

## A szülés helyszínének megítélése a 21. században: részvizsgálat az intézményen kívüli szülés motivációjáról

### ABSZTRAKT

A szülés folyamata, és helyszíne mindig is foglalkoztatta a családokat, hiszen a szülés helyszínének megválasztása komplex döntési folyamat, amelyet nemcsak objektív, hanem erősen szubjektív tényezők, akár az egyéni értékrendszer vagy felelősségérzet is formálnak. Az intézményi szülés csak a 20. században vált általánossá, korábban kizárólag a tehetősebbek engedhették meg maguknak az orvos jelenlétét a folyamat során. A szüléseket többnyire bábák kísérték, akik szükség esetén segítséget hívtak. 1847-ben a higiéniai szabályok bevezetése – például Semmelweis Ignác munkássága nyomán – jelentősen csökkentette a gyermekágyi láz miatti halálozásokat, így biztonságosabbá vált a szülés mind otthon, mind a kórházakban. Magyarországon csak 2011-ben született hivatalos szabályozás az intézményen kívüli szülésről, amely pontosan meghatározza, kik, és milyen feltételek mellett választhatják ezt a lehetőséget. A védőnői, szülésznői munka során kihívást jelent az intézményen kívüli szüléssel kapcsolatos kérdések megválaszolása, hiszen a témában tájékozott családok gyakran határozott értékpreferenciák mentén hozzák meg döntéseiket. A vizsgálat célja az volt, hogy felmérjük az intézményen kívüli szülést választók motivációját, kérdéseiket. Emellett megvizsgáltuk a magyar, és egyes európai országok szabályozását, továbbá a védőnők és az otthoni szülésben jártas szakemberek ismereteit és információforrásait.

### ABSTRACT

The process and setting of childbirth have always been matters of interest for families, as choosing the place of birth is a complex decision shaped not only by objective factors but also by strongly subjective ones, including individual value systems and sense of responsibility. Institutional birth became widespread only in the 20th century; previously, only the wealthy could afford the presence of a physician during childbirth. Births were typically attended by midwives, who called for assistance when necessary. In 1847, the introduction of hygienic practices—most notably through the work of Ignaz Semmelweis—significantly reduced mortality caused by puerperal fever, making childbirth safer both at home and in hospitals. In Hungary, official regulation of out-of-hospital birth was introduced only in 2011, clearly defining who may choose this option and under what conditions. For health visitors and midwives, addressing questions related to out-of-hospital birth poses a professional challenge, as well-informed families often make decisions based on strong value preferences. The aim of this study was to assess the motivations and questions of those opting for out-of-hospital birth. In addition, we examined the regulations in Hungary and selected European countries, as well as the knowledge and information sources of health visitors and professionals experienced in homebirth.

10.14232/ACTASANA.2025.2.7-16

### KULCSSZAVAK

intézményen kívüli szülés, védőnői és szülésznői ismeretek

**S Z E R Z Ő I  
INFORMÁCIÓ** Veliczky  
Rebeka<sup>1\*</sup>, Anicka Alexandra<sup>2\*</sup>,  
Dinnyés Katalin Julianna<sup>3</sup>, Nagy-  
Grócz Gábor<sup>4#</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem,  
Egészségtudományi és Szociális  
Képzési Kar

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Szülészeti  
és Nőgyógyászati Klinika

<sup>3</sup>Szegedi Tudományegyetem,  
Egészségtudományi és Szociális  
Képzési Kar, Egészségmagatartás-és  
fejlesztés Szakcsoport

<sup>4</sup>Szegedi Tudományegyetem,  
Egészségtudományi és  
Szociális Képzési Kar,  
Elméleti Egészségtudományi  
és Egészségügyi Menedzsment  
Tanszék

\*A szerzők egyenlő mértékben  
vettek részt a munka elkészítésében.

#Levelező szerző:  
nagy-grocz.gabor@szte.hu

## Bevezetés

Az intézeten kívüli szülést leggyakrabban otthonszülésként említik, amely tervezetten, megfelelő szaksegítséggel, egészségügyi intézményen kívül történik. Európai összehasonlításban az elmúlt 10 évben Hollandiában, Dániában és Németországban volt a leggyakoribb az otthonszülés, és ezekben az országokban nem mutattak ki magasabb csecsemőhalálozást (Galková et al., 2022; de Jonge et al., 2015, Birthplace in England Collaborative Group et al., 2011, Jensen et al., 2017). Több európai ország támogatja azt a gondolatmenetet, miszerint ott a legkönnyebb szülni, ahol biztonságban érzi magát az ember, és ez véleményük szerint ez a hely nem kizárólag a kórház lehet. Kiemelten fontosnak tartják, hogy az újszülött egy olyan környezetbe érkezzen, amely a lehető legnyugodtabb és csökkenti a szüléssel járó stressz mértékét. (Gillen, Bamidele & Healy, 2023, Reitsma et al., 2020). Magyarországon jelenleg nem állnak rendelkezésre egységes, állami szintű statisztikák sem a tervezett, sem a nem tervezett intézményen kívüli szülésekről. Az Életfa Bábapraaxis rendelkezésre álló adatai alapján azonban az otthonszülések száma az utóbbi években növekvő tendenciát mutat, és megközelíti az 1%-ot (1. ábra), miközben a kórházban befejezett esetek aránya továbbra is alacsony (Életfa Bábapraaxis, n.d.).



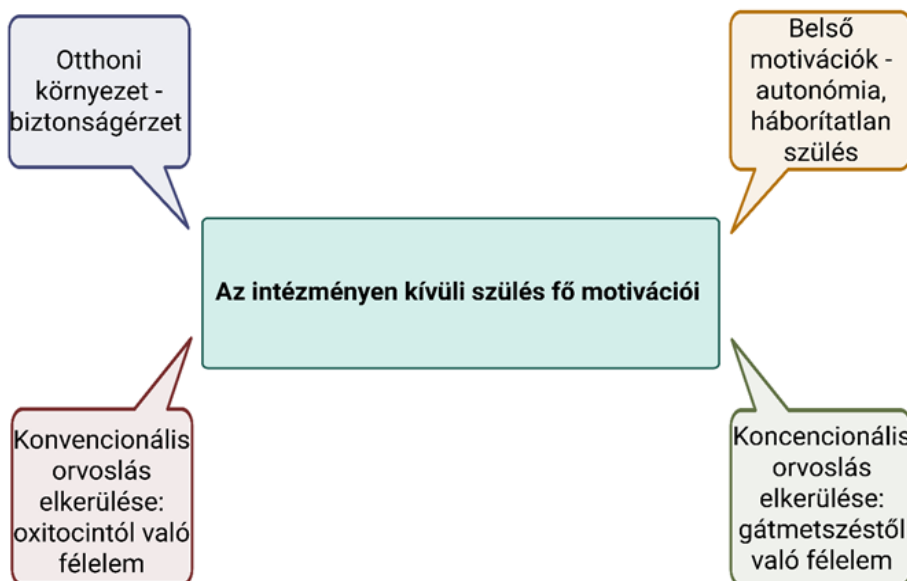
1. sz. ábra

*Az intézményen kívüli (otthonszülések) és az élveszületések száma Magyarországon 2012 és 2020 között. Az ábra saját készítésű, az elérhető KSH adatok, és a Bábapraaxis adatai alapján, a Biorender szoftver segítségével készült.*

Kutatások igazolják, hogy az egészséggel kapcsolatos döntéseket erőteljesen meghatározza, hogy az egyén milyen forrásból szerzi információit, és milyen mértékben képes azokat kritikusan értékelni. A magasabb egészség tudatosság és egészségérték jelentősen növeli a hiteles, szakmai források használatát, míg a bizonytalanabb értékorientációjú csoportok gyakrabban támaszkodnak laikus vagy közösségi médiában elérhető tartalmakra (Dinnyés, 2018; Chen et al., 2018; Dinnyés et al., 2019; Nakayama et al., 2022). Ez arra utal, hogy az információs környezet minősége alapvető szerepet játszik abban, hogy a várandósok miként viszonyulnak az intézményen belüli és kívüli szülés lehetőségeihez.

Magyarországon 2011-ben született meg az első átfogó, hivatalos szabályozás az otthoni szüléssel kapcsolatban. A szabályozás alapja a 35/2011. (III. 21.) kormányrendelet, amely meghatározza az intézményen kívüli szülés feltételeit, kizáró okait és szakmai szabályait. Intézményen kívüli szülést csak engedéllyel rendelkező bábapraxis végezhet, felsőfokú végzettségű szülésznő vagy szülész-nőgyógyász vezetésével. A várandós legkésőbb a 36. hétig jelezheti szándékát, a választott helyszín pedig legfeljebb 20 percre lehet a háttérkórháztól. A szülés csak szövődménymentes terhesség esetén, 37–41. hét között, megfelelő higiénés és tárgyi feltételek biztosításával engedélyezett. A szabályozás egyértelműen rögzíti a kizáró tényezőket, ilyenek többek között például bizonyos anyai betegségek, korábbi szülészeti komplikációk, vagy a magzat koponyavégű fekvése. A bábák nem alkalmazhatnak gyógyszereket orvos nélkül, és minden komplikáció, vagy eltérés esetén a háttérkórházba való azonnali szállítás szükséges. A szülés után a felelős személy gondoskodik a szükséges vizsgálatokról, az értesítési és dokumentációs kötelezettségek teljesítéséről, valamint a gyermekorvosi és védőnői ellátás folytonosságáról. Az intézményen kívüli szülés nem része a társadalombiztosítás által finanszírozott ellátásoknak, így a költségeket a család viseli.

Megvizsgálva a korábbi tanulmányokat kijelenthető, hogy az intézményen kívüli szülést választó nők motivációjának háttérében főként a 2. ábrán szereplő tényezők jelennek meg. Nemzetközi és hazai kutatásokban egyaránt domináns, a kórházi és az otthoni szülési ellátási modell közti legmarkánsabb különbségeket tükrözik ezen tényezők (beavatkozás-intenzitás, autonómia, pszichés biztonság) (Galera-Barbero & Aguilera-Manrique, 2022, Gillen, Bamidele & Healy, 2023, Murray-Davis et al., 2012, (Descieux, et al. 2017)). (2. ábra).



2. sz. ábra

*Az intézményen kívüli szülés fő motivációi. Látható, hogy döntően az intézményi szüléstől való félelem az, amely az intézményen kívüli szülés irányába mozdítja el az azt választó nőket (Descieux, et al. 2017). Az ábra a BioRender szoftver segítségével készült. saját készítésű, az elérhető KSH adatok, és a Bábapraxis adatai alapján, a Biorender szoftver segítségével készült.*

A szüléssel kapcsolatos döntések háttérében nemcsak orvosi vagy biztonsági megfontolások állnak,

hanem mélyen gyökerező értékek és attitűdök is. A helyszín megválasztása az egészségtudatosság egyik típusa is lehet, amelyet a szakirodalom szerint az egyéni értékrendszer, a társadalmi normák, valamint a biztonságról alkotott szubjektív kép együttesen formál (Rokeach, 1973; Schwartz, 2012). Az értékalapú döntéshozás hangsúlyossá válik olyan élethelyzetekben, mint a szülés, ahol a várandós nők önállósága, kontrolligénye és személyes biztonságérzete egyszerre van jelen.

Európában az intézményen kívüli szüléssel kapcsolatban hasonló szabályozási környezet alakult ki.

Angliában a szakemberek hozzáállása megosztott: a szülésznők támogatóak, az orvosok és gyermekorvosok inkább ellenzik (McNutt et al., 2014). Bár minden várandósnak joga van dönten a szülés helyéről, az otthonszülések aránya 3% alatt marad. Csak alacsony rizikójú terhességnél lehetséges ily módon az otthonszülés kivitelezése, és kötelező a szülésznő jelenléte (Hollowell et al., 2016).

Csehországban szintén 3% alá tehető az intézményen kívüli szülések aránya, mindig két szakember van jelen, a háttérkórház akár 30 perc távolságra lehet (Galková et al., 2022).

Franciaországban csak komplikációmentes terhességnél engedélyezett, kizáró okok például a hipertónia, a diabétesz, a toxémia, a farfekvés és az ikerterhesség. Az intézményen kívüli szülések aránya 10% felett van (Galková et al., 2022).

A legalacsonyabb otthonszülési arány Lengyelországban található, ahol évente mindössze körülbelül 120 otthonszülést regisztrálnak.

Lengyelországot Olaszország követi, ahol az otthonszülések aránya mindössze 0,1% az összes szüléshez képest. Ebben a tekintetben Olaszország hasonló a nyugat-európai országokhoz: a páciensek szabadon választhatják az otthonszülést, de ez a lehetőség nem különösebben népszerű (Galková et al., 2022).

A nemzetközi és hazai kutatások azt mutatják, hogy a nők egészségmagatartása tudatosabb és a családi döntésekben, így a szülés helyszínének megválasztásában is meghatározó szerepet tölthetnek be. Mindezek alapján feltételezhetjük, hogy a nők magasabb egészségtudatossági szinttel, stabilabb értékrendszerrel és erősebb mintaadó szereppel rendelkeznek (Dinnyés, 2018; Dinnyés et al., 2019; Courtenay, 2000).

## **Célkitűzés**

Jelen tanulmány célja az volt, hogy feltérképezze a szüléshez kapcsolódó legfontosabb szempontokat, különös tekintettel a biztonságérzet szerepére, valamint felmérje az intézményen kívüli szülés preferenciáit a válaszadók körében. Emellett vizsgálni kívántuk a védőnők és az intézeten kívüli szülés iránt érdeklődők ismereteit az intézményen kívüli szülés szabályozásáról.

## **Anyagok és módszerek**

A kutatás kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálati elrendezésben valósult meg, önkitöltős online kérdőív alkalmazásával. Az adatgyűjtés egy 32 tételt tartalmazó, magyar nyelvű Google Forms úrlapon keresztül történt. A kérdőív otthonszüléssel foglalkozó közösségi média-csoportokban, és egy védőnőknek fenntartott online felületen volt elérhető. Összesen 100 fő töltötte ki a kérdőívet; 18 védőnő és 82, egészségügyi végzettséggel nem rendelkező személy. A kérdőív nyitott és zárt kérdésekből állt (21 zárt, 11 nyitott), amelyek célja a részletes vélemények, tapasztalatok feltérképezése volt. A demográfiai adatokon túl a

kérdések az információforrásokra, a személyes érintettségre, az intézeten kívüli szülés támogatására, vagy ellenzésére, a vonatkozó jogszabályok ismeretére, az otthonszülés mellett, vagy ellen szóló tényezőkre, valamint a szabályozottsággal való elégedettségre, és a hiteles információforrásokra koncentráltak. Az adatok feldolgozásához alap leíró statisztikai próbákat, ill. khi-négyzet próba analíziseket végeztünk. Minden változópár esetében 2 dimenziós keresztábrát hoztunk létre, majd kiszámítottuk a khi-négyzet értéket, szabadságfokot, és a hozzá tartozó p-értéket.

## Eredmények

A vizsgálatban részt vevő 100 főből 98 nő és 2 férfi, többségük 20–40 év közötti korosztályba tartozott. A kitöltők többsége, 82% városban él és 72% felsőfokú végzettséggel rendelkezik. A válaszadók 65%-a nem rendelkezik otthonszüléshez kapcsolódó végzettséggel (szülész-nőgyógyász, szülésznő), ugyanakkor 50%-uk szült már intézményen kívül, ami személyes érintettségre és releváns tapasztalatra utal. A szignifikáns kapcsolatok a biztonságérzethez és az információforrásokhoz kötődnek.

### *A szülés helyszínének megítélése*

A megkérdezettek 95%-a végzettségétől függetlenül úgy ítélte meg, hogy a szülés helyszíne meghatározó jelentőségű a gyermek későbbi fejlődése szempontjából. Az „Ön szerint hol a legjobb szülni?” kérdés és a biztonságérzet között erősen szignifikáns összefüggést találtunk (3. ábra). Azok, akik biztonságosabbnak tartják a kórházi környezetet, nagy arányban jelölték meg a kórházat ideális szülési helyszíneként. Ezzel ellentétben, akik az otthonszülést biztonságosnak, vagy természetesebbnek ítélik, nagy arányban jelölték meg az otthont, születésközpontot vagy alternatív helyszínt. Az eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a szubjektív biztonságérzet és a preferált szülési hely erősen összefügg.

Mutató	Érték
$\chi^2$	1264,53
df	532
p	$1,59 \times 10^{-61}$
Szignifikancia	$p < 0,001$

3. ábra: A legjobb szülési hely, és a biztonság kapcsolata.

### *Az információs források és az intézményen kívüli szüléshez való hozzáállás kapcsolata szülés helyszínének megítélése*

Az intézményen kívüli szülésről származó információk forrása és a szüléssel kapcsolatos biztonságérzet között erősen szignifikáns kapcsolat mutatkozott (4. ábra). Azok, akik szakemberektől (bábától, dúlától, egészségügyi személyzettől) szereznek információt, magasabb arányban tartják az intézményen kívüli szülést biztonságosnak, részletesebb és árnyaltabb ismeretekkel bírnak a szabályozásáról, feltételeiről, kockázatairól. Ezzel szemben, akik internetről, vagy nem szakmai forrásból tájékozódnak az

intézményen kívüli szüléssel kapcsolatban, gyakrabban bizonytalanok, és egyértelműen kórházhoz kötődő biztonságérzetet mutatnak.

Összegezve, a tájékozódás minősége erős előre jelzője az intézményen kívüli szüléssel kapcsolatos véleménynek. A hiteles, szakmai forrásból származó információk nagyobb biztonságérzetet és realisabb kockázatértékelést eredményeznek.

Mutató	Érték
$\chi^2$	45,05
df	21
p	0,0017
Szignifikancia	$p < 0,01$

4. ábra: Az információforrás és az intézményen kívüli szüléssel való kapcsolat.

### ***Otthoni szülési tapasztalatok hatása a véleményre***

Az otthoni szülési vizsgálatok tapasztalata kapcsán a „született már otthon gyermeke?” kérdés nem áll szignifikáns összefüggésben a biztonság megítélésével (5. ábra). Bár az intézményen kívüli szülést személyesen megtapasztaló válaszadók magas arányban biztonságosnak tartják az intézményen kívüli szülést, a kapcsolat nem tekinthető szignifikánsnak. Feltételezhetjük, hogy biztonságérzetet nem feltétlenül a személyes tapasztalat alakítja, hanem inkább más tényezők.

Mutató	Érték
$\chi^2$	35,96
df	28
p	0,1437
Szignifikancia	nem szignifikáns

5. ábra: A korábbi intézményen kívüli szülés és a biztonság megítélése közötti kapcsolat.

### ***A védőnők és az intézményen kívüli szülés iránt érdeklődők ismeretei***

Eredményeink egyértelműen azt mutatják, hogy nem mutatkozott különbség a védőnők által beérkezett válaszok és a laikus kitöltők válaszai között az intézményen kívüli szüléssel kapcsolatos kérdésekben. A helyes és helytelen válaszok aránya mindkét csoportban hasonlóan alakult. Ennek hátterében állhat egyrészt az, hogy a nem egészségügyi végzettségű kitöltők érdeklődnek a téma iránt, így alaposan utánajártak a kérdéseknek, így saját tapasztalataik és az ehhez kapcsolódó célzott információkeresés hozzájárulhatott ismereteik bővüléséhez. Másrészt az is lehetséges, hogy a gyakorló védőnők nem rendelkeznek megfelelő tudással az intézményen kívüli szüléssel kapcsolatban.

## Összefoglalás

Eredményeinket összefoglalva egyrészt azt láthatjuk, hogy az intézményen kívüli szülés az európai országok között jelentős különbségeket mutat mind szabályozási, mind szakmai, mind pedig finanszírozási szempontból.

Angliában a tervezett otthonaszülés régóta integrált része az állami egészségügyi rendszernek, amelyet finanszíroz is az állami ellátás (National Health Service (NHS) irányelvek). A gyakorlatban a szülésznők vezetik az otthonaszületeket, és a rendszer nagy hangsúlyt fektet a gyors, szervezett kórházi átadás lehetőségére. Az angol modell tehát széles körben támogatott, jól integrált, de a gyakorlati hozzáférés helyenként korlátozott lehet.

Csehországban az intézményen kívüli szülés szabályozása sokkal bizonytalanabb, és gyakran korlátozóbb jellegű. A szakmai felelősség és a jogi háttér nem egyértelmű, az otthoni szülést kísérő szülésznők jogállása pedig nem teljesen rendezett az egészségügyi ellátórendszerben (Königsmarková, 2021). Több európai bírósági eset is rávilágított arra, hogy a szülésznők jogai és a nők otthonaszüléshez való hozzáférése nem biztosított egyértelműen (European Court of Human Rights, 2016). A gyakorlatban emiatt az otthonaszülés nehezebben elérhető, és kevésbé intézményesült, mint Magyarországon vagy Angliában.

Franciaországban az otthonaszülést jogilag lehetővé teszik a képesített szülésznők számára, azonban az ellátás rendszere nem egységes és régióként jelentősen eltérhet. Hiányoznak az országosan kötelező, részletes normák, és a szakmai szervezetek évek óta sürgetik egy egységes protokollrendszer kidolgozását (Sestito, 2017). A francia modell tehát elvben nyitott az intézményen kívüli szülésre, de gyakorlatilag kevésbé centralizált és kevésbé szabályozott, mint a magyar modell.

Lengyelországban az otthonaszülés gyakorlata létezik, és a szülésznők fontos szereplői a tervezett otthonaszületeknek. A jogi keretei nem olyan részletesek, mint Magyarországon, és az ellátás döntően magánfinanszírozású, mivel a nemzeti egészségbiztosító általában nem finanszírozza a tervezett otthonaszülést (Poland's National Health Fund (NFZ), 2020). A szülésznők felkészültsége és felelőssége meghatározott, de az ellátás rendszerbe integráltsága kisebb, és az átadás-átviteli protokollok is kevésbé egységesek országosan (Strózik et al, 2023).

Összességében elmondható, hogy a magyar szabályozás a részletességét és intézményesített jellegét tekintve Anglia és a kevésbé szabályozott közép-európai modellek között helyezkedik el. Anglia rendelkezik a legintegráltabb, állami rendszerbe ágyazott otthonaszülés-moddal, míg Csehországban az otthonaszülés hozzáférése és szabályozása a leginkább bizonytalan. Franciaország és Lengyelország köztes helyet foglal el: a szülésznők szerepe meghatározó, azonban az ellátás nem teljesen egységes, gyakran regionális és finanszírozási korlátokkal terhelt.

Vizsgálatunk eredményei arra is rámutatnak, hogy a szülés helyével kapcsolatos vélemények alakulását elsősorban nem demográfiai tényezők vagy a személyes tapasztalat, hanem a biztonságról alkotott kép és az információs környezet minősége befolyásolja. A szülési hely preferenciája szorosan kötődik ahhoz, hogy a válaszadók hol érzik nagyobbnak a biztonságot: akik a kórházi ellátásban bíznak, a kórházat tartják ideálisnak, míg akik a természetességet, vagy az autonómiát értékelik, nyitottabbak az intézményen kívüli lehetőségekre. Ez arra utal, hogy a szülés helyének megítélésében a biztonság nem objektív kockázati tényezők mentén szerveződik, hanem érzelmi és értékalapú konstrukcióként jelenik meg. Az információforrások szerepe különösen meghatározó: a szakmai alapú, hiteles információkhoz jutó csoport aránytalanul látja az intézményen kívüli szüléssel kapcsolatos feltételeket és kockázatokat, és nagyobb

bizalommal fordul felé. Ezzel szemben a nem szakmai, vagy felszínes információforrásokra támaszkodók gyakrabban bizonytalanok, és erősebben kötődnek a kórházi biztonság narratívához. Ez a különbség azt jelzi, hogy a közbeszédben és a médiában megjelenő, gyakran leegyszerűsítő diskurzus jelentősen alakítja az attitűdöket, és erősítheti az intézménycentrikus szemléletet. Érdekes módon a személyes otthonszülési tapasztalat önmagában nem alakít ki egyértelműen eltérő biztonságérzetet, ami arra utal, hogy a saját élmény hatása nem írja felül a társadalmi narratívákat, vagy a kulturálisan beágyazott elképzeléseket a szülés biztonságáról. A biztonságérzet tehát nem csupán tapasztalat, hanem szélesebb társadalmi és információs kontextus eredménye. Összességében a kutatás rámutat, hogy a szüléssel kapcsolatos döntések nem elsősorban gyakorlati vagy tapasztalati, hanem kulturális, információs és pszichológiai tényezők mentén szerveződnek. A szakmai tudás elérhetősége kulcsszerepet játszik abban, hogy a nők hogyan értelmezik az intézményen belüli és kívüli szülés lehetőségeit, és milyen mértékben érzik azokat legitim, biztonságos vagy elfogadható választásnak.

## Irodalomjegyzék

Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L., & Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343, d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)

Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., & Orom, H. (2018). Health literacy and use and trust in health information. *Journal of Health Communication*, 23(8), 724–734. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>

Descieux, K., Kavasseri, K., Scott, K., Parlier, B. A. (2017). Why Women Choose Home Birth: A Narrative Review. *MAHEC Online Journal of Research*, 3(2), 1-10.

Dinnyés, K. J. (2018). A férfiak és nők egészségesélyei az életmód tükrében. In Karlovitz, J. T. (Eds.) *Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből*. Komárno, Szlovákia: International Research Institute, 153-158. <https://doi.org/10.18427/iri-2018-0020>

Dinnyés, K. J., Pusztafalvi, H. & Tarkó, K. (2019). A férfiak és nők egészségmagatartásának összefüggése a házastársi, élettársi és elvált családi állapottal. *Módszertani Közlöny (Újvidék)*, 11 (1), 36-63. [http://magister.uns.ac.rs/files/kiadvanyok/modszertanikozlony/mk2019\\_9.pdf#page=37](http://magister.uns.ac.rs/files/kiadvanyok/modszertanikozlony/mk2019_9.pdf#page=37)

de Jonge, A., Geerts, C. C., van der Goes, B. Y., Mol, B. W., Buitendijk, S. E., & Nijhuis, J. G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(5), 720–728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13084>

Életfa Bábapraxis. (n.d.). Statisztika. Retrieved from <https://babapraxis.hu/statisztika/>

European Court of Human Rights. Case of Dunská and Krejzová v. the Czech Republic. (Applications nos. 28859/11 and 28473/12). (2016). Judgment. Strasbourg.

Galera-Barbero, T. M., & Aguilera-Manrique, G. (2022). Women's reasons and motivations around planning a home birth with a qualified midwife in Spain. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2608–2621. <https://doi.org/10.1111/jan.15225>

Galková, G., Böhm, P., Hon, Z., Heřman, T., Doubrava, R., & Navrátil, L. (2022). Comparison of frequency of home births in the member states of the EU between 2015 and 2019. *Global Pediatric Health*, 9, 2333794X211070916. <https://doi.org/10.1177/2333794X211070916>

Gillen, P., Bamidele, O., & Healy, M. (2023). Systematic review of women's experiences of planning home birth in consultation with maternity care providers in middle to high-income countries. *Midwifery*, 124, 103733. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103733>

Hollowell, J., Li, Y., Malouf, R., & Buchanan, J. (2016). Women's birth place preferences in the United Kingdom: A systematic review and narrative synthesis of the quantitative literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 213. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0998-5>

Jensen, S., Colmorn, L. B., Schroll, A. M., & Krebs, L. (2017). Quality assessment of home births in Denmark. *Danish Medical Journal*, 64(5), A5367.

Königsmarková, I. (2012). Homebirth in Czech Republic. *Ceska Gynekol.* 77(6): 558-562.

McNutt, A., Thornton, T., Sizer, P., Curley, A., & Clarke, P. (2014). Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. *Midwifery*, 30(7), 839–846. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.007>

Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L., & Hutton, E. (2012). Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 28(5), 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.013>

Nakayama, K., Kaneko, M., Ayaya, S., Ishikawa, H., & Takeuchi, T. (2022). Associations between health literacy and information evaluation and decision-making skills in Japanese adults: Cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22(1), 1644. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13892-5>

National Health Service (NHS) irányelvek, <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/where-to-give-birth-the-options/>

Poland's National Health Fund (NFZ). (2020). Maternity Care In Poland: What The Options Are And How To Decide On A Birth Plan. *ExpatFocus*. [https://www.expatfocus.com/poland/articles/maternity-care-in-poland-what-the-options-are-and-how-to-decide-on-a-birth-plan-6284?utm\\_source](https://www.expatfocus.com/poland/articles/maternity-care-in-poland-what-the-options-are-and-how-to-decide-on-a-birth-plan-6284?utm_source)

Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 21, 100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>

Rokeach, M. (1969). The Role Of Values In Public Opinion Research. *Public Opinion Quarterly*, 32 (4), 547-559.

Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2 (1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116>

Sestito, R. (2017). Home births in France: the invisibility of license revocations by the National Council of Midwives. *Anthropologie & Santé*. 15. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2798>

Strózik, M., Wiciak, H., Szarpak, L., Wroblewski, P., Smereka, J. (2023). EMS Interventions during Planned Out-of-Hospital Births with a Midwife: A Retrospective Analysis over Four Years in the Polish Population. *J Clin Med*. 12(24):7719. <https://doi.org/10.3390/jcm12247719>