

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Denisa Tomčíková

## **Domácí porody v číslech**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Dorazilová

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 26. 4. 2023

Denisa Tomčíková

Ráda bych poděkovala Mgr. Radmile Dorazilové za cenné rady a věcné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

## **Anotace**

<b>Typ závěrečné práce:</b>	Bakalářská práce
<b>Téma práce:</b>	Domácí porody
<b>Název práce:</b>	Domácí porody v číslech
<b>Název práce v AJ:</b>	Home births in numbers
<b>Datum zadání:</b>	2022-11-12
<b>Datum odevzdání:</b>	2023-04-26
<b>Vysoká škola, fakulta, ústav:</b>	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
<b>Autor práce:</b>	Tomčíková Denisa
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Radmila Dorazilová

### **Oponent práce:**

**Abstrakt práce v ČJ:** Cílem mé bakalářské práce bylo předložit a sumarizovat aktuálně dohledané publikované poznatky o problematice domácích porodů. Relevantní dokumenty pro tvorbu této práce byly dohledané v elektronických vědeckých databázích Medvik, Google Scholar, ProQuest a PubMed. Hlavní cíl byl rozpracovaný do tří dílčích cílů. První cíl je zaměřený na domácí porody v České republice. V naší zemi jsou domácí porody vzácností. Ze žádných zdrojů nelze s přesností zjistit, kolik žen skutečně rodí doma plánovaně. Činnost porodních asistentek v rámci porodu doma není regulována. Druhý cíl se zaměřuje na důvody, které vedou ženy k tomu, aby si zvolily porod v domácím prostředí. Častými důvody jsou soukromí, svoboda rozhodování anebo rutinní zásahy v nemocnici. Mezi důvody žen, které se rozhodly pro porod doma poté, co už rodily v porodnici, patřilo mimo jiné také to, že se nechtěly oddělit od svých starších dětí anebo se jim nelíbilo chování personálu. Třetí cíl se zaměřuje na bezpečnost domácích porodů. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v porodu mrtvého plodu a novorozenecké úmrtnosti, a to ani v Apgar skóre v 5. minutě mezi nízkorizikovými těhotnými ženami, které plánovaly porod doma ve srovnání s těmi, které plánovaly porod v nemocnici. U gravidních žen s určitým definovaným rizikem byla míra novorozenecké úmrtnosti a frekvence přijetí na novorozeneckou jednotku intenzivní péče vyšší

u porodů v domácím prostředí než u porodů v porodnici. Dohledané poznatky mohou být přínosem pro studenty porodní asistence, porodní asistentky, zdravotníky, kteří pracují na porodním sále a dále také pro všechny, které problematika domácích porodů zajímá. Z informací mohou čerpat ženy, které se rozhodují, kam přivedou na svět své dítě.

**Abstrakt práce v AJ:** The bachelor's thesis aimed to present and summarize the currently published knowledge on the issue of home births. Relevant documents for the development of this thesis were searched in the electronic scientific databases Medvik, GOOGLE Scholar, ProQuest, and PubMed. The main objective was elaborated into three sub-objectives. The first objective focused on home births in the Czech Republic. In our country, home births are rare. It is not possible to know with accuracy from any sources how many women actually give birth at home in a planned manner. The activity of midwives in home births is not regulated. The second objective focuses on the reasons that lead women to choose home birth. Common reasons are privacy, freedom of decision-making, and routine interventions in the hospital. Reasons for women choosing home birth after they had already given birth in a maternity ward included not being separated from their older children and not liking the staff's behavior in the delivery room and the postpartum ward. The third objective focuses on the safety of home births. There were no statistically significant differences in stillbirth and neonatal mortality rates, nor in Apgar score at minute 5, among low-risk pregnant women who planned home birth compared with those who planned hospital birth. Among pregnant women with some defined risk, neonatal mortality rates and the frequency of admission to the neonatal intensive care unit were higher for home births than for hospital births. The retrieved findings may be of benefit to students of midwifery, midwives, health professionals working in the delivery room, and anyone interested in the issue of home births. The information can be used by women deciding where to give birth to their baby.

**Klíčová slova v ČJ:** domácí porod, porod v porodnici, převoz do porodnice, mortalita, morbidita, rozhodování, porodní asistentka

**Klíčová slova v AJ:** home birth, hospital birth, transport to hospital, mortality, morbidity, decision making, midwife

**Rozsah:** 35 stran/ 0 příloh

## Obsah

Úvod.....	7
1 Popis řešeršní činnosti.....	9
2 Domáci porody v České republice.....	11
3 Jaké ženy si vybírají domácí porod a proč? .....	15
4 Domáci porod u nízkorizikových těhotných .....	20
4.1 Domáci porod u těhotných s definovaným konkrétním rizikem .....	23
4.2 Transport do porodnice.....	24
4.3 Význam a limitace dohledaných poznatků .....	28
Závěr .....	29
Referenční seznam .....	31

## Úvod

V současnosti v České republice nejsou stanoveny podmínky pro domácí porod, které zahrnují selekci těhotných, potřebné vybavení porodní asistentky a následnou spolupráci s porodnicí v případě potřeby. Z etického hlediska není možné uznávat právo ženy zvolit si místo porodu a zároveň jí odpírat poskytnutí potřebné péče (Procházka, 2020, s. 584). Porod doma by měl být jednou z možností, kterou lze nabídnout ženě, stejně tak, jako tomu je ve spoustě evropských zemí (Anglie, Nizozemsko, Německo, Švédsko, Rakousko) (Camarós, 2022, s. 232). Domácí porod je riskantní pro ženu i novorozence, Česká gynekologická a porodnická společnost ho neakceptuje jako postup *lege artis* (Hájek et al. 2014, s. 510).

Požadavky, které se musí splnit, aby byl domácí porod bezpečný podle Unie porodních asistentek:

- žena je přesvědčená o tom, že porod doma je pro ni vhodné řešení,
- žena je zdravá, její těhotenství je bez komplikací, neužívá žádné léky,
- porod spontánně začne mezi 37. a 42. ukončeným týdnem těhotenství a dále pokračuje bez známek patologie,
- o těhotnou během porodu i v raném šestinedělí pečuje porodní asistentka,
- je připraven plán přesunu do porodnice, kdyby během porodu nastaly komplikace. (UNIPA, 2017, s. neuvedeno)

Listina základních práv a svobod (č. 32 odst. 4) uvádí, že rodiče mají právo vybrat péči pro své děti. Dále podle §24 z č. 89/2012 Sb. občanského zákoníku jsou rodiče zodpovědní za svá jednání. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání a vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků uvádí, že v kompetencích porodní asistentky je vést fyziologický porod. Na druhou stranu vyplývá z vyhlášky č. 92/2012 o požadavcích na vybavení pracoviště porodní asistentky, kde jsou vedeny fyziologické porody, že při zjištění komplikací musí být žena dopravena do zdravotnického zařízení do 15 minut, kde se provede operace vedoucí k ukončení porodu.

V souvislosti s výše uvedenými fakty je možné položit otázku: Jaké jsou aktuálně dohledané publikované poznatky týkající se problematiky domácích porodů?

Cílem mé bakalářské práce bylo předložit a sumarizovat aktuálně dohledané publikované poznatky týkající se problematiky domácích porodů. Hlavní cíl byl specifikován do tří dílčích cílů:

- I.     sumarizovat aktuálně dohledané poznatky o domácích porodech v České republice,
- II.    sumarizovat aktuálně dohledané publikované poznatky o důvodech, které vedou ženy pro zvolení porodu v domácím prostředí,
- III.   sumarizovat aktuálně dohledané publikované poznatky o bezpečnosti domácích porodů.

#### Vstupní literatura

CAMARÓS RUIZ, Paula, 2022. El poder de crear vida: Todo sobre el embarazo, el parto y el posparto, para estar contigo desde el primer día. Madrid: Planeta. ISBN 9788408254720.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

PROCHÁZKA, Martin, 2020. Porodní asistence. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.



# 1 Popis řešeršní činnosti

V následujícím textu je podrobně popsán proces řešeršní činnosti, podle kterého byly vyhledávané validní zdroje ke tvorbě této bakalářské práce.

## ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- Klíčová slova v ČJ: domácí porod, porod v porodnici, převoz do porodnice, mortalita, morbidita, rozhodování, porodní asistentka
- Klíčová slova v AJ: home birth, hospital birth, transport to hospital, mortality, morbidity, decision making, midwife
- Jazyk: český, anglický
- Období: 2013-2023
- Další kritéria: recenzovaná periodika, plné texty



### DATABÁZE:

Medvik, Google Scholar, ProQuest, PubMed



Nalezeno 151 článků.



### VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

- duplicitní dokumenty
- kvalifikační práce
- obsahová nekompatibilita s cíli práce
- celkem vyřazeno 129 dokumentů



### **SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ**

Medvik – 3 dokumenty  
Google Scholar – 5 dokumentů  
ProQuest – 5 dokumentů  
PubMed – 9 dokumentů



### **SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ**

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica: 1 dokument  
American Journal of Men's Health: 1 dokument  
Birth: 1 dokument  
BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology: 1 dokument  
BMC Pregnancy and Childbirth: 3 dokumenty  
Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti: 2 dokumenty  
Fakulta sociální věd Univerzita Karlova: 1 dokument  
Health and Social Care Delivery Research: 1 dokument  
International Journal of Environmental Research and Public Health: 2 dokumenty  
Journal of Midwifery & Women's Health: 1 dokument  
Midwifery: 2 dokumenty  
Moderní gynekologie a porodnictví: 1 dokument  
PLOS ONE: 1 dokument  
Sexual & Reproductive Healthcare: 2 dokumenty  
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE: 1 dokument  
Women and birth: 1 dokument



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 22 článků, 4 odborné knihy, 1 webová stránka a 1 soudní rozsudek.

## 2 Domácí porody v České republice

Königsmarková zmiňuje, že v České republice neexistuje žádná relevantní statistika porodů mimo zdravotnická zařízení. Nerozlišuje se, jestli se jedná o plánované nebo neplánované porody, v termínu nebo předčasné, asistované či neasistované. Porody v domácnosti vždy byly a budou. Povinností státu je zajistit bezpečnou péči v souladu s právem žen na svobodný výběr místa a poskytovatele péče. Porodní asistentky svojí činností tuto povinnost státu suplují. Nejde o snahu převést všechny porody do domácího prostředí. Jedná se o to, aby těhotné ženy, které se k takovému porodu rozhodnou, měly zajištěnou dostatečnou péči a o stanovení jasných pravidel pro poskytování bezpečné péče. Odpůrci domácích porodů zpravidla argumentují vysokou mortalitou a morbiditou v minulosti a výbornými perinatologickými výsledky v dnešní době. Je třeba mít na vědomí, že dříve rodily doma všechny ženy bez ohledu na riziko. Zdravotní stav obyvatelstva byl podstatně horší než nyní, lékaři neuměli bezpečně provést císařský řez, lidé nevěděli, co je asepse, neznali antibiotika, transfuzi ani krevní skupiny (Königsmarková, 2012, s. 559).

Königsmarková se ve své práci zabývá domácími porody, které vedla v letech 2000–2011. Bylo zde zahrnuto celkem 406 porodů, z nichž 371 bylo dokončeno doma. Ženy, které se rozhodují pro porod v domácím prostředí jsou vzdělané, informované a často mají nějaký vztah k zahraničí. Jde převážně o ženy ve věku okolo 30 let. Většina žen je vdaná. Převažují sekundipary, většinou se zkušeností s porodem v porodnici. Mezi nejčastější důvody pro porod doma udávají nepřetržitý kontakt s dítětem a vyhnutí se rutinním zásahům. Místo porodu, jako důvod pro porod v domácnosti, pro ně není tak podstatný. Při porodu nebyly užity žádné léky k urychlení porodu ani k tlumení bolesti. Celkem 218 porodů trvalo méně než 4 hodiny od začátku pravidelných kontrakcí, 2 porody trvaly více než 14 hodin. Rodičky měly zcela svobodnou volbu polohy při porodu, včetně možnosti porodu do vody. Převážná většina žen porodila v kleku. Pouze 11 porodů bylo ukončeno císařským řezem. Více než polovina žen, porodila zcela bez poranění a došlo u nich k minimální krevní ztrátě. Kvůli komplikacím v průběhu porodu bylo převezeno do nemocnice 37 žen. 4 akutně z důvodů spazmu branky, přetrženému pupečníku a 2 kvůli ztížené poporodní adaptaci dítěte (Königsmarková, 2012, s. 560). Zbylých 33 žen bylo převezeno kvůli zkalené plodové vodě (8), nepostupujícímu porodu (7), retenci placenty (4), změny názoru na domácí porod (4), předčasnému odtoku plodové vody (2), vysokého přímého stavu (2), asynklitismu (1), bradykardii plodu (1), konci pánevním (1), polyhydramnionu (1), předčasnému porodu (1), přenášení (1) (Königsmarková, 2012, s. 561). Skoro všechny děti se narodily s Apgar skóre 10-10-10 a dobře se adaptovaly.

Dvě děti měly vážnější potíže. Jedno z nich po dotepání pupečníku zkolabovalo a při převozu do nemocnice zemřelo. Dítě mělo vrozené vady neslučitelné se životem, které nebyly v těhotenství identifikovány, i přestože žena absolvovala všechna předepsaná vyšetření včetně ultrazvuků. V druhém případě dítě po porodu nedýchalo, po resuscitaci a převozu do nemocnice mělo trvalé následky a ve 20 měsících života zemřelo (Königsmarková, 2012, s. 560).

Königsmarková dále píše, že plánovaný asistovaný domácí porod se zkušeným poskytovatelem péče při neustálým hodnocením rizik je bezpečnou alternativou porodu v nemocnici. Přičemž porody doma vykazují méně zásahů, užití léků a méně porodních poranění. Je však třeba pravidla pro poskytování péče stanovit tak, aby taková péče mohla být bezpečná nejen pro ženu a dítě, ale i pro ty, kteří o ženu a dítě pečují (Königsmarková, 2012, s. 562). Porodní asistentka u domácího porodu pravidelně kontroluje, že se matce a plodu daří dobře. Ve vhodný čas doporučí nefarmakologické metody tišení bolesti. Podporuje ženu při porodu; např. jí předvádí, jak správně dýchat. Po porodu zkontroluje novorozence i rodičku a ošetří porodní poranění. V případě komplikací během porodu či po něm doporučí odjezd do porodnice a zajistí bezpečný přesun (Sjöblom, Idvall, Lindgren, 2014, s. 104).

Suchardová shromažďovala data z jejích doprovodů k porodu u nízkorizikových žen se spontánním začátkem porodů v letech 2017–2021. Dle její statistiky lze vidět vzájemnou souvislost s polohami u porodu a poraněním ženy. Nejvíce je to patrné u žen v domácím prostředí, kde mohla porodní asistentka plně využít své kompetence. Více než 80 % multipar porodilo doma v kleče nebo v jiných vzpřímených polohách a pouze 6 % v pololeže. Bez poranění nebo s mírnou lacerací porodilo 72,6 % vícerodiček, poranění I. a II. stupně se vytvořilo jen u 26,8 % žen. Jen jedné vícerodičce z celkového počtu 168 byl proveden nástřih hráze. K poranění III. a IV. stupně v žádném případě nedošlo. Při doprovodu žen do porodnice se zapojuje personál v porodnici, který dává přednost poloze v polosedě. V porodnici s doprovodem Suchardové rodilo ve vzpřímených polohách nebo na boku pouze 20 % primipar a 30 % multipar. Míra poranění je vyšší než u žen, kde aktivně vede porod komunitní porodní asistentka. Až 66 % multipar zakončilo svůj porod v porodnici s poraněním I. a II. stupně či nástřihem hráze. Zkušenosti Suchardové s porodními polohami ukazují na to, že když si žena svou polohu aktivně vybere, hodnotí porod pozitivněji, získává sebedůvěru při dalších porodech a vnímá, že měla porod ve svých rukou. Zároveň svobodná volba polohy nemá vliv na výsledek porodu. Na výsledcích poranění perinea se patrně také podílí příprava, která spočívá v podávání informací o masáži hráze nebo v použití pomůcek, které jsou u klientek, jimž poskytuje kontinuální péči komunitní porodní asistentka, vyšší než u ostatních těhotných. Další vliv

na dobré výsledky může mít i čas a trpělivost za pečlivého sledování ozev plodu. U domácího porodu se nevytváří tlak na urychlený porod dítěte, nevzniká nervozita, spěch a stres personálu na porodních sálech (Suchardová, 2022, s. 363-366). WHO ve svém revidovaném doporučení z roku 2018 pro péči během porodu doporučuje upravit délku druhé doby porodní, která se u prvorodiček může prodloužit až na tři hodiny, u vícerodiček pak na dvě hodiny (WHO, 2018, s.120). WHO nedoporučuje u zdravé ženy při spontánním porodu rutinní kardiokografii, jen poslech ozev plodu Dopplerem nebo Pinardovým stetoskopem (WHO, 2018, s. 64). Podle statistiky Suchardové všechny zdravé a nízkorizikové rodičky (195 žen) doma nebyly podrobeny kardiokografii, a přesto bylo u většiny novorozenců Apgar skóre v 5. minutě fyziologické. U vícerodiček měly pouze dvě děti v 5. minutě 7 bodů, nižší skóre pak nebylo zaznamenáno. V 10. minutě byla hodnota u všech dětí 10. Čtyři ženy se rozhodly po porodu doma navštívit nemocnici. Celkem třikrát jely prvorodičky na běžnou kontrolu novorozence – ve dvou případech se nechaly pro jistotu hospitalizovat a jedna rodička se po kontrole v porodnici vrátila domů (Suchardová, 2022, s. 366).

Durnová zjišťovala důvody Češek, které se rozhodly родit doma mezi lety 2015–2020. Tohoto průzkumu se zúčastnilo 642 žen, z toho 70 % z nich absolvovalo vysokou školu. Za nejvíce nežádoucí Češky v porodnici považovaly provádění zákroků bez souhlasu, znehodnocování schopností a kompetencí rodiček, ponižování a rutinní postupy jako epiziotomie či podávání oxytocinu. Osmdesát tři procent žen si plně uvědomovaly rizika při porodu v domácím prostředí a byly připraveny na jejich případné řešení, 92 % mělo zvolenou porodnici pro případ, kdyby muselo dojít k transportu během porodu. Ačkoli tyto ženy většinou nerozebíraly s lékařem možnost domácího porodu, docházely na část běžných prenatalních vyšetření (Durnová, Hejzlarová, 2021, s. 3-4). Devadesát jedna procent žen byly s porodem v domácím prostředí spokojené. Spokojenost jim nejvíce přinášelo to, že na ně nikdo netlačil, dále respekt porodní asistentky a intimity. Osmdesát pět procent rodiček by rodilo doma znovu v případě, že by čekaly další dítě. Jako důvody pro domácí porody uvedlo 92 % dotazovaných rutinní zásahy, 85 % chování personálu a 80 % medikalizaci porodnictví a všeobecně zdravotnictví. Třicet čtyři procent uvedlo jako motivaci osobní nastavení, 79 % chtělo mít kontrolu nad svým porodem, 71 % žen připadal domácí porod jako racionální volba po zvážení výhod a nevýhod. Šedesát šest procent by nerodilo doma v případě, pokud by si směly vybrat porodní asistentku, 65 % kdyby se mohlo родit v porodních domech a 62 % dotazovaných, kdyby by byl jiný přístup k rodičkám (Durnová, Hejzlarová, 2021, s. 5).

## **Porodní asistentka a fyziologické porody v domácím prostředí v České republice**

Stanovisko České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) J. E. Purkyně: „*Porody v domácnosti přinášejí zbytečná rizika jak pro matku, tak pro plod a nemohou vyvážit pochybné výhody domácího prostředí. Česká gynekologická a porodnická společnost označila plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení za postup v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tj. non lege artis.*“ ČGPS dále uvádí, že země, které tolerují porody v domácím prostředí, vykazují horší výsledky perinatální péče než ČR, i když doma se uskutečňují jen ty porody, u nichž se očekává fyziologický průběh. Určit, zda těhotenství skončí fyziologickým porodem dopředu nelze, protože porod je dynamický proces, který se může zkomplikovat v kterékoli fázi. Tyto komplikace nelze v domácnosti vyřešit. (Měchurová, 2013, str. 29)

Krajský úřad Plzeňského kraje v roce 2020 uznal vinnou porodní asistentku, která v roce 2019 poskytovala zdravotní péči v domácím prostředí ve všech dobách porodních, včetně vedení pěti plánovaných fyziologických porodů, z porušení § 11 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a z naplnění skutkové podstaty přestupku podle § 117 odst. 1 písm. a) o poskytování zdravotní služby neuvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Porodní asistentce byla uložena pokuta ve výši 100 000 Kč. Porodní asistentka byla přesvědčena, že správní rozhodnutí je nedůvodné, věcně nesprávné a nezákonné. V roce 2014 jí bylo uděleno oprávnění pro obor a formu zdravotní péče: porodní asistentka, kontaktní pracoviště: zdravotní péče poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta, domácí péče – ošetrovatelská. Nad rámec výše uvedeného oprávnění neobsahuje žádné další specifikace, žádná upřesnění, výjimky, omezení ani žádné podmínky (Rozsudek Krajského soudu v Plzni, 2022, str.1–2). Část příslušných krajských úřadů uděluje oprávnění dle § 19 zákona o zdravotních službách k výkonu porodní asistentce v plném rozsahu (stejně jako je tomu v případě této porodní asistentky), některé vydávají tato oprávnění jak v plném rozsahu, tak v neúplném s vymezením výjimek, a jiné vystavují jak oprávnění v plném rozsahu, tak s výjimkami. Soud rozhodl, že jestliže porodní asistentka disponuje oprávněním k poskytování služeb porodní asistence ve vlastním sociálním prostředí pacientek, podmíněnost poskytnutí zdravotního výkonu technickým a věcným vybavením je třeba posuzovat případ od případu. U fyziologických porodů, za jejichž vedení byla porodní asistentka sankciována, správní orgány nezjistily ani neprokázaly, že by některým nezbytným vybavením nedisponovala, a proto bylo v rozporu se zákonem, pokud ji shledali vinnou ze spáchání přestupku a uložily jí pokutu (Rozsudek Krajského soudu v Plzni, 2022, str.7, 17).

### 3 Jaké ženy si vybírají domácí porod a proč?

Do australské studie Haucka bylo zahrnuto celkem 211 žen, které plánovaly domácí porod v letech 2012–2014. Jednalo se o 2× více multipar než primipar. Více než polovina žen vystudovala vysokou školu. Kromě mladšího věku matek u primigravid nebyl žádný jiný rozdíl ve vlastnostech. Polovina multipar plánovala domácí porod ve svém předchozím těhotenství, z toho 7,4 % skončilo převozem do nemocnice. Více než polovina žen chtěly родit doma v následující graviditě ještě předtím, než otěhotněla, zbývající ženy se rozhodly v druhém trimestru. Bylo méně pravděpodobné, že primigravidní ženy se rozhodnou o domácím porodu ještě před otěhotněním (28,6 % vs. 51,6 %). Multigravidní ženy s předchozími plánovanými domácími porody s větší pravděpodobností plánovaly domácí porod před otěhotněním (88,2 % vs. 11,8 %). Plánování domácího porodu bylo hodnoceno jako velmi důležité pro 51,2 % z nich, 53,6 % žen bylo velmi sebevědomých ohledně porodu v domácím prostředí, 65,9 % věřilo, že domácí porod je velmi bezpečný. Partneri žen (76,3 %) spíše podporovali domácí porod než jejich rodina a přátelé (36 %). Nejčastěji uváděné důvody plánování domácího porodu zahrnovaly vyhýbání se zbytečným intervencím (94,8 %), svoboda vlastního rozhodování (84,8 %), více soukromí (83,4 %), větší kontrola porodního procesu a zapojení do rozhodování (79,6 %). Celkem 34,6 % žen uvedlo, že mají strach z porodu v nemocnici anebo tam zažily negativní zkušenost ve svých předchozích porodech (24,2 %). (Hauck et al., 2020, s. 41)

Cíl studie od Campiotti bylo porovnat mimo nemocniční porody s porody v porodnici v Itálii. Celkem 1 099 zdravých nízkorizikových žen, které porodily mimo nemocnici v letech 2014–2018, byly porovnány se vzorkem 5 495 žen, které plánovaly porod v nemocnici. Osm set čtyřicet osm žen plánovaly родit doma a 251 v porodním centru. Průměrný věk matek byl 30–38 let a otců 31–43 let. Matky měly vyšší úroveň vzdělání než otcové a otcové pracovali častěji než matky. Zvýšenou pravděpodobnost porodu doma ve srovnání s porodním centrem bylo u multipar, které žily ve středně velkém městě, první dítě se jim narodilo ve věku 35 let a výše a nekouřily. Nejčastěji používaná poloha v druhé době porodní při domácím porodu byla na všech čtyřech, zatímco v porodním centru se jednalo o dřep. Ve třetí době porodní dostala uterotonika čtvrtina žen, častěji v porodním centru. Ženy při domácím porodu měly mírně vyšší míru krvácení po porodu ve srovnání s ženami, které porodily v porodním centru (Campiotti et al., 2020, s. 3-5).

Bernhard se ve studii zabýval důvody, proč se ženy z USA rozhodly pro domácí porod, poté co už jednou rodily v porodnici. Dvacet dva žen ve věku 24–42 let absolvovaly alespoň

jeden porod v nemocnici a jeden následný plánovaný porod doma. Všechny byly vdané. S účastnicemi bylo probíráno 5 témat, vyjadřovaly různými způsoby pocity související se zkušenostmi s porodem v nemocnici i doma. Mnoho žen popsalo své předchozí rozhodnutí rodit v nemocnici ne jako odraz volby, nýbrž jako jejich jedinou možnost. Tyto ženy poznamenaly, že si původně vybraly porod v nemocnici částečně kvůli nedostupným informacím o domácích porodech a porodních centrech ve Spojených státech amerických. Vybíraly si nemocnice, jejíž péči pokrylo jejich zdravotní pojištění, stejně jako to dělali jejich příbuzní. Některé ženy věděly, že existují domácí porody skrz média, přátelé nebo rodiny, ale z různých důvodů si o nich nevyhledávaly více informací. Některé ženy se necítily dobře při pomyslení na porod mimo nemocnici v jejich první graviditě. Jelikož nikdy předtím nerodily, domnívaly se, že by měly jít do nemocnice pro případ, že by potřebovaly analgetika nebo jiné zásahy. Dvě účastnice zvažovaly domácí porod napoprvé, ale jednu tížila finanční omezení, která tuto volbu znemožňovala, a druhá se setkala s odporem jejího partnera, když toto téma vůbec otevřela. Touha po skutečných volbách a touha vytvořit posilující zážitek po nemocničním porodu se zdála být motivem pro některé ženy v jejich rozhodnutí rodit v domácím prostředí. Pro některé toto rozhodnutí bylo léčebným procesem, zvláště u těch, jejichž porod v nemocnici byl emocionálně traumatický. Výběr a zkušenost s domácím porodem pomohla těmto ženám cítit se jako by převzaly zpět kontrolu nad svými těly a zrozením. Ženy uvedly, že zažily intervence v nemocnici, které považovaly za zbytečné nebo rušivé pro proces porodu. Kromě toho docházelo k přerušení průběhu porodu spojených s jízdou autem a příjezdem do nemocnice. Některé ženy popisují porodnici jako velmi zaneprázdňenou v okamžiku jejich příjmu, cítily, že porod postupuje lépe, protože zůstaly samy. Ženy vyjadřovaly pocity, že jsou do intervencí tlačeny. Jedna z žen popisuje nemocniční porod následovně: „*Doma to bylo více o mém těle, které pracuje versus nemocnici, kde to bylo spíše o týmu a chemikáliích a lécích a monitorů... všechny tyto věci dohromady měly dostat dítě ven ... doma jen moje tělo... to bylo jen moje tělo... prostě to vyjde*“ Některé ženy cítily podporu během poporodního pobytu v rámci šestinedělí a kojení. Nicméně mnoho žen necítilo, že by jim byl poskytnut odpočinek s novorozencem. Například byly napomínané, pokud usnuly se svými novorozenci, rušilo je sledování vitálních funkcí a provádění testů novorozence. Ženy se cítily nerespektované a spíše jako předměty než jako osoby na jejichž názorech a pocitech při porodu v nemocnici záleží. Vnímaly, že se personál spíše zaměřil na dělohu než na ně jako celé osoby. Pozornost byla často zaměřována na fetální monitor a vaginální vyšetření, což některé ženy braly jako dehumanizaci (Bernhard et al., 2014, s. 162). Výběr domácího prostředí pro porod popisovaly jako pocit úlevy, že mohou zůstat na jednom místě místo přesunu



do porodnice. Pokud jde o jejich zkušenost, hovořily o tom, že byly příjemně překvapeny, jak pohodlné a klidné bylo родit ve vlastní posteli. Také výběr osob, které je obklopovaly při porodu, byly zdrojem klidu a útěchy. Některé ženy popisovaly, že nechtěly být odděleny od svých starších dětí jako by tomu bylo při porodu v porodnici. Několik žen chtělo mít děti u porodu v blízkosti, jiné jim zařídily hlídání. Když se ženy cítily napojené na poskytovatele péče a cítily, že je o ně postaráno, uvedly, že pak bylo snazší důvěřovat porodnímu procesu. Ženy se cítily komfortněji, když se již během těhotenství o ně starala porodní asistentka, která se měla účastnit domácího porodu. Jedna z žen říká: „*Prostě péče, kterou jsme obdrželi od porodní asistentky, a právě jen od jedné. Jen to, že tam byla dostupná pro otázky a pouze seděla jako starý přítel a klábosila a jen tak se upřímně zajímala nejenom o mé těhotenství, ale také o naše životy a samotný porod.*“ (Bernhard et al., 2014, s. 163).

Sassine v Austrálii provedla studii, které se zúčastnilo 1681 žen, které rodily doma. Průměrný věk matek byl 32 let, 65,8 % žen byly vysokoškolsky vzdělané. Průzkum prokázal, že 1337 účastnic zažilo alespoň jeden domácí porod, 216 porod doma bez asistence zdravotníka. Dále 1056 žen zažilo alespoň jeden ze svých porodů v nemocnici nebo v porodním centru. Domácí porod nebyl první volbou pro 3,9 % účastnic, z nichž většina původně plánovala porod ve veřejné nemocnici nebo v porodním centru. Své plány změnily po vytvoření osobního výzkumu, po získání informací od přátel nebo rodiny, kteří měli zkušenosti s domácími porody anebo z předporodních kurzů. Většina žen uvedla, že se cítí nespokojené s péčí, která se jim aktuálně dostává a změnily své plány kvůli pocitu tlaku, aby přijaly zásahy, které jim nevyhovovaly. Dále kvůli nedostatečnému poskytování služeb, které zahrnovaly nedostatečný přístup k porodu do vody, odmítavý postoj k žádosti vaginálního porodu po císařském řezu a minimální zapojení do rozhodování (Sassine et al., 2021, s. 398). Při výběru родit doma se nejednalo jen o vyhnutí se lékařským intervencím, ale také se rodičky chtěly vyhnout dalším souvisejícím faktorům s porodem v nemocnici, jako je časový tlak a politika nemocnice. Dále jim v nemocnici chybí kontinuální péče porodní asistentky (80 %), bezprostřední a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži s dítětem (79,7 %), přístup k porodu do vody (72,7 %), volba porodní polohy (71,8 %), volba ohledně porodu placenty (75,4 %) a volba pediatra (Sassine et al., 2021, s. 399). Sedmdesát pět procent žen u svého posledního plánovaného domácího porodu souhlasilo s tím, že je jejich poskytovatel péče zapojil do rozhodování, pomohl jim rozumět všem informacím, dal jim dostatek času zvážit jinou možnost péče, umožnil jim vybrat si to, co považují za nejlepší a respektoval jejich volbu. Oproti tomu pouze 13–15 % žen souhlasilo se stejným tvrzením, pokud se jednalo o jejich poslední zkušenost

z nemocnice. Navíc se během jejich posledního plánovaného domácího porodu většina žen (79,2 %) při kladení otázek poskytovateli péče cítila dobře. Také při odmítnutí péče, která byla nabídnutá (71 %) a přijmutí možností, které navrhoval jejich poskytovatel péče (76,5 %). Ženy, o které pečovala komunitní porodní asistentka uváděly, že čas poskytnutý během prenatální návštěvy byl dostatečný (77,6 %) a jejich osobní (78,3 %) a kulturní preference (61,9 %) byly respektovány. Podle jejich posledních zkušeností z porodnice souhlasilo 11–18 % žen se stejnými výroky. Osmdesát devět procent žen mělo při posledním porodu v porodnici pocit donucení k přijetí možnosti, oproti tomu jen 30 % žen při posledním domácím porodu. Navíc 25 % žen tvrdí, že s nimi v nemocnici zacházeli špatně, když se jejich názory na možnosti péče lišily. Na rozdíl jen 2 % žen měly stejnou zkušenost při domácím porodu. Při porodech v nemocnici se ženy držely zpátky při kladení otázek i přesto, že chtěly péči, která se lišila od toho, co jim bylo doporučeno (31,3 %). Myslely si, že budou pracovníky obtěžovat svými dotazy (25,9 %) nebo cítily, že poskytovatel péče jejich názor neocení (28,8 %). V porovnání pouze 1–2 % žen to vnímalo stejně při kladení otázek, respektive diskutování o problémech, při domácí péči (Sassine et al., 2021, s. 400).

### **Domácí porody z pohledu otců a dětí**

Jouhki ve své studii uvádí, že otcové se zúčastnili rozhodnutí přivést dítě na svět v domácím prostředí. Při rozhodování bylo matčino přání důležitější než otcův pohled. Po rozhodnutí rodit doma se otcové věnovali podpoře svých partnerek a plnění jejich přání, i když někteří z nich měli výhrady k domácímu porodu. Otcové vnímali, že volba domácího porodu nese riziko ztráty ženy, dítěte nebo obou. Na jedné straně popisovali, že tyto myšlenky rušily jejich spánek, na druhé straně zdůraznili, že povaha porodu má některé prvky, které nelze ovládat a že narození a smrt jsou součástí života. Otcové měli negativní pohled na předchozí zážitky z porodů v nemocnici. Zažívali pocity ztráty vlastní autonomie, stejně jako autonomie ženy. Mnoho otců silně věřilo v přirozenost porodu a cítili, že rutina nemocnice narušuje porodní proces. Domnívali se, že jakákoli opatření a lékařské postupy jsou zbytečné a dokonce nebezpečné. Otcové zdůrazňovali normálnost porodu, že porod není nemoc nebo lékařská událost, a proto měli za to, že není nutné chodit do nemocnice. Věřili, že lidské tělo má vše, co je potřeba pro porod bez jakýchkoli lékařských zákroků. Otcové také připravovali své již narozené děti na příchod jejich sourozenců a sdělovali jim fakta o porodu. Pevně věřili, že účast dětí u porodu spojuje rodinu a snižuje strach dětí z porodu v pozdějším věku. Otcové se cítili dotčeni, když místo gratulací k novému členu rodiny přišla kritika ze strany zdravotníků, příbuzných a známých kvůli místu porodu (Jouhki, Tarja, Päivi, 2015. s. 423-426).

Jouhki zkoumal zkušenosti dětí ve věku od pěti do sedmnácti let, které se zúčastnily domácího porodu svých sourozenců. Všechny děti zahrnuté do této studie se samy rozhodly podílet na narození svého sourozence. Chtěly se zúčastnit a po narození několika sourozenců to považovaly za samozřejmé. Děti nebyly u porodu celou dobu, hrály si venku nebo v jiné místnosti a jen chodily kontrolovat, zda se už dítě narodilo. Mladší děti byly frustrované, zvláště pokud porod trval dlouho, a také když jim nebylo umožněno dělat vše, co chtěly, jako například vlézt do porodního bazénu. Děti se bály o matku, miminko a mladší sourozence u porodu. Neradi poslouchaly sténání matky, myslely si, že něco může být špatně. Jiné děti si uvědomovaly, že bolest k porodu patří, že není nebezpečná, ale nebylo jim příjemné vidět matku v bolestech. Při porodu do vody měly strach, že se miminko utopí. Pro děti bylo důležité, aby mohly pomáhat matce a podporovat mladší sourozence. Byly šťastné, protože mohly pomáhat různými způsoby; např. přinést potřebné věci, zpívat mamince a přestříhnout pupeční šňůru. Děti byly velmi zvědavé na pohlaví sourozence a hned po porodu ho chtěly zjistit (Jouhki et al., 2016 s. 152–154). Od rodičů, porodní asistentky nebo starších sourozenců získaly mnoho informací o porodu. Děti považovaly domov za bezpečné, útulné a lepší místo k porodu než nemocnici. Nemyslí si, že domov je nejlepší místo k porodu pro každého. Například pro ženy, které nejsou zdravé nebo jsou v pokročilém věku. Považují zkušenosti z porodu pro ně jako prospěšné. Uvádí, že není možné, aby se je naučily z knih nebo filmů. Starší děti považovaly domácí porod za možnou volbu do budoucna pro porod jejich dětí. Oslavovaly narození sourozence a vzpomínaly na ten den jako na radostný a šťastný. Účast při porodu sourozence vytvořil mezi nimi bližší a vřelejší vztah. Děti se cítily raněné, když lidem v okolí řekly, že se jejich sourozenec narodil doma. Dospělí jim nevěřili, že byly u porodu, a také byli překvapení, že se dítě narodilo doma (Jouhki et al., 2016 s. 155).

## 4 Domácí porod u nízkorizikových těhotných

Bolten shromáždil data v Nizozemsku od září 2009 do března 2011, rodilo 3 495 nízkorizikových těhotných žen, z nichž 2 050 plánovalo родit doma a 1 445 v porodnici. Data ukazují, že ženy plánující domácí porod častěji porodily spontánně v porovnání s ženami, které plánovaly porod v nemocnici. Také se u nich méně prováděla epiziotomie a méně často využíval oxytocin ve 3. době porodní. Dále u nich s větší pravděpodobností nedocházelo k porušení perinea (Bolten et al., 2016, s. 4). Nebyly žádné rozdíly ukončení porodu neplánovaným císařským řezem nebo vaginálním instrumentálním porodem ani v míře ztráty krve nad 1000 ml. Celkem došlo ke 3 perinatálním úmrtím, z toho jedno bylo ve skupině plánovaného domácího porodu. Výskyt Apgar skóre v 7. minutě po porodu se u obou skupin významně nelišil. Multipary rodící doma měly první dobu porodní kratší než 6 hodin častěji než ve skupině plánovaných nemocničních porodů a méně často měly delší trvání druhé doby porodní. Primipary plánující domácí porod měly delší druhou dobu porodní v porovnání s primipary v porodnici. Ženy rodící doma rodily častěji v jiné poloze než v leže a užívaly méně často farmakologickou úlevu od bolesti. Ženy, které plánovaly domácí porod, byly méně často převedeny do péče vedené porodníkem během porodu nebo přímo po porodu (Bolten et al., 2016, s. 5-10).

V nizozemské studii od Wiegerinck se účastnilo 83 289 žen, z nichž 26 128 zahájilo porod plánovaně doma. Jednalo se o jednočetné těhotenství. Porod začal po ukončení 37. týdnu gestace v letech 2005 až 2008. Byly vyloučeny ženy s císařským řezem v anamnéze a těhotenství s mrtvým plodem anebo s vážnými vrozenými vadami plodu. Celkem bylo hodnoceno 61 případů intrapartálních a novorozeneckých úmrtí, z nichž 37 bylo zahájeno v primární péči neboli v péči porodní asistentky a zbytek v sekundární péči neboli v péči porodníka. (Wiegerinck et al., 2015, s. 1169–1170). U obou skupin byla nejčastější diagnóza mortality asfyxie následovaná infekcí ve skupině domácích porodů a rupturou dělohy ve skupině sekundární péče. Ve skupině sekundární péče byl špatný stav plodu diagnostikován po spontánním porodu ve 42 %, zatímco u 58 % případů dostávala prostaglandiny nebo oxytocin před diagnózou špatné kondice plodu. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v mortalitě mezi primární a sekundární péčí včetně porodů, které byly zahájeny v domácím prostředí. Nevyskytoval se statisticky významný rozdíl v porovnání mezi porody zahájenými pod vedením porodních asistentek v domácím prostředí a v porodnici. Ve skupině primární péče narozdíl od sekundární péče byla poskytnuta nižší míra farmakologické analgezie a nižší

riziko poporodního krvácení, dále bylo nižší riziko manuální lýze placenty a počet epiziotomií (Wiegerinck et al., 2015, s. 1171–1173).

Studie provedená v Austrálii Daviesem-Tuckem hodnotila domácí porody, které proběhly ve státě Victoria v letech 2000–2015. Těhotné byly rozděleny do skupin s nízkým a vysokým rizikem podle Australské organizace porodních asistentek, Australian College of Midwives. Vysoce rizikové těhotenství bylo definováno jako vícečetné těhotenství, potermínové těhotenství ( $>41 + 6$ ), naléhání plodu jinak než hlavičkou, obezita (BMI třída 2 a vyšší), předchozí císařský řez, předchozí operace dělohy, velká multiparita (5 nebo více předchozích porodů), jakýkoli signifikantní zdravotní stav matky např. diabetes, hypertenze, ledvinové, srdeční, jaterní, respirační, endokrinní, imunologické, ledvinové nebo gastrointestinální onemocnění. Ostatní ženy byly klasifikovány jako nízkorizikové těhotenství (Davies-Tuck, 2018, s. 2). Celkem 829 286 žen plánovalo porodit v porodnici, z nichž 701 058 bylo identifikováno jako nízkorizikové, 3 945 plánovalo porodit doma, z nichž 3 202 bylo zařazeno mezi nízkorizikové těhotné, ze kterých 90 % porodilo doma (Davies-Tuck, 2018, s. 2,4). Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v porodu mrtvého plodu a novorozenecké úmrtnosti ani v Apgar skóre v 5. minutě, v hypoxicko-ischemické encefalopatii nebo jiné perinatální morbiditě mezi nízkorizikovými těhotnými ženami, které plánovaly porod doma ve srovnání s těmi, které plánovaly porod v nemocnici. Míra přijetí na novorozeneckou jednotku intenzivní péče byla významně vyšší ve skupině plánovaných domácích porodů (0,44 % k 0,20 %), zatímco míra přijetí na novorozeneckou intermediární jednotku (1,8 % oproti 8,3 %), porodní poranění (1,4 % vs. 6,6 %), intrauterinní hypoxie (1,5 % vs. 5,8 %) a kombinovaná perinatální morbidita (3,6 % vs. 13,4 %) byla výrazně nižší (Davies-Tuck, 2018, s. 4). Došlo k jedné smrti matky, která plánovala родit doma a u dvaceti tří žen, které plánovaly porod v porodnici. Ženy s nízkým rizikem, které plánovaly domácí porod, měly výrazně vyšší pravděpodobnost spontánního vaginálního porodu (94,9 % k 70 %). Pro ženy s nízkým rizikem byl plánovaný domácí porod spojen s výrazně nižší mírou příjmu na jednotku intenzivní péče, těžkým perineální poraněním (1,0 % k 2,0 %), poporodní hemoragii (9,1 % vs. 12,9 %), podáním krevní transfuze (0,3 % oproti 0,7 %), manuální lýzou placenty (0,9 % k 2,5 %) a intrapartálním krvácením (0,1 % vs. 0,4 %). U žen, které plánovaly porod doma, se vyskytovala nižší míra neplánovaného císařského řezu (2,5 % oproti 12,5 %), vaginální instrumentální ukončení porodu (2,5 % vs. 17,5 %), epidurální analgezií (3,2 % vs. 27,5 %) a epiziotomií (2,9 % k 21,2 %) (Davies-Tuck, 2018, s. 4).

Galera-Barbero uvádí, že na Baleárských ostrovech se od roku 1996 do roku 2018 narodilo plánovaně doma 827 dětí pod vedením soukromých porodních asistentek. Po vyloučení žen, které nesplňovaly kritéria na nízkorizikové těhotenství, se vzorek skládal z 820 žen. (Galera-Barbero, Aguilera-Manrique, 2021, s. 3). Celkem 97,1 % porodů proběhlo normálně vaginálně, 2,4 % císařským řezem a 0,5 % instrumentálně vaginálně, 31,44 % porodů trvalo od začátku první doby porodní po ukončení třetí doby porodní méně než 6 hodin. Celkem 75 % těhotných žen neutrpělo žádné perineální trauma a pouze 0,5 % žen ve studii mělo perineální trauma třetího nebo čtvrtého stupně. Úmrtnost matek byla nulová. Více než 99,8 % novorozenců získalo Apgar skóre vyšší než 7 v pěti minutách po narození. Na novorozeneckou jednotku intenzivní péče nebylo přijato žádné dítě. Stejně tak míra porodu mrtvého plodu a časné novorozenecké úmrtnosti byla 0 %, 97 % těhotných mělo porušený vak blan kratší dobu než 18 hodin do porodu, 6,5 % žen, které porodily doma, měly zkalenou plodovou vodu. U 69 % matek došlo ke spontánní ruptuře vaku blan a 15 % porodů vyžadovalo epiziotomii. Celkem 96,3 % účastnic neobdržely intrapartální nebo postpartální medikaci. Výsledky zdraví novorozenců nejsou závislé na paritě matky. Primipary neměly horší zdravotní neonatální výsledky než multipary (Galera-Barbero, Aguilera-Manrique, 2021, s. 5–8).

V Oregonu Snowden mezi lety 2012–2013 hodnotil perinatální morbiditu a mortalitu. U žen, které plánovaly porod mimo nemocnici došlo na 1000 porodů k úmrtí plodu 2,4, k perinatálnímu úmrtí 1,2 a neonatální smrti 1,6. Na rozdíl u těhotných, které plánovaly родit v porodnici, činila na 1000 porodů fetální úmrtí 1,2, perinatální úmrtí 1,8 a neonatální úmrtí 0,6. Přijetí novorozence na jednotku intenzivní péče bylo častější u plánovaného porodu v nemocnici (2,9 %) na rozdíl od plánovaného porodu mimo nemocnici (1,7 %). Porodnické intervence byly častější mezi ženami, které plánovaly родit v nemocnici než u žen, které porodily mimo zdravotnické zařízení (30,4 % vs. 1,5 % pro indukci porodu; 26,4 % vs. 1,1 % pro podporu děložní činnosti u spontánně začatého porodu), 24,7 % žen, které plánovaly родit v porodnici, rodily císařským řezem a 3,5 % mělo vaginální operativní porod, 5,3 % žen, které plánovaly porod mimo nemocnici, porodilo císařským řezem a 1 % vaginálním operativním porodem (Snowden et al., 2015, s. 4). Transfuzi potřebovaly ženy, které nerodily v porodnici o 0,2 % více než ženy, které tam porodily. Apgar skóre v 5 minutách bylo pod 4 u novorozenců narozených v nemocnici u 0,4 % a u narozených doma 0,6 % (Snowden et al., 2015, s. 8).

Halfdansson uvádí, že v letech 2005–2009 proběhlo na Islandu 307 plánovaných domácích porodů, které byly porovnávány s 921 nemocničními porody. (Halfdansson et al., 2018, s. 11) Ve skupině žen, které neměly kontraindikace pro porod mimo porodnici se

vyskytovaly lepší mateřské a neonatální výsledky u žen, které plánovaně rodily doma než u žen, které chtěly родit v nemocnici. Ve skupině žen s fyziologickým těhotenstvím je u domácích porodů ve srovnání s porody v nemocnici méně častější ukončení porodu operativně (4,3 % vs. 7,1 %), nižší využití oxytocinu pro podporu kontrakcí (8,3 % vs. 25,7 %), nižší využití epidurální analgezie (7,6 % vs. 21,5 %) a méně žen má krevní ztrátu nad 800 ml (2,6 % vs. 3,7 %). Apgar skóre v páté minutě je vyšší než 7 u porodu doma (0,7 % vs. 1,6 %), je zde i nižší pravděpodobnost příjmu novorozence na jednotku intenzivní péče (5,8 % vs. 6,7 %). Epiziotomií je v nemocnici více (4 % vs. 5,6 %), ale spontánního poranění bylo více doma (1,8 % vs. 1,3 %). Mateřská morbidita byla v nemocnici větší (11,2 % vs. 7,6 %), stejně tak i neonatální morbidita (13,6 % vs. 10,1 %). Resuscitace novorozence byla třeba více při porodu doma (2,2 % vs. 1,8 %) (Halfdansdottir et al., 2018, s. 13–14).

#### **4.1 Domácí porod u těhotných s definovaným konkrétním rizikem**

Davies-Tuck ve své studii uvádí, že u gravidních žen s určitým rizikem nebyl statisticky významný rozdíl v četnosti porodu mrtvého plodu od žen, které plánovaly porod doma a porod v porodnici. Míra novorozenecké úmrtnosti byla však 7,2krát vyšší u žen, které rodily doma (5,3 na 1000 oproti 0,74 na 1000) a frekvence přijetí na novorozeneckou jednotku intenzivní péče byla také 4krát vyšší. Na rozdíl od míry přijetí na intermediální novorozeneckou jednotku (4,4 % oproti 13,7 %), porodního traumatu (3,1 % k 7,6 %), intrauterinní hypoxie (3,2 % vs. 6,6 %) a kombinované perinatální morbidity (7,8 % oproti 16,9 %) byly významně nižší ve skupině plánovaných domácích porodů. Nevyskytly se žádné statisticky významné rozdíly v Apgar skóre v 5. minutě, hypoxicko-ischemické encefalopatii nebo jiné perinatální morbidity mezi skupinami (Davies-Tuck, 2018, s. 4). Těhotné s určitým rizikem, které plánovaly domácí porod měly výrazně vyšší pravděpodobnost spontánního vaginálního porodu než ty ženy, které plánovaly родit v nemocnici (86,1 % vs. 53,2 %). Také u nich byla signifikantně menší míra poporodního krvácení (14,5 % vs. 19,6 %) a mateřské morbidity (16,7 % k 24,6 %). Dále se u nich provádělo méně porodnických intervencí jako neplánovaný císařský řez (8,9 % vs. 32,4 %), vaginální instrumentální porod (4,6 % vs. 14,4 %), epidurální analgezie (5,4 % k 27,5 %) a episiotomie (4,0 % vs. 15,9 %) (Davies-Tuck, 2018, s. 4,5). Studie Halfdansdottira, která se rovněž zabývala skupinou žen, které rodily doma i přes kontraindikace pro porod mimo porodnici, došla k podobným výsledkům, co se týče nižšího užívání epidurální analgezie a častější příjem novorozence na jednotku intenzivní péče. Údaje se lišily v tom, že docházelo k více operativním porodům, častějšímu poporodnímu krvácení a více dětí mělo v páté minutě Apgar skóre nižší než 7 (Halfdansdottir et al., 2018, s. 13–14). Naproti tomu studie

od Hollowella došla k závěru, že při domácích porodech u těhotných s určitým rizikem se vyskytují významně horší perinatální výsledky než u nízkorizikových těhotných. Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl perinatálních výsledků u těhotných s určitým rizikem mezi porody v porodnici a doma. Tato studie se shodovala v tom, že plánovaný domácí porod byl spojen s nižšími intervencemi a zvýšenou pravděpodobností prožít normální porod v porovnání s porodem v nemocnici (Hollowell et al., 2015, s. 146–147).

Hollander zkoumal motivace a způsob praxe porodních asistentek, které pomáhají rizikovým těhotným při domácím porodu. Porodní asistentky se domnívají, že žena v nemocnici není na prvním místě, jak je ve směrnicích, ale jsou to pokyny. Podle nich v důsledku nárůstu protokolů doporučujících intervence mají ženy méně možností porodu bez zásahu. Personál v nemocnici se bojí soudních sporů, což je činí přehnaně obezřetnými a raději udělají příliš mnoho než příliš málo. Porodní asistentky věří, že upřímnost a důvěra ve vztahu jsou předpoklady pro to, aby šly za hranice protokolů. S klientkami absolvují dlouhé konzultace, naslouchají jejich potřebám a tím budují důvěru potřebnou k tomu, aby byly klientky ochotny následovat rady porodních asistentek v případě nutnosti během porodu (Hollander et al., 2018, s.7, 9). Některé porodní asistentky se snaží přesvědčit rizikové těhotné, aby zašly v jejich doprovodu alespoň na jednu konzultaci do místní nemocnice. Tím dojde k přívětivějšímu přijetí ženy v případě naléhavého převozu během porodu. Porodní asistentky tráví spoustu času pečlivým dokumentováním všech rozhovorů se svými klientkami, a to jak před porodem, tak během něj, protože tato dokumentace pak bude jejich možnou obranou v případě kontroly zdravotní inspekce. Tyto porodní asistentky věří, že je potřeba jejich služeb, protože pravidelná porodní péče zklamala ženy tím, že nenechává dostatek prostoru pro fyziologický porod a neposkytuje dostatečný čas, kontinuitu, flexibilitu a respekt k autonomii. Ženy mají právo na svou tělesnou integritu za všech okolností a mohou odmítnout péči, ale mezitím by jim neměla být odepřena (Hollander et al., 2018, s. 12-13).

## **4.2 Transport do porodnice**

Galera-Barbero ve studii udává, že bylo převezeno do porodnice 10,7 % těhotných, z nichž většina se transportovala během první doby porodní. Mezi hlavní důvody patřilo u 47 % případů zastavení dilatace děložního hrdla nebo zastavení progresu hlavičky plodu, kvůli bolesti se do nemocnice přesunulo 39 %. U 10 % byl nutný transport kvůli fetálním problémům (bradykardie, nízké Apgar skóre). Celkem dvě procenta převodů se uskutečnily kvůli mateřské příčině (intrapartální horečce). Bylo zjištěno, že u primipar je vyšší riziko převozů (Galera-Barbero, Aguilera-Manrique, 2021, s. 6,8).



Hollowell provedl v Anglii studii, která zkoumala data nízkorizikových žen, které rodily mezi lety 2008 až 2010. Hodnotilo se 16 573 žen rodičích v porodním centru, 11 210 v porodním domě, 16 632 plánovaně rodilo doma a náhodný vzorek 19 379 žen rodičích v nemocnici. Primipary měly trvale vyšší míru převozu než multipary. Ženy s nízkým rizikem, které porodily v 37. až 39. gestačním týdnu, měly obecně nižší riziko transportu ve vztahu k ženám, které porodily ve 40. týdnu. Ženy, které porodily mezi 41 + 0 a 42 + 0 měly všeobecně významně vyšší riziko. U primipar se riziko transferu zvyšovalo s věkem matky u porodu v porodních centrech a porodních domech. Přítomnost komplikujících stavů zjištěných na začátku porodu (např. prodloužený odtok plodové vody, zkalená voda) bylo spojeno s významně zvýšeným rizikem transportu. Nebyly zaznamenány žádné významné rozdíly spojené s etnicitou. Medián celkové doby od rozhodnutí o převozu až po přijetí na porodním sále činil 60 minut pro převozy z porodních domů a 49 minut z domácího prostředí. Medián byl o 7–10 minut kratší u naléhavých případů (Hollowell et al., 2015, s. 38–39). Multipary, kterým se při porodu nedostávala podpora blízké osoby, měly vyšší pravděpodobnost převozu než ženy, které byly vdané nebo žily s partnerem (Hollowell et al., 2015, s. 80). Nejčastějším důvodem převozu bez ohledu na paritu bylo zastavení progresu porodu, a to u primipar v 18 % případů, které plánovaly domácí porod a 13 % u porodů v porodních domech. Téměř polovina všech transportů se uskutečnila z důvodu jako je šití perineálního poranění, retence placenty, poporodního krvácení a obav o novorozence (Hollowell et al., 2015, s. 94). Ve skupině plánovaného domácího porodu u těhotných s určitým rizikem byla míra transportů u primipar podobná jako u nízkorizikových primipar. Zatímco multipary patřící do kategorie těhotenství s určitým rizikem měly vyšší pravděpodobnost přemístění do nemocnice než multipary s nízkorizikovým těhotenstvím (Hollowell et al., 2015, s. 142).

Scarf provedl studii v australském státu Novém Jižním Walesu v letech 2000–2012, která se zabývala porody nízkorizikových těhotných. Do studie bylo zahrnuto 496 384 žen, z nichž 464 630 plánovalo родit v porodnici, 29 951 v porodním centru a 1 824 doma. Z primipar, které zamýšlely родit doma, jich 77 % skutečně doma porodilo. Ze zbývajících, které byly transportovány do nemocnice během porodu jich více než polovina porodila normálně vaginálně. Celkově ze všech primipar plánující domácí porod skončilo 5,3 % císařským řezem a 5,1 % instrumentálním vaginálním porodem. Z primipar plánující родit v porodním centru bylo 34 % převezeno do porodnice, z nichž mělo 46 % normální vaginální porod. Ze všech primipar plánující родit v porodním centru jich 6,1 % porodilo císařským řezem a 12,5 % mělo instrumentální vaginální porod. Primipary plánující родit v porodnici jich mělo

23 % instrumentální vaginální porod a 15 % císařský řez. Z multipar plánujících porod doma bylo 7,51 % transportováno do porodnice a 12 % z těch, které plánovaly родit v porodním centru. Ze skupiny plánovaných domácích porodů u multipar porodila 0,08 % císařským řezem a 0,86 % instrumentálním vaginálním porodem, oproti ženám, které plánovaly родit v porodním centru. Tyto údaje činily 0,69 % a 1,04 % v porovnání s ženami plánujícími родit v porodnici 2 % a 4 %. Děti primipar měly vyšší míru přijetí na neonatální jednotku intenzivní péče, přičemž největší podíl pochází od žen, které plánovaly porod v nemocnici (10,1 %). Nejmenší podíl přijatých novorozenců byl po porodech z domácích prostředí (1,7 %), ze skupiny plánovaných porodů v porodním centru bylo přijato 7,1 % novorozenců. Při započítání novorozenců, kteří se narodili v porodnici po převozu z domácího porodu činil celkový příjem dětí na jednotku intenzivní péče 5,1 % ze skupiny plánovaných domácích porodů. Celkově bylo na neonatální jednotku intenzivní péče přijato méně dětí multipar s celkovým počtem přijatých ze skupiny plánovaných domácích porodů 1,6 %, plánovaných v porodním centru 3,6 % a plánovaných v nemocnici 6,3 % (Scarf et al., 2019, s.6). Nejvyšší podíl přijatých kojenců multipar činil u skupiny plánovaných nemocničních porodů následně po porodu ukončeném císařským řezem (Scarf et al., 2019, s.7).

Dánská studie Maimburga se zabývala popisem porodů a neonatálních výsledků u žen, které plánovaně rodily doma. Do studie bylo zahrnuto 268 nízkorizikových těhotných žen, které plánovaně rodily doma. Celkově 28 % žen bylo během porodu nebo po něm převezeno do nemocnice. Z toho bylo převezeno během porodu 75 % a po něm 25 %. Obecně vyšší počet vícerodiček než primipar plánovaly domácí porod (56 % oproti 44 %), avšak více primipar než vícerodiček bylo převezeno do porodnice (80 % oproti 20 %). Děložní činnost se podporovala u 10 % z celkového počtu sledovaných žen. Použití jakéhokoli druhu úlevy od bolesti bylo běžné a využilo se u 72 % žen. Mezi nimi byla pozorována nejvyšší prevalence, a to v 89 % u žen, které byly transportovány do porodnice a 65 % u těch, které rodily doma. Celkem 14 % rodiček mělo zkalenou plodovou vodu. Většina žen zažila spontánní vaginální porod (92 %). Jen 4 % porodů skončily císařským řezem a 3 % instrumentálním vaginálním porodem (Maimburg, 2018, s. 83). Výskyt vaginálních a perineálních trhlin byl nízký; 1 % prodělalo epiziotomii, 3 % měla velkou vaginální trhlinu. Ruptura perinea 1. stupně u žen, které porodily doma, byla u 34 % a u 23 % těch které byly převezeny do nemocnice. Ruptura perinea 2. stupně 65 % k 70 % a 3. stupně 1 % oproti 7 %. Poporodní krvácení větší než 11 se vyskytlo u 4 % žen a u žádné z těch, které rodily doma. Obecně platí, že novorozenci prodělali nekomplikovanou adaptaci na mimoděložní život, 1 % mělo Apgar skóre pod 7 v páté minutě

a méně než 1 % dětí bylo převezeno na neonatální jednotku intenzivní péče. Čtyřicet tři procent žen, které rodily doma, ležely při porodu na zádech, 17 % leželo na boku, 40 % bylo ve vzpřímené poloze (Maimburg, 2018, s. 84).

Ve Velké Británii Rowe přezkoumával 64 perinatálních úmrtí, z toho 30 mrtvě narozených dětí a 34 novorozeneckých úmrtí. Na začátku porodu plánovalo 23 žen родit v porodním centru, 26 v porodním domu a 15 doma. Dvacet osm procent všech žen porodilo na místě, kde plánovaly (Rowe et al., 2020, s. 1667). U 10 z 15 žen plánující porod v domácím prostředí se objevily rizikové faktory během porodu nebo už byly identifikovány během těhotenství. 5 z těchto 10 žen rodily doma navzdory nedoporučení od zdravotnických profesionálů. Celkem bylo do porodnice během porodu převezeno 46 žen, dvě z nich porodily už v sanitce. Z 18 žen, které nebyly převezeny se u 9 z nich nezjistila žádná indikace k převozu a ve zbývajících 9 případech byl v době uvažování o převozu porodnický nález tak pokročilý, že nemohli ženy bezpečně převést. U 46 žen se intermitentně poslouchaly ozvy plodu. U 28 z nich se identifikovaly problémy se srdeční frekvencí plodu. Z 18 žen, které nebyly převezeny během porodu, 11 z nich porodilo v porodním domě nebo doma a resuscitace probíhala pod vedením porodní asistentky. Pro dva z těchto případů se jednalo o dobrou resuscitační péči a neonatální transport, ale v 6 případech byly zjištěny problémy v souvislosti s resuscitací. Mezi problémy patřila nejistota ohledně vedení resuscitace, nejasnosti ohledně toho, jak zařídit převoz a nejasná komunikace o naléhavosti převozu (Rowe, 2020 s. 1669–1671).

Blix (2015) posbíral data o 3068 plánovaných domácích porodech v Norsku, Švédsku, Dánsku a na Islandu, 2922 bylo vícerodiček, 138 mělo v anamnéze předchozí císařský řez. Z celkového počtu porodů bylo 402 převezeno do porodnice během porodu nebo do 72 hodin po porodu. Častěji byly převezeny primipary než multipary. Nejvíce docházelo k převozu z důvodu pomalého postupu porodu jak u prvorodiček, tak i u vícerodiček. Nejčastější mateřskou indikací převozu bylo poporodní krvácení a poranění, které bylo nutné ošetřit porodníkem. Nejčastější neonatální indikací byly dýchací potíže nebo nízké Apgar skóre. Sto šestnáct transportů bylo klasifikováno jako potenciálně urgentní, avšak v 83 případech nebylo nutné lékařské ošetření. Jen 8 žen ukončilo porod císařským řezem a 9 instrumentálním porodem (Blix et al., 2015, 423–425).

### **4. 3 Význam a limitace dohledaných poznatků**

Domácí porody jsou ve většině zemí Evropy ojedinělé. Velkou úlohu v tom hraje stát a zdravotnický systém, který především v naší zemi upřednostňuje porody v nemocnici. V České republice nejsou stanoveny podmínky, které musí být splněny ze strany těhotných a zdravotníků, které o takové ženy pečují. Tyto podmínky by se měly přesně definovat, aby účastníci znali svá práva a povinnosti a tím byli chráněni. Z dohledaných poznatků vyplývá, jaké motivace vedou ženy k rozhodnutí rodit doma. Tyto údaje mohou sloužit zdravotníkům pracujícím v porodnici ke změně svého postoje k rodičkám. Z dohledaných dokumentů plyne, že domácí porody jsou pro ženu i dítě stejně bezpečné jako porody v nemocnici, tedy pokud je matka zdravá a má fyziologické těhotenství.

Limitem této práce je, že většina studií nepochází z České republiky, nýbrž ze zahraničí. V každé zemi nejsou stejně definovány podmínky, které musí splňovat budoucí rodičky, aby se mohly rozhodnout pro porod v domácím prostředí. Další limitací je, že v některých studiích nebyly zahrnuty převozy žen a novorozenců do porodnice, a tak komplikace, které vedly k přesunu, byly zahrnuty mezi komplikace porodů v nemocnici. Určité výzkumy jsou limitovány malými výzkumnými vzorky.

## Závěr

Domácí porody jsou kontroverzním tématem. Cílem mé bakalářské práce bylo předložit a sumarizovat aktuálně dohledatelné publikované poznatky o problematice domácích porodů. Hlavní cíl byl specifikovaný ve třech dílčích cílech.

Prvním dílčím cílem bylo předložit a sumarizovat aktuálně dohledané poznatky o domácích porodech v České republice. V naší zemi jsou domácí porody vzácností. Z žádných zdrojů nelze s přesností zjistit, kolik žen skutečně rodí plánovaně doma. Činnost porodních asistentek v rámci porodu doma není regulována. Ženy si je především vybírají kvůli tomu, aby se vyhnuly rutinním zákrokům, které jsou v porodnicích běžné a také kvůli chování personálu. Dílčí cíl jedna byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo předložit a sumarizovat aktuálně dohledané publikované poznatky o důvodech, které vedou ženy pro zvolení porodu v domácím prostředí. Ženy, které si volí domácí porod jsou často vysokoškolsky vzdělané, vícerodičky a navštěvují předporodní kurzy. Častými důvody rodiček jsou soukromí, svoboda rozhodování a rutinní zásahy v nemocnici. Mezi důvody žen, které se rozhodly pro porod doma poté, co už rodily v porodnici, patřilo mimo jiné také to, že se neoddělily od svých starších dětí, také se jim nelíbilo chování personálu na porodním sálu a na oddělení šestinedělí. Dílčí cíl dva byl splněn.

Třetím dílčím cílem bylo sumarizovat aktuálně dohledané publikované poznatky o bezpečnosti domácích porodů. Autoři se shodují, že ženy rodící doma v druhé době porodní častěji využívaly gravitační polohy oproti ženám rodícím v nemocnici. Dále méně užívaly při porodu farmakoterapii. Vyskytovala se u nich nižší míra porodního poranění, neplánovaného ukončení porodu císařským řezem, instrumentální ukončení porodu a manuální lýzy placenty. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly v porodu mrtvého plodu a novorozenecké úmrtnosti, ani v Apgar skóre v 5. minutě mezi nízkorizikovými těhotnými ženami, které plánovaly porod doma ve srovnání s těmi, které plánovaly porod v nemocnici. U gravidních žen s určitým definovaným rizikem byla míra frekvence přijetí na novorozeneckou jednotku intenzivní péče vyšší u porodů v domácím prostředí než u porodů v porodnici. Dále se autoři shodují, že primipary měly vyšší míru transportu z domácího prostředí do nemocnice než multipary. Nejčastějším důvodem převozu bez ohledu na paritu bylo zastavení postupu porodu. Nejčastější mateřskou indikací převozu bylo poporodní krvácení a poranění, které bylo nutné ošetřit porodníkem. Nejčastější neonatální indikací byly dýchací potíže nebo nízké Apgar skóre. Dílčí cíl tři byl splněn.

Dohledané poznatky mohou být přínosem pro studenty porodní asistence, porodní asistentky a zdravotníky, kteří pracují na porodním sále, dále však také pro všechny, které problematika domácích porodů zajímá. Z informací mohou čerpat ženy, které se rozhodují, kam přivedou na svět své dítě.

## Referenční seznam

BERNHARD, Casey, Ruth ZIELINSKI, Kelly ACKERSON a Jessica ENGLISH, 2014. Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. **59**(2), 160-166 [cit. 2022-11-06]. ISSN 15269523. Dostupné z: doi:10.1111/jmwh.12113

BLIX, Ellen, Merethe H. KUMLE, Karen INGVERSEN, Anette S. HUITFELDT, Hanne K. HEGAARD, Ólöf Á. ÓLAFSDÓTTIR, Pål ØIAN a Helena LINDGREN, 2016. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries – a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. **95**(4), 420-428 [cit. 2023-01-31]. ISSN 00016349. Dostupné z: doi:10.1111/aogs.12858

BOLTEN, N., A. DE JONGE, E. ZWAGERMAN, P. ZWAGERMAN, T. KLOMP, J. J. ZWART a C. C. GEERTS, 2016. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 16(1) [cit. 2022-11-14]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-1130-6

CAMARÓS RUIZ, Paula, 2022. El poder de crear vida: Todo sobre el embarazo, el parto y el posparto, para estar contigo desde el primer día. Madrid: Planeta. ISBN 9788408254720.

CAMPIOTTI, Marta, Rita CAMPI, Michele ZANETTI, Paola OLIVIERI, Alice FAGGIANELLI a Maurizio BONATI, 2020. Low-Risk Planned Out-of-Hospital Births: Characteristics and Perinatal Outcomes in Different Italian Birth Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **17**(8), 1-12 [cit. 2022-11-06]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17082718

ČESKO. Usnesení č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁVA SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné na: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

ČESKO. Vyhláška č.55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Vyhláška č.92 ze dne 26. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012 Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>

ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 22. března 2012 Zákon občanský zákoník. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, s. 12-13. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

DAVIES-TUCK, Miranda L., Euan M. WALLACE, Mary-Ann DAVEY, Vickie VEITCH a Jeremy OATS, 2018. Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **18**(1), 1-8 [cit. 2022-10-25]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-018-1996-6

DURNOVÁ, Anna a Eva HEJZLAROVÁ, 2021. *Domácí porody v Česku: motivace, důvody a názory žen, které rodily plánovaně doma (2015-2020)* [online]. 1-11 [cit. 2022-11-06]. Dostupné z: [https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s\\_vyzkumnazprava\\_Durnova\\_Hejzlarova\\_27\\_1\\_2021.pdf](https://fsv.cuni.cz/sites/default/files/uploads/files/18-10042s_vyzkumnazprava_Durnova_Hejzlarova_27_1_2021.pdf)

GALERA-BARBERO, Trinidad M. a Gabriel AGUILERA-MANRIQUE, 2021. Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(7), 1-13 [cit. 2022-10-30]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18073784

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HALFDANSDOTTIR, Berglind, Ingegerd HILDINGSSON, Alexander Kr. SMARASON, Herdis SVEINSDOTTIR a Olof A. OLAFSDOTTIR, 2018. Contraindications in planned home birth in Iceland: A retrospective cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare* [online]. **15**, 10-17 [cit. 2022-10-16]. ISSN 18775756. Dostupné z: doi:10.1016/j.srhc.2017.11.002

HAUCK, Yvonne, Elizabeth NATHAN, Colleen BALL, Maureen HUTCHINSON, Susanne SOMERVILLE, Janet HORNBUCKLE a Dorota DOHERTY, 2020. Women's reasons and perceptions around planning a homebirth with a registered midwife in Western



Australia. *Women and Birth* [online]. **33**(1), e39-e47 [cit. 2022-11-09]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2018.11.017

HOLLANDER, Martine, Esteriek DE MIRANDA, Frank VANDENBUSSCHE, Jeroen VAN DILLEN, Lianne HOLTEN a Hannah DAHLEN. Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis. *PLOS ONE* [online]. 2019, **14**(7), 1-22 [cit. 2023-02-16]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0220489

HOLLOWELL, Jennifer, Rachel ROWE, John TOWNEND, et al., 2015. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Services and Delivery Research* [online]. **3**(36), 1-264 [cit. 2022-10-30]. ISSN 2050-4357. Dostupné z: doi:10.3310/hsdr03360

JOUHKI, Maija-Riitta, Tarja SUOMINEN a Päivi ÅSTEDT-KURKI, 2015. Supporting and Sharing—Home Birth. *American Journal of Men's Health* [online]. **9**(5), 421-429 [cit. 2023-02-24]. ISSN 1557-9891. Dostupné z: doi:10.1177/1557988314549413

JOUHKI, Maija-Riitta, Tarja SUOMINEN, Kirsi PELTONEN a Päivi ÅSTEDT-KURKI, 2016. Participation in siblings' birth at home from children's viewpoint. *Midwifery* [online]. **34**, 150-157 [cit. 2023-02-16]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2015.11.018

KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana, 2012. Domáci porody v České republice. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. **77**(6), 558-562. ISSN 1210-7832.

MAIMBURG, Rikke Damkjær, 2018. Homebirth organised in a caseload midwifery model with affiliation to a Danish university hospital – A descriptive study. *Sexual & Reproductive Healthcare* [online]. **16**, 82-85 [cit. 2022-11-05]. ISSN 18775756. Dostupné z: doi:10.1016/j.srhc.2018.02.011

MĚCHUROVÁ, Alena, 2013. ODBORNÉ STANOVISKO VÝBORU ČGPS ČLS JEP A VÝBORU SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP K PORODŮM V DOMÁCNOSTI. *Česká gynekologie* [online]. **78**, 1-105 [cit. 2023-03-15]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/bmc13019031>

PROCHÁZKA, Martin, 2020. Porodní asistence. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROWE, R, ES DRAPER, S KENYON, et al., 2020. Intrapartum-related perinatal deaths in births planned in midwifery-led settings in Great Britain: findings and recommendations from the ESMiE confidential enquiry. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. **127**(13), 1665-1675 [cit. 2022-11-02]. ISSN 1470-0328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.16327

Rozsudek Krajského soudu v Plzni, 19.12.2022, 77 A 159/2020, [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: [https://drive.google.com/file/d/1Du3glWr7HIwrDrEfOGN\\_DJ\\_-u7idNKEl/view?fbclid=IwAR3nytepyEPyiuNAfnSf\\_Oodv4foqxP9tcX6tKPnm\\_06gGUCyoU\\_q9Mw3\\_U](https://drive.google.com/file/d/1Du3glWr7HIwrDrEfOGN_DJ_-u7idNKEl/view?fbclid=IwAR3nytepyEPyiuNAfnSf_Oodv4foqxP9tcX6tKPnm_06gGUCyoU_q9Mw3_U)

SCARF, Vanessa L., Rosalie VINEY, Serena YU, et al., 2019. Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **19**(1), 1-11 [cit. 2022-11-05]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-019-2584-0

SJÖBLOM, Ingela, Ewa IDVALL a Helena LINDGREN, 2014. Creating a Safe Haven- Women's Experiences of the Midwife's Professional Skills During Planned Home Birth in Four Nordic Countries. *Birth* [online]. **41**(1), 100-107 [cit. 2023-02-25]. ISSN 07307659. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12092

SNOWDEN, Jonathan M., Ellen L. TILDEN, Janice SNYDER, Brian QUIGLEY, Aaron B. CAUGHEY a Yvonne W. CHENG, 2015. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine* [online]. **373**(27), 2642-2653 [cit. 2022-10-14]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: doi:10.1056/NEJMs1501738

Stanovisko Unie porodních asistentek k porodům mimo zdravotnická zařízení, 2017. In: *UNIPA* [online]. Praha [cit. 2022-10-14]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/stanovisko-unie-porodnich-asistentek-k-porodum-mimo-zdravotnicka-zarizeni/>

SUCHARDOVÁ, Martina a Ladislava RYŠAVÁ, 2022. Fyziologický porod a komunitní porodní asistence. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **29**(4), 358-369. ISSN 1211-1058.

*WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-155021-5.

WIEGERINCK, M.M.J., B.Y. VAN DER GOES, A.C.J. RAVELLI, et al., 2015. Intrapartum and neonatal mortality in primary midwife-led and secondary obstetrician-led care in the

Amsterdam region of the Netherlands: A retrospective cohort study. *Midwifery* [online]. 31(12), 1168-1176 [cit. 2022-11-14]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2015.08.007