao raspoloživi dokazi, a oni nisu uvjerljivi da bi podržali jedan od ta dva stava.

U medicinskoj su literaturi opisana i stanja katastrofiziranja boli. Katastrofiziranje (*catastrophizing*) se ubraja među najčešće kognitivne distorzije a nastaje kada osoba predviđa da će se u budućnosti događati samo loše stvari, ne uzimajući u obzir druge ishode, koji su vjerojatniji. Već devedesetih godina prošloga stoljeća uočeno je da kognitivni modeli paničnog poremećaja sadrže i naglašeno katastrofiziranje (13). Prema tim modelima osoba s paničnim poremećajem interpretira nastalu anksioznost tjelesnim senzacijama (palpitacije, nedostatak daha) i na katastrofalan način (znakovi prijetećeg ludila, smrti, gubitka kontrole). To je omogućilo bolje razumijevanje katastrofiziranja boli i povezanosti s fizičkim i psihičkim poteškoćama kao što je neurotičnost i tjeskobnost te pridonijelo lakšem utvrđivanju uvjeta ili stanja koja mogu biti najvjerojatniji uzročnici katastrofiziranja. Razmišljanja tih autora mogu se povezati s pitanjem u kolikoj mjeri mogu porodni trudovi i sam proces odvijanja poroda stvoriti određene preduvjete za katastrofiziranje boli a koliko to ovisi o psihičkom stanju same osobe.

Eva Van den Bussche i sur. (14) nastojali su istražiti razloge koji navode žene da izaberu epiduralnu analgeziju kao strategiju za upravljanje porodnom boli. Dva teorijska modela utjecala su na pristup tome pitanju. Prvi je generički model zdravlja koji je povezan s izborom a drugi je model procjene katastrofiziranog razmišljanja o boli (pretjerano negativna usmjerenost prema aktualnom i prethodnim iskustvima boli). Iako oba modela potječu od različitih osnova oni nisu međusobno isključivi. Od 114 žena u ispitivanoj studiji 55% se odlučilo za epiduralnu analgeziju. Paritet i strah od nuspojava epiduralne analgezije smanjuje njeno prihvaćanje dok želja za bezbolnim porodom i pozitivno iskustvo obitelji i prijatelja s epiduralnom analgezijom udvostručuje njen odabir. Ustanovljeno je da katastrofiziranje boli nije povezano s primjenom epiduralne analgezije. Nedostatak povezanosti između katastrofiziranja boli i primjene epiduralne analgezije je možda prouzročen ambivalentnim stavom prema epiduralnoj analgeziji u stanju katastrofiziranja boli. Katastrofiziranje boli je nedvojbeno povezano sa strahom da porodna bol može osobu shrvati. Postoji i strah od boli izazvane iglom pri davanju epiduralne analgezije.

Mnogi kliničari smatraju da je učinkovito ublažavanje boli za vrijeme poroda odlučujući čimbenik majčinog zadovoljstva porodom. Međutim, ženin osjećaj zadovoljstva porodom mijenja se ovisno o vremenu koje je proteklo od poroda do trenutka davanja procjene. Na osnovi analize radova iz

literature o odnosu između uporabe analgezije u porodu i majčinog zadovoljstva Hodnett (15) je zaključio da ublažavanje boli nema glavnu ulogu u ukupnom majčinom zadovoljstvu s doživljajem poroda. Čimbenici povezani s povećanim majčinim zadovoljstvom temeljili su se na kvaliteti odnosa sa zdravstvenim djelatnicima i mjeri u kojoj su roditelje mogle sudjelovati pri donošenju odluka za vrijeme poroda. Istraživanjem je utvrđeno da žene daju prednost porodu kod kuće uz pomoć liječnika kojeg osobno poznaju.

Majčino traženje carskog reza ne bi smjelo biti motivirano nedostatkom učinkovitosti upravljanja s boli. To ukazuje na insuficijentnost prenatalne skrbi i edukacije trudnica, kako od opstetričara, tako i anesteziologa. Međutim, stopa carskih rezova na zahtjev nije samo odraz razine prenatalne skrbi, već predstavlja povezanost okolnosti i stavova, te je odraz kulturoloških nazora pri donošenju odluke za carski rez. Kulturološka vjerovanja i običaji utječu na percepcije i želje glede trudova i poroda. Unutar nekih kultura različiti su običaji a postoje i određeni obredi povezani s vaginalnim porodom. Dok jedni smatraju da je aktivno sudjelovanje u procesu trudova i poroda važno iskustvo sa značajnim psihološkim dobrobitima, prema drugima manja je važnost specifičnosti poroda te smatraju da se vrijednost kontroliranja procesa rađanja očituje u mogućnosti izvršenja carskog reza na zahtjev.

#### SMJERNICE DEKLARACIJA I KODEKSA MEDICINSKE ETIKE TE ZAKONSKI PROPISI O PITANJU CARSKOG REZA NA ZAHTJEV

U Deklaraciji o liječničkoj autonomiji Europskog foruma liječničkih udruga (EFMA) i WHO (EUR/OO/5016633/6) (16) od 16. veljače 2000., u točki 10. navodi se da liječnik mora imati strukovnu autonomiju da donosi kliničke odluke o skrbi pacijenta. Prethodno je u točki 2. objašnjeno da je pod pojmom skrbi pacijenta obuhvaćena prevencija, dijagnoza liječenja i rehabilitacija. Povjerenje koje društvo ima u liječnike zaslužuje da mu se dodijeli strukovna autonomija u najboljem interesu pacijenta.

Svjetska liječnička udruga (WMA) je 2001. godine u Edinburghu donijela Deklaraciju o pravima liječnika (17). Sve veća razlika između mogućih i dostupnih terapijskih postupaka dovela je do stanja da na rad liječnika utječu ekonomska i politička razmatranja, a to je rizično za autonomiju liječnika. Nestvarna očekivanja i zahtjevi u odnosu na ono što medicina može i što treba napraviti mogu uvjetovati medicinske postupke koji mogu biti stručno

neopravdani. Liječnici moraju objaviti mogućnosti rada, ali i rizike određenih postupaka liječenja. Upravo u namjeri da se osigura mogućnost liječnika da svladava negativne ili štetne posljedice liječenja, potrebno je osigurati kliničku neovisnost i stručni integritet liječnika. WMA preporuča pravo liječnika na odgovarajuću emocionalnu i zakonsku podršku u takvim slučajevima.

Barcelonska deklaracija o pravima majke i novorođenčeta (*World Association of Perinatal Medicine. Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn*) (18) je prvi dokument učinjen na osnovi kriterija reprodukcije zdravlja. Prema odredbama navedene Deklaracije vlada svake države treba svakoj ženi omogućiti odgovarajuću zdravstvenu skrb bez nepotrebne opasnosti. Tijekom zdravstvene skrbi u trudnoći treba poštovati različitost kultura i svjetonazora. Svaka žena ima pravo dobiti sva saznanja o tehničkim postupcima i napretcima koji se primjenjuju u trudnoći i porodu. Ta deklaracija dobro obuhvaća brojne probleme vezane za majčinstvo, ali ni u jednoj točki deklaracije nema riječi o tome da majka zbog bilo kojeg razloga odlučuje o načinu vođenja poroda.

Povjerenstvo za etičke aspekte humane reprodukcije i zdravlje žena FIGO (*The FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*) dalo je smjernice za carski rez iz nemedicinskih razloga (19). Naglašava se zabrinutost liječnika cijeloga svijeta zbog porasta stope carskih rezova. Tome su pridonijeli brojni čimbenici, i to medicinski, pravni, psihološki, socijalni i materijalni. Napori koji se poduzimaju za smanjenje toga zahvata za sada ne daju pozitivne rezultate. Liječnik nije obvezan učiniti zahvat koji nema medicinske prednosti. Dobro je poznato da je vaginalni porod daleko sigurniji za majku i dijete. Liječnik je odgovoran da obavijesti i savjetuje ženu. Očito je da nema dobrobiti, a niti etičkog opravdanja za carski rez iz nemedicinskih razloga, zaključci su FIGO-povjerenstva.

U Kodeksu medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore (20) u članku 2. koji se odnosi na obveze prema pacijentu u točki 4. regulirano je da će se *poštovati pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć*. Točka 6. određuje *liječnik će predlagati i provoditi samo one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu dijagnozu te samo ono liječenje koje je u skladu s provjerenim spoznajama suvremene medicinske znanosti*. Točkom 7. proklamira se da *u svojem postupku s pacijentom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi*.

S kliničkog stajališta pitanje priziva savjesti liječnika najčešće se povezuje s (ne)obavljanjem pobačaja, a rjeđe s carskim rezom na zahtjev. Posezanje za prizivom savjesti najmanje je poželjno kada je porod već započeo, jer to ukazuje na to da nisu dostatno učinjene sve predradnje u prenatalnoj skrbi odnosno da trudnica nije ni informirana niti educirana da je carski rez kirurški zahvat za koji treba postojati medicinska indikacija i koji je popraćen s većim rizicima od vaginalnog poroda.

Prema preporukama Kodeksa medicinske etike i deontologije (20) u članku 2. točki 15. regulirano je da *liječnik ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta*. Pritom o svakoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.

Smatra se da je pravom na samoodlučivanje bolesnika u ostvarivanju zdravstvene zaštite naš zakonodavac našao pravu mjeru između dvije oprečne krajnosti – volja bolesnika je vrhovni zakon (*voluntas aegroti suprema lex*) i dobro pacijenta je vrhovni zakon (*salus aegroti suprema lex*) (21). U svakodnevnoj praksi, osobito ako je zahvat iz nemedicinskih razloga kao carski rez, teško se nalazi rješenje između tih krajnosti. «Volja» trudnice da se učini carski rez koji nema medicinsku indikaciju ne znači da je to za njeno dobro. Prihvatanjem zahtjeva trudnice u takvoj situaciji, liječniku ostaju brojne moralne i etičke dileme ako zahvat protekne u redu. Nažalost, ako je zahvat popraćen morbiditetom ili čak mortalitetom tada uz etičke dileme dolaze u razmatranje i pravni propisi.

Odredbom članka 19. Zakona o liječništvu (22) utvrđuje se pravo pacijenta na informiranost i samostalno odlučivanje, dok prema članku 20. stavak 1. navodi se da zbog svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja liječnik ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenata, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrožava život pacijenta. Člankom 6. Zakona o zaštiti prava pacijenata (23) propisuje se pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvatanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Iz dikcije navedene odredbe ne proizlazi da pacijent ima pravo predlaganja dijagnostičkog ili terapijskog postupka.

## ZAKLJUČAK

Zdravstveni sustav zbog svoje složene prirode i iznimnog značenja nameće visoke zahtjeve svim čimbenicima koji na bilo koji način u njemu sudjeluju. Zdravstveni sustav nije *corpus separatum* već jedna od djelatnosti od općeg (javnog) interesa. Naš je saznajni stav da nas sažimanje izloženih razmatranja o bioetičkim i pravnim pitanjima vezanim uz carski rez na zahtjev dovodi do zaključka:

1. Odluke za carski rez na zahtjev nisu u skladu sa smjericama deklaracija i Kodeksom medicinske etike i deontologije, nema dobrobiti a ni legislativne osnove za taj zahvat. Trudnica ne može predložiti vrstu liječničkog ili operativnog postupka.
2. Uz današnje mogućnosti analgezije u porodu, porodna bol nije razlog da bi liječnik udovoljio takvom zahtjevu.
3. Ako se, međutim, potvrdi dijagnoza tokofobije, odnosno stanja katastrofiziranja boli, prema nekim autorima to je pravomoćna medicinska indikacija za elektivni carski rez.
4. Uza sve etičke smjernice i insuficijentne zakonske propise ostaje otvoreno pitanje može li i koji zahtjev majke (bez nalaza psihijatra) da se učini carski rez zbog porodne boli legislativno opravdati njegove eventualne posljedice.
5. Naša izlaganja ukazuju na određene probleme u vezi s carskim rezom na zahtjev zbog porodne boli što je nametnulo potrebu da se na taj problem ukaže.

## LITERATURA

1. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 82: 399-409.
2. Frković A. Bioetika u kliničkoj praksi. Zagreb: Pergamena, 2006, 147-60.
3. National institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Cesarean delivery on maternal request. March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1386-97.
4. Dražančić A. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2006. godini. *Gynaecologia et Perinatologia* 2007; 16 (Suppl 2):1-21.
5. Berger M. Porodiljske operacije. U: Milošević B, Dekaris M. Porodiljstvo. Beograd, Zagreb: Medicinska knjiga, 1966, 495-6.

6. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there «unnecessary» cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007; 34: 32-41.

7. Dražančić A. Bolesnik. Prava i obveze u porodništvu. U Bakran I, Ivanišević G, ur. Bolesnik: Prava i obveze. Zagreb: Interprint. 2005, 34-44.

8. Beauchamp T L. Načela u bioetici. Društ istraž 1966; 23-24: 533-4.

9. Beauchamp T L. Childress J. Principles of biomedical ethics, 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.

10. Mangoni RD. É ammissibile il taglio cesareo a «richiesta»? *Minerva Ginecol* 2000; 52: 269-73.

11. Bergeron V. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American college of obstetricians and gynecologists position on patient-choice surgery. *Bioethics* 2007; 21: 478-87.

12. Bartolek D, Šakić K, Bartolin V. Bezbolni porod. *Medix* 2004; 54/55: 133-4.

13. Turner JA, Aaron LA. Pain-related catastrophizing. What is it? *Clin J Pain* 2001; 17:65-71.

14. Van den Bussche E, Crombez B, Eccleston C, Sullivan MJL. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *Eur J Pain* 2007; 11: 275-82.

15. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Nature) : S160-172.

16. European Forum of Medical Association and WHO. 2000. [http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_sad/etyk\\_zagran/deklaracija](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/etyk_zagran/deklaracija).

17. World Medical Association. Declaration of Edinburgh. 2001. <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

18. World Association of Perinatal Medicine. Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn. 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona, 23-27 September, 2001. Barcelona: World Association of Perinatal Medicine 2001; 4-6.

19. The FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London: International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2006; 55-6.

20. Kodeks medicinske etike i deontologije. Narodne novine, br. 55/08.

21. Bošković Z. Prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite. *Pravo u gospodarstvu* 2000; 39: 480-94.

22. Zakon o liječništvu. Narodne novine, br. 121/03.

23. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine, br. 169/04.



## S U M M A R Y

### CESAREAN SECTION ON REQUEST BECAUSE OF LABOR PAIN - BIOETHICAL AND LEGAL VIEWS

A. FRKOVIĆ and Z. BOŠKOVIĆ

Non-medical reasons that influence the decision to perform cesarean section are the subject of numerous medical and bio-ethical debates. The questions to be answered are: can a pregnant woman demand cesarean section based on her right to make decisions, i.e. on patient rights? Do such a request and permission given by the woman justify the physician to perform the procedure without clear medical indication, knowing that cesarean section is associated with higher maternal morbidity and mortality rate than vaginal delivery? Among the numerous reasons stated by pregnant women or their families when demanding cesarean section, this paper is focused on labor pain. The experience of pain during delivery is the result of many complex physiologic and psychosocial factors that act on the woman's personal interpretation of the nociceptive delivery stimuli. A mother's request for cesarean section should not be motivated by the lack of efficiency of pain management. Such motivation points to inadequate prenatal care and patient education offered by the obstetrician and anesthesiologist. Decisions to perform cesarean section upon request are not in accordance with the guidelines of declarations and codes of medical ethics, and have no legal basis in our country.

*Key words:* cesarean section on request, labor pain, bioethics, law