

Možné příčiny domácích porodů v Česku

Possible reasons behind home birth in Czech

MUDr. David Karaba

Abstract: In Czech Republic decide some pregnant women to undergo a certain risk as home birth may possibly threaten their fetus. Pregnant woman has her own autonomy. Fetus is a human being with dignity and as such has its basic human rights. Home birth however physiological at first, represents compared to hospital birth certain risk. Despite this risk still some Czech women decide for home birth. This paper tries to find possible reasons behind home birth in Czech Republic.

Key words: home birth – autonomy – pregnant woman – fetus – risk

Abstrakt: V České republice podstupují některé těhotné ženy riziko ohrožující jejich plod tím, že se rozhodují pro porod v domácím prostředí. Těhotná žena má svoji autonomii. Plod je lidskou bytostí s dignitou a disponuje základními lidskými právy. Přestože porod v domácím prostředí, jakkoliv fyziologický, představuje oproti porodu v nemocničním prostředí jisté riziko, některé české ženy se pro něj rozhodují. Tento článek si klade za cíl hledat možné příčiny pro plánované domácí porody v České republice.

Klíčová slova: domácí porod – autonomie – těhotná žena – plod – riziko

ÚVOD

Porody v domácím prostředí jsou předmětem celospolečenské a odborné diskuse. Tato problematika se navíc medializuje a stává se předmětem politických a jiných zájmů. V současnosti není pro oblast plánovaných domácích porodů v České republice vytvořen plně legislativní rámec, který by je umožňoval, případně v průběhu takového porodu zajišťoval zdravotní péči.

Na jedné straně se odborná veřejnost zastoupená například Českou gynekologickou společností o domácích porodech opakovaně vyjadřuje jako o postupu *non lege artis*. Na druhé straně stojí informované těhotné ženy, které chtějí pro sebe a své děti to, co subjektivně vnímají jako nejlepší možný způsob porodu. V současnosti lze pozorovat zvýšený zájem o návrat k domácím porodům, které byly po většinu historie člověka běžnou praxí. Tento narůstající zájem je také hlavním podnětem pro celospolečenskou a odbornou diskusi, která by mohla jednou vést i k úpravám legislativy v této oblasti.

Toto pojednání vychází ze dvou základních předpokladů, a sice:

- 1) Těhotná žena je autonomní bytost.
- 2) Nenarozený plod je lidská bytost s dignitou a disponuje základními lidskými právy.

Cílem článku je diskutovat rizika, která domácí porod pro plod představuje, a dále upozornit na možné motivy, které navzdory postoji většiny odborné veřejnosti vedou některé těhotné české ženy k potencionálnímu ohrožení beneficence plodu svojí volbou místa porodu. Co je tedy k takovému postupu vede? Mají vůbec na takové jednání právo?

1. AUTONOMIE TĚHOTNÉ ŽENY

Žena má svou nespornou autonomii, ať už jako pacientka či jako úplně zdravá lidská bytost. Tato autonomie není nijak umenšena ve fyziologickém stavu těhotenství. Otázkou zůstává, kam až sahá autonomie těhotné ženy a kde vlastně začíná beneficence plodu. O čem všem si může svéprávná těhotná žena svobodně rozhodnout?

Žena má celou řadu nesporných práv. Pokud připustíme, že těhotenství je třeba nějak léčit, pak z lékařského hlediska platí, že žena může zcela rozhodovat o své zdravotní péči a nelze ji jako svobodnou a kompetentní bytost léčit bez jejího souhlasu. Podle článku 16 Úmluvy OSN O odstranění veškerých forem diskriminace žen si může i „zcela svobodně a odpovědně rozhodnout o počtu a době narození svých dětí“.¹ Znamená to, že má těhotná žena i právo rozhodnout si o místě porodu? Nic takového z uvedeného článku 16 přímo nevyplývá. Lze z něj ale odvodit, že žena má právo určit si, zda a kdy otěhotní, podobně zda a kdy těhotenství ukončí. V tomto smyslu by z daného článku šlo nepřímo vyvodit i právo ženy stanovit si, kde a jak porodí.

Co se legislativního rámce domácích porodů týká, v roce 2016 upozornil Evropský soud pro lidská práva ve sporu *Dubská a Krejzová proti České republice* na to, že mezi členskými státy Rady Evropy

¹ Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen [online]. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/umluva-o-odstraneni-vsech-forem-diskriminace-zen-19711/>.

nepanuje shoda v otázce domácích porodů s tím, že ve 20 státech je varianta plánovaného domácího porodu zakotvena ve vnitrostátním právním řádu, zatímco ve 23 není regulována vůbec či je upravena nedostatečně. Zároveň se v tomto konkrétním případě vyjádřil v tom smyslu, že článek 8 Úmluvy o právu na soukromý a rodinný život v sobě sice nezahrnuje právo na domácí porod jako takové, ale že výběr místa porodu je a má být posuzován jako nedílná součást soukromého života ženy.²

V roce 2016 publikovala Světová zdravotnická organizace prohlášení o Prevenci a odstranění poškozování a nedostatku respektu při porodu ve zdravotnických zařízeních.³ V roce 2018 dále vydala doporučení ohledně důstojné mateřské péče.⁴ V těchto dokumentech mimo jiné jasně argumentuje, že právo ženy na reprodukční zdraví v sobě zahrnuje i právo na důstojný porod.

Autonomie těhotné ženy se kromě všech zmíněných práv opírá i o celou řadu dalších faktorů jako jsou mimo jiné: její vlastní potřeba rozhodovat, míra informovanosti a vlastní zkušenost předchozích těhotenství a porodů.

2. DIGNITA PLODU

Otázka, od jakého momentu nabývá plod plně statusu osoby, je dnes předmětem mnoha teoretických diskusí. Tyto diskuse mohou mít zcela závažné praktické dopady a mohou se stát i důležitými premisami například pro ústavní rámec problematiky domácích porodů. Z hlediska našeho práva je konkrétně právo na život nenarozeného dítěte chráněno jen v omezené míře. Česká těhotná žena může totiž podstoupit potrat podle její libosti i bez jakékoliv zdravotní indikace, a to do 12. týdne těhotenství.⁵ V tomto ohledu stát jasně staví svobodnou volbu ženy před právo na život již počatého dítěte. Ve světle našeho současného zákonodárství je pak zajímavé uvažovat, jak se to vlastně má se začátkem života a osobnostními právy plodu, když na jedné straně lze libovolně život plodu do 12. týdne ukončit, což se zdá být „politicky korektní“ a většinovou společností přijatelné, a na druhou stranu se zde vedou spory o to, zda má ta stejná žena právo zvolit si místo porodu. Kdy tedy začíná život a jeho ochrana? Kde začíná dignita plodu?

V zásadě lze předeslat, že nejde o jednoznačně uzavřenou diskusi. V tuto chvíli zde existují argumenty a teoretická východiska napříč nejrůznějšími obory od teologie, genetiky, embryologie, až po filosofii. Všeobecný konsenzus ohledně toho, jaký status má nenarozený plod, tak dosud chybí.

² Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva z 15. 11. 2016 publikován pod č. stížnosti 28859/11 a 28473/12 věc *Dubská a Krejzová proti České republice*.

³ WHO. *Prevence a odstranění poškozování a nedostatku respektu při porodu ve zdravotnických zařízeních* [online]. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_cze.pdf?sequence=33.

⁴ WHO. *Recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth* [online]. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-respectful-maternity-care-during-labour-and-childbirth>.

⁵ Platná právní úprava vychází ze zákona č. 66/1986 Sb., o umělému přerušování těhotenství a z prováděcí vyhlášky č. 75/1986 Sb.

Názorové spektrum tak lze například nahlížet nomenklaturou filozofické antropologie, kdy je možné pozorovat dva vyhraněné názory zvané ontologický personalismus a empirický funkcionalismus.⁶

1) *Ontologický personalismus* – lidské embryo je považováno za lidskou osobu již od početí (katolická církev například podporuje tento názor tvrzením o bezprostřední animaci zygoty).

2) *Empirický funkcionalismus* – plod se stává osobností v průběhu intrauterinního vývoje, tedy až od okamžiku, kdy lze empiricky ověřit určitý stupeň jeho vývoje.

Mezi další názorové proudy se dále patří zmínit *gradualismus*, který sice přiznává plodu určitý morální status, ale stále ne ucelený. Zároveň nestanovuje přesně okamžik, ve kterém se plod stává plně osobností se všemi příslušnými právy. V jistém smyslu lze pak dokonce logikou gradualismu embryo v různých okamžicích vývoje připodobnit k jiným organismům na stejné úrovni rozumu v té které konkrétní chvíli.⁷

Samostatnou názorovou kapitolu tvoří *animalismus*, který z našich bioetiků zastává David Černý. Animalismus se vymezuje vůči antropologickému dualismu tím, že vychází z premisy, že člověk je z podstaty neoddělitelně duchovní a zároveň i biologické individuum. Člověk je tak od vzniku zygoty po celou dobu své existence až do okamžiku smrti lidskou osobou s právy. Jinými slovy: „*Lidské embryo představuje plnohodnotného individuálního člena lidského druhu, od svého vzniku až do smrti, je osobou obdařenou základními lidskými právy, a mělo by se proto k němu takto přistupovat.*“⁸

Pro zjednodušení a účely tohoto článku budeme vycházet z předpokladu, že plod je lidskou osobou, a proto disponuje základními lidskými právy, ať už jsou mu přisouzena od okamžiku početí či v průběhu intrauterinního vývoje.

3. RIZIKO DOMÁČÍHO PORODU

Budeme-li vycházet z předpokladu, že plod je osobou, která má právo na život, pak se musíme zabývat i otázkou, zda je jeho beneficence rozhodnutím matky rodit doma skutečně ohrožena. Jak moc veliké riziko představuje porod v domácím prostředí pro plod?

Na napětí mezi svobodou těhotné ženy a bezpečím a zdravím dítěte poukazuje i nález Ústavního soudu ze dne 24. července 2013, sp. zn. I. ÚS 4457/12: „*Nelze zajisté vyloučit, že i klidně probíhající fyziologický porod se může rychle změnit; předpokládat všechny možnosti a reagovat na ně v poměrně značném předstihu by de facto muselo vést k naprostému vyloučení možnosti tzv. domácích porodů. Tu Ústavní soud připomíná, že moderní demokratický a právní stát je založen na ochraně individuální a nedotknutelné svobody, jejíž vymezení úzce souvisí s důstojností člověka. Tato svoboda, jejíž součástí je i svoboda v osobních věcech, které člověk činí, je doprovázena určitou mírou přijatelného rizika. Právo na svobodnou volbu místa a způsobu porodu z hlediska rodičů je limitováno jen zájmem na bezpečném*

⁶ LAJKEP, T. Status lidského embrya z hlediska filozofické antropologie. *Scripta bioethica*. 2003, roč. 3, č. 4, s. 4–10.

⁷ SINGER, P. *Spisy o etickom životě*. Bratislava: VSSS, 2008.

⁸ ČERNÝ, D. – JURIGOVÁ, M. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR – CEVRO Institut, 2011.

porodu a zdraví dítěte. Tento zájem však nelze jednoznačně vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních.⁹

Z výše uvedeného vyplývá, že ústavní soud si je plně vědom, že i jakékoliv fyziologické těhotenství, a tedy i fyziologický porod, se může kdykoliv v průběhu (a to i u těhotných žen s nízkým rizikovým profilem) z nepředvídatelných příčin zkomplikovat. Otázkou zůstává, co je oním zmiňovaným přijatelným rizikem? A rizikem přijatelným pro koho? Jde o riziko přijatelné pro těhotné informované ženy nebo o riziko přijatelné pro odbornou veřejnost? Pro zákonodárce? Výše citovaný výrok Ústavního soudu úvahu uzavírá tím, že právo na svobodnou volbu místa a způsobu porodu je limitováno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte. A co když je to právě místo porodu, kterým těhotná žena vyjadřuje zájem na bezpečí a zdraví dítěte?

Navzdory tomu, že lze v kohortových studiích porovnávat například neonatální mortalitu, výsledná data mají jen malou výpovědní hodnotu. Ukazuje se totiž, že kohorty žen rodící v domácím prostředí nejde nikdy plně srovnávat s kohortou žen rodících v nemocničním prostředí. Zřejmě proto, že nikdy nepůjde o totožnou skupinovou strukturu žen.¹⁰ Navíc budou studie vždy nutně zatíženy absencí kontrolní skupiny. Neboli jedna těhotná žena není s to porodit stejné dítě dvakrát, a to jednou v nemocnici a podruhé v domácím prostředí, zároveň vždy ze svobodného rozhodnutí, které navíc vychází z jejího systému hodnot a její míry odpovědnosti a informovanosti.¹¹

Příkladem studie, která se pokusila (navzdory výše uvedeným metodologickým limitům těchto studií) porovnat rizika a výhody domácích porodů vzhledem k nemocničním je americká přehledová studie,¹² jejímž výsledkem je, že v přehledu 55 dostupných studií z 10 různých vyspělých zemí v letech 2004–2014 nebyl pozorován nárůst neonatální morbidity či mortality u plánovaných domácích porodů oproti porodům v nemocničním prostředí, a pro těhotné ženy naopak v těchto studiích znamenal plánovaný domácí porod mnohem méně intervencí a komplikací v porovnání s porodem v nemocničním prostředí. Ženy rovněž vykazovaly subjektivně větší spokojenost s prožitkem porodu.

Tyto zahraniční studie ovšem nemění nic na stanovisku některých českých gynekologů, kteří varují před porody v domácím prostředí a označují je za postup v rozporu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, a tedy postup *non lege artis*. Zároveň s tím označují výhody domácího porodu jako „pochybné“. V tomto smyslu se vyjádřila vědecká rada České lékařské komory a předtím i Česká gynekologická společnost.¹³ Výsledkem je, že za dané situace stát nemůže pro probíhající a nijak neukončenou diskusi těhotným ženám zajistit zdravotní péči v domácím prostředí.

⁹ Nález Ústavního soudu, 24. 7. 2013, sp. zn. I. ÚS 4457/12.

¹⁰ KŘEPELKA, P. – VELEBIL, P. Bezpečnost domácích porodů a medicína založená na důkazech. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 6, s. 555–558.

¹¹ MATĚJEK, J. Domácí porody, odpovědnost těhotné ženy a plánovaná účast zdravotníka. *Pediatric pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 2, s. 109–110.

¹² ZIELINSKI, R. – ACKERSON, K. – KANE LOW, L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*. 2015, No. 7, s. 361–377.

¹³ ČLK. *Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti* [online]. 8. 3. 2012 [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307.

Je nesporné, že komplikace v průběhu porodu jsou zcela nepředvídatelné, ať už se jedná o plánovaný porod doma nebo o porod v nemocničním prostředí. I kdyby tedy rizika spojená s porodem v domácím prostředí vyšla ve studiích například srovnatelně či lépe v porovnání s porody v nemocničním prostředí, nic to nemění na faktu, že porod v domácím prostředí v případě komplikací představuje v České republice vždy větší riziko než porod v nemocnici. Důvodem je to, že stát u plánovaných porodů doma nezajišťuje zdravotní péči a ženy jsou tak odkázány samy na sebe.

Na druhou stranu je třeba podotknout, že jakkoliv je v současné české legislativě téma plánovaných domácích porodů dosud neuzavřeným tématem, nedopouští se žena svobodnou volbou porodu doma žádného protiprávního jednání.¹⁴ Z uplatnění tohoto „práva“ plyne ovšem i jistá „povinnost“ nést za svoje jednání i patřičnou odpovědnost, a to zejména v případě komplikací a z nich plynoucích případných zdravotních následků pro dítě.

Z proběhlých právních sporů vyplývá, že stát za zdravotní komplikace dítěte v důsledku rozhodnutí matky родit v domácím prostředí nenese žádnou odpovědnost. Otázkou ovšem zůstává, zda stát nabízí nějakou jinou možnost než porod v nemocničním prostředí a jaké jsou okolnosti, za jakých by jiné možnosti připustil a nabízel.

3.1. MOŽNÉ PŘÍČINY DOMÁCÍCH PORODŮ

Vezmeme-li v úvahu absenci legislativního rámce, který by státu poskytl prostor pro zajištění zdravotní péče při plánovaném porodu doma, dále opětovně negativní vyjádření českých odborníků k dané problematice a současně jisté riziko v případě komplikací při porodu, které nikdy nelze stoprocentně minimalizovat či předvídat, nabízí se otázka: Proč tedy těhotná žena uvádí plod navzdory všemu již uvedenému do rizika? Proč záměrně rodí doma? Případně čemu se chce porodem doma vyhnout? Má jinou možnost než родit doma? Pokud těhotná žena uvažuje racionálně a je dostatečně informovaná, co ji vede k tomu, aby riskovala zdravím a životem svého dítěte?

3.2. AUSTRALSKÉ STUDIE

Odpovědi na tyto otázky hledaly dvě australské studie. V Austrálii je situace obdobná té v ČR. Porod v domácím prostředí není podporován ani ze strany státu a ani ze strany odborné veřejnosti. Výsledkem je, že jsou ženy v případě plánovaného domácího porodu nuceny родit samy, případně s neregistrovanými pracovníky poskytujícími pomoc při porodu (například doly, bývalé či soukromé porodní asistentky etc.). Ze závěrů první studie z roku 2017 (E. C. Rigg et al.) vyplývá, že většina žen, které se rozhodly pro porod doma, měly předchozí traumatizující zkušenost s nepružným zdravotnickým systémem při nerespektování jejich porodního přání a preferencí. Porod v nemocničním prostředí popsaly jako neosobní a opomíjející ženu jako stěžejní součást porodu.

¹⁴ TELEČ, I. Porody ve vlastním sociálním prostředí. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. 3. 3. 2018 (akt. 21. 11. 2019 [cit. 2020-06-19]). Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/porody-ve-vlastnim-socialnim-prostredii-podle-prava/>.

Nemocniční porod je dle jejich tvrzení zaměřený na lékařské intervence a postupy, které vycházejí z obav medicínského personálu a neberou v potaz rodičku jako takovou.¹⁵

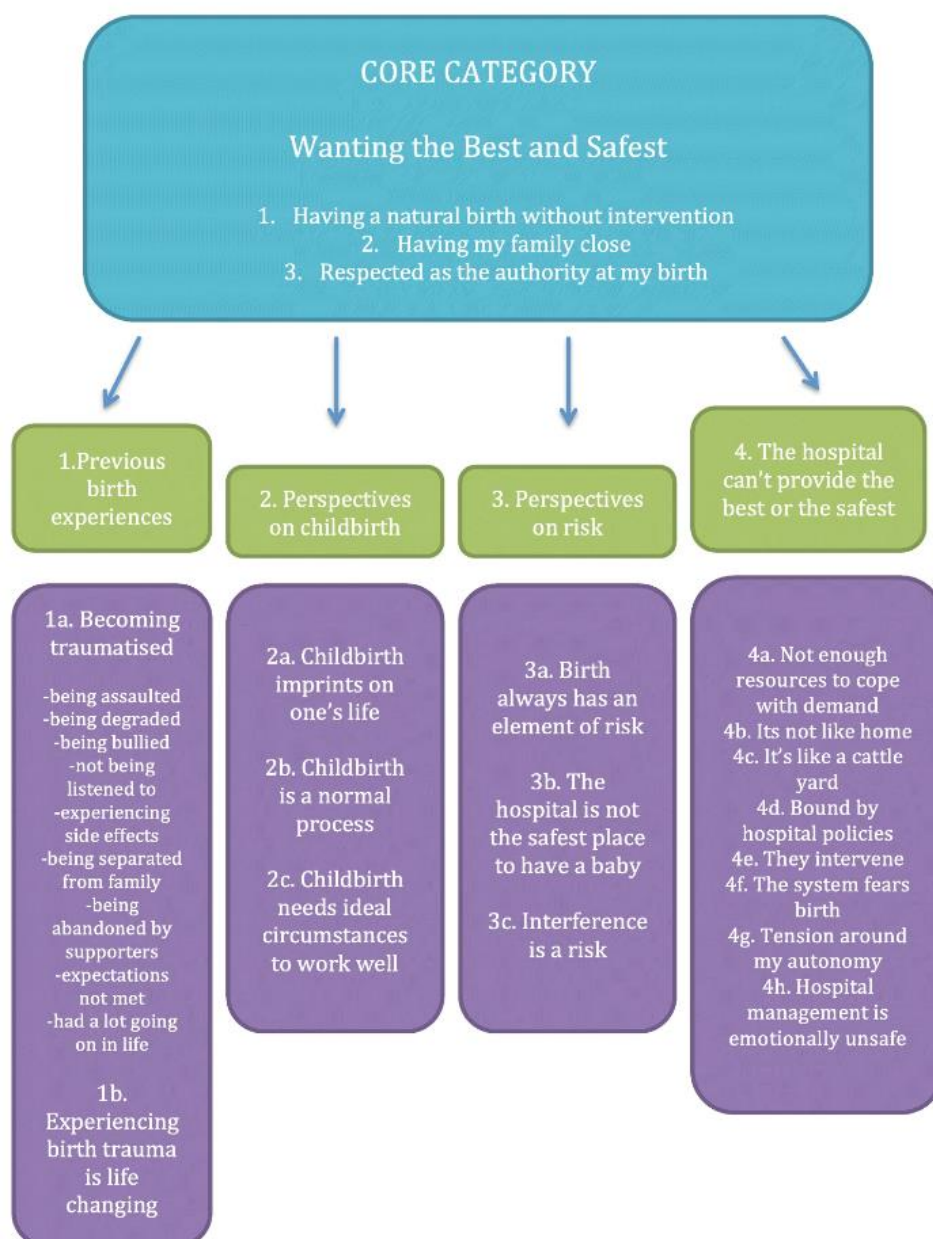
K podobným závěrům dospěla i druhá studie z roku 2020 (M. K. Jackson et al.), kde se jako rozhodující faktor pro rozhodnutí matek родit mimo zdravotnický systém jeví nedostatek lidského přístupu v nemocnicích. Ženy vnímaly nemocniční prostředí jako emocionálně nebezpečné a považovaly porod v nemocničním prostředí za větší nebezpečí a trauma způsobující zkušenost než fyziologický porod ve vlastním domácím prostředí. Ženy zahrnuté v této studii vyjadřovaly potřebu kontrolovat okolnosti svého porodu a subjektivně vnímaly plánovaný porod v domácím prostředí jako nejlepší a nejbezpečnější způsob porodu v porovnání s nemocničním porodem. Jejich motivy shrnuje obrázek níže.¹⁶

¹⁵ RIGG, E. C. – SCHMIED, V. – PETERS, K. – DAHLEN, H. G. Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017, 17, No. 1, s. 99.

¹⁶ JACKSON, M. K. – SCHMIED, V. – DAHLEN, H. G. Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020, 20, No. 2, s. 254.

Fig. 1

From: Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia



3.3. ČESKÁ STUDIE

Studie podobné těm australským zaměřené na domácí porody, respektive v širším smyslu přesná statistika a empirická data ohledně domácích porodů v České republice, nejsou zatím dostupné. Určitou představu o tom, že se u nás situace kolem domácích porodů od té v Austrálii moc neliší, ukazuje průzkum v českém prostředí (C. Begley et al.) publikovaný v časopise *Reproductive Health*. Dotazník vyplnilo 52 respondentek, z toho porodních asistentek 50 % a dalších 46 % asistujících jak u domácích porodů, tak i u porodů v českých nemocnicích (celkem v 51 nemocnicích). Cílem bylo posoudit, do jaké míry je respektována autonomie žen při porodu v nemocničním prostředí oproti porodům v domácím prostředí.

Výsledek studie ukázal, že v českých nemocnicích jsou rozšířené praktiky, které nemají oporu v nejnovějších vědeckých poznatcích, nejde je tedy řadit do tzv. „*evidence based medicine*“ a lze argumentovat, že v tomto smyslu nejsou ani postupem *lege artis*. Mezi tyto postupy, které respondentky uvedly jako vyskytující se u porodů v nemocnici „vždy“ a „často“, patří: kontinuální CTG (kardiotokografie) během porodu a rozhodnutí činěná pouze na základě CTG, vyžadování vyholení okolí vagíny (perinea) či podávání klystýru na začátku porodu, horizontální poloha při porodu či nabádání k zadržování dechu při tlačení. Mezi další závažné okolnosti porodu v nemocničním prostředí popsaly dvě z respondentek například praxi, kdy jsou ženě nohy přivázané ke gynekologickému lehátku.

Studii lze jistě namítat, že vzorek 52 respondentek není volen zcela objektivně, ale přesto tato studie jako vůbec první dává nahlížet do subjektivního vnímání rodiček při porodech v nemocničním a domácím prostředí. Tyto výsledky jistě nelze zevšeobecňovat na všechny porodnice. Přesto jde o zprávu z 51 porodnic, což představuje zhruba polovinu všech v ČR. Studie uzavírá, že popsané rozšířené praktiky představují nedůstojné jednání, ubližují fyzicky i emocionálně a mohou ponechat ženy s celoživotním traumatem.¹⁷

3.4. MOŽNÉ HISTORICKÉ PŘÍČINY

3.4.1. MEDICINALIZACE TĚHOTENSTVÍ A FYZIOLOGICKÉHO PORODU

Těhotenství je fyziologický stav, nejde o nemoc. Podobně i porod může být fyziologický, jak například rozlišuje i české ministerstvo zdravotnictví.¹⁸ Těhotenství není nemoc, a přesto je doménou medicíny, která se za normálních okolností zabývá pouze patologiemi. Jak a kdy k tomuto posunu došlo?

Mnoho autorů, kteří se zabývají historií porodů, a porodnictví poukazuje na skutečnost, že od pradávna ženám při porodu pomáhaly vždy ženy. Laické veřejnosti jsou tyto „porodní asistentky“ minulosti známé jako „porodní báby“. Fyziologický porod po většinu historie člověka probíhal v domácím prostředí, kde dosud v drtivé většině případů i začíná. Tehdejší porodní asistentky, stejně

¹⁷ BEGLEY, C. – SEDLICKA, N. – DALY, D. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive Health*. 2018, Vol. 15, No. 1, s. 198.

¹⁸ MZ ČR. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. 2007, únor. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9272&typ=application/pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%202-2007.pdf>.

jako porodní asistentky dneška, asistovaly při porodu těhotným ženám a nikoliv lékařům. Až do 2. poloviny 19. století totiž rodily jen ženy se ženami.¹⁹ Pak postupně nastává zlom, kdy se u porodů čím dál tím více objevují lékaři-muži. S příchodem lékařů nastupuje například i éra porodů probíhajících v horizontální poloze, které převládají v nemocích dodnes, jakkoliv se WHO snaží upozornit na nevhodnost této polohy. Podobně si lze klást otázku, zda postupy jako například vyžadování vyholení okolí vagíny či podávání klystýru na začátku porodu, sledují beneficenci těhotné ženy nebo spíše nemocničního personálu. Medicinalizace porodů vede také k čím dál větším intervencím a nemalým dílem přispívá například i k narůstající četnosti císařských řezů ve vyspělých zemích.²⁰

3.4.2. PŘEVLÁDAJÍCÍ PATERNALISTICKÝ PŘÍSTUP V OBORU PORODNICTVÍ VE VZTAHU LÉKAŘ–PACIENT

S výše uvedeným historickým vývojem souvisí i skutečnost, že po dlouhou dobu, zejména po většinu 20. století, byly porody dominantou mužů. V celé medicíně byl také tehdy ve vztahu lékař–pacient jasně nastaven tzv. paternalistický přístup. V tomto období lékař spíše z pozice autority s vědomostní převahou diktuje pacientovi, co a jak má dělat, aniž by ho bral jako rovnocenného partnera v diskusi. Výše uvedená studie z českého prostředí nasvědčuje tomu, že v oboru porodnictví ještě stále plně nedošlo k posunu vztahu mezi lékařem a pacientem, označovanému jako tzv. sdílené rozhodování. V tomto modelu lékař plně respektuje hodnotový systém pacienta a snaží se pro něj najít nejlepší možné řešení v rámci postupů *lege artis*, což je pro pacienty jistě příhodnější.

Na jedné straně je pro naši dobu příznačné, že jsou-li práva a svobody ženy ohroženy, může to vést k lavině soudních procesů v celé západní společnosti a k celospolečenskému jevu označovanému jako „MeToo“. To je situace, kdy pro předmět žaloby stačí, aby žena subjektivně vyhodnotila, že došlo k nedovolenému zásahu do její intimity či narušení její tělesné integrity přímým fyzickým dotykem nebo nepřímo nevhodným jednáním či ústními projevy ze strany muže.

Na druhou stranu v současnosti dochází k zásahům do intimity a tělesné integrity těhotných žen, které přestože podstupují fyziologický porod bez patologií, jsou nuceny rodit v nemocničním prostředí, kde mohou být vystaveny nepříjemným situacím a zásahům. Ty mohou být potenciálně natolik traumatické, že jsou v mnohém minimálně srovnatelné s předmětem žalob v kauzách „MeToo“.

ZÁVĚR

České ženy uvádějí své plody rozhodnutím rodit v domácím prostředí do rizika, které je těžké předem určit. Toto riziko vychází mimo jiné ze skutečnosti, že český stát pro porody v domácím prostředí nezajišťuje zdravotní péči a ta nemá ani svoji podporu v současné české legislativě. Studie, které by jasně upřednostnily domácí porody jako ty s menším rizikem nebo lepšími výsledky, nejsou dostačující. Ženy, které se rozhodnou rodit v domácím prostředí, přesto toto riziko podstupují. Možné příčiny pro jejich jednání lze spatřovat v předchozí negativní až traumatizující zkušenosti s prvním

¹⁹ MARKS, L. – BORST, G. CH. *Catching babies: The professionalization of childbirth, 1870-1920*. Cambridge, Mass. – London: Harvard University Press, 1995.

²⁰ PILAR BETRÁN, A. – YE, J. – MOLLER, A.-B. – ZAHNG, J. – GÜLMEZOGLU, A. M. – TORLONI, M. R. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *Plos One* [online]. 5. 2. 2016 [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343#authcontrib>.

porodem v nemocničním prostředí, která pak vede k nedůvěře a k vyhodnocení možného rizika pro plod jako méně závažného než vystavení se možnému nepříjemnému zacházení při porodu v nemocničním prostředí. Alternativa typu porodní dům nejsou v České republice rozšířené a kvůli jejich nedostupnosti tak těmto ženám nezbyvá než podstoupit riziko, za které musí nést samy odpovědnost.

REFERENČNÍ SEZNAM:

BEGLEY, C. – SEDLICKA, N. – DALY, D. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive Health*. 2018, Vol. 15, No. 1, s. 198.

ČERNÝ, D. – JURIGOVÁ, M. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR – CEVRO Institut, 2011.

ČLK. *Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti* [online]. 8. 3. 2012 [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do%5BloadData%5D=1&itemKey=cz_99307.

JACKSON, M. K. – SCHMIED, V. – DAHLEN, H. G. Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020, 20, No. 2, s. 254.

KŘEPELKA, P. – VELEBIL, P. Bezpečnost domácích porodů a medicína založená na důkazech. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 6, s. 555–558.

LAIKEP, T. Status lidského embrya z hlediska filozofické antropologie. *Scripta bioethica*. 2003, roč. 3, č. 4, s. 4–10.

MARKS, L. – BORST, G. CH. *Catching babies: The professionalization of childbirth, 1870-1920*. Cambridge, Mass. – London: Harvard University Press, 1995.

MATĚJEK, J. *Domácí porody, odpovědnost těhotné ženy a plánovaná účast zdravotníka. Pediatrie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 2, s. 109–110.

MZ ČR. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. 2007, únor. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9272&typ=application/pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%202-2007.pdf>.

Nález Ústavního soudu, 24. 7. 2013, sp. zn. I. ÚS 4457/12.

PILAR BETRÁN, A. – YE, J. – MOLLER, A.-B. – ZAHNG, J. – GÜLMEZOGLU, A. M. – TORLONI, M. R. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *Plos One* [online]. 5. 2. 2016 [online]. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343#authcontrib>.

RIGG, E. C. – SCHMIED, V. – PETERS, K. – DAHLEN, H. G. Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017, 17, No. 1, s. 99.

Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva z 15. 11. 2016 publikován pod č. stížnosti 28859/11 a 28473/12 věc *Dubská a Krejzová proti České republice*.

SINGER, P. *Spisy o etickom životí*. Bratislava: VSSS, 2008.

TELEC, I. Porody ve vlastním sociálním prostředí. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. 3. 3. 2018 (akt. 21. 11. 2019). [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/porody-ve-vlastnim-socialnim-prostredi-podle-prava/>.

Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen [online]. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/umluva-o-odstraneni-vsech-forem-diskriminace-zen-19711/>.

WHO. *Prevence a odstranění poškození a nedostatku respektu při porodu ve zdravotnických zařízeních* [online]. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_cze.pdf?sequence=33.

WHO. *Recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth* [online]. [cit. 2020-06-19]. Dostupné z: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-respectful-maternity-care-during-labour-and-childbirth>.

ZIELINSKI, R. – ACKERSON, K. – KANE LOW, L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*. 2015, No. 7, s. 361–377.