



Intervence v případech domácího násilí

Manuál pro zdravotníky



Intervence v případech domácího násilí

Manuál pro zdravotníky

Autoři: PhDr. Branislava Marvánová Vargová

Doc. MUDr. Ladislav Horák, Dr.Sc.

Mgr. Jaroslav Pekara,

JUDr. Iva Pavlíková, PhD.

Spolupráce ROSA: Marie Vavroňová, Zdena Prokopová

Spolupráce Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.: Mgr. Eva Marková, Ph.D.,

MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Fotografie na obálce: Bc. Michaela Hrubá

© ROSA – centrum pro ženy, z.s., Praha, 2016

Manuál pro zdravotníky: Intervence v případech domácího násilí vznikl v rámci projektu „STOP NÁSILÍ PRO ZDRAVOTNICTVÍ“

Projekt Rosy „Stop násilí pro zdravotnictví“ podpořila Nadace Open Society Fund Praha z programu Dejme (že)nám šanci, který je financován z Norských fondů. Partnerem ROSY v projektu je Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Projekt podpořila Nadace Open Society Fund Praha z programu Dejme (že)nám šanci, který je financován z Norských fondů. Prostřednictvím Norských fondů přispívá Norsko ke snižování sociálních a ekonomických rozdílů a posílení vzájemné spolupráce v Evropě. Podporuje především ochranu životního prostředí, výzkum a stipendia, rozvoj občanské společnosti, péči o zdraví, děti, rovnost žen a mužů či zkvalitnění justice. Program Dejme (že)nám šanci podporuje rovné příležitosti žen a mužů v pracovním i osobním životě a prevenci a pomoc obětem domácího násilí v České republice. Spravuje ho Nadace Open Society Fund Praha, která od roku 1992 rozvíjí hodnoty otevřené společnosti a demokracie v České republice.

The Project is being supported by the Open Society Fund Prague from the Let's Give (Wo)men a Chance programme, financed from Norway Grants. With Norway Grants, Norway contributes towards a reduction in economic and social disparity and the strengthening of mutual cooperation in Europe. It promotes, above all else, environmental protection, research and scholarships, civil society development, health care, children, gender equality and an improvement in the efficiency of justice. The Let's Give Women a Chance programme promotes equal opportunities for women and men both in their work and personal lives as well as prevention and help for victims of domestic and gender-based violence in the Czech Republic. It is operated by the Open Society Fund Prague, which has been developing values of open society and democracy in the Czech Republic since 1992.

Cílem projektu Stop násilí pro zdravotnictví je přispět k prevenci a snížení výskytu domácího násilí a zvýšení informovanosti o této oblasti mezi pomáhajícími zdravotními profesemi. Naplnění cílů je postaveno na komplexním vzdělávání klíčových profesí (pedagogové a studenti zdravotnických a lékařských škol), prevenci, a výzkumu. Výstupem projektu jsou: vzdělávací modul včetně e-learningových materiálů na www.stopnasili.cz a stránkách www.vszdrav.cz, instruktážní videa pro nelékařské zdravotnické profese (sestry, záchranáři), tento vzdělávací manuál. Součástí ročního projektu (1.5.2015 – 30.4.2016) bylo školení pedagogů a studentů zdravotních škol, včetně možností praxe a odborných konzultací s pracovníci poradenského centra a vedení bakalářských prací. Komplexní vzdělávací modul s e-learningovými materiály mohou využívat i další relevantní školy, studenti, nemocnice a profese ve zdravotnictví.

The project aims to help prevent and reduce the incidence of domestic violence and raise awareness of the area among helping health professionals. Fulfillment of the objectives is based on a comprehensive education of key professions (teachers and students of health and medical schools), prevention, and research. The outcomes of the project are following: training module including e-learning materials (www.stopnasili.cz and www.vszdrav.cz), instructional videos for paramedical professions (nurses, paramedics), manual, trainings of teachers and students of medical schools, including the possibility of experience and expertise with the workers of counseling center, conducting undergraduate work. This training module is offered also to other medical schools, students, hospitals and health professions.

Obsah

I.	Definice, slovníček používaných pojmů	5
II.	Úvod do problematiky domácího násilí	6
	Formy domácího násilí	7
	Charakteristika násilné osoby	9
	Charakteristika oběti domácího násilí a důsledky domácího násilí na zdraví a prožívání oběti	10
	Sekundární vitimizace	14
	Mýty o domácím násilí	15
	Děti, svědci domácího násilí	18
III.	Role zdravotníků při prevenci a pomoci obětem domácího násilí	22
	Základní principy pomoci obětem domácího násilí	23
	Kompetence a postup zdravotníků při řešení případů domácího násilí	24
	Identifikace případů domácího násilí	24
	Vytvoření bezpečného prostředí a vedení rozhovoru s obětí	27
	Primární podpora obětem domácího násilí	29
	Dokumentace zranění a symptomů	32
	Vedení zdravotnické dokumentace	34
	Identifikace rizikových faktorů	43
	Vypracování bezpečnostního plánu	46
	Shrnutí kompetencí zdravotníků	47
IV.	Právní minimum pro zdravotníky	48
V.	Prevence násilného chování vůči zdravotníkům	55
	Násilí ve zdravotnictví – mezi zdravotníkem a pacientem	55
	Deeskalace násilí zdravotníkem při kontaktu s násilným pacientem	63
VI	Užitečné kontakty	72
VII	Literatura	73
VIII	Příloha: Vliv domácího násilí na zdraví žen	78

I. Definice, slovníček používaných pojmů

Domácí násilí na ženách / násilí v partnerských vztazích

Dostupné statistické údaje v ČR i v mezinárodním měřítku opakovaně ukazují, že 90%-95% případů domácího násilí je páčáno muži na ženách. Ženám také hrozí vyšší riziko opakované zkušenosti s násilím, zavražďováním nebo zraněním v důsledku napadení. Vzhledem k tomu, že jsou to většinou ženy, které ve větší míře zastávají roli pečující osoby v rodině, násilí na nich ovlivňuje a zasahuje také jejich děti.¹⁾ Z těchto důvodů budeme v textu používat termín domácí násilí na ženách a budeme se zaměřovat na potřeby žen. O obětech budeme referovat v ženském rodě a o pachatelích v rodě mužském. Nicméně, většina doporučení může být aplikována i na případy mužů, obětí domácího násilí, kteří si zaslouží stejný respekt a podporu.

Identifikace rizik

Postupy používané v rámci organizace k systematické identifikaci žen, které jsou zvláště ohrožené genderově podmíněným násilím

Vyhodnocování rizik

Průběžné procesy zaměřené na identifikaci rizikových a ochranných faktorů u jednotlivých žen

Zajištění bezpečnosti

- Individuální, průběžně aktualizovaný bezpečnostní plán
- Bezpečnostní opatření v rámci organizace/instituce zaměřená na klienty a zaměstnance
- Bezpečnost jako manažerský úkol v rámci organizace/instituce

1) Department of Health: Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. 2005. Department of Health, London, Gateway Ref: 5802

II. Úvod do problematiky domácího násilí

Domácí násilí zahrnuje fyzické, sexuální, psychické a ekonomické násilí, ke kterému dochází mezi blízkými osobami. Jedná se zde o moc a kontrolu násilné osoby nad obětí. Násilí je opakované se vzrůstající tendencí, jsou zde jasně vymezené role oběti a pachatele.

Domácí násilí není hádka ani konflikt

Při hádce stojí proti sobě dva rovnocenní partneři, mohou se pohádat, ale nikdy nezneužijí násilí (psychické či fyzické) k prosazení svých cílů. V případech domácího násilí se však jedná o nerovnováhu moci, násilná osoba použije moc k prosazení svých zájmů. Ve strachu se pak oběť podřizuje násilnému partnerovi.

Specifika domácího násilí:

K domácímu násilí dochází v soukromí a beze svědků.

- Dochází k němu opakovaně a v určitých cyklech.
- Pachatel a oběť jsou blízké osoby.
- Jasně rozdělené role: násilník a oběť, které jsou neměnné.
- Násilné chování je často naučené chování.
- Násilný partner má dvojí tvář, takto se chová ke své oběti, na veřejnosti je jiný.

Domácí násilí se vyskytuje napříč celou společností bez ohledu na vzdělání, ekonomický status či věk obětí i pachatelů. Přestože se násilí může dopouštět kterýkoli člen domácnosti vůči jakémukoli jinému členovi, současné statistiky v České republice i celosvětově ukazují, že oběťmi partnerského násilí se z 90-95% stávají ženy a pachateli jsou z 90-95 % muži.

- Podle mezinárodní agentury FRA (Agentura Evropské unie pro základní práva) zažívá některou z forem násilí v ČR až 32 % žen²⁾.
- Zkušenost s fyzickým násilím ze strany partnera má v ČR 21% žen (průměr v EU 22% žen).
- Zkušenost s psychickým násilím ze strany partnera má dle této studie v ČR 47 % žen (v EU 43 % žen).
- Psychické násilí ve formě vyhrožování ohledně dětí uvádí v ČR 8% žen.

Některé skupiny žen mohou být násilím zvláště ohroženy:

- **Těhotné ženy** (Fyzické násilí často začíná nebo eskaluje v době těhotenství partnerky. Některé studie uvádějí, že až více než 30% případů domácího násilí se fyzické násilí začalo vyskytovat právě v tomto období.³⁾ Další studie ukazují, že 40-60% obětí domácího násilí bylo vystaveno fyzickým útokům i v době těhotenství⁴⁾
- **Ženy ekonomicky závislé na partnerovi** (matky na mateřské dovolené, nezaměstnané, apod.).
- **Ženy s tělesným či zdravotním postižením.**
- **Ženy, které se rozhodly od násilného partnera odejít / nedávno odešly.** (Obecně rozšířená představa, že odchod od násilného partnera znamená pro oběť zvýšení bezpečí, se v praxi nejeví jako platná. Naopak, v období okolo rozchodu / odchodu od partnera, se statisticky významně zvyšuje riziko eskalace násilí s důsledkem závažného zranění či smrti oběti.)

2) <http://fra.europa.eu/en/survey/2012/survey-gender-based-violence-against-women>

3) Department of Health: Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. 2005. Department of Health, London, Gateway Ref: 5802.

4) Department of Health: Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. 2005. Department of Health, London, Gateway Ref: 5802

Další ohroženou skupinu tvoří děti, které jsou svědky či přímými oběťmi násilí (více viz kapitola Děti, svědci domácího násilí).

K partnerskému násilí může docházet i mezi partnery, kteří spolu nikdy nežili nebo momentálně nežijí. Žena dokonce už ani nemusí být ve vztahu s pachatelem domácího násilí – násilí velmi často pokračuje i po odchodu partnerky, po odstěhování i po rozvodu.

Shrnutí základních informací o partnerském násilí

- Většinu obětí partnerského násilí tvoří ženy.
- Většina pachatelů partnerského násilí jsou muži.
- Děti, které vyrůstají v rodinách, kde dochází k násilí, jsou samy vážně ohroženy.
- Násilí se často objevuje v době těhotenství partnerky.
- Odchodem násilí nekončí.
- Období odchodu patří mezi nejrizikovější období z hlediska možnosti eskalace násilí s vážnými zdravotními dopady až smrtí oběti.

Formy domácího násilí

Fyzické násilí

Strkání, třesení, tahání za vlasy, facky, údery pěstí, kopání, škrcení, kousání, pálení, svazování, házení věcmi, napadání různými předměty, ohrožování zbraní, nožem, atd. Fyzické násilí je často vedeno na místa, kde je menší riziko, že násilí zanechá viditelné stopy (vlasová část hlavy, břicho, prsa), nebo na části, které jsou zakryté oblečením.

Sexuální násilí

Sexuální obtěžování, vynucování sexuálních praktik, které partnerka odmítá, znásilnění, odmítání používání kondomu jako ochrany před sexuálně přenosnými nemocemi, nucení k prostituci, atd.

Psychické násilí

Nadávky, ponižování, shazování, zastrašování, výhrůžky, křik, izolace oběti od rodiny či přátel nebo dalších sociálních kontaktů (bránění v chození do zaměstnání či studiu apod.), popírání a bagatelizace násilí, odpírání spánku, noční buzení, kontrola pohybu oběti, „noční výslechy“, vyhrožování únosem nebo zraněním dětí, pokud oběť nebude dělat to, co si partner přeje, vynucování poslušnosti, atd.

Ekonomické a finanční násilí

Bránění ženě v chození do zaměstnání a možnosti vlastního příjmu, tedy bránění ve finanční nezávislosti, odmítání poskytování finančních prostředků na chod rodiny, vyžadování vyúčtování všech nákupů, nucení, aby si žena musela o peníze na jídlo a potřeby pro děti říkat, případně o ně prosit, přidělování peněz pouze pokud si to žena svým chováním „zaslouží“, atd.

Emoční násilí

Sprosté nadávky, shazování ženina vzhledu, vzdělání, atraktivity, inteligence, poukazování na její závislost na partnerovi („beze mě chcípneš hlady, nic neznamenáš, když chcípneš, nikomu nebudeš chybět, podívej se na sebe, jak vypadáš, jsi hnusná, smrdíš“...).

Následující obrázek (Obr.1 Kolo kontroly a moci) znázorňuje chování a strategie násilného partnera, které používá vědomě nebo bezděčně tak, aby nad partnerkou získal, upevnil a udržel svou moc a kontrolu. Strategie uvedené v jednotlivých výsečích působí převážně v psychické rovině, ale násilný partner může zneužívat svou oběť i fyzicky a sexuálně, což je znázorněno tučně orámovanou částí kruhu.



Obr. 1. Kolo kontroly a moci.⁵⁾

- ✓ **Zastrašování** – činy, gesty, pohledy, hlasitým hlasem, ničí věci, ničí partnerčino vlastnictví. Týrá zvířata, vystavuje zbraně tak, aby ji zastrašil.
- ✓ **Emoční násilí** – ponižuje nebo vyvolává negativní pocity o ženě samé, nadává jí. Budí v ní dojem, že je blázen. Psychohry. Ponižuje ji, vyvolává v ženě pocity viny.
- ✓ **Izolace** – kontroluje, co dělá, s kým se stýká, mluví, co čte, kam jde. Omezuje její aktivity mimo domov, toto své chování omlouvá žárlivostí.
- ✓ **Popírání, obviňování** – zlehčuje násilí a nebere vážně partnerčiny obavy, popírá, že by došlo k násilí, obviňuje ženu za své chování.
- ✓ **Využívání dětí** – vyvolává v ženě pocity viny ohledně dětí, využívá děti k posílání vzkazů, využívá návštěv dětí jako způsobu, jak partnerku obtěžovat, vyhrožuje, že děti unese, že o ně žena přijde.
- ✓ **Využívání mužských výhod** – zachází s partnerkou jako se služkou, činí všechna důležitá rozhodnutí, chová se jako „pán hradu“, určuje mužské a ženské povinnosti.
- ✓ **Ekonomické násilí** – brání partnerce v tom, aby si našla nebo udržela práci. Nutí ji, aby si žádala o peníze, dává jí svolení k nákupu. Bere její peníze.
- ✓ **Výhrůžky a nátlak** – zastrašuje ji, že ji opustí, že spáchá sebevraždu, že ji nahlásí úřadům, nutí ji dělat nelegální věci, vyhrožuje jí, že jí ublíží.

5) Převzato a upraveno z Pence, E. and Paymar, M. Education groups for men who barter, The Duluth model. New York, Springer Publishing Company.1993.

Charakteristika násilné osoby

Různí pachatelé partnerského násilí používají obdobné manipulativní techniky, jejichž cílem je udržet si kontrolu a moc nad životem jejich partnerky. Velmi často se agresivně a násilně projevují pouze doma, na veřejnosti naopak vystupují jako velmi spořádaní a slušní lidé. Pachatelé domácího násilí pocházejí z různých socioekonomických i vzdělanostních vrstev. Nelze u nich diagnostikovat jednotnou duševní poruchu, řada z nich však vykazuje podobné rysy, jako např. nedostatek empatie či tzv. „dvojí tvář“. Navenek obvykle vystupují jako sympatičtí, velmi komunikativní lidé, vůči své partnerce (současné či bývalé) jsou však násilní a bezohlední. Násilí se dopouštějí především z pocitu, že mohou, nikoliv proto, že by trpěli nějakou duševní poruchou.

Řada pachatelů domácího násilí má velmi rigidní představy o partnerském vztahu, či o rozdělení mužských a ženských rolí. Mnozí pachatelé domácího násilí byli sami v dětství týráni nebo byli svědky násilí vůči matce, zažívali citovou deprivaci, a je pravděpodobné, že v rodinách, kde vyrůstali, byl nedostatek úcty k ženám a dětem obecně. Jako děti se naučili, že za určitých okolností je legitimní a potřebné užít násilí. Pachatelé domácího násilí mají tendenci dívat se na ženy jako na své vlastnictví, proto mají domnělé „právo“ své partnerky kontrolovat a vychovávat.⁶⁾

Strategie násilných partnerů⁷⁾

Strategie vytváření systematického napětí a strachu

Násilní partneři se zaměřují na systematické opakované útoky s cílem vyvolat traumatické zážitky, které ústí v kumulovaný pocit bezmoci, neschopnosti a izolace. Vyvolávají pocity a stavy strachu, nemohoucnosti a marnosti a postupně u oběti ničí pocit vlastní identity a sebevědomí. Postupem času už násilný partner ani nemusí používat přímé fyzické násilí – výhrůžky a vzpomínky na prožité násilí stačí u oběti k vyvolání permanentního strachu. Útoky se mohou vyskytovat nepředvídatelně a neočekávaně, takže oběť získává dojem, že partner má nad ní veškerou moc a jakékoliv projevy odporu a vzdoru jsou marné a zbytečné.

Strategie emoční dezorientace

K násilí nedochází nepřetržitě. Bývá střídáno chvílemi klidu či „laskavosti“, což vede u oběti k pocitu emoční dezorientace (viz Cyklus domácího násilí). Oběti si pak častou kladou otázky typu: „Co když je můj partner ve skutečnosti hodný, co když je to všechno má vina?“ Přechodné projevy náklonnosti tak v oběti posilují pocity viny a zodpovědnosti za prožité násilí, což následně ztěžuje proces rozhodování se násilný vztah ukončit. Okolí má často tendenci posuzovat násilného partnera podle této jeho „dobré stránky“, kterou se navenek prezentuje.

Strategie izolace

Násilný partner se cíleně snaží narušit veškeré vztahy a kontakty oběti s okolím. Opětovně jí zakazuje stýkat se s rodiči, sourozenci a přáteli. Obviňuje ženu např. z toho, že se chová tak hrozně, že k nim už nikdo nemůže přijít na návštěvu, že všichni její známí jsou zaujatí a navádí ji proti němu, apod. Děti nesmí navštěvovat své kamarády a zvat si je domů. Záměrná izolace přestřihává veškeré sociální kontakty oběti a ztěžuje jí opustit násilný vztah. Dalším rysem izolace je konstantní sledování a kontrolování. V počátku vztahu může být takovéto chování pokládáno za projev náklonnosti

6) Vavroňová, M., Prokopová, Z. (2003). Intervence v případech domácího násilí. Praha, Informační a poradenské centrum ROSA.

7) Vargová, B. (2005) Násilí v partnerských vztazích: jeho důsledky pro trvání vztahu a na prožívání u dětí. Rigorózní práce, katedra psychologie FF UK, Praha.

a zamilovanosti (odvozy do a ze zaměstnání, neustálá přítomnost partnera, zvýšený zájem o aktivity ženy, apod.). Se vzrůstající izolací se však prohlubuje také psychická a emocionální závislost. Oběť je díky sociální izolaci závislá pouze na informacích, které jí poskytuje partner a tím se dostává do mentálního prostoru „virtuální reality“.

Strategie vyčerpání

Snaha oslabit emoční a psychickou odolnost ženy a tím snížit její schopnost vzdoru vede násilné partnery k tomu, že například nedovolují partnerce spát, omezují její přístup k jídlu a pití, dlouho do noci je vyslýchají, nutí je o sobě říkat ponižující a degradující nadávky, apod. Propojení fyzického a psychického vyčerpání pak vede k odevzdanosti a pocitu nemohoucnosti čelit násilí.

Strategie pomlouvání a očerňování

Systematické pomlouvání, nadávky a ponižování mají destruktivní vliv na sebevědomí ženy a na její vlastní sebepřijetí. Násilný partner často přidává i další důkazy jeho moci a vyžaduje od oběti, aby vykonávala a plnila naprosto nesmyslné úkoly a požadavky.

Charakteristika partnera dopouštějícího se domácího násilí – shrnutí

- Dvojí tvář.
- Egoismus, popírají násilí.
- Chtějí mít nad partnerkou moc.
- Mají extrémní potřebu vše kontrolovat.
- Mají nízké sebevědomí, pocity méněcennosti.
- Mají pocit, že mají právo vychovávat partnerku.
- Za své problémy obviňují druhé.

Charakteristika oběti domácího násilí a důsledky domácího násilí na zdraví a prožívání oběti

Přestože se zde budeme zabývat charakteristikami obětí domácího násilí, je důležité si uvědomit, že obětí domácího násilí se může stát kdokoli, neexistuje tedy nějaká jasná predispozice či osobnostní rys, který by byl společný všem obětem. To, co oběti domácího násilí spojuje, jsou určité symptomy a prožívání, které se rozvíjí v důsledku prožitého násilí. Zde uvádíme některé z nich:

- Převládající pocit je bezmoc, sebeobviňování, hledání viny v sobě.
- Minimalizace, popírání a ospravedlňování násilí.
- Často věří, že si násilí zaslouží.
- Citová vazba na násilníka, není schopná normálních reakcí.
- Dodržují strategii přežití- identifikují se s pachatelem násilí.

Příklady nejčastějších důsledků domácího násilí

Fyzické důsledky	Psychické důsledky
Modřiny	Úzkost, strach
Tržné / řezné/ bodné rány	Deprese
Pohmožděniny, distorze	Sebevražedné pokusy/sebevražda
Zlomeniny	Zvýšené riziko abúzu alkoholu či jiných návykových látek, případně předepsaných léků
Gynekologické problémy	Poruchy spánku
Sexuálně přenosné nemoci	Poruchy příjmu potravy
Potrat	Posttraumatická stresová porucha
Předčasný porod	Panické poruchy
Chronická bolest	Pocity bezmoci
Zvýšená únava	Ztráta sebevědomí
Protržení ušního bubínku	Pocity viny
Otřesy mozku	Poruchy koncentrace
Popáleniny	

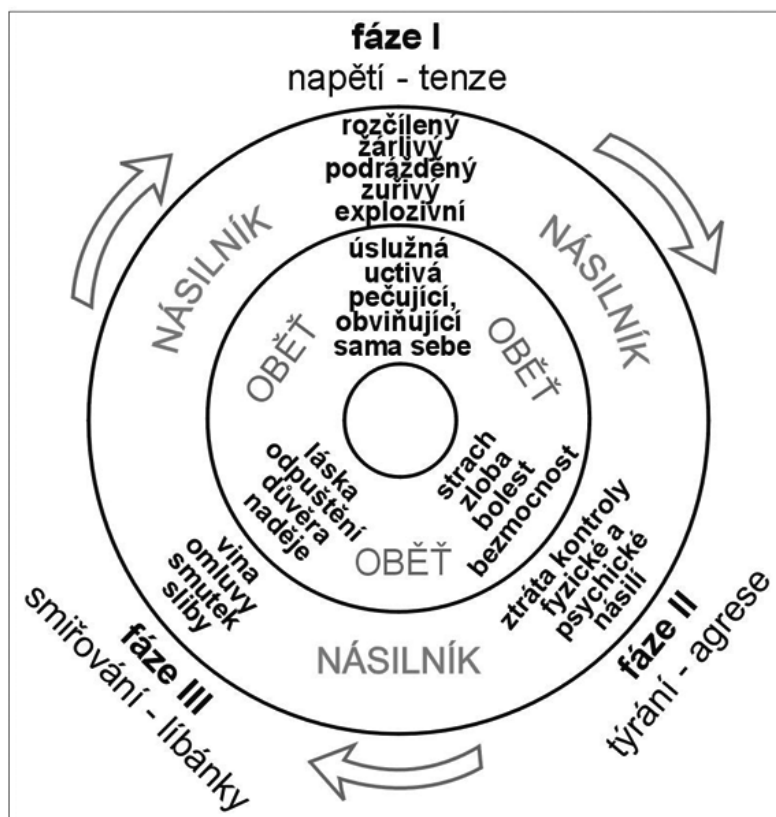
Dynamika násilného vztahu

Partnerské násilí začíná často verbální agresí, která později přerůstá ve fyzické násilí. Pachatel obětí netýrá neustále, násilné incidenty jsou prokládány obdobími klidu. Mezi obětí a násilníkem se vytváří zvláštní pouto vzájemné závislosti, které nedovoluje ani jedné straně nerovný vztah opustit.

Cyklus násilí

Předpoklad, že k partnerskému násilí dochází v určitém cyklu, vyslovila jako první L. Walkerová.⁸⁾ Vychází ze zjištění, že k násilí nedochází permanentně a ochota obětí zůstat v násilném vztahu je udržována cyklickým střídáním jednotlivých fází násilí, která zahrnují i relativně klidná období. Teorie vysvětluje proces viktimizace oběti i vznik a rozvoj chování označovaného jako naučená bezmocnost.

Cyklus násilí se skládá ze tří oddělených a odlišných fází (viz Obr. 2):



Obr. 2. Cyklus násilí

8) Walker, L. E. (1979). The battered woman. New York, Harper and Row.

Každá fáze cyklu se vyznačuje určitými charakteristickými znaky:

- 1. Fáze narůstání tenze** – zahrnuje mírné incidenty (verbální agrese – kritizování, nadávky, facky apod.), u oběti se zvyšuje napětí a strach z možného násilí a oběť se snaží odvrátit budoucí eskalaci násilí.
- 2. Fáze násilí** – relativně krátká fáze, trvající od několika minut do 24 hodin, v jejímž průběhu tenze z předchozí fáze eskaluje v otevřené násilí, a může mít za následek zranění, případně až smrt.
- 3. Fáze „líbánek“, klidu** – situace se uklidní, v průběhu této fáze se násilník omlouvá, slibuje, že násilí se už nebude opakovat, projevuje lítost nad svým chováním. V některých případech se ale násilník neomlouvá a vinu za své násilné chování připisuje oběti. Pokud ale oběť změní své chování, slibuje, že se násilné epizody už nebudou opakovat. Tato fáze může být v počátku trvání vztahu nejdelší, ale v průběhu času se obvykle stává výrazně kratší, až téměř vymizí velmi rychlým přechodem do fáze narůstání tenze.

Předpokládá se, že neustálé střídání vlídného, milujícího chování s násilím udržuje týranou ženu ve vztahu a odrazuje ji od odchodu. Na druhé straně, střídání jednotlivých fází násilného partnera nemotivuje ke změně jeho chování. Přestože se jednotlivé fáze střídají v cyklu, je obtížné předvídat začátek a konec jednotlivých etap, zejména vzhledem k jejich závislosti na mnoha situačních faktorech.⁹⁾

Každou fázi cyklu násilí lze charakterizovat specifickým chováním a prožíváním oběti i násilníka. V následující tabulce (Tab. 1) je uveden jejich přehled.

FÁZE I. Narůstání napětí

OBĚŤ

Pečující, ochotná, souhlasící.
Dělá cokoli proto, aby „udržela klid“.
Potlačuje hněv.
Omlouvá partnerovo chování.
Za násilí viní vnější okolnosti.
Přisuzuje si zodpovědnost za partnerovo chování, kryje jeho chování.
Odcizení se od okolí, stažení se do sebe.
Nárůst stresu, úzkosti, hněvu, strachu.

PACHATEL

Nízká míra hněvu.
Verbální agrese vůči ženě, pokořování.
Lehčí fyzické násilí a ponižování, které se stává častějším.
Jiné chování doma a jiné na veřejnosti.
Narůstá obava z možnosti ženina odchodu.
Vzrůstá potřeba kontroly a žárlivost.
Zvyšuje kontrolu ženinych aktivit.
Zvyšuje se agresivita a frustrace.

FÁZE II. Vlastní násilí

OBĚŤ

Pasivní přijímání.
Naučená bezmocnost: věří, že nemá žádný význam pokoušet se uniknout nebo se bránit.
Disociace, neochota uvěřit tomu, co se stalo, rezervovanost.
Minimalizace zranění.
Emoční zhroucení - 24-28 hodin později.
Deprese, apatie.

PACHATEL

Nedostatek kontroly, nepředvídatelnost.
Násilné projevy tenze
např. záchvaty zuřivosti.
Touha „dát oběti lekci“.
Omlouvání vlastního chování, obviňování oběti.
Poškozené vědomí.
Emocionální vyčerpání.

Izolace.
Odkládání vyhledání pomoci.
Snížení sebeúcty.

Kontrola nad ukončením této fáze.
Snížení sebeúcty.

FÁZE III. Období klidu FÁZE III. Období klidu

OBĚŤ	PACHATEL
Ztotožnění se s rolí oběti, viktimizace.	Milující, vlídný, kající se.
Pocity viny při představě odchodu od partnera.	Prosí o odpuštění.
Zodpovědnost za násilí.	Slibuje, že už se to nikdy nebude opakovat
Víra v násilníkovu změnu.	Závislost na ženině opětovném přijetí
Posílení přesvědčení zůstat s partnerem.	a odpuštění.
Cítí se potřebná, hodnotná.	Ambivalentní vztah k sobě samému.
Ambivalentní vztah sama k sobě.	

Tab. 1. Specifické projevy oběti a pachatele násilí v průběhu cyklu násilí. Upraveno podle Walker, 1979

Proč oběti zůstávají?

Ukončení cyklu násilí a odchod od násilného partnera je náročný proces. Není neobvyklé, že se ženy pokouší o odchod z násilného vztahu opakovaně, případně že se ke svému partnerovi vrací. Důvodů, proč oběti setrvávají v násilném vztahu, je celá řada. Ženy mají často strach z toho, že partner splní své výhrůžky a že situace bude ještě horší („najdu si tě, připravím tě o děti, dokážu, že jsi blázen, stejně ti nikdo neuvěří, apod.), případně nemají kam odejít či jim chybí podpora okolí. Pro to, abychom mohli obětem domácího násilí poskytnout účinnou podporu a pomoc, je důležité porozumět tomu, že opakované odchody jsou součástí procesu separace a že každá žena má právo na to činit vlastní rozhodnutí. Často se v praxi setkáváme také s tím, že oběti své partnery „kryjí“, nechtějí proti nim vypovídat, uvádějí jiné příčiny vzniku zranění, než fyzické napadení partnerem apod. Takové chování může být pro okolí, včetně odborníků, frustrující a připadat jim nelogické a matoucí. Zároveň může oživovat celou řadu mýtů a předsudků obviňujících obětí, jako např.: „asi jí to nevadí, třeba se jí to líbí“, „asi si to zasloužila, tak s tím nic nedělá“, „když nechce pomoci, její problém“, atp. V kontaktu s oběťmi domácího násilí však musíme mít na paměti specifickou dynamiku násilného vztahu (viz Cyklus násilí), zachovat empatický přístup a vytvořit bezpečné a přijímací prostředí a atmosféru tak, aby se oběť cítila pochopena a posílena v odhodlání činit takové kroky, které by vedly ke zvýšení jejího bezpečí a k životu bez násilí.

Odborníci a pracovníci různých profesí mají obvykle tendenci zaměřovat svá doporučení k tomu, aby oběť v první řadě z násilného vztahu odešla. Je však důležité si uvědomit, že odchod od násilného partnera vysokou měrou zvyšuje riziko eskalace násilí a že z pohledu zajištění bezpečí oběti se jedná o jedno z nejrizikovějších období vůbec. Pokud nemá oběť dostatek podpory zvenčí, nemá kam odejít a dostatek prostředků na osamostatnění, není reálné očekávat, že takový krok udělá a že odchod povede ke zvýšení jejího bezpečí. Naopak se zvyšuje riziko eskalace násilí, případně návratu oběti zpět k pachateli (např. proto, že se bude bát toho, že partner splní své výhrůžky a raději se vrátí, aby eliminovala riziko vážného násilí, nebo proto, že nebude mít na dostatečnou dobu zajištěno přechodné bezpečné bydlení apod.), což může vést ke zvýšení její izolace a kontroly ze strany násilného partnera.

9) Walker, L. E. (1979). The battered woman. New York, Harper and Row.

Sekundární viktimizace

Mnoho obětí se musí potýkat nejen s psychickými a fyzickými důsledky prožitého násilí, ale také s nepochopením a obviňováním ze strany okolí. Řada žen se setkala s tím, že byly dotazovány na to, čím násilí vyprovokovaly, nebo byly označeny za osoby s nízkým sebevědomím nebo nějakým psychickým problémem, když si násilí nechají líbit a ve vztahu setrvávají. Obviňování a přenášení zodpovědnosti za násilí na oběť, místo jasného pojmenování toho, že za násilí je plně zodpovědný ten, kdo se ho dopouští, tvoří základ procesu, který nazýváme sekundární viktimizace.

Sekundární viktimizace může být definována jako další trauma, způsobené různými stereotypními přístupy, postoji a chováním vůči oběti, které ji obviňují za násilí, které prožila. Sekundární viktimizace může mít systémovou podobu (ze strany institucí, policie, zdravotníků, sociálních pracovníků, atd...), může vycházet ze strany médií, společnosti či rodiny a rodinných příslušníků.

Brown (1991)¹⁰⁾ definuje sekundární viktimizaci jako nespravedlnost, která se děje obětem poté, co zažijí trauma z násilí. Mnoho obětí popisuje, že sekundární viktimizace může být více zraňující, než prvotní násilí, způsobující trauma. Pro oběti bývá velmi obtížné vyrovnat se se svou zkušeností, zejména pokud jsou následně za násilí, které prožily, obviňovány. Zažije-li oběť v kontaktu s institucemi či organizacemi poskytujícími péči (ať psychologickou, sociální či zdravotnickou) další traumatizaci, může to vést k minimalizaci její důvěry v celkový systém podpory obětí a v to, že jí skutečně někdo může a chce pomoci. To pak zvyšuje pravděpodobnost, že v budoucnu pomoc nevyhledá a v násilném vztahu setrvá.

Vzhledem k tomu, že zdravotnická zařízení bývají jednou z prvních složek systému pomoci, kterou oběti kontaktují, má přístup zdravotníků klíčovou roli nejen z hlediska péče o zdraví, ale také z hlediska prevence opakování násilí, zajištění bezpečí obětí a prevence sekundární viktimizace.

Fenomén obviňování oběti za násilí vysvětluje řada teoretických konceptů:

Hypotéza „spravedlivého světa“

Tato teorie vychází z předpokladu, že „svět je bezpečné a spravedlivé místo, kde se lidem dostane to, co si zaslouží, jinými slovy, kde se dobrým lidem dějí dobré věci a špatným lidem zlé věci. Podle této teorie mohou lidé usuzovat, že násilí bylo důsledkem nějakého pochybení oběti.“¹¹⁾ S takovýmto mylným postojem se setkáváme nejen vůči obětem domácího násilí, ale často i vůči obětem znásilnění. Ty bývají obviňovány z toho, jak byly oblečeny, kdy a jakou cestou se vracely domů, že se s pachatelem bavily apod., místo toho, aby bylo jasně pojmenováno, že pachatel nemá právo ženu znásilnit, ať jsou okolnosti jakékoliv.

Kladení zodpovědnosti na oběť poskytuje lidem falešný pocit bezpečí prostřednictvím představy, že oběť musela udělat něco špatného, nějakou chybu, a proto se jí stalo to, co se stalo. Obecně řečeno, lidé potřebují zažívat pocit bezpečí a chtějí mít kontrolu nad svým životem. Pro mnoho lidí je snazší obvinít oběť, než jasně pojmenovat zodpovědnost pachatele. Takový postoj podporuje představu, že oni sami se mohou riziku násilí vyhnout, pokud se budou chovat nějakým způsobem, respektive jinak, než se chovala oběť. Díky tomu si lidé vytváří určitou bariéru, rozdělení na „my versus oběti“, což jim dává falešný pocit bezpečí a představu, že jim se něco takového stát nemůže.¹²⁾

10) Brown (1991), citováno in Hattendorf, J. & Tollerud Toni R. : Domestic violence: Counselling strategies that minimize the impact of secondary victimization in Perspectives in Psychiatric care Jan – March 1997, Vol.33., No.1, pp.14 (10)

11) The Canadian Resource Centre for Victims of Crime (2009). "Victim blaming". Retrieved April 3rd, 2015 from http://crcvc.ca/docs/victim_blasting.pdf

12) Schoellkopf, J. C. (2012). "Victim-Blaming: A New Term for an Old Trend". Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer Center. Paper 33. <http://digitalcommons.uri.edu/glbtc/33>

Příklady postojů a komentářů obviňujících obět'

- Musela ho něčím vyprovokovat.
- Kdo ví, co za tím je, vždyť on působí jako milý člověk.
- Mně by se něco takového stát nemohlo.
- Proč už dávno neodešla?
- Jenom jí nadává a žárlí, to není žádné násilí.
- Čím jste ho tak vytočila, že vás takhle zřídil?
- Může si za to sama, měla od něj už dávno odejít. Když s ním zůstává, asi se jí to líbí a ne- vadí jí to.
- Když si ho vybrala, tak ať s ním je.
- Proč si s ním pořizovala dítě? To nevěděla dřív, co je zač?

Důsledky sekundární viktimizace

Negativní důsledky sekundární viktimizace se u obětí projevují na několika úrovních.

- Emoční úroveň – zde můžeme hovořit o re-traumatizaci s negativními důsledky na pro- žívání a duševní zdraví oběti.
- Vztahová (interpersonální úroveň) – na této úrovni můžeme pozorovat nárůst nedůvěry vůči okolí a druhým lidem a pokračování či prohlubování sociální izolace, jež je význam- ným rizikovým faktorem opakování či eskalace dalšího násilí.
- Strukturální / systémová úroveň – zde vidíme negativní vliv sekundární viktimizace na ochotu obětí ohlásit násilí či vypovídat proti pachateli.¹³⁾

Mýty o domácím násilí

Přestože je fenomén partnerského násilí i v České republice vnímán jako závažný celospole- čenský problém, ze zkušeností obětí i odborníků, kteří se touto problematikou zabývají, jasně vyplývá, že ve společnosti stále přetrvává řada mýtů, které znesnadňují pozici oběti a naopak napomáhají násilníkům.

Tyto rozšířené předsudky brání ženám, aby otevřeně hovořily o tom, co prožívají a vedou k jejich další viktimizaci. Tvoří překážky při hledání a poskytování účinné pomoci obětem, omlouvají a ra- cionalizují násilné chování pachatele a odvrací pozornost od skutečného problému.

Mezi nejčastější mýty patří:

- Domácí násilí není běžné, týká se jen málo rodin a párů.
- K domácímu násilí dochází jen v nižších společenských vrstvách.
- Ženy své partnery k násilí vyprovokují, takže jsou za násilí zodpovědné.
- Domácí násilí nemůže být tak hrozné, jinak by žena od něj odešla.
- Ženy mají násilí ve vztahu rády.
- Násilný partner může být dobrým otcem.
- Případy domácího násilí jsou jen drobné neshody, nedochází k němu při zranění.
- Příčinou domácího násilí je alkoholismus partnera.

13) Coates, L., Richardson, C., & Wade, A. Reshaping Responses to Victims of Violent Crime. Cowichan Bay, B.C., Canada, 2006.

Domácí násilí není běžné, týká se jen málo rodin a párů...

Studie, které se zabývají výskytem partnerského a domácího násilí se shodují, že se nejedná o jev, ke kterému by docházelo výjimečně. Podle výzkumu mezinárodní agentury FRA¹⁴⁾ zažívá některou z forem násilí v ČR až 32% žen, přičemž přímou zkušenost s fyzickým násilím ze strany partnera má v ČR 21% žen (průměr v EU 22% žen).

Ve Velké Británii například domácí násilí tvoří více než čtvrtinu všech ohlášených trestných činů. 40-50% zavražděných žen je zabito vlastním partnerem či manželem.

Podle Federal Bureau of Investigation (1991)¹⁵⁾ tvoří v USA partnerské násilí hlavní příčinu zranění žen ve věku od 15 do 44 let, více než dopravní nehody a přepadení dohromady.

K domácímu násilí dochází jen v nižších společenských vrstvách...

Z odborných studií i z klinických zkušeností vyplývá, že k partnerskému násilí dochází ve všech společenských vrstvách, bez ohledu na vzdělání, příjmy, bydliště (vesnice či město) a mnoho pachatelů i obětí zastává významné společenské postavení (lékaři, právníci, policisté, podnikatelé, zastupitelé atd.) Na jeho výskyt nemá vliv věk, náboženské vyznání ani rasa. Partnerské násilí se vyskytuje jak v heterosexuálních, tak homosexuálních vztazích. Dojem, že se násilí týká jen určitých vrstev vznikl zřejmě proto, že v některých skupinách společnosti se násilí utahuje více než v jiných.

Partnerské násilí jsou jen drobné neshody...

Základními charakteristikami partnerského násilí je dlouhodobé trvání a opakování násilných incidentů. Ty se v cyklu násilí střídají s fázemi klidu. Kromě psychického teroru (zamykání v bytě, kontroly, příkazy, odpírání potravy či spánku) a fyzického násilí (bití, škrcení, pálení) domácí násilí zahrnuje i případy, které končí vážným poraněním s doživotními následky či smrtí.

Podle Adamse¹⁶⁾ (1989) tvoří 22-35% žen, které jsou ošetřeny na pohotovosti s vážným zraněním oběti partnerského násilí. Každá pátá žena, která byla napadena svým partnerem přiznala, že byla stejnou osobou napadena opakovaně.

Týrání je v řadě případů pravděpodobnou příčinou sebevražd žen, kde nebyla stanovena příčina.

To není násilí, je to jen hádka...

Je nutné uvědomit si významný rozdíl mezi hádkou a násilím. Při hádce se jedná o konflikt dvou stran, které jsou přibližně stejně silné, vyrovnané. Většinou jde o konflikt zájmů, přičemž každá strana se snaží prosadit své stanovisko. Pokud je však mezi nimi nerovnost sil a moci (např. jedna strana prosazuje své zájmy prostřednictvím zastrašování, využívání fyzické převahy, zbraní nebo ekonomickou převahou), už se nejedná o hádku, ta se mění v násilí.¹⁷⁾

Příčinou násilí je alkoholismus partnera...

K násilí dochází také v rodinách, kde partner nepije. Alkohol může působit jako určitý katalyzátor násilí, pod jeho vlivem se odbourávají zábrany a agresivní impulsy se zesilují, **není ale příčinou násilí**. Stav opilosti je často násilníky využíván jako omluva pro jejich agresivní chování. Také pro některé ženy je mnohdy přijatelnější věřit tomu, že jejich muž by se nechoval násilně, kdyby nepil. Velmi traumatizující pro ně je, když k násilí dojde, i když partner není opilý. Z případů zachycených organizací ROSA došlo k fyzickému násilí pod vlivem alkoholu zhruba ve čtvrtině všech případů¹⁸⁾.

14) <http://fra.europa.eu/en/survey/2012/survey-gender-based-violence-against-women>

15) <http://www.cybergrill.com/views/dv/book/myth.html>

16) <http://www.cybergrill.com/views/dv/book/myth.html>

17) Cviková, J., Juránková, J. (Eds.) Piata žena. Aspekty násilia páchaného na ženách. Bratislava, Aspekt, 2001.

18) ROSA, Domácí násilí a jak se proti němu bránit. Praha, Informační a poradenské centrum ROSA, 2001.

Musela ho nějak vyprovokovat, může si za to sama

Násilní partneři často tvrdí (a bohužel se s takovýmto obviněním setkávají ženy i z úst policistů či pracovníků pomáhajících profesí), že byli k násilí vyprovokováni. Takovýto postoj ale legitimizuje násilné chování a zbavuje násilníka odpovědnosti za jeho chování. Jedním z mechanismů, kterým se ženy vyrovnávají s násilím, je vytváření takových vzorců chování, které minimalizují možnost eskalace násilí. Jako záminka k násilí může posloužit cokoli: ženin názor, kontaktování rodiny či přátel, připravené jídlo, chování dětí a jiné. Žádná záminka nemůže sloužit jako omluva násilí. Pokud má násilný partner zlost na někoho jiného, ve většině případů nikdy situaci neřeší násilím. To, že se jedná o jeho ženu či partnerku, jej nelegitimizuje k agresivnímu a majetnickému chování. Za násilí nese odpovědnost ten, kdo se ho dopouští.

Nemůže to být tak hrozné, jinak by už dávno odešla...

Pro většinu lidí je nepochopitelné, proč oběti domácího násilí od násilného partnera neodejdou. Tím, že ve vztahu zůstávají, je jim připisovaná odpovědnost za další násilné incidenty. Je ale potřeba si uvědomit, že za násilí je zodpovědný ten, kdo se ho dopouští.

Důvodů, proč žena zůstává ve vztahu, je celá řada a jsou velmi individuální. Uvádíme pouze některé z nich:

- specifika dynamiky partnerského násilí (viz cyklus násilí).
- oběť chce zachovat dětem úplnou rodinu.
- náboženské, kulturní či tradiční tlaky, díky kterým si žena myslí, že je její povinností udržet rodinu za každou cenu.
- má k partnerovi stále citový vztah, omlouvá ho a chce věřit v jeho změnu.
- je ekonomicky a sociálně závislá, nemá kam odejít.
- sociální a právní systém reaguje necitlivě, neefektivně.
- sociální izolace, nedostatek podpory z okolí.
- strach a bezmoc – strach z fyzického napadení či zabití (muž ženě často vyhrožuje, že pokud odejde nebo o situaci někomu řekne, tak ji zabije).
- násilí odchodem nemusí skončit, v době rozchodu či rozvodu naopak často eskaluje. Studie ukazují, že týraným ženám, které odcházejí od svého partnera, hrozí vyšší riziko, že budou zabity než těm, které ve vztahu zůstávají. Podle Hartové (1988)¹⁹⁾ je toto procento vyšší až o 75%.

Stockholmský syndrom

Oběti domácího násilí mohou vykazovat obdobné symptomy, jako oběti, které jsou drženy v zajetí (např. ve válečných konfliktech, oběti únosů nebo rukojmí). Tento fenomén byl popsán v 70. letech minulého století na základě studií psychických důsledků obětí, které byly drženy jako rukojmí při přepadení banky v Stockholmu.

O Stockholmském syndromu můžeme hovořit, jsou-li splněny následující kritéria:

- Život oběti je v ohrožení.
- Oběť je přesvědčena, že není úniku.
- Oběť je izolována.
- Oběť pociťuje přechodnou náklonnost k násilníkovi.

Pokud jsou tyto podmínky splněny, oběť si vytváří k pachateli specifické pouto. Pokud násilný partner projeví občas i svou „vlídnou tvář“, přátelskost nebo dopřeje oběti čas k tomu, aby se z prožitého násilí vzpamatovala a zažila chvíle klidu, oběť získává novou naději a vztahuje se k této „vlídné“ tváři.

19) <http://www.cybergrrl.com/views/dv/book/myth.html>

ři pachatele. Díky tomu je ochotna dát partnerovi ještě jednu šanci, má tendenci věřit, že se partner změní a že jeho nenásilné chování převládne nad projevy agrese. Stockholmský syndrom se může v podobě identifikace s pachatelem projevit i u dětí, které jsou svědky či oběťmi násilí v rodině.

Děti, svědci domácího násilí

Cyklus násilí ve smyslu opakování určitého způsobu chování můžeme pozorovat i z hlediska mezigeneračního přenosu. Děti si v průběhu svého vývoje osvojují řadu postojů a způsobů chování nápodobou. Jsou-li svědky násilí v rodině, přebírají tento model a aplikují ho ve svých vztazích k sourozencům, vrstevníkům a později i do partnerského života a vůči vlastním dětem.

Jak ukazují některé zahraniční výzkumy a studie, (např. Rivera and Widom, 1990; Bailey et al., 1997) mezi pachateli a oběťmi šikany ve školách, stejně jako mezi mladistvými delikventy a pachateli násilných trestných činů ve věku mladších 18 let, tvoří velkou skupinu dětí, které byli pří-
mými svědky násilí v rodině.

Důsledky partnerského násilí na děti, jeho svědky

Děti, které jsou svědky domácího násilí, trpí stejnými obtížemi a dlouhodobými problémy jako ty, které jsou samy týrány. V rodinách, kde se otec chová násilně vůči matce, narůstá riziko přímého násilí na dětech (ať už v situacích, kdy dítě matku brání nebo v případech, kdy se stává cílenou obětí násilí). Na prožité trauma děti reagují celou škálou projevů. Konkrétní podoba důsledků je dána kombinací celé řady faktorů.

Můžeme mezi ně zahrnout:

- věk a pohlaví dítěte
- míru brutality násilí, jehož byly děti svědky
- reakci okolí (podpora či netečnost)
- počet útoků, jichž byly děti svědky
- nestabilní výchovné metody a tělesné tresty
- zkušenosti a možnosti vytvořit si pozitivní emocionální vazbu na otce²⁰⁾.
- Projevy dětí, které opakovaně přihlížely či slyšely týrání a ponižování jejich matky, lze rozdělit do několika oblastí:

Psychické projevy

- pocity úzkosti, bezmoci (děti nemohou násilí zabránit, ani matku ochránit, nemají kam se schovat či utéci)
- **poruchy koncentrace pozornosti**, které vedou ke zhoršení prospěchu, pronikavé **pocity ztráty, vzteku, smutku, zmatku, deprese, nízké sebevědomí, suicidální tendence** a **sebeobviňování** (obzvláště menší děti si často myslí, že tatínek bije maminku, protože ony něco provedly – neuklidily si hračky, neposlechly, něco rozbily, apod.)
- **strach** (čím nejasněji se jeví situace, jež strach vyvolává, tím hrozivěji ji dítě pociťuje a tím prudší jsou jeho pocity)²¹⁾.
- **regrese**, tj. návrat do předchozích, již překonaných vývojových období. V praxi to může např. znamenat, že se u dítěte, které již dobře vyslovovalo objeví znovu dětská patlavost nebo začne koktat, dítě, které již zvládalo veškeré hygienické návyky se začne pomočovat apod. Každé vývojové období klade na dítě specifické nároky, které musí zvládat. To je samo o sobě energeticky dost náročné. Pokud se má dítě vedle této vývojové zátěže

20) Peled, E. and Davis, D. Groupwork with children of battered women. New York, Sage Publications. 1995.

21) Šilarová, E. Reakce dětí, svědků domácího násilí. Přednáška pro o.s. ROSA, 2005.

vyrovnávat ještě s masivním stresem nebo násilím, kapacitně to již není možné. Jelikož dítě ohrožené násilím vyrůstá v situaci nebezpečí, musí investovat více energie k tomu, aby „přežilo“, než aby se dál rozvíjelo. Proto se vrátí k tomu, co již zná, co zvládlo a naplnění dalších vývojových úkolů může být opožděno. Příznakem takové reakce bývá často noční **pomočování, enkopréza, žvatlání, pasivita a nadměrná přizpůsobivost, žádné projevy přirozené dětské zvědavosti, dobrovolná izolace, noční můry a děsivé sny.**

Psychosomatické projevy

- nespavost,
- zimomřivost,
- bolesti břicha a hlavy,
- zvýšená nemocnost bez nalezené specifické příčiny, apod.

Projevy v chování:

- poruchy přizpůsobení,
- projevy verbální i fyzické agrese vůči vrstevníkům i dospělým,
- útěky zdomova,
- porušování pravidel a nerespektování hranic,
- vyrušování, dožadování se pozornosti,
- „věšení se“ na lidi okolo, nedostatek odstupu.

Symptomy dětí, které jsou vystaveny násilí v rodině, lze kategorizovat i z jiného hlediska na specifické a nespecifické. **Nespecifické symptomy** se vyskytují u dětí z rodin s domácím násilím, ale nejen u nich. Pokud si těchto symptomů u dítěte všimnete, rozhodně by vás měly upozornit na to, že se něco děje a zvýšit vaši ostražitost.

Mezi nespecifické symptomy patří:

- Bolesti břicha.
- Bolesti hlavy.
- Zimomřivost.
- Únava, ospalost.
- Zhoršená krátkodobá paměť.
- Smutek, stažení se, pokles přirozené zvědavosti.
- Úzkost a strach.
- Zvýšené napětí, lekavost.
- Poruchy příjmu potravy.
- Regrese.
- Opoždění psychomotorického nebo psychického vývoje.

Následující charakteristiky jsou již **specifické** pro různé formy násilí. Obvykle se vyskytují v kombinaci s některými z nespecifických symptomů, ať už se jedná o projevy v prožívání dítěte nebo chování.

Specifické symptomy fyzického násilí:

- Modřiny, oděrky, zlomeniny a jiná poranění.
- Neadekvátní vysvětlení nebo vyhýbání se vysvětlení vzniku poranění.
- Zakrývání zranění či modřin oblečením (např. dlouhé rukávy, kaloty či sukně i v horkém počasí).
- Vyhýbání se hodinám tělesné výchovy nebo převlékání se společně s jinými dětmi.
- Strach z fyzického kontaktu.
- Strach z odhalení a z toho, že by mohl být pachatel kontaktován.

- Specifické symptomy sexuálního zneužívání.
- Zdravotní potíže jako chronické svědění nebo bolest v oblasti genitálií, pohlavní choroby.
- Sexuální chování neadekvátní věku dítěte.
- Znalosti o sexuálních praktikách neodpovídající věku dítěte.
- Strach a vyhýbání se fyzickému kontaktu.²²⁾

Jak hovořit s dítětem, které bylo svědkem či obětí násilí v rodině

Pokud máte podezření, že dítě může být ohroženo násilím v rodině nebo je jeho svědkem, je důležité, abyste nejprve získali kontrolu nad vlastními emocemi. Můžete cítit pochybnosti o tom, zda je něco takového skutečně možné, nejistotu, co dělat a jak dítěti pomoci, na koho se obrátit, jak postupovat, obavy, bezmoc, soucit, vztek. Pokud máte dítěti pomoci a být mu oporou, je důležité, abyste sami zachovali klid a cítili jistotu. Je dobré vědět, co vám v situacích, kdy jste nejistí, pomáhá, čím můžete znovu získat rovnováhu.

- Pokuste se zachovat klid a přátelskou atmosféru.
- Nedejte najevo své překvapení, obavy nebo nejistotu.

Pokud cítíte, že nemůžete své emoce kontrolovat, na minutu – dvě si vezměte čas pro sebe, pravidelně a zhluboka dýchejte. Dítě ujistěte, že je dobře, že se vám svěřilo, že jeho sdělení berete vážně a že si nyní projdete možnosti, které společně máte.

Jak hovořit s dítětem o násilí?

Násilím jsme v současné době obklopeni a denně konfrontováni. Většinou se ale netýká nás ani nikoho z našich blízkých osobně. Vidíme jej v televizi, čteme o něm v novinách. Pokud mu ale máme čelit tváří v tvář a nebo hovořit osobně s někým, kdo násilí zažil, často nevíme, jak se ptát, co říct, můžeme být v rozpacích nebo nám zkrátka dojdou slova. Proto je dobré se na takové situace připravit dopředu.

Ať už se vám dítě svěří spontánně nebo rozhovor plánujete, snažte se zajistit pohodlí pro sebe i dítě. Dítě můžete podpořit např. tím, že mu sdělíte, že:

- Je velmi statečné, že vám vše otevřeně sdělilo.
- Že jste rád/a, že s vámi o tomto problému mluví.
- Že je vám líto, co se jí/mu stalo / co zažilo.
- Že to není její/ho chyba.
- Že v tom není samo, že se takové věci staly i jiným dětem.
- Že má právo na své pocity.
- Že se pokusíte udělat vše proto, abyste jí/mu pomohl/a (ale neslibujte jim věci, o kterých si nejste jisti, zda je můžete učinit).
- Že jste tam od toho, abyste ji/ho podpořil/a.
- Tím, že o násilí hovoří, může pomoci sourozencům i rodičům.

Pokud jste si všimli některých signálů naznačujících, že by mohlo být dítě ohroženo násilím v rodině nebo vám dítě tuto skutečnost přiznalo, je důležité, abyste zjistili, zda dítěti hrozí bezprostřední nebezpečí nebo opakování násilí. K tomu je potřeba znát i historii násilí v rodině, minimálně poslední incident.

Kladte dítěti otevřené otázky, které umožňují, aby vám svými slovy popsalo, co se stalo:

- Řekni mi, co se stalo...

²²⁾ <http://www.kidscape.org.uk/professionals/childabuse.shtml>

- Co se stalo potom?
- Kde jsi přišel/a k této modřině?

Nepokládejte otázky, které:

- již obsahují domněnky, co se stalo nebo kdo to způsobil, např.: „Tu modřinu máš od toho, jak tě maminka uhodila?“
- se ptají znovu na to, co vám již dítě řeklo, např.: „Jsi si jistý, že to byl strýček Pavel?“
- se dotazují na to, proč se to stalo (děti si pak často myslí, že je za násilí obviňujete).

Neptejte se opakovaně na stejné věci jen proto, že se snažíte dokázat, zda k násilí skutečně došlo.

Respektujte věk dítěte a jeho schopnosti

Pro dospělé ani děti není jednoduché hovořit o násilí. Děti se často vyjadřují spontánně pomocí těla, kresby. Pokud cítíte, že dítě neví, jak situaci vyjádřit nebo se stydí, můžete mu nabídnout jinou formu komunikace. Může vám situaci doma nakreslit, zahrát s loutkami nebo panenkami (stačí i papírové, které můžete společně vyrobit). Větší děti mohou situaci vyjádřit písemně.

- Hovoříte-li s dítětem, akceptujte jeho slovník a pojmenování, která používá k tomu, aby popsalo, co se stalo. Některé děti neznají adekvátní označení některých částí lidského těla nebo sexuálních praktik nebo používají označení užívaná v rodině. Neopravujte dítě a neměňte slova, která používá.
- Nepoužívejte slova, která by dítě mohla vystrašit nebo kterým nerozumí, např. znásilnění, incest, týrání a zneužívání dětí, partnerské násilí apod.
- Pokud dítě vypráví, naslouchejte mu, nepřerušujte ho.
- Pokud dítě mlčí, nesnažte se nutit je, aby hovořilo.
- Nenuťte dítě, aby se svléklo, pokud máte podezření, že by mohlo mít na těle zranění.
- Neukazujte zranění dítěte ostatním.

Řekněte dítěti, co bude následovat

- Neslibujte nic, co nemůžete dodržet, neslibujte mu např., že to, co vám právě řeklo, bude Vaše tajemství. Je důležité dítěti vysvětlit, že o některých tajemstvích se musí mluvit, aby se někomu mohlo pomoci nebo zabránit tomu, aby byl někdo zraněn. Řekněte dítěti, že o situaci budete hovořit pouze s lidmi, kteří se mu budou snažit také pomoci.
- Odpovídejte na otázky dítěte srozumitelně a jednoznačně. Pokud se vás např. dítě zeptá, jestli bude muset jít tatínek do vězení, můžete odpovědět pouze, že nevíte, že o tom rozhodují jiní lidé.

Co by mělo v rozhovoru určitě zaznít?

- Násilí není vina dítěte, to, co se doma odehrává, není jeho vina.
- Za násilí nemohou ani sourozenci.
- Za násilí je odpovědný ten, kdo se ho dopouští.
- Je velmi dobře, že se rozhodlo o situaci někomu říci.
- Nikdo nemá právo se k někomu chovat násilně a to ani v rodině, ani když je silnější, ani když je to rodič.
- Násilí dítě nemůže zastavit samo, ale jen s pomocí okolí, proto je tak důležité, že se svěřilo.

V případě, že zjistíte, že dítě je ohroženo domácím násilím, kontaktujte Oddělení sociálně právní ochrany dětí. Jedná-li se o dítě, které je svědkem násilí vůči své matce, informujte o vašem kroku také matku dítěte, jelikož tento krok může změnit dynamiku násilného vztahu a je potřeba, aby měla oběť možnost zajistit své bezpečí a připravit se na možnou eskalaci násilí.

III. Role zdravotníků při prevenci a pomoci obětem domácího násilí

V oblasti identifikace domácího násilí a podpory obětí má zdravotnický personál jedinečnou a významnou pozici. Obrazně řečeno, každá oběť domácího násilí se v nějakém momentu dostala do kontaktu se zdravotnickým systémem (ať už v důsledku napadení nebo z jiných zdravotních příčin), což nelze říci o žádné jiné oblasti služeb či profesi.

Život a zdraví mohou zdravotníci obětem domácího násilí zachránit nejen adekvátní a profesionální zdravotnickou péčí, ale také tím, že je podpoří v tom, aby násilí pojmenovaly a předají jim informace o dostupných možnostech pomoci. Díky tomu mohou oběti získat sílu, bezpečně násilný vztah ukončit a žít svůj vlastní život bez ponižování a násilí.

Mnoho obětí se zdráhá přiznat si, že žijí v násilném vztahu a má tendenci partnerovo chování omlouvat či bagatelizovat. Jasně pojmenování problému a označení násilí je však nezbytným krokem k tomu, aby mohla oběť začít svou situaci efektivně řešit. V tomto ohledu mají zdravotníci jedinečnou možnost pomoci obětem identifikovat a pojmenovat jejich situaci.

Petra, která zažívala násilí ve vztahu se svým druhem, popsala svou zkušenost takto:

„Do nemocnice jsem šla až druhý den po napadení. Bolela mě hlava, všechno se se mnou točilo, chtělo se mi zvracet. Na krku a pod okem se už začínaly vybarvovat modřiny. Lékař se mě zeptal, s čím přicházím. Popsala jsem mu, jak se cítím. Zeptal se mě, jak se mi to přihodilo. Řekla jsem, že jsem upadla ze schodů. Sestřička, která mi měřila tlak, si asi všimla vybarvujících se modřin. Zeptala se, jak jsem přišla k těm modřinám. Svedla jsem to na ten pád ze schodů, hrozně jsem se styděla přiznat, že mě zbil můj partner. Taky jsem si říkala, co si o mně pomyslí, že se na mě budou divně koukat, že si vymýšlím, že tady partnera pomlouvám. Neměla jsem představu, v čem by mi mohli pomoci. Bylo mi špatně a chtěla jsem jen, aby mi nějak ulevili. Sestřička mému vysvětlení asi nevěřila a řekla mi, že mají zkušenost s tím, že taková zranění mohou vzniknout nejen pádem, ale že je třeba někdo může způsobit. Na rovinu se mě zeptala, zda do mě někdo nestrčil nebo mě nezbil. Cítila jsem se zaskočená, ale když to vyřkla, nahrnuly se mi slzy do očí. Podala mi sklenici vody a řekla, že se nemám za co stydět a abych jim v klidu všechno řekla. Chvíli jsem byla schopná jenom brečet, ale když jsem jim řekla, že mě včera napadl můj partner a popsala, co se stalo, hrozně se mi ulevilo. Doktor se mě pak zeptal, jestli k tomu došlo poprvé nebo se někdy něco takového už stalo a jestli se nebojím jít domů, jestli mám kde přespat, kdyby bylo potřeba. Dodali mi odvalu, abych s tím něco začala dělat a dali mi taky kontakt na poradnu pro oběti domácího násilí. Díky tomu, že se mě na násilí otevřeně zeptali a neobviňovali mě za to, co se mi stalo, jsem našla odvahu zavolat do poradny. Jsem jim hrozně vděčná za to, že si našli těch pár minut a neuvěřili mému tvrzení, že jsem spadla ze schodů. Dnes už vím, že jsem se neměla za co stydět, ale je hrozně těžké přiznat a nahlas vyslovit, že se k vám někdo takhle chová.“

Zdravotnická zařízení jsou velmi často prvním místem, kde se ženy, oběti domácího násilí mohou dostat do kontaktu se systémem pomoci. Vyšetřovny a ordinace lékařů jsou pro oběti jakousi vstupní branou, která se jim může buď otevřít a posunout blíže k řešení jejich situace, nebo může zůstat zavřená a oběť tak zůstane nadále v izolaci a pod kontrolou násilného partnera.

Lidé se na lékaře a zdravotnický personál obrací s určitou důvěrou a jsou zvyklí s nimi hovořit i o velmi intimních záležitostech a to i v případech, že se vidí poprvé. Toto obecné nastavení důvěry může být velmi dobrým výchozím bodem pro vytvoření bezpečného prostředí a podpory obětí, aby se se svou situací svěřily. Otevřeností a nepřehlížením problematiky domácího násilí tak mohou zdravotníci pomoci tisícům žen a jejich rodinám.

Shrnutí - Proč by měl zdravotnický personál věnovat pozornost domácímu násilí?

- Zdravotníci mohou být pro oběti, které jsou často izolovány, jedinou možností kontaktu se systémem pomoci.
- Zdravotnická dokumentace a popis zranění může být důležitou součástí trestního řízení.
- Vzhledem k rozšířenosti domácího násilí je velmi pravděpodobné, že se obětí domácího násilí stala i některá z vašich kolegyně a pracovník ve zdravotnictví. Odtabuizováním tohoto tématu a jasným postojem, podporujícím oběti, můžete pomoci i jim.
- Oběti si přejí, aby byli zdravotníci iniciativní. I z provedeného šetření mezi klientkami sdružení ROSA jasně vyplývá, že ženy, ohrožené domácím násilím si přejí, aby se jich na jejich zkušenost s násilím ve vztazích zdravotníci otevřeně zeptali.

Základní principy pomoci obětem domácího násilí

Specifická situace a potřeby obětí domácího násilí si vyžadují profesionální přístup zdravotnického personálu založený na porozumění dynamice násilných vztahů a důvěře ve sdělení oběti. Světová zdravotnická organizace v tomto ohledu uvádí, že „zdravotničtí pracovníci by měli být vůči oběti podporující, nehodnotící a důvěřující tomu, co pacient sděluje. Při rozhovoru o výskytu násilí ve vztahu a jeho historii by měli aktivně naslouchat, avšak netlačit na oběť, aby o své zkušenosti hovořila“²³⁾.

Zdravotníci by měli také vyjádřit jasné odmítnutí jakýchkoli forem násilí ve vztazích. Snaha zůstat v případech domácího násilí neutrální totiž vede k riziku tolerance násilí. Zdravotníci by měli jasně komunikovat, že neexistuje žádný přijatelný důvod k použití násilí ve vztazích, že oběti důvěřují a že za násilí je zodpovědný pachatel, nikoli oběť. V žádném případě by neměli oběť z násilí obviňovat nebo zpochybňovat její reakce a zároveň by měli respektovat jakékoli rozhodnutí oběti ohledně řešení situace (např. pokud se oběť rozhodne vrátit k násilnému partnerovi nebo nevznést žádné oznámení na policii). Úkolem zdravotníků není oběť tlačit do řešení, které se zdá správné jim, ale sdělit jí maximum informací o jejích možnostech, respektovat její rozhodnutí a tomu přizpůsobit bezpečnostní plán.

Zajištění soukromí a důvěrnosti sdělení

S obětí byste měli vždy hovořit bez přítomnosti dalších osob, vyjma potřebného zdravotního personálu. V případech podezření na domácí násilí se nikdy na jeho výskyt neptejte, je-li u vyšetření přítomen někdo z členů rodiny. Pokud by násilná osoba zjistila, že máte podezření ohledně jeho chování, zvýšilo by se riziko izolace oběti a zamezení vyhledání zdravotnické či jiné pomoci.

Informujte pacientku o tom, v jakých případech jste vázáni mlčenlivostí a kdy musíte informace předat dalším stranám, například policii či zdravotní pojišťovně.

Úkolem zdravotníků není rozhodovat o tom, zda někdo je či není obětí domácího násilí, ale primárně poskytnout zdravotní péči, informace a podporu všem ženám, které o své zkušenosti s násilím hovoří, stejně jako těm, u kterých vidí přítomnost rizikových faktorů a zranění typických pro domácí násilí, avšak násilí v rodině popírají a stydí se o něm hovořit.

23) WHO, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. Geneva, Switzerland, 2013. www.who.int

Co oběti domácího násilí potřebují?

- Citlivý přístup, podporu, respekt a důvěru. Násilní partneři ženám často říkají, že i kdyby o násilí někde řekly, nikdo jim stejně nebude věřit a nikdo jim nepomůže. Zdravotníci mohou být těmi, kdo přeruší cyklus násilí právě tím, že oběť vyslechnou, podpoří ji v tom, aby o své zkušenosti hovořila a budou jí důvěřovat.
- Proaktivní přístup zdravotníků ve smyslu aktivního dotazování se na násilí v případě podezření či přítomnosti rizikových faktorů (viz kapitola identifikace rizik).
- Primární potřebou obětí je zajištění bezpečí.
- Respektování rozhodnutí obětí.
- Poskytnutí informací o možnostech řešení jejich situace a kontaktů na specializovaná centra pro ženy, oběti domácího násilí.
- Poskytnutí informací o vašem dalším postupu – jak bude naloženo s informacemi, které vám žena svěřila, zda a jaké další kroky budete činit.

Nikdy byste neměli předpokládat, že se o problematiku domácího násilí postará někdo jiný. Můžete být první a zároveň jedinou osobou, se kterou je žena, ohrožená domácím násilím, v kontaktu.

Kompetence a postup zdravotníků při řešení případů domácího násilí



Identifikace případů domácího násilí

Přestože většina obětí domácího násilí vyhledá odbornou zdravotnickou pomoc ve spojitosti s přímými či sekundárními důsledky prožitého násilí, jen malá část z nich otevřeně pojmenuje příčinu zranění či zdravotních komplikací. Důležitým úkolem zdravotnického personálu je tedy rozpoznat signály upozorňující na možný výskyt násilí v rodině a poskytnout oběti adekvátní pomoc a podporu. Dotazují-li se zdravotníci na násilí profesionálním a podporujícím způsobem, může to obětem pomoci prolomit pocity izolace, sebeobviňování a studu a předat jim zprávu, že pomoc v jejich situaci existuje a pokud se budou cítit dostatečně posíleny, mohou ji využít.²⁴⁾

24) Warshaw, C.; Ganley, A.L. Improving the health care response to domestic violence : A resource manual for health care providers. The Family Violence Prevention Fund, San Francisco, 1996.

V následující tabulce jsou uvedeny příklady klinických projevů a stavů spojených s možnou přítomností domácího násilí, kterých by si měl zdravotnický personál všimnout:

- Symptomy neurotických, stresových a somatoformních poruch dle MKN-10 (F40-F48, zejména symptomy deprese, úzkosti, posttraumatické stresové poruchy, poruchy spánku, sebevražedné tendence, sebepoškozování).
- Zvýšená konzumace alkoholu či závislost na alkoholu či jiných návykových látkách.
- Nespecifické chronické gastrointestinální symptomy.
- Opakované vaginální krvácení a sexuálně přenosné choroby, nespecifické bolesti v pánevní oblasti, sexuální dysfunkce.
- Chronická bolest (bez specifické příčiny).
- Traumatická zranění, zvláště pokud jsou opakovaná a pacient je vysvětluje jen vágně či uvádí nepravděpodobný způsob vzniku.
- Potíže spojené s centrálním nervovým systémem – bolesti hlavy, poruchy koncentrace, zhoršení sluchu.
- Opakovaná vyšetření a konzultace s lékaři bez jasné diagnózy.
- Somatizace, pacient přichází s obtížemi, které nelze vysvětlit na základě byť sebepečlivěji provedených vyšetření.
- Partner či manžel, který se neodbytně dožaduje přítomnosti při vyšetření a lékařské konzultaci.

Tab. 2. Příklady klinických projevů spojených s možnou přítomností domácího násilí.²⁵⁾

KAZUISTIKA 1

Kazuistika ženy, která zatím nevnímá psychické a fyzické týrání jako formu domácího násilí. Uvědomuje si, že něco není v pořádku ve vztahu s manželem, ale zatím nenašla odvahu k řešení.

„Víte, bojím se s ním (manželem) nechat dcery samotné, té starší nadává, protože není jeho, mladší demonstrativně objímá, že ji má rád. Když dcery chtěly spát se mnou, protože se ho bály, odešel. Ráno říkal, že spal na seníku, když jsme ho vyhodily. Pořád mně a dceři něco vykládá. Starší dcera už nechce být doma. Muž občas vyhrožuje sebevraždou. Před pár lety, jsem byla u kamaráda ve vsi, a manžel mi poslal zvláštní SMS. Šla jsem domů a on měl smyčku na krku. Rozešla jsem se s ním, tehdy jsem ještě neměla druhou dceru, ale vrátila jsem se. Bojím se o mladší dceru, je velmi citlivá. Byly jsme u sousedů a tam jí chlapeček odporoval, rozplakala se a chtěla domů. Manžel za ní pořád chodí. Když se ho ptala, na co má kůň ocas, odpověděl, že ani on sám neví, na co ho má. Dnes jsem manželovi řekla, že už nemůžu dál. On však nechce odejít. Vlastním dům, ve kterém bydlíme, ale on nechce zmizet. Zasahuje to už i do mé práce. Jsem vedoucí a mám pod sebou 16 lidí. Nesoustředím se na práci. Chodí mi SMS, které mě deptají. Vykládá po vsi, že mu žena ubližuje. Mám tu takovou pověst ... I matka mě odsuzuje, má dojem, že se nic neděje, protože nikdy ode mě nic neslyšela. Mám kamaráda. S ním je mi dobře, nevyhrožuje, neřve. Další vztah ale už nechci. Manžel mi projel mobil a přečetl si SMS od něho. I teď občas vyhrožuje sebevraždou, týrá mě tím. Jde proti mě i před dětmi. Asi nejhorší je to psychické deptání. Chci mít doma pohodu, nechci nic řešit. Muž to nerespektuje. ... Psychické týrání? To je také domácí násilí?“, diví se žena. „Ne, nebije mě, jen mě několikrát držel pod krkem na zemi. Byl klidnější, když jsem byla doma na mateřské. Jak jsem nastoupila do práce, začal mě obtěžovat SMS, pokud jsem telefon hned nevzala. Podezřívá mě, že někoho mám, když jdu na kávu k sousedům. Manžel vypráví, jak si to dělá a ukazuje to před

25) Převzato a upraveno z WHO, 2013

sousedčinou 16 letou dcerou. Vykládal to i v práci. Přitom, nemůže přece říkat, že to nemá, stále spolu spíme. Osamostatnila jsem se a jemu to vadí. Vždy hrál na city a já se podřizovala. Ted' jsem se rozhodla jít svou cestou, nepodřizovat se. On to nechce respektovat, nechce mě nechat, abych jednala svobodně. On říká, že to nezvládne, začal pít. Mám strach, že něco vyvede pod vlivem alkoholu, v práci jezdí autem. Ted' je hrozně zlý, vyhrožuje. Bála jsem se, že nedokážu být sama, ted' si to nemyslím. On nikoho nemá, nemá kam jít. Rozhodilo mě, když šel pro dceru do školky, ta ale ještě spala, šel na pivo, pak nemohl jet autem, tak se rozhodl, že půjdou v horku 4 km pěšky domů. Vykojilo mě to, volala jsem mu a autem jela za nimi. Na cestě mi telefonoval, že je odvezl bratr. Už k němu nic necítím. Odbourala jsem ho od sebe, ale on si najde skulinku přes děti. O rozvodu zatím neuvažuju.“

Žena dostala základní informace o domácím násilí, byla upozorněna na služby organizací ROSA a Bílý kruh bezpečí a byly jí poskytnuty kontakty na tyto instituce.

Komentář: případ dlouhodobého psychického domácího násilí s incidenty fyzického násilí.

Kromě výše zmíněných klinických příznaků (viz Tab. 2.) mohou být indikátorem možného domácího násilí také určité projevy v chování. Při identifikaci případů domácího násilí je proto důležité věnovat u pacientů pozornost následujícím projevům:

- Často se objednává kvůli vágním a neurčitým problémům a symptomům.
- Zranění neodpovídají uváděnému způsobu jejich vzniku.
- Pacientka se snaží zranění zakrývat (např. oblečením nebo odmítá odhalit určité části těla) či minimalizovat jejich rozsah.
- Partner svou partnerku doprovází k lékaři, dožaduje se přítomnosti jak během pořizování vstupní dokumentace, tak během vlastního vyšetření.
- Žena je zdrženlivá nebo nechce odpovídat před partnerem.
- Pacientka nedodržuje předepsanou léčbu.
- Pacientka se často nedostaví na objednané vyšetření či konzultaci.
- Vícečetná zranění v různých stádiích hojení.
- Pacientka působí vystrašeně, přehnaně úzkostně či depresivně (např. lekne se, když někdo otevře dveře a vstoupí, lekne se při neočekávaném zvuku apod.).
- Doprovázející partner působí dominantně či agresivně, odpovídá za ženu nebo odmítá odejít z vyšetřovny.
- Časté reversy a předčasné ukončení hospitalizace.
- Pacientka nedochází na pravidelné kontroly a vyšetření v průběhu těhotenství.

Tab. 3. Projevy v chování pacientek, jež mohou signalizovat přítomnost domácího násilí.²⁶⁾

Přítomnost výše zmíněných signálů sice sama o sobě automaticky neznamená, že k domácímu násilí dochází, avšak na jejich základě by měl zdravotnický personál zaměřit svou pozornost na možnost jeho výskytu a vytvořit takové podmínky, aby bylo možné s ženou hovořit o samotě (bez přítomnosti partnera či dětí) a na její zkušenost s násilím se jí přímo zeptat. Takovýto přístup může být velmi přínosný i v případě, že se žena rozhodne o násilí tentokrát nehovořit, protože bude do budoucna vědět, že zdravotnický personál je s problematikou domácího násilí obeznámen a vnímá jej jako závažný problém. Díky tomu se může svěřit a vyhledat pomoc u lékaře v budoucnu.

26) Převzato a upraveno z WAVE, Guidance for health care professionals in strengthening health system responses to gender-based violence, WAVE, 2015.

Vytvoření bezpečného prostředí a vedení rozhovoru s obětí

Hovořit s někým o zkušenosti s domácím násilím není snadný úkol. Mnoho lidí se při takové představě cítí nejistě a váhavě. Jedná se totiž o emočně velmi nabitou situaci, která není zcela obvyklá a tak můžeme mít pocit, že ani nevíme, jak se ptát, abychom toho druhého neranili, neptali se návodně nebo „hloupě“. Je však důležité si uvědomit, že oběti se o své situaci často stydí hovořit ještě více a že je pro ně velmi důležité a úlevné, když se jich někdo na možnou přítomnost násilí jako původu zranění zeptá.

Doporučení pro vedení rozhovoru s obětí DN²⁷⁾

Co dělat	Co nedělat
✓ Proaktivně se ptejte na násilí v rodině. Je to projevem vaší profesionality a napomáhá to budování důvěry.	– Nedotazujte se na násilí v přítomnosti partnera či jiné doprovázející osoby. Pamatujte na to, že bezpečí oběti je na prvním místě.
✓ Poskytněte ženě informace o tom, jaké informace zůstanou důvěrné, případně o situacích, kdy musíte prolomit mlčenlivost.	– Nesnažte se bagatelizovat sdělení pacientky. Je nevhodné vést s ní rozhovor v čekárně či v přítomnosti dalšího zdravotnického personálu, jehož přítomnost není nutná (zřízcenci, větší počet sester, apod.)
✓ Udržujte oční kontakt a pozorně jí naslouchajte.	– Minimalizujte pasivní naslouchání a nedostatečný oční kontakt. Takové chování může u oběti vyvolat pocit, že jí nevěříte, že situaci vnímá špatně a že násilný partner má pravdu.
✓ Jasně pojmenujte nepřijatelnost jakýchkoli forem násilí ve vztahu.	– Během rozhovoru nevyplňujte žádné papíry ani nezapisujte do počítače. Pokud je to nutné, srozumitelně své počínání vysvětlete. Přerušete krátce rozhovor s jasným a vlídným odkazem, proč tak činíte.
✓ Důvěřujte sdělení oběti.	– Neobviňujte a vyhněte se otázkám typu „Proč s ním teda stále jste? Proč jste už dávno neodešla? Co jste udělala, že se tak rozčílil?“

27) Převzato a upraveno z WAVE, Guidance for health care professionals in strengthening health system responses to gender-based violence, WAVE, 2015.

Příklady otázek, kterými lze začít rozhovor o problematice násilí ve vztahu

(jedná se o modelové otázky, které je vždy potřeba upravit dle konkrétní situace. Podstatné je, abyste se na možnou zkušenost s násilím dokázali zeptat přímo a zároveň citlivě):

- „Ze zkušenosti vím, že se mnoho žen ve vztazích setkává s násilným či agresivním chováním svého partnera. Týká se vás nějak tato problematika? Setkala jste se ve vztahu s něčím podobným?“
- „Víme, že násilí ve vztazích je velmi rozšířený problém. Až 30% žen se během svého života s něčím takovým setká. Stalo se vám někdy něco takového?“
- „Někdy si ženy myslí, že si za agresivní chování svého partnera mohou samy, protože se nechovaly tak, jak si jejich partner přeje. Ale bez ohledu na to, co někdo udělal či ne, nikdo si nezaslouží, aby ho někdo jiný ušlíbil či zbil. Stalo se vám někdy, že vás někdo zbil nebo vám vyhrožoval kvůli tomu, že jste něco nesplnila nebo udělala jinak?“
- „Mnoho mých pacientek má zkušenost s násilím v jejich vztahu, ale stydí se nebo se bojí o tom začít samy hovořit. Choval se k vám někdy váš partner agresivně / násilně?“⁽²⁸⁾

Příklady přímých otázek (opět se jedná o modelové otázky, které je potřeba upravit dle konkrétní situace):

- „Domnívám se, že některá vaše zranění (symptomy) by mohla být způsobena fyzickým násilím. Ušlíbil vás někdo? Napadl vás někdo fyzicky?“
- „Mám zkušenost s tím, že ženy přicházejí s tímto druhem zranění v důsledku fyzického napadení. Nestalo se vám něco podobného? Napadl vás někdo? Ušlíbil/zbil vás někdo? Kdo to byl? Byl to váš partner?“
- „Napadl vás někdy váš partner fyzicky? Nebo někoho z vašeho okolí?“
- „Nutil vás někdy partner k sexu, i když jste odmítala?“
- „Ponižuje, shazuje vás partner často? Obviňuje vás? Nadává vám?“
- „Snažil se vám někdy váš partner zamezit dělat věci, které jsou pro vás důležité (třeba jít do práce, školy, vidět se s přáteli, rodinou, apod.)?“⁽²⁹⁾

Na otázky ohledně zkušenosti s násilím bychom se měli ptát vždy citlivě a jen pokud jsme se ženou o samotě (není přítomen žádný jiný člen rodiny ani jiný doprovod). Jedná-li se o cizinku, která potřebuje zajistit překlad, nikdy by neměl překládat partner, ani jiná doprovázející osoba, protože se může jednat o osobu spřízněnou s pachatelem násilí, což by mohlo znamenat zvýšení rizika eskalace násilí.

Otázky bychom měli formulovat a klást s ohledem na věk, vzdělání a aktuální zdravotní i psychický stav pacientky. V některých případech může být užitečnější vyhnout se termínům jako domácí či partnerské násilí, protože oběti svou zkušenost často minimalizují a domnívají se, že „pár facek nebo shoení ze schodů ještě není domácí násilí.“ Proto doporučujeme klást spíše otevřené otázky nebo popisy různých forem násilí tak, aby mohla pacientka hovořit o své zkušenosti svými slovy a popsat ji ze svého pohledu.

KAZUISTIKA 2

Příklad nevhodného postupu zdravotníka.

Do nemocnice na oddělení pohotovosti přijela žena (30 let), která vykazuje známky fyzického napadení (modřiny v obličeji, zaschlá krev v obličejové části hlavy, roztržené ob-

28) UNFPA, WAVE (2014) Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia. Resource Package. <http://www.health-genderviolence.org/sites/default/files/download/WAVE-UNFPA%20English.pdf>

29) Ibid

lečení). Nejdříve sedí na chodbě a čeká na příchod službu konajícího lékaře. Po vstupu do ordinace ji lékař nechá stát a ptá se „Co vám je?“ Přitom se na ženu ani nepodívá, stále se dívá do počítače. Žena neodpovídá, mlčí. „Co se stalo?“ žena stále nic neříká. „Co se stalo?“ opakuje lékař a stále se přitom dívá do počítače. Pak se na ni podívá, vzdechne si a říká: „Tak proč jste tady?“ „Mám úraz, spadla jsem“ odpovídá žena. „Aha, tak vy máte úraz“ říká lékař. „A opravdu jste spadla nebo vás někdo třeba napadl?“ ptá se lékař. Žena mlčí a nic neříká. «Tak sakra, řeknete mi, co se stalo?», ptá se důrazně doktor. V tom žena opouští ordinaci a utíká pryč.

Komentář: Lékař se ani nepokusil navázat kontakt s pacientkou, neprojevil zájem, nevytvořil bezpečné prostředí a pocit důvěry tak, aby se pacientka cítila podpořena a schopna sdělit, co se jí stalo.

Primární podpora obětem domácího násilí

Primární podpora se zaměřuje na emocionální podporu oběti, na její potřeby a řešení praktických otázek. Primární podpora může být vedle vlastního zdravotnického vyšetření a ošetření tou nej důležitější pomocí, jakou můžete obětem domácího násilí poskytnout. Cílem takové podpory je:

- Pojmenovat potřeby a obavy oběti.
- Vyslechnout si její příběh a ocenit ji.
- Poskytnout jí bezpečný kontakt a možnost zklidnění.
- Podpořit ji v tom, aby vyhledala odbornou pomoc a předat jí kontakty na specializovaná pracoviště zabývající se problematikou domácího násilí.
- Vysvětlit jí, jaké jsou možnosti řešení její situace.
- Respektovat její přání a rozhodnutí.
- Pomoci jí identifikovat zdroje sociální, fyzické a emoční podpory.
- Posílit její bezpečí (viz bezpečnostní plán a zajištění bezpečí ve zdravotnickém zařízení a při odchodu z něj).

KAZUISTIKA 3

Osobní zkušenost záchranáře ze zásahu v případě domácího násilí

Byli jsme voláni jako výjezdová skupina k úrazu. Na místě před domem již byla přítomna PČR. Dva strážníci nám přivedli ženu (28 let), kterou dle jejich sdělení údajně zbil její přítel. Ženu jsem vzal do sanitky a řekl jsem strážníkům i kolegovi, že s ní promluví sám. Žena sdělila, že ji zbil její přítel, ke kterému se vrátila. V minulosti ji již bil, dneska to ale dle jejího sdělení bylo nejhorší - vzbudil ji ráno, když přišel opilý a začal ji mlátit pěstmi do hlavy. Spadla na zem, tak ji kopal do zad a žeber. Schoulila se do klubíčka, aby se alespoň trochu ochránila.

Když toho nechal, odešel si lehnout. Zavolala policii a šla čekat před dům.

Nabídl jsem jí pomoc skrze policii, váhala. Doporučil jsem jí kontaktovat organizaci ROSA. Nikdy před tím o ní neslyšela, ale dál se neptala. Navrhl jsem, že pojedeme na RTG. Souhlasila. Když jsem se zeptal, co bude dělat, až se vrátí z nemocnice, řekla, že do toho bytu musí zpátky, má tam doklady a mobil. Zmínil jsem, že jí přítel opravdu hodně ublížil a může v tom pokračovat. Trvala na tom.

Doporučil jsem jí, aby šla v doprovodu policie pro doklady ihned. To odmítla, protože přítel je v podmínce, nechce mu dělat problémy. Navrhl jsem jí opět, aby zkontaktovala organizaci ROSA, která jí může podpořit a probrat s ní možnosti, jak může postupovat dál a co udělat pro zvýšení svého bezpečí. Váhala a pak řekla, že musí po RTG pro doklady a do Brandýsa, protože musí zítra odvézt maminku k lékaři. Během transportu jsem jí opět nabízel pomoc policie a organizací pro DN, ale stále váhala. V nemocnici se dozvídáme, že je to její sedmá hospitalizace pro bití přítelem.

Komentář: Správný postup záchranáře v složité situaci. Kromě zdravotního ošetření bylo v centru jeho pozornosti zajištění bezpečí oběti. Snažil se s ní probrat bezpečnostní plán pro návrat domů (vyzvednutí dokladů), předal jí informace o možnosti specializované pomoci v centru pro ženy, oběti domácího násilí. Po napadení jsou oběti násilí často v šoku a je pro ně obtížné dělat nějaká rozhodnutí. Potřebují klid, bezpečí a čas, aby si mohly promyslet, jaké další kroky chtějí podniknout. Jejich reakce se může zdát na první pohled paradoxní (např. odmítání asistence policie, specializované pomoci apod.). Proto je důležité předat jim telefon či jiný na pomáhající organizace s upozorněním, aby si ho uložily či zapsaly bezpečným způsobem (např. pod nějakým jiným jménem).

KAZUISTIKA 4

Na interní lůžkové oddělení byla přijata žena ve středním věku, které se doma po hádce s manželem pokusila o sebevraždu požitím většího množství analgetika ze skupiny nesteroidních analgetik. Přijímající lékařka hodnotila situaci jako demonstrativní pokus. Pacientka neměla alterované vitální funkce, byla při vědomí, dobře orientovaná. Ženě byl proveden výplach žaludku. Poté byla přijata na běžné oddělení, k přijetí na jednotku intenzivní péče nebyl žádný důvod. Několik hodin po přijetí navštívil ženu její manžel. Po několika minutách, kdy mezi nimi dle svědectví spolupacientek došlo k ostré výměně názorů, manžel odešel.

Patnáct minut po jeho odchodu žena vyskočila z okna pokoje v pátém patře. Tentokrát se jí sebevražda zdařila.

Komentář: Zdravotnické zařízení nedokázalo pacientce vytvořit bezpečné prostředí. Přitom stačil jednoduchý dotaz, zda si nemocná přeje návštěvy rodinných příslušníků či ne, případně koho k ní mohou pustit.

Cílem primární podpory a ani vaším úkolem není:

- Za ženu vyřešit její problém.
- Přesvědčit ji, aby od násilného partnera odešla.
- Přesvědčit ji, aby šla vše nahlásit na policii nebo státní zastupitelství.
- Ptát se na detailní informace nebo na stejné údaje opakovaně, abyste si ověřili, zda si nevymýšlí.
- Ptát se jí na přesný popis události a analýzu toho co se stalo a proč se to stalo.
- Tlačit na ni, aby vám řekla, jak se cítila a jak na napadení reagovala.³⁰⁾

30) Převzato a upraveno z WHO, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence, A clinical handbook, WHO/RHR/14:26.

KAZUISTIKA 5

Do ordinace lékaře je přivezena ZZS žena, kterou zbil její přítel. ZZS zavolal její přítel s tím, že se pohádali a ona spadla, když do ní strčil. Žena má zlomenou horní končetinu, modřiny v obličeji, tržnou ránu na rtu, která krvácí. Přítel nejdříve nechtěl pracovníky ZZS pustit k ošetření, následně dovolil, ale vytáhnul si plynovou pistoli a stál jim za zády. Dolů do sanitky z bytu šli společně, i muž s pistolí. V sanitce se jeden pracovník uvolnil a povídal si s mužem ženy venku, mezitím záchranář ve voze mluvil se ženou a zavolal o pomoc PČR. Přijelo několik policejních aut a policisté útočníka, který neustále na ženu křičel, nadával jí a vyhrožoval, zpacifikovali. Nyní je žena v ordinaci, již ošetřena a lékař na ni naléhá, aby podala trestní oznámení.

Žena začne hájit svého přítele, že je jen nervózní a vznětlivý. Lékař na ni tlačí, že takový prevít si nezaslouží ani žít. Žena se rozpláče a s lékařem přestává komunikovat.

Komentář: Není úkolem lékaře nutit postiženou k řešení situace formou podání trestního oznámení. Lékař by měl ženu informovat o možnosti řešení situace podáním trestního oznámení, ale nabídnout i jiné možnosti, které pro ni v danou chvíli mohou být bezpečnější – např. předat jí kontakt na specializovaný azylový dům či poradnu pro oběti domácího násilí, zeptat se jí, zda má nyní kam jít, informovat ji o možnosti vykazování násilného partnera a pod.

KAZUISTIKA 6

Na ambulanci byla přivezena žena, kterou napadl kolem 22. hodiny manžel. Uchopil ji za pravou paži, strčil do ní, zavravorala a došlápla na malíkovou hranu levé nohy. Jiný úraz nevedla, fyziologické funkce jsou v normě. Žena je při vědomí, orientována, spolupracuje, kardiopulmonálně kompenzována, neurologické vyšetření v normě, zornice izokorické, jazyk plazí středem, uši a nos bez výtoku, šije volná, ameningeální, dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, břicho klidné, horní končetina diskrétně zhmožděna v oblasti pravé paže v proximální části dorzálně, skelet povšechně pevný. Na levé dolní končetině otok a hematom v oblasti V. metatarzální kosti, pohmatová bolestivost, bolestivost při chůzi, nemožnost došlapu.

Vyšetření: RTG pravé paže, levé nohy a hlezna: fraktura V. metatarzu, jinak bez jasných traumatických změn.

Doporučení: klid, elevace, chlazení, kontrola periferie, Clexane 0,4 s.c. 1x denně (pacientka poučena), zde na ambulanci první dávka, běžná analgetika per os, kontrola na chirurgické ambulanci následující den, pacientce předány kontakty na ROSA, Bílý kruh bezpečí a linku důvěry.

Žena na muže podala trestní oznámení pro zločin ublížení na zdraví, takže případ bude mít dohru u soudu.

Komentář: správný postup v ambulantním zařízení. Dokumentace může sloužit pro případné soudní řešení. Někdy se ovšem situace může vyvinout pro zdravotníky nepředvídaným způsobem.

Pomůžete-li oběti s řešením praktických potřeb, pomůžete jí tím zároveň i po emoční stránce, protože se díky vaší podpoře bude moci zklidnit a najít „pevnou půdu pod nohama“.

Pomůžete-li jí s jejími emočními potřebami, posílíte ji v její schopnosti efektivně řešit praktické otázky.

Důležitou roli mají zdravotníci při prevenci vzniku sekundární viktimizace. Jasným pojmenováním toho, že za násilí je vždy zodpovědný ten, kdo se ho dopouští, nikoliv oběť a jednoznačným postojem vyjadřujícím, že pro násilí ve vztazích neexistuje žádná omluva, můžete oběti významně pomoci v procesu odpoutávání se od násilného partnera a zajištění bezpečí nejen ohrožené ženy, ale i nezletilých dětí, které mohou v rodině vyrůstat. V případech domácího násilí totiž platí, že bezpečí matky = bezpečí dětí.

Vaším úkolem není přesvědčovat ženu, aby od násilného partnera odešla nebo ji nutit do jiných kroků, na které ještě není připravena. Takový postup by totiž mohl oslabit její ochotu spolupracovat a mohl by sekundárně vést k jejímu ohrožení či ohrožení jejích dětí.

Shrnutí:

- Vždy je nejprve důležité oddělit zraněnou ženu od doprovázejícího partnera (ten by měl zůstat v čekárně).
- Na násilí se ptejte přímo, laskavým a přátelským způsobem.
- Dejte najevo oběti svou podporu, ocenění, že vyhledala pomoc. Ujistěte ji, že násilí není její vina, odpovědnost má vždy pachatel, jedná se o trestný čin.
- Vyvarujte se obviňování, hodnocení a nevhodných otázek typu: "Proč s ním zůstáváte", „Nevyprovokovala jste ho nějak?“ atp.
- Popište a zdokumentujte veškerá zranění, stav, v jakém pacientka přišla, je-li to možné, pořiďte fotodokumentaci.
- Na závěr předejte pacientce kontakty na specializovaná pracoviště pro oběti domácího násilí, azylové domy, krizová centra a nonstop linky pomoci, kde může vyhledat další pomoc. Upozorněte ji, aby si tyto kontakty dobře schovala a neukazovala je násilnému partnerovi, jelikož by to mohlo vést k eskalaci násilí.

Dokumentace zranění a symptomů

Důsledná dokumentace zranění, celkového zdravotního i psychického stavu (orientace v prostoru a čase, symptomy šokové reakce) je nezbytná může sehrát velmi důležitou roli v průběhu trestního řízení.

Dokumentace zranění v případech domácího a sexuálního násilí by měla dle doporučení Světové zdravotnické organizace obsahovat následující informace:

- Základní demografické údaje (jméno, věk, pohlaví).
- Zda byl obdržen informovaný souhlas.
- Základní zdravotnická a gynekologická anamnéza.
- Popis napadení (citujte přesné vyjádření pacientky, nikoli váš popis situace).
- Výsledky vyšetření.
- Provedené testy a jejich výsledky.
- Doporučení pro léčbu.
- Medikace (podaná na místě i předepsaná).
- Poučení pacientky.
- Předané kontakty.

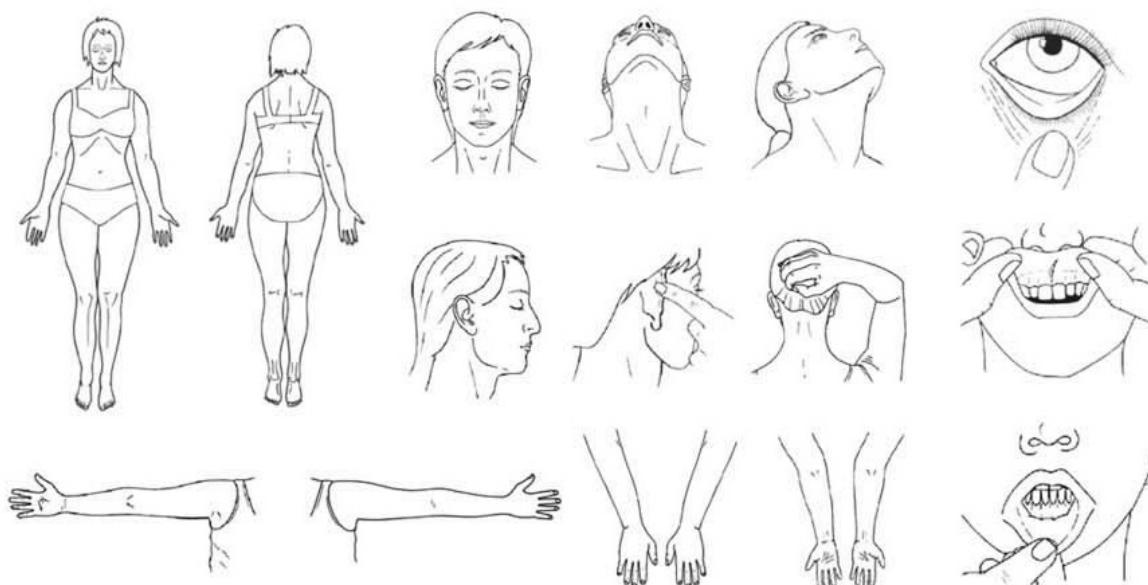
Velmi důležitým nástrojem dokumentace zdravotního stavu a zranění je pořízení fotografických snímků, jsou-li pro ně splněny podmínky. Světová zdravotnická organizace doporučuje pořizování fotodokumentace v případech domácího násilí a genderově podmíněného násilí napříč všemi medicínskými obory a specializacemi, nejen zdravotníky z oborů forenzní medicíny. Při pořizování fotodokumentace je potřeba mít na paměti, že fotografie mohou doplnit, avšak nikoli nahradit další metody zaznamenávání zranění.

Fotografická dokumentace zranění

Vyšetřete pacientku a získejte informovaný souhlas o pořízení fotodokumentace zranění. Fotodokumentaci lze pořizovat pouze zařízením, které je součástí vybavení zdravotnického pracoviště. Tak aby s ní mohlo být zacházeno, jako s ostatní zdravotnickou dokumentací. Je nepřípustné používat vlastní přístroje (mobilní telefony zdravotnického personálu). Některé oběti se mohou zdráhat poskytnout souhlas s pořízením fotodokumentace, protože se mohou obávat, jak bude s materiálem dále nakládáno, mohou se stydět nebo cítit nekomfortně. V takovém případě podrobně vysvětlíte význam fotodokumentace a proces nakládání s fotografiemi a jejich uchovávání. Pacientka nemusí fotodokumentaci využít nyní, ale může jí posloužit jako důkazní materiál v budoucnu, pokud by se rozhodla svou situaci dále řešit. K pořízení fotodokumentace je nutný souhlas pacientky. Chce-li pacientka pořídit vlastní dokumentaci svým zařízením, je vhodné jí to umožnit, s tím, že tento fakt musí být zaznamenán do standardní zdravotnické dokumentace.

Identifikace: Každá fotografie musí jasně identifikovat zobrazenou osobu a obsahovat informaci o datu a čase jejího pořízení. Fotografie by měla být doplněna o informaci, kolik fotografií bylo celkem pořízeno. Pokud pořizujete fotografii na zařízení, které nezobrazuje datum a čas, požádejte pacientku, aby na každé fotografii podržela lístek s datem a časem.

Škály: Jelikož fotoaparáty a telefony mohou zkreslovat reálnou barvu, měla by sekvenci snímků (je-li to možné) předcházet fotografie barevné škály. Díky tomu je pak možné lépe identifikovat např. zbarvení modřin. Při dokumentaci zranění je vhodné používat také centimetr nebo nějaký předmět konstantně dané velikosti (např. mince), nemáme-li po ruce centimetr nebo pravítko. Použití měřítka je klíčové pro pozdější určení velikosti zranění. Fotografie by měly být pořízeny s použitím měřítka i bez něj.



Orientace: První fotografií by měl být snímek obličeje, který slouží k identifikaci. Následné fotografie by měly zahrnovat celkovou oblast zranění a další snímky by měly přibližovat konkrétní zranění.

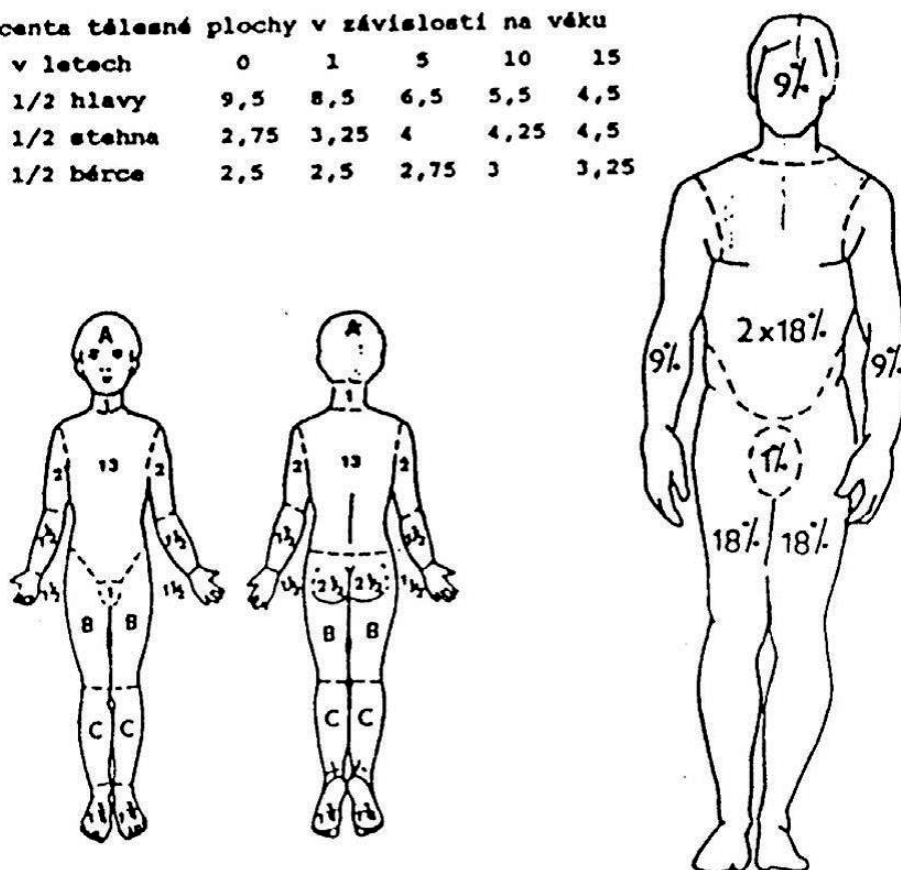
Důvěrnost: Fotografie tvoří součást zdravotnické dokumentace a v souladu s tím s nimi musí být dále zacházeno.³¹⁾

Ačkoli Světová zdravotnická organizace jednoznačně doporučuje pořízení fotodokumentace, tento krok v praxi závisí vždy nejen na přání postižené osoby, ale i na technických možnostech pracoviště.

Další možností, jak zaznamenat lokalizaci a rozsah poranění, je zakreslit je do schématu lidského těla. Zde jsou příklady různých tělových schémat, která lze použít k dokumentaci rozsahu zranění.

K zaznamenání rozsahu a lokalizace zranění je možno použít např. i schéma používané k dokumentaci rozsahu popálenin (viz obrázek níže³²⁾).

Procenta tělesné plochy v závislosti na věku					
Věk v letech	0	1	5	10	15
A = 1/2 hlavy	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5
B = 1/2 stehna	2,75	3,25	4	4,25	4,5
C = 1/2 bérce	2,5	2,5	2,75	3	3,25



Vedení zdravotnické dokumentace

Zákonem uložené povinnosti při vedení dokumentace

Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci

V odstavci 1 paragrafu 67b je uloženo všem zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci (dále jen "dokumentace"). To mj. znamená, že vyšetřovat a léčit bez řádného vedení dokumentace je protizákonné.

31) WHO, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. Geneva, Switzerland, 2013. www.who.int

32) Zdroj obrázku: <https://www.lf2.cuni.cz>

Obsah zdravotnické dokumentace

V odstavci 2 a 3 paragrafu 67b novely je kromě rámcového vymezení věcného obsahu dokumentace (“informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a postupem poskytování léčebné péče”) důležitý také formální požadavek dostatečné identifikace každé jednotlivé části dokumentace ve vztahu k pacientovi. Prakticky to znamená zákonnou povinnost opatřit příjmením a jménem a rodným číslem nebo jiným jednoznačným identifikačním znakem nejen každý list chorobopisu či zdravotní karty, ale i každou žádanku, výsledek, rentgenový či ultrazvukový snímek, křivku EKG, EEG a podobně.

Způsob zápisu a oprav v dokumentaci

Novela nyní v § 67b odstavci 4 ukládá další povinnosti: zápis musí být veden nejen čitelně, průkazně a pravdivě, musí také být opatřen údajem o dni záznamu a o osobě, která záznam do dokumentace provedla (čitelnou identifikací a podpisem)!

Podstatný je i požadavek, aby původní zápis zůstal čitelný i po opravě, která se provede novým zápisem s uvedením času a podpisu. Běžná praxe s přelepováním, zalakováním korekčním lakem a podobnými způsoby oprav je tedy nepřijatelná.

Forma zdravotnické dokumentace

- a) dokumentace může mít textovou, grafickou nebo audiovizuální formu,
- b) dokumentace může být vedena v listinné nebo elektronické formě (v počítači ovšem jen za dále specifikovaných podmínek),
- c) údaje pořízené v listinné formě (a to nejen text, ale i např. obrázky) nesmí být převedeny do elektronické formy bez archivace listinného originálu,
- d) zápis v elektronické formě bez zaručeného elektronického podpisu je nutno vytisknout na papír, který se opatří datem a podpisem osoby, která zápis provedla, a zařadí se do dokumentace pacienta; každá část (list, sestava, výtisk) se považuje za samostatnou část dokumentace a musí být nejen všechny podepsány, ale také opatřeny dostatečnou identifikací pacienta,
- e) zápisy v elektronické formě obsahující zaručený elektronický podpis pořizovatele musí splňovat tyto podmínky:
 - být podepsány tímto podpisem v každé jednotlivé části dokumentace,
 - být zálohovány minimálně jednou denně na záložní médium,
 - jsou z nich nejméně jedenkrát ročně pořízeny archivní kopie, které není možné dodatečně upravovat (např. na CD-ROM),
 - jejich archivní kopie musí umožnit čitelnost a přístupnost informací po celou předepsanou dobu archivace.

Kdo tedy smí nahlížet do dokumentace:

- a) zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, funkcionáři komor, šetřící stížnosti na lékaře nebo lékárníky,
- b) revizní lékaři pojišťoven,
- c) soudní znalci v oboru zdravotnictví (většinou lékaři),
- d) lékaři ve státní správě, šetřící stížnosti a podobná podání,
- e) lékaři Ministerstva zdravotnictví, šetřící stížnosti a podobná podání
- f) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost,

- g) členové Ústřední znalecké komise a územních znaleckých komisí,
- h) pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví ("hygienici"),
- i) lékaři orgánů sociálního zabezpečení, lékaři úřadů práce a lékaři okresních úřadů při posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování různých dávek a služeb, při odvodech branců a dalších úkolech,
- j) zaměstnanci zdravotnických zařízení (nebo smluvních podniků), zajišťující zpracování dat při vedení dokumentace,
- k) zaměstnanci státu nebo zpracovatele, kteří zajišťují úkoly NZIS ("statistika"),
- l) pověřené zdravotnické zařízení, které posuzuje zdravotní stav pro účely pojistných a podobných smluv,
- m) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením,
- n) inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod,
- o) zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří provádějí kontrolu.

Právo pacienta na přístup k dokumentaci:

Pacient má právo:

- a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu
- b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a)
- c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a)
- d) určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient při určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu, zároveň určí, zda této osobě náleží práva podle písmen b) a c); pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat; právo pacienta na určení osoby nebo na vyslovení zákazu se nevztahuje na postup podle odstavců 10 a 11 [týká se výše vyjmenovaných funkcionářů a studujících] a dále na podávání informací a na právo nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo na pořizování výpisů, opisů nebo kopií podle zvláštních právních předpisů upravujících poskytování zdravotní péče, popřípadě činnosti související se zdravotní péčí; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké."

Stručné shrnutí:

Dokumentace musí být vedena přehledně, pravdivě. Záleží na konkrétním zdravotnickém zařízení zda bude vedena v listinné či elektronické formě. Existuje přísně vymezený okruh osob, které mají právo do dokumentace nahlížet. Mezi ně nepatří Police ČR. Orgánům činným v trestním řízení můžeme dokumentaci poskytnout jen na základě soudního příkazu (svolení).

Pacient má právo na nahlížení do dokumentace

Pacient má právo na pořízení kopií své zdravotnické dokumentace. Pacient má právo vymezit okruh osob, kterým budou poskytovány informace o jeho zdravotním stavu. Pacient má právo vymezit okruh osob, kterým nebudou informace poskytovány.

V praxi je tato situace dobře ošetřena v lůžkových zdravotnických zařízeních u hospitalizovaných nemocných. Většina obětí domácího násilí je ovšem léčena ambulantně. V ambulantní praxi tedy můžeme fakticky dokumentaci předat jen nemocnému, u ostatních osob je nutný písemný souhlas nemocného, nebo soudní příkaz.

Zásadně neposkytujeme telefonické informace komukoliv. Zdravotničtí pracovníci jsou vázáni povinnou mlčenlivostí. Lékař nebo jiný zdravotník je povinen podle § 51 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Informace, které podléhají povinnosti mlčenlivosti podle citovaného ustanovení zákona o zdravotních službách, je nutné pro trestní stíhání vyžadovat se souhlasem soudu postupem podle § 8 odst. 5 tr. ř. pouze tehdy, když se na trestný čin nevztahuje oznamovací povinnost.

Vlastní vedení zdravotnické dokumentace

Složky IZS (integrovaného záchranného systému) vedou dokumentaci o primárním zásahu obvykle na stručném formuláři.

Dokumentace vedená v lůžkovém či ambulantním zařízení má své standardní formy, tedy anamnesu, celkové vyšetření a specializované vyšetření.

Naprostá většina ZZ (zdravotnických zařízení) vede dokumentaci včetně výkaznictví pro pojišťovny v některém z programů pro ambulantní zařízení, případně v NIS (nemocniční informační systém). Jak již bylo uvedeno výše, to, zda bude dokumentace vedena pouze elektronicky či v listinné podobě, záleží na příslušném ZZ.

Anamnesa:

- Má své standardní části:
- Anamnesu rodinnou.
- Sociální včetně pracovní.
- Osobní historie předchozích onemocnění (medikace, kterou nemocný užívá, předchozí onemocnění, úrazy, operace).
- Nynější onemocnění.

Rozsah odebrané anamnesy závisí na podmínkách, za kterých byl nemocný ošetřován. Složky záchranného systému vedou dokumentaci poměrně stručně, důležitá je vždy **historie vzniku současného onemocnění** (v případech domácího násilí tedy popis situace, kdy byla pacientka zraněna a kdo jí zranění způsobil), případně medikace, kterou nemocný bere (důležitá je informace získaná na místě).

Správná forma dokumentace může například vypadat takto:

Hlavička zdravotnického zařízení **včetně adresy, IČZ a telefonického kontaktu**

Identifikační údaje nemocného (jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště, ev. telefonický kontakt, číslo zdravotní pojišťovny)

Nezpochybnitelný záznam, kdy byla dokumentace pořízena (tedy kdy došlo k ošetření).

RA: (rodinná anamnesa)

Pracovní a sociální anamnesa:

OA: (Historie předchozích onemocnění, údaje o medikaci)

Gyn. anamnesa: Porody :

NO: (nynější onemocnění)

Alergie:

Objektivní vyšetření:

Provedené léčebné zákroky:

Závěr:

Dop:

Datum, hodina, podpis lékaře. Razítko ZZ

V ambulantní péči se při ošetření akutního stavu zaměřujeme především na zjištění konkrétních příčin jeho vzniku. V některých případech, např. jsou-li přítomny některé ze symptomů, které jsou typické pro domácí násilí (viz Tab.1. a Tab. 2.), je velmi důležité zjistit širší kontext a historii předchozích zranění (viz Kazuistika 7).

Celý, byť stručný záznam musí být přehledný a pečlivý. Je třeba popsat historii vzniku onemocnění.

Chybně: přichází s tržnou ránou na předloktí.

Správně: dnes kolem 15 hodiny byla po hádce poraněna manželem na předloktí.

Komentář: Zapisujeme vždy to, co udává pacient. Nesnažíme se mu vnucovat vlastní formulace.

Důležitá je i správná formulace zápisu. Zásadně nezlehčujeme výpověď postižené/ho.

Chybně : Nynější onemocnění : Snad byla napadena svým přítelem.

Lepší formulace: Nynější onemocnění: Udává, že dnes v 15 hodin byla napadena svým přítelem.

Správně: Nynější onemocnění: Dnes v 15 hodin byla napadena svým přítelem.

KAZUISTIKA 7

Pacientka AK, věk 42 let, přijata akutně na chirurgické lůžkové oddělení. Důvodem bylo masivní krvácení z konečníku po napadení jejím přítelem, který si na ní v opilosti vynutil anální sexuální styk.

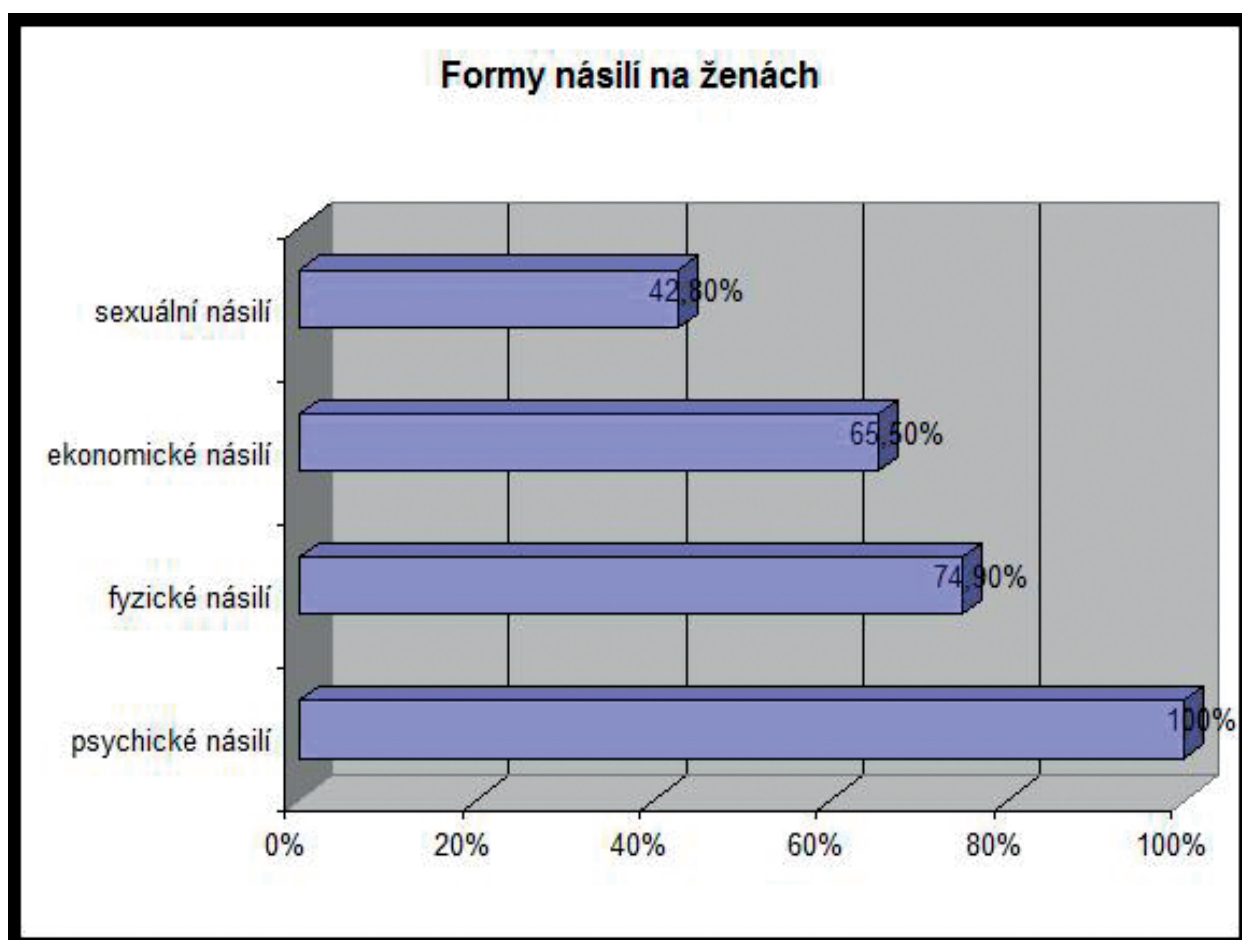
Při objektivním vyšetření byla zjištěna kromě léze sliznice rektu také traumatická ruptura svěrače, tedy těžká újma na zdraví. Případ byl řešen soudně. Při studiu dokumentace soudní znalec zjistil, že k vynucování anální soulože docházelo opakovaně po dobu delší než půl roku. Během té doby žena několikrát navštívila svou praktickou lékařku s nespecifickými stesky (bolesti břicha, bolesti v zádech.) Vždy byla doslova odbyta (byly jí předepsány léky proti bolesti).

Komentář:

Lze se důvodně domnívat, že návštěvy lékařky byly „voláním o pomoc“. Můžeme předpokládat, že stačilo jen několik dotazů (sociální situace: nový mladší přítel, kterého dotyčná živila) a pečlivé fyzikální vyšetření, následné odeslání ke gynekologovi, předání kontaktů na pomáhající organizace a vše mohlo proběhnout jinak, bez trvalých následků.

V České republice neexistují souhrnná statistická data o tom, s jakými formami domácího násilí se může zdravotník ve své praxi nejčastěji setkat.

Užitečnou orientaci nám dává výzkum ROSY z roku 2010. Data byla získána od 203 žen, které zažily násilí ze strany svého partnera.



Prakticky všechny ženy se setkaly s psychickým násilím a 152 z nich, což je 75%, s násilím fyzickým.

Konkrétní formy násilí nám opět udává tabulka ROSY z téhož průzkumu

FORMY NÁSILÍ NA ŽENÁCH, 2010			
		počet	v %
PSYCHICKÉ NÁSILÍ	celkem	203 žen	100 %
	ponižování	203	100
	vydírání, zastrašování	149	73,4
	výhrůžky zabitím	83	40,8
	Výhrůžky „seberu ti dítě“	42	20,7
	Výhrůžky „dostanu tě do Bohnic“	6	2,9
	nadávky, vulgarismy	129	63,5
	kontrola, zákazy	118	58,1
	omezování, izolace	93	45,8
	křik	96	47,3
	žárlivost	117	57,6
	stalking	4	2
	M vyžaduje naprostou poslušnost	87	42,8
	M vyhrožuje sebevraždou	54	26,6
	M vyhrožuje zbraní	34	16,7

FYZICKÉ NÁSILÍ	celkem	152 žen	74,9 %
	fackování	83	40,8
	bití, rány pěstí	60	29,5
	rány do hlavy	37	18,2
	škrcení	62	30,5
	kopání do těla	41	20,2
	strčení, sražení k zemi	59	29
	bití v těhotenství	33	16,2
	strkání, cloumání, třesení	31	15,2
	napadání zbraní (nožem, pistolí)	17	8,4
	trhání vlasů	15	7,4
	kroucení rukou	16	7,9
	Ničení věcí	27	13,3
	Zranění zvířete	8	3,9
	Bití pravítkem , páskem	3	1
	Polití vodou, šťávou, medem	5	2,5
	Dupání po ležící ženě	2	2

SEXUÁLNÍ NÁSILÍ	celkem	87 žen	42,8 %
	vynucovaný styk	76	37,4
	nepříjemné praktiky	34	16,7
	znásilnění v manželství	16	7,8

Při objektivním vyšetření musíme přesně popsat druh tělesného poškození, které oběť utrpěla.

Z výše uvedené statistiky ROSY vyplývá, že nejčastěji se setkáme se stopami po bití do různých částí těla či se stopami po škracení. Méně často s násilím, kde byla použita jakákoli forma zbraně (tyč, basebalová pálka, nůž, střelná zbraň).

Důležité je vyšetřit oběť násilí systematicky a nezaměřovat se zkratkovitě jen na viditelné aktuální poranění. Při důkladném vyšetření a sběru anamnestických dat můžeme odhalit stopy po předchozích útocích, poskytnout oběti komplexní podporu a pomoc včetně poskytnutí základních informací o domácím násilí a kontaktů na specializovaná pracoviště a vyhneme se tak i nepříjemným momentům, pokud je následně dokumentace vyžádána např. soudem jako důkazní materiál při projednávání případu u soudu.

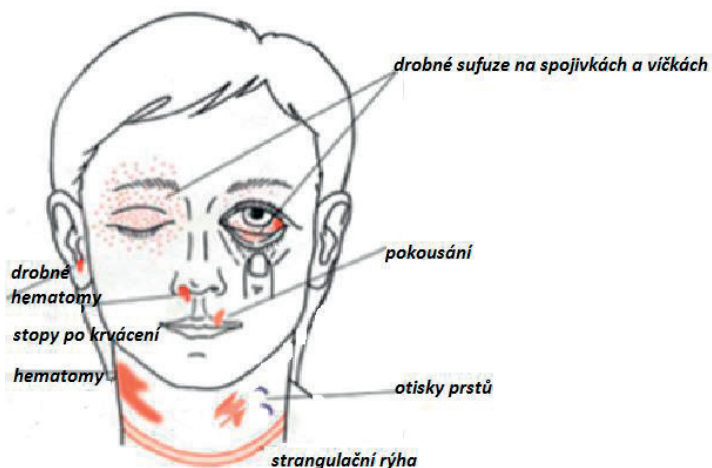
KAZUISTIKA 8

Žena ve středním věku byla delší dobu ponižována a v posledních dvou měsících bita svým přítelem. Situace vyvrcholila před koncem roku, kdy její přítel přišel domů podnapilý a ženu napadl. Zbil jí, udeřil s ní o zeď a způsobil jí tržně zhmožděnou ránu ve vlasaté části kštiny. Poté co násilník usnul, vyhledala s pomocí svého dospělého syna, který žil ve stejném městě ošetření, na chirurgické ambulanci. Chirurg jí ošetřil několika stehy ránu na hlavě, nechal provést RTG snímek lebky a odeslal jí domů. Neprovedl ani neurologické vyšetření, ani RTG vyšetření krční páteře. Pokud by provedl řádně fyzikální vyšetření, našel by na zádech postižené hematomy po předchozích útocích. Pro bolesti hlavy vyhledala třetí den od útoku postižená znovu pomoc. Při dalším vyšetření byla diagnostikována komoče mozková, blok krční páteře a hematomy na zádech. Případ má soudní dohru. Obhájce agresora poměrně úspěšně manipuluje s tím, že nález popsany při druhém vyšetření nesouvisí s útokem jeho klienta.

Komentář: nedostatečný rozsah vyšetření zřejmě pomohl násilnému partnerovi vyvázat bez trestu.

Pro snazší orientaci uvádíme některé lokalizace, kde obvykle nacházíme stopy po domácím násilí. Jasná je situace u poranění, kde útok probíhal s vysokou intenzitou (řezné rány, bodné rány, střelné rány, rozsáhlé hematomy). Při zběžném vyšetření nám ovšem některé diskrétní známky mohou uniknout.

Vyšetření hlavy a krku



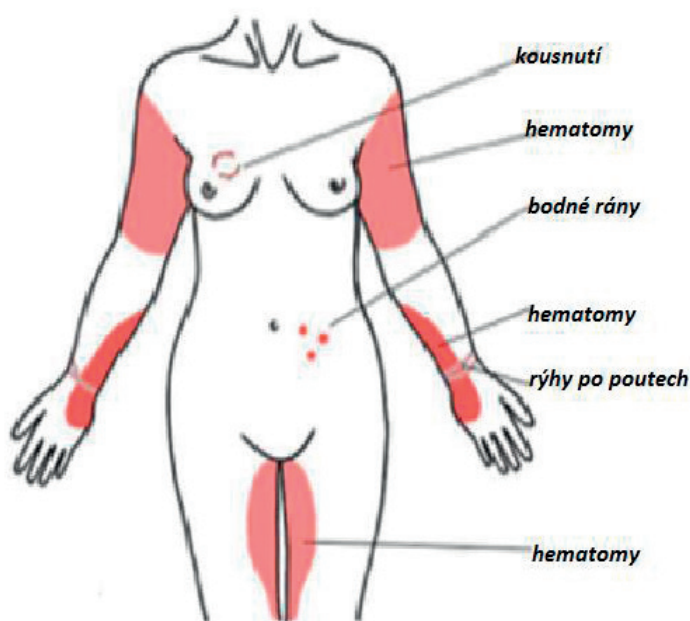
Obr. 4. Typické nálezy při škrčení a dušení

saný jazyk oběti. Nedílnou součástí našeho postupu musí být orientační neurologické vyšetření (stav zornic, jejich reakce na osvit, vyšetření na známky meningeálního dráždění) a ověření volnosti pohybů krční páteře (flexe, extenze, rotace).

Čerstvé i starší hematomy, stejně jako tržné či řezné rány naší pozornosti neuniknou. Přehlédnout ovšem můžeme stopy po škrčení.

Stopy po škrčení mohou být jasné a zřetelné, sem patří například strangulační rýha na krku, objemné hematomy na krku. Můžeme nalézt i stopy po prstech agresora.

Naší pozornosti však mohou uniknout diskrétní známky škrčení. Sem patří především drobné krevní sufuze na spojivkách a víčkách, drobné hematomy na boltci, krvácení ze zvukovodu, pokousané rty, krvácení z nosu, pokou-



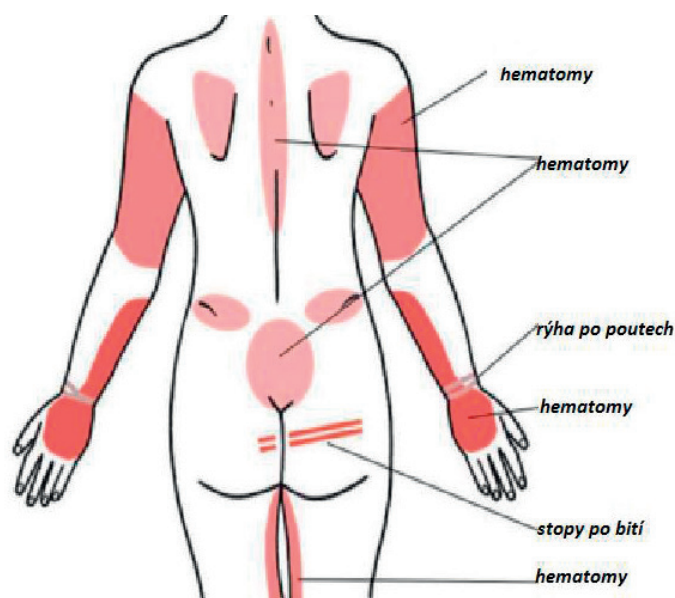
Obr. 5. Typické nálezy na končetinách

Vyšetření končetin

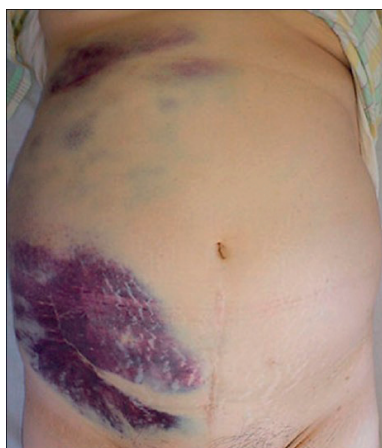
K nejčastějším známkám domácího násilí, které lze většinou jen těžko přehlédnout, patří rýhy po poutání v oblasti zápěstí, hematomy na pažích a předloktí. Na dolních končetinách to mohou být hematomy na vnitřní straně stehen jako známky sexuálního násilí, stopy po bití na hýždích. Posuzujeme pochopitelně i rozsah pohybů v kloubech. Nalézt můžeme i stopy po vlečení, či smýkání oběti (Obr. 5).

Vyšetření hrudníku a břicha

Základem je standardní klinické vyšetření. K nepřehlédnutelným známkám násilí patří opět hematomy v různých lokalizacích (Obr. 5). Stopy po kousnutí drobné bodné rány, či stopy po pálení cigaretou.



Obr. 6. Typické nálezy v oblasti zadní části těla.³³⁾



Obr. 7. Čerstvý hematom po kopání do břicha poškozené, v podžebří hematomy staršího data



Obr. 8. Stopy po vláčení a smýkání oběti



Obr. 9. Stopy po pálení cigaretou, starší defekty jsou již téměř zhojeny

Vlastní **objektivní vyšetření** pochopitelně zahajujeme a do dokumentace zapisujeme i psychický stav postižené, její celkový vzhled, případné poškození oděvu, apod.

Chybně:

Nemocná JK nar: dd. mm. rr.

TK 140/90 P 86, T 37.1

Následuje popis poranění

Správně:

Nemocná JK nar: dd. mm. rr.

TK 140/90 P 86, T 37.1

Přichází neklidná, vzlyká, roztržená blůzka na levém rameni

Následuje popis poranění

33) Obrázky č. 4, 5 a 6 převzaty a upraveny z Schleicher B., Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, 2010. Obr. 7, 8 a 9 archiv redakce.

Popis poranění:

Vždy je nutné přesně popsat lokalizaci a rozsah poranění. Pokud je to možné, viz text věnovaný fotografické dokumentaci, pořídíme fotodokumentaci. Není-li tento postup možný, je vhodné použít standardních nákresů těla, které se používají v případech termických poranění.

Popis musí být přesný výstižný.

Chybně:

Řezná rány na předloktí.

Správně:

Na volární straně levého předloktí 4 cm pod loketní jamkou řezná rána dlouhá 5 cm, postihující kůži a podkoží, okraje rovné, bez většího krvácení ze spodiny. Při revizi rány není známek porušení hlubších struktur. Čítí na ruce i pohyby prstů zachovány.

Předání dokumentace:

Po ukončení ošetření předáme záznam ošetřované osobě. Zásadně jej nepředáváme případnému agresorovi, i pokud se toho dožaduje. Je vhodné kopii zaslat ošetřujícímu lékaři elektronicky, či poštou. V případě že jsme povinni hlásit (viz text o oznamovací povinnosti zdravotníků), činíme tak nejlépe doporučeným dopisem s dodejkou. V případě, že hrozí nebezpečí z prodlení, splníme svou oznamovací povinnost telefonicky a vše pečlivě zaznamenáme do dokumentace.

Identifikace rizikových faktorů

Identifikace rizikových faktorů je dalším důležitým krokem v procesu prevence opakování zvláště závažného násilí a je jednou z klíčových kompetencí zdravotnického personálu. Rozpoznání rizikových faktorů je základem pro management rizik a vytvoření bezpečnostního plánu. V rámci mezinárodního projektu PROTECT, který se zaměřoval na ochranu obětí ohrožených zvláště závažnými formami násilí, byly analyzovány studie zjišťující validitu a reliabilitu různých dotazníků a nástrojů používaných k identifikaci míry rizika. V následující tabulce jsou uvedeny rizikové faktory, které byly na základě statistických analýz a empirické zkušenosti vyhodnoceny jako nejvíce relevantní k vyhodnocení aktuálního nebezpečí.³⁴⁾

Podklady pro identifikaci rizika	
Rizikový faktor	Kategorie rizikových faktorů
Historie násilí	
Předchozí domácí násilí na ženách	Napříč studiemi rizikových faktorů pro domácí násilí je předchozí domácí násilí na ženách nejčastějším rizikovým faktorem.
Násilí na dětech a ostatních	Někteří pachatelé domácího násilí se dopouštějí násilí pouze vůči svým partnerkám, někteří se chovají násilně i vůči dětem a širšímu okolí. Výzkumy ukazují, že velká část dětí, které jsou svědky násilí vůči jejich matkám jsou samy přímými oběťmi násilí (fyzického nebo sexuálního) – odhady se pohybují od 30% do 66%.

34) Tabulka včetně všech zdrojů a citací je ke stažení na http://wave-network.org/sites/wave.local/files/protectii%28czech%29final%28july2012%29_opt.pdf.

Násilné chování obecně	Násilí mimo rodinu poukazuje na obecnou tendenci používat násilí a tím pádem i zvýšené riziko nejen pro ženu (oběť) samotnou, ale i pro další osoby, např. pomáhající profese. Podle jedné ze studií (Hester) má polovina pachatelů domácího násilí také další trestní záznam.
Porušení ochranných opatření	Porušení nařízení (policejních, trestních či civilních soudů) ochranných opatření (zákaz přiblížení apod.), jsou spojeny se zvýšeným rizikem dalšího násilí.
Formy násilí	
Závažnost a častost násilí	Stupňování závažnosti a častosti násilí jsou jedny z nejvýznamnějších faktorů těžkých až smrtelných útoků.
Použití/vyhrožování zbraní	Použití nebo hrozby použití zbraní jsou významné rizikové faktory pro vážné a smrtelné násilí. V případech domácího násilí musíme brát v úvahu všechny zbraně, včetně střelných zbraní, nožů a jiných předmětů, které by mohly být použity jako nástroj pro zranění oběti.
Kontrolující chování a izolace	Kontrolující chování je považováno za významný rizikový faktor pro opakování násilí a potenciálně smrtelné útoky. Izolace je velmi častá forma kontrolujícího chování a může nabývat velmi závažných podob jako např. omezování osobní svobody (zamykání apod.).
Stalking	Pronásledování má souvislost se smrtelnými a téměř smrtelnými útoky a společně s fyzickým násilím je významným rizikovým faktorem pro případy vražd a pokusů o vraždu.
Sexuální násilí	Použití sexuálního násilí bývá spojeno s vyšší pravděpodobností použití násilí se závažnými zraněními a opakováním násilí ve vztahu.
Vyhrožování zabitím a ublížením na zdraví	Praktické zkušenosti ukazují, že závažnému násilí často předchází vyhrožování a že vyhrožování je důležitým ukazatelem nebezpečnosti pachatele.
Škrcení a dušení	Přibližně polovina obětí femicidy byla v průběhu posledního roku před jejich zabitím svým partnerem škrcena.
Rizikové faktory spojené s osobou pachatele	
Pachatelovy problémy s alkoholem a drogami	Závislost pachatele na alkoholu a/nebo drogách je spojena se zvýšeným rizikem zabití a závažného násilí.
Majetnictví, extrémní žárlivost	Extrémní žárlivost a majetnictví jsou rizikem závažného násilí.
Další formy nebezpečných postojů	Kromě extrémní žárlivosti a majetnictví jsou rizikovými faktory také další patriarchální postoje, jako např. velmi rigidní představy o mužské nebo rodinné cti/hrdosti.
Psychické problémy a vyhrožování sebevraždou na straně pachatele	Psychické problémy pachatele, včetně depresí jsou spojeny se zvýšeným rizikem opakování a závažných forem násilí. Vyhrožování sebevraždou a psychické problémy pachatele jsou rizikové faktory pro případy vražd následovaných sebevraždou pachatele. Případy femicidy jsou následovány sebevraždou pachatele ve třetině případů.
Nezaměstnanost	Nezaměstnanost pachatele DN je významným rizikovým faktorem (Campbell).

Vnímání rizika obětí	
Strach o sebe (a ostatní)	To, jak oběť sama hodnotí riziko, které jí hrozí, je významným predátorem opakování násilí a smrtelných zranění. Výzkum ukazuje, že existuje významný vztah mezi tím, jak hodnotí riziko oběť a tím, jaké násilí pachatel použije. Přesto mají některé oběti domácího násilí tendenci násilí minimalizovat a podceňovat. Podle studie Campbellové, přibližně polovina žen, které byly svými partnery zavražděny, nevyhodnotila adekvátně riziko, že jejich partner je schopen je zabít.
Přítěžující a situační faktory	
Rozchod/ odchod od partnera	Rozchod je obecně považován za významný rizikový faktor závažných útoků a/nebo rizika zabití.
Kontakt s dětmi	I po rozchodu čelí mnoho žen pokračujícímu násilí a obtěžování ze strany jejich bývalého partnera a kontakt s dětmi je oblastí, které znamená zvláštní riziko pro ženu i děti.
Nevlastní děti pachatele žijící ve společné domácnosti	Rizikové faktory pro zabití/vraždu zahrnují také přítomnost nevlastních dětí pachatele ve společné domácnosti.
Těhotenství	Násilí v době těhotenství je rizikovým faktorem pro závažné násilí až zabití. Cca 30% případů násilí začíná v období těhotenství. Těhotné ženy čelí vyššímu riziku lehčího i závažného násilí. Domácí násilí, ke kterému dochází v době těhotenství ženy, je spojeno s vyšším výskytem potratů, nízké porodní váhy, předčasných porodů a zranění až smrti plodu.
Nedostatek ochranných a podpůrných opatření	Je důležité mít na paměti, že nedostatek ochranných opatření, neexistence nebo neefektivní zákony či nedostatek azylových domů a specializovaných center pro oběti DN mohou být také závažným rizikovým faktorem pro zvláště ohrožené oběti.

Pro rychlejší zorientování a vyhodnocení aktuálního rizika opakování či pokračování násilí může zdravotnickému personálu posloužit dotazník vyvinutý L. Campbellovou a kol. Při tvorbě tohoto dotazníku (BREF: *Brief Risk Assessment for the Emergency Department*)³⁵⁾ autoři vycházeli z obsáhlejší verze metody Posouzení nebezpečí (Danger Assessment)³⁶⁾, kterou uzpůsobili právě potřebám zdravotnického personálu na odděleních pohotovosti a traumatologie, které se nejčastěji setkávají s akutními stavy po napadení. Tento nástroj slouží k identifikaci obětí s nejvyšším rizikem závažných zranění či potenciálně smrtelného útoku. BREF obsahuje 5 otázek, přičemž kladná odpověď na jakékoli 3 z nich poukazuje na 83% riziko závažného útoku/napadení.

Krátký dotazník pro vyhodnocení akutního nebezpečí (BREF)

1. Došlo v posledních 6 měsících ke zvýšení frekvence či závažnosti násilí?
2. Ohrožoval vás někdy partner zbraní nebo vyhrožoval jejím použitím? (Zbraň je myšlena nejen střelná zbraň ale např. i nůž či jiný předmět, jehož použití by mohlo způsobit závažné zranění či smrt.)
3. Myslíte si, že by byl partner schopen vás zabít / vážně zranit?
4. Napadl vás partner, když jste byla těhotná?
5. Je Váš partner žárlivý a jsou projevy žárlivosti spojeny s násilím?

35) Snider, C. et al., Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. *Acad Emerg Med*. Nov. 2009; 16 (11): 1208-16.

36) www.dangerassessment.org

Vypracování bezpečnostního plánu

Identifikací rizikových faktorů proces podpory obětí domácího násilí nekončí. Je nezbytné, aby následovalo vypracování základního bezpečnostního plánu, jehož cílem je minimalizovat riziko opakování násilí a jeho negativních důsledků.

Bezpečnostní plán musí vždy vycházet z aktuální situace oběti. Riziko je velmi proměnlivé a proto je vždy potřeba zohlednit současnou situaci a kontext. Při opakovaném kontaktu s obětí je potřeba bezpečnostní plán vždy znovu aktualizovat. Při sestavování bezpečnostního plánu je důležité zohlednit zvláště riziková období a situace (např. rozchod či odchod od násilného partnera, podání návrhů k soudu, podání trestního oznámení, kontakt násilného partnera s dětmi apod.). Při plánování konkrétních strategií je vhodné vycházet z toho, co se ženě v minulosti již osvědčilo, co jí pomohlo a zaměřit se na zajištění bezpečí v bytě, při cestě do zaměstnání, vyzvedávání dětí ze školky či školy apod.

- Vychází vždy z aktuální situace oběti, nutná aktualizace.
- Vyhodnocení hrozícího nebezpečí.
- Bezpečí ženy = bezpečí dětí.
- Co v minulosti pomohlo, jaké strategie se osvědčily?
- Jak se chovat, kam se obrátit, co dělat? Bezpečnost v bytě.
- Nikdy dopředu nesdělovat partnerovi, že chce odejít, že vyhledala pomoc.

V případě rizika opakování násilí je vhodné ženu poučit o tom, aby si na dostupné místo připravila bezpečnostní tašku, kterou může vzít s sebou v případě, že bude muset z bytu narychlo odejít.

Bezpečnostní taška by měla obsahovat:

- Oblečení, hygienické potřeby.
- Doklady, peníze, dokumenty.
- Náhradní klíče.
- Nejoblíbenější hračka dítěte.
- Peníze nebo platební kartu.
- Léky.
- Telefonní čísla na azylové domy, krizová centra a specializované poradny.

Bezpečnostní plán v situaci, kdy žena zůstává s násilným partnerem

- Co může udělat, aby zajistila své bezpečí?
- Co jí v minulosti pomohlo?
- Na koho se může obrátit?
- Jak vypadá byt? Kterým místům v bytě se vyhnout?
- Má přístup k telefonu?
- Může přivolat policii nebo dát někomu signál?
- Bezpečnostní taška.
- Důvěřovat své intuici.
- Informace o možnosti vykázaní násilného partnera ze společně obývaného bytu či domu.

Bezpečnostní plán v situaci, kdy žena plánuje odchod od násilného partnera

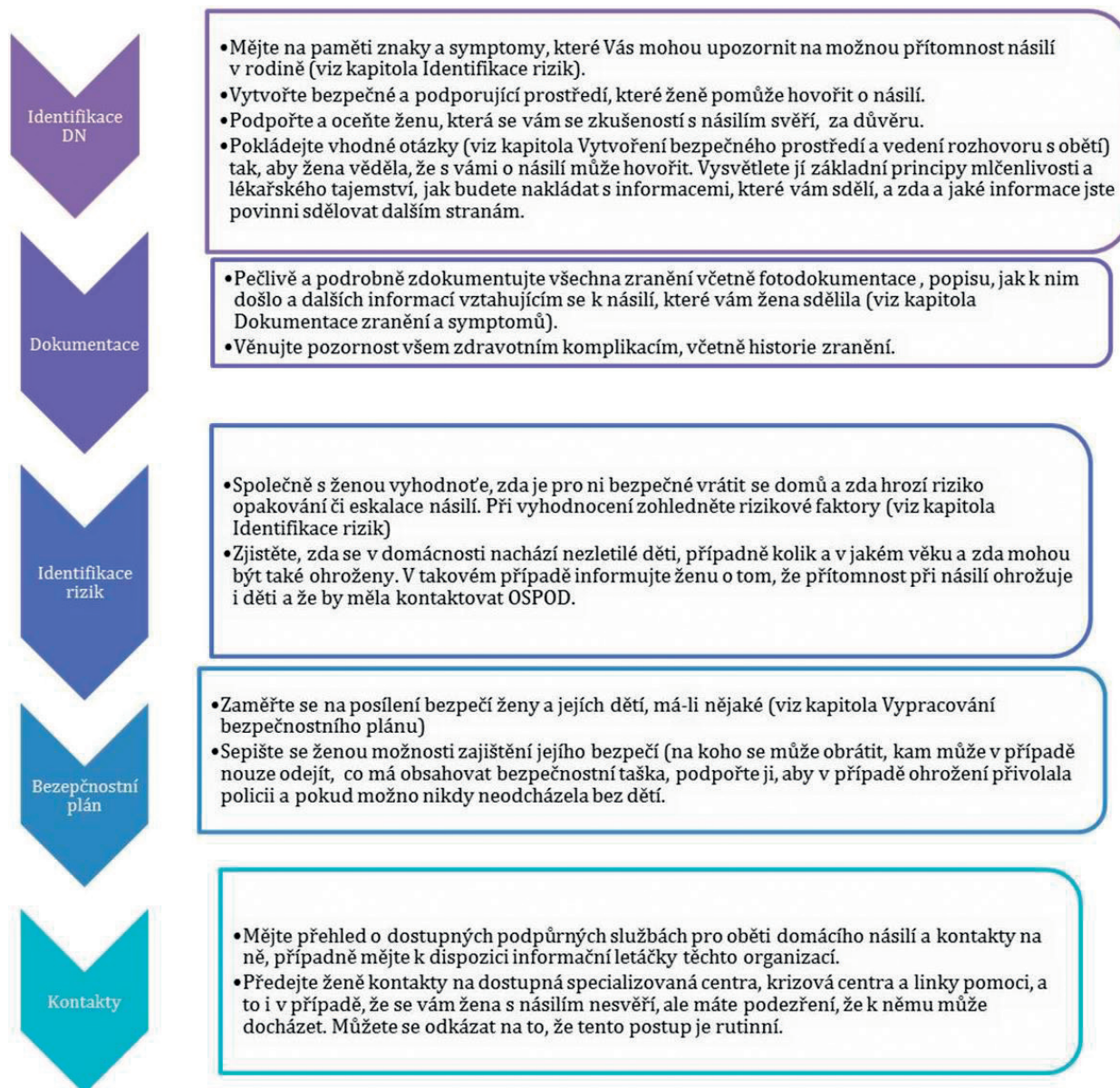
- Jak a kdy může odejít co nejbezpečněji?
- Neříkat partnerovi o žádných plánovaných krocích.
- Teprve až bude v bezpečí- poslat partnerovi zprávu, že odešla z důvodu hrozícího násilí.
- Ví o bezpečném místě, kam odejít? Zná utajené azylové domy, krizová centra?
- Co může učinit pro utajení svého pobytu?
- Komu může důvěřovat natolik, že mu může sdělit místo pobytu, případně nové telefonní číslo?

- Jaké právní kroky může udělat, aby zvýšila své bezpečí? (soudní zákaz přiblížení ke své osobě, podání trestního oznámení).
- Odkázat ji na specializované centrum.

Bezpečnostní plán v situaci, kdy žena od násilného partnera odešla

- Měnit trasy cesty domů.
- Informovat známé, kolegy.
- Nescházet se s partnerem nikdy o samotě.
- Nechodit sama do bytu, který opustila, pouze za asistence policie.
- Instalace bezpečnostního systému.
- Spolupráce se specializovaným centrem.

Shrnutí kompetencí zdravotníků



Více informací o sestavení bezpečnostního plánu můžete najít například na stránkách organizace ROSA www.stopnasili.cz, www.rosa-os.cz, případně v publikacích organizace WAVE na www.wave-network.org

IV. Právní minimum pro zdravotníky

Trestní a přestupkové právo

Pacientky coby oběti domácího násilí přicházejí ke zdravotníkům nejčastěji po fyzickém napadení údery pěstmi, kopy, potaháním za vlasy, vláčením za ruce, nohy, po fackování, strkání, kroucení rukama apod. a po takové intenzitě, že zdravotní stav pacientky vyžaduje lékařský zásah. Obvykle nejde o první napadení pacientky jejím partnerem a mnohdy se pacientka v předchozích případech podobného útoku nenechala nikam odvézt ani sama neodešla na ošetření, naopak skrývala před okolím své viditelné rány, snažila se „vyléčit“ doma a prvotní viditelné stopy agresivního chování svého partnera také omlouvala zcela jiným mechanismem vzniku. Na ošetření tak přichází oběť domácího násilí až s takovými následky po napadení, které na ní zanechalo viditelné stopy (modřiny, jizvy, popáleniny, zlomeniny, krev) a kdy jde o velmi bolestivé zranění, které vyžaduje urgentní lékařský zásah. Žena obvykle zajde na pohotovost (méně často ke svému praktickému lékaři) a mnohdy nejen kvůli ošetření samotnému, ale i s nadějí, že konečně najde sílu řešit své postavení a že tak bude lékařem zadokumentován a popsán její zdravotní stav jako následek brutálního řádění jejího partnera, který jí tato zranění způsobil.

Násilník bývá obvykle projednáván jako pachatel spáchání trestného činu týrání osoby žijící ve společném obydlí. Z **trestněprávního hlediska** dle zákona č. 40/2009 Sb. se domácím násilím rozumí týrání osoby blízké nebo jiné žijící s násilníkem ve společné domácnosti³⁷⁾ s hrozcí trestní sazbou od 6 měsíců do 4 let nebo v případech kvalifikovaného jednání v rozmezí 2-8let či 5-12let podle závažnosti trestného chování.

Za „**týrání**“ ve smyslu trestního zákona se považuje zlé nakládání s druhou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které postižená osoba pro jeho krutost, bezohlednost nebo bolestivost pociťuje jako těžké příkoří. Trvalost pachatelova jednání je nutno posuzovat v závislosti na intenzitě zlého nakládání. Zákon nevyžaduje, aby šlo o jednání soustavné, ani není podmínkou, aby vznikly následky na zdraví. Důležité je, aby se takové jednání vyznačovalo vyšším stupněm necitelnosti, bezohlednosti a bolestivosti, a oběť ho pociťovala jako těžké příkoří. V trestním řízení se tedy posuzuje intenzita zlého nakládání. Společným obydlím může být nejen byt nebo dům, ale i chata, hotelový dům, vysokoškolská kolej apod.

V souvislosti s domácím násilím přicházejí v úvahu i posouzení jednání pachatele jako další jiné trestné činy, např. dle trestního zákoníku Násilí proti skupině obyvatelů a proti jednotlivci (§ 352), Nebezpečné vyhrožování (§ 353), Nebezpečné pronásledování (§ 354), Těžké ublížení na zdraví (§ 145), Ublížení na zdraví (§ 146), Těžké ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 147), Ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 148), Omezování osobní svobody (§ 171), Znásilnění (§ 185), Sexuální nátlak (§ 186) nebo Vydírání (§ 175) a jiné. Nově byla až od 1.1.2010 zavedena skutková podstata trestného činu Nebezpečné pronásledování – § 354 trestního zákoníku, který postihuje pronásledování (tzv. stalking), které bývá někdy pokračováním domácího násilí po odchodu oběti domácího násilí od násilného partnera.

Někdy i vážný případ domácího násilí ovšem skončí v přestupkovém řízení u obecního úřadu. Přestupkový zákon postihuje méně závažné porušení pravidel chování oproti trestnímu zákonu. **Podle přestupkového zákona** č. 200/1990 Sb. je v případech rodin ohrožených domácím násilím nejčastěji projednáván přestupek dle § 47 proti veřejnému pořádku (zejm. rušení nočního klidu) a dle ust. § 49 přestupek proti občanskému soužití. Za toto jednání může být uložena sankce ve formě napomenutí, pokuty nebo omezujícího opatření.

V přestupkovém řízení bývají nejčastěji projednáváno jednání násilníků kvalifikované jako přestupek proti občanskému soužití. Přestupku se dopustí ten,

37) § 199, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

- kdo jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch (zde hrozí pokuta max. do 5000 Kč),
- kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví (maximální hranice pro uložení pokuty činí 20.000 Kč)
- ten, kdo úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním (maximální hranice pro uložení pokuty činí 20.000 Kč.)

Jako schválnost dle § 49 odst. 1 písm. c) zákona o přestupcích byly např. projednávány skutky, kdy násilník odnesl osobní doklady (vysvědčení), schoval cestovní pas, odmontoval registrační značku vozidla, vyklidil skříň s oblečením oběti apod.

Povinná mlčenlivost

Jak bylo shora v této publikaci již uvedeno, zdravotní personál může významně přispět k informování oběti domácího násilí o jejích právech a možnostech řešení její situace. Proto je třeba vědět, v jakých případech nejste vázáni povinností mlčenlivosti a kdy musíte informace o napadení pacientky předat například policii či zdravotní pojišťovně a kdy nikoli.

Vzájemná důvěra mezi pacientkou a zdravotníkem je jednou z důležitých podmínek úspěšné léčby. Informace o zdravotním stavu pacientky budou patřit bezesporu k nejcitlivějším, neboť budou také často vycházet z popisu jejího rodinného prostředí a obnaží mnohdy do hloubky intimní oblasti jejího života. Oběti domácího násilí se navíc svěřily se skutečnostmi velmi osobního obsahu, které se třeba ani přímo nebudou vázat k aktuálnímu zranění, ale které tuto pacientku velmi tíží a bude mít potřebu se s nimi svěřit. Proto pro ni bude důležité, že se o obsahu jejího sdělení nedozví nikdo nepovolaný. Sdělení pacientky se zaznamenají do její zdravotní dokumentace. Zdravotník pak bude při plnění zákonné oznamovací povinnosti vycházet zejména ze zdravotnické dokumentace, která obsahuje velké množství velmi citlivých osobních údajů, jejichž zveřejnění v rozporu se zákonem by znamenalo v obvyklé situaci zásah do práva na soukromí pacientky. Proto zákonná úprava nakládání s citlivými informacemi označovanými mezi pacienty mnohdy jako tzv. lékařské tajemství, musí vycházet z principu ochrany soukromí a prolomení takové zásady ochrany soukromí jednotlivce musí být upraveno pouze výslovně v zákoně.

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je koncipována jako obecný zákaz sdělovat všechny údaje, které jste se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotní péče při výkonu povolání. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je totiž odrazem práva pacienta na ochranu jeho soukromí. Toto právo je na mezinárodní úrovni zakotveno v čl. 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně³⁸⁾, kterém je stanoveno, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. V čl. 7 Listiny základních práv a svobod je upraven obecný princip ochrany integrity lidské osobnosti chápáný jako jeden celek duchovní, duševní a tělesné nedotknutelnosti. Ustanovení čl. 10 Listiny dále stanoví, že každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života a na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. Ústavní ochrana před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním těchto údajů, je zaměřena proti zneužití nejen ze strany veřejné moci, ale i jakékoliv jiné další osoby či soukromého subjektu.³⁹⁾ Právě k tomuto účelu je v řadě zákonů stanovena povinnost mlčenlivosti nejen pro oblast zdravotnictví, ale i pro advokáty, notáře, daňové poradce apod.

Ovšem zákon o zdravotních službách a trestní zákon z této povinnosti umožňuje výjimky, kterými jsou zejména oznamovací povinnost vůči jiným orgánům. Povinná mlčenlivost se také nevztahuje na údaje, které zdravotnický pracovník sdělí s výslovným předchozím souhlasem pacientky.

38) Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, přijatá v roce 1997, v České republice přijata pod č. 96/2001 Sb.m.s. (dále též „Úmluva“)

39) náleze Ústavního soudu I. ÚS 512/02, sv. č. 28, náleze č. 143, str. 271 – právo jednotlivce na tzv. informační sebeurčení a teze, že jen osoba sama je oprávněna rozhodnout o tom, jaké údaje o sobě poskytne.

Povinné mlčenlivosti je zdravotník zproštěn pouze tehdy, pokud

- a) sděluje informace se souhlasem pacienta. Tento souhlas musí být sdělen přímo ošetřujícímu lékaři a pacientka musí být plně svéprávná / způsobilá k právním úkonům. Za nezletilé uděluje souhlas zákonný zástupce.
- b) má oznamovací povinnost na základě zvláštního zákona, a to zejména :
 - povinnost hlásit orgánům činným v trestním řízení (policii, soudům, státním zastupitelství) podezření ze spáchání trestného činu
 - povinnost hlásit zdravotním pojišťovnám úrazy a jiná zdravotní poškození, je-li zde podezření, že byla způsobena jinou fyzickou či právníckou osobou

Ve většině případů ve vztahu k soudům, policii či státnímu zastupitelství bude možné vyhovět žádostem těchto orgánů pouze tehdy, budou-li mít k dispozici souhlas pacienta s podáním takové informace. *Pokud si např. soud vyžádá v rámci řízení o rozvodu zprávu o zdravotním stavu manželky jakožto pacientky, je třeba, abyste měli k dispozici před podáním zprávy její souhlas.*

Trestní zákon č. 40/2009 Sb. v platném znění stanoví povinnost oznamovací tj. povinnost hlásit některé trestné činy, o nichž se každý tj. i rovněž zdravotník hodnověrným způsobem dozví, a to pokud jde o možnosti:

- 1) že byly takové trestné činy již spáchány a mezi ně v případě domácího násilí patří zejména tyto:
 - trestný čin týrání svěřené osoby § 198 tr.z.
 - trestný čin těžkého ublížení na zdraví § 145 tr.z.
- 2) zákon dále ukládá povinnost oznámit i přípravu a páčání trestného činu a zamezit tak spáchání a dokončení jako tzv. nepřekažení takového trestného činu a v případě domácího násilí mezi ně patří zejména tyto trestné činy:
 - vraždy § 140, zabití §141 tr.z.
 - těžkého ublížení na zdraví § 145 tr.z.
 - vydírání § 175/3,4 tr.z.
 - znásilnění § 185 tr.z.
 - pohlavního zneužití § 187 tr.z.
 - týrání svěřené osoby § 198 tr.z.

To lze učinit nejen svou vlastní aktivitou, ale především bezodkladným oznámením orgánům činným v trestním řízení (policie, státní zastupitelství). Ten, kdo tuto povinnost nesplní, se sám dopouští trestného činu. Oznamovatel je povinen pravdivě sdělit skutečnosti, které týrání dítěte nasvědčují, aniž by odpovídal za to, zda se spáchání činu podaří prokázat.

Praktické pro zdravotníky bude zřejmě zaslat oznámení na policii či státnímu zastupitelství prostřednictvím svého nadřízeného nikoli individuálně. Pokud tedy ohlásíte zákonem stanovené skutečnosti, nebude se jednat o porušení povinné mlčenlivosti.

Samotný trestný čin týrání osoby žijící ve společném obydlí dle § 199 tr.zákona nespadá do povinnosti oznamovací a tudíž se na jednání pachatele, o němž se dozví zdravotník z popisu pacientky, vztahuje povinnost mlčenlivosti. Praktičtější využití ve zdravotnictví má oznamovací povinnost pro jednání, které lze podřadit pod trestný čin týrání svěřené osoby. *Proto např. pokud přijde na ošetření žena s dítětem, které bude zraněné a bude mít i starší známky po napadení, bude vaší povinností učinit oznámení na policii.*

Oznamovací povinnosti v případech pohlavního zneužívání nezletilých dětí se podrobněji věnuje např. článek JUDr. Jana Macha pod názvem Znásilnění a pohlavní zneužití dítěte: hlásit či nehlásit?, který byl uveřejněn v časopise Tempus Medicorum v červnu 2011. Článek lze stáhnout na adrese http://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tempus_11_06-64.pdf.

- c) Zákon dále výslovně uvádí osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pacientky a tím dochází také k prolomení zásady povinné mlčenlivosti. Zákon toto umožní např. revizním lékařům zdravotních pojišťoven nebo soudním znalcům v rámci soudního řízení trestního či civilního. *Pokud bude tedy soudem ustanoven soudní znalec k posouzení závažnosti zranění a zdravotních následků pacientky po napadení jejím partnerem, musíte i bez souhlasu pacientky zpřístupnit její zdravotní dokumentaci.*

Neoprávněné nakládání s osobními údaji pacienta

Zdravotnický pracovník má stanovenou povinnost mlčenlivosti v poměrně širokém rozsahu: je povinen zachovat mlčenlivost o **všech** skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, pokud k nim nemá souhlas pacientky.

Proto jiné než zákonem povolené a vyžadované prolomení zásady mlčenlivosti naopak trestní zákon hlídá a sankcionuje. Jestliže totiž někdo údaje o jiném, získané v souvislosti s výkonem svého povolání, sdělí nebo zpřístupní a poruší tím zákonem stanovenou povinnost mlčenlivosti, dopouští se trestného činu. Pro tento trestný čin stanoví zákon trest odnětí svobody až na jeden rok, nebo zákaz činnosti, nebo peněžitý trest. Odnětím svobody až na dvě léta bude potrestán ten, kdo takovým jednáním způsobí jinému vážnou újmu na právech nebo spáchá tento čin tiskem, filmem, rozhlasem, televizí či obdobně účinným způsobem, nebo spáchá-li jej porušením povinností vyplývajících z jeho povolání.

Proto bude praktičtější jakékoli pochybnosti o povinnosti ohlásit/ neohlásit trestný čin raději projednat s nadřízeným a příp. ohlášení policii provést v součinnosti s ním. V případech hraničních se osvědčila metoda mezioborové spolupráce a projednání znaků daného případu a s tím spojené oznamovací povinnosti s právníkem.

Pokud je lékař žádán o určitou informaci policií, soudem a nejedná se o případ, kdy má ohlašovací povinnost, smí vyhovět takové žádosti pouze tehdy, pokud mu tento žádající orgán osvědčí, že pacientka s jeho žádostí o vyžádání informací souhlasí.

Přítomnost dítěte u násilí v rodině a OSPOD

Orgán sociálně právní ochrany dětí zajišťuje zejména ochranu práv dětí na příznivý vývoj a řádnou výchovu a chrání jejich oprávněné zájmy. Zároveň tento orgán má povinnost chránit děti, které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za jejich výchovu, případně násilím dalších osob. Předním hlediskem sociálně-právní ochrany je *zájem a blaho dítěte (§5)*.

Nejen policie a soudy, ale i orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) má ze zákona dle § 6 zákona č. 359/1999 Sb. nárok na informace o dítěti,

- na **kterém byl spáchán trestný čin** ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu (například ublížení na zdraví, pohlavní zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže)
- které jsou ohrožovány **násilím mezi rodiči** nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami

Ovšem to jen pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.

Zákon tedy neupravuje povinnost oznamovací, ale dává právo každému, kdo přijde do kontaktu s dětmi, obrátit se na orgán sociálně právní ochrany dítěte a upozornit na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské zodpovědnosti, nebo na skutečnosti, že na dětech

byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo je podezření ze spáchání takového činu a nebo že děti jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami. Samozřejmě, že o všech úrazech, u kterých je podezření z týrání dítěte, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o ně, je zdravotnické zařízení povinno pořídit záznam, který pak zasílá příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte.

Dále má OSPOD nárok i na sdělení informací podle § 53 stejného zákona, podle kterého jsou na **výzvu** těchto orgánů sociálně-právní ochrany právnické osoby, zejména školy, školská, **zdravotnická a jiná** obdobná zařízení, povinni sdělit bezplatně údaje potřebné podle tohoto zákona pro poskytnutí sociálně-právní ochrany nebo pro účely rozhodování o vydání pověření, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o **podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj**.

Vzhledem k tomu, že zdravotnické zařízení se může dovolávat povinné mlčenlivosti jen v určitých případech, bude nezbytnou součástí žádosti orgánu OSPOD i odůvodnění, pro jaký účel informace vyžaduje.

Informační povinnost veřejné zdravotní pojišťovně

Dalšími ze subjektů, kterým zákon zajistil právo na informace bez ohledu na povinnou mlčenlivost, jsou zdravotní pojišťovny. Pojišťovny mají dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění zejména právo na informace o

- vyúčtování poskytnuté zdravotní péče
- úrazech nebo jiných poškození zdraví osob, kterým byla poskytnuta zdravotní péče, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby.

Jedná se tedy o dva samostatné druhy informací:

- 1) informace potřebné k vyúčtování plateb od zdravotnických pojišťoven, kdy je pojišťovně vykazována činnost a vyúčtován nárok na zaplacení
- 2) informace, které potřebuje pojišťovna, aby mohla uplatňovat regresní nároky vůči osobám, kteří svým zaviněným protiprávním jednáním způsobily škodu pacientům ošetřeným ze zdravotního pojištění.

Nejednoznačná je situace v případě, že sama pojišťovna vyžaduje o pacientovi jako svém pojištěnci informace, které nelze podřadit pod shora uvedené výjimky. Z mého pohledu bude třeba ke každé jiné vyžádané informaci vyžadovat souhlas pacienta. V praxi ovšem není k této otázce jednotný výklad, a objevují se i názory, že za souhlas lze považovat již skutečnost, že pacient uzavřel svým podpisem s touto pojišťovnou smlouvu a není nutno si vyžádat samostatný souhlas jinou formou.

U všech shora vyjmenovaných výjimek zákonem uložené povinnosti mlčenlivost se ve většině případů bude jednat o informace o pacientovi, které je zdravotnický pracovník nucen zcela sám subjektivně vyhodnotit (např. zranění bylo způsobeno protiprávním jednáním jiné osoby, které je lékař povinen oznámit, dále vyhodnotit, zda je tu důvodné podezření, nějaké významné skutečnosti apod.) a proto se musí každý zdravotník spolehnout na své zkušenosti, posouzení konkrétní situace a svůj vhled na věc z hlediska svého zdravého rozumu. Za takovéto subjektivní hodnocení může být totiž zdravotnické zařízení nebo dokonce i zdravotnický pracovník sankcionováni. Nesplnění oznamovací povinnosti může být kvalifikováno jako správní delikt, za který odpovídá zdravotnické zařízení, nebo dokonce nesplněním oznamovací povinnosti může být naplněna skutková podstata trestného činu neoznámení trestného činu.

Proto by se učiněné oznámení mělo stát součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

S ohledem na zmíněnou a velmi nutnou důvěru mezi zdravotnickým personálem a pacientkou ovšem může takovéto oznámení křehký vztah důvěry narušit a nevratně poškodit, což se může promítnout do procesu léčení pacientky.

Povinná spolupráce se soudy ano či ne?

Nejčastější pochybnosti se vztahují k názoru, podle něhož by měli zdravotničtí pracovníci vždy povinnost spolupracovat s orgány činnými v trestním řízení, podávat na jejich dožádání informace o zdravotním stavu pacientů nebo i svědčit v soudním řízení. Opak je pravdou- zdravotníci mají povinnou zákonem uloženou mlčenlivost, kterou bez souhlasu pacienta nemohou porušit, jestliže jim průlom do této povinnosti neuloží zákon. Nejčastěji se informace o zdravotním stavu pacientky vyžadují orgány činnými v trestním řízení či civilními soudy tam, kde se posuzují následky jednání spáchaného jako trestný čin, jeho rozsah, popřípadě dopad na poškozeného.

Pokud jde o úpravu poskytování informací o zdravotním stavu pacientky obsažených ve zdravotnické dokumentaci, ta je odděleně upravena v zákoně pro trestněprávní a civilní řízení.

Právní úprava dává soudům v trestním řízení jednoduší přístup ke zdravotnické dokumentaci a tím i informacím o zdravotním stavu pacientky. Státní orgány, právnické a fyzické osoby jsou povinny bez zbytečného odkladu, a nestanoví-li zvláštní předpis jinak, i bez úplaty vyhovovat dožádáním orgánů činných v trestním řízení při plnění jejich úkolů. Státní orgány jsou dále povinny neprodleně oznamovat státnímu zástupci nebo policejním orgánům skutečnosti nasvědčující tomu, že byl spáchán trestný čin. Plnění povinností podle odstavce 1 lze odmítnout s odkazem na povinnost zachovávat tajnost utajovaných informací chráněných zvláštním zákonem nebo státem uloženou nebo uznanou povinností mlčenlivosti; to neplatí, jen tehdy, *jestliže osoba, která tyto povinnosti má, by se jinak vystavila nebezpečí trestního stíhání pro neoznámení nebo nepřekažení trestného činu, nebo při vyřizování dožádání orgánu činného v trestním řízení o trestném činu, kde dožádaná osoba je současně oznamovatelem trestného činu.*

Za státem uznanou povinností mlčenlivosti se podle tohoto zákona nepovažuje taková povinnost, jejíž rozsah není vymezen zákonem, ale vyplývá z právního úkonu učiněného na základě zákona.

Trestní řád ukládá tedy všem povinnost vyhovovat dožádáním orgánů činných v trestním řízení, nicméně stanoví, že tímto není dotčena povinnost zachovávat státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti. Z čehož lze jistě dovodit, že uvedená oznamovací povinnost **se nevztahuje na** zdravotnická zařízení a ani na zdravotnické pracovníky, kterým zákon o veřejném zdraví ukládá povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu svého povolání. Proto bez souhlasu pacientky nemohou zpřístupnit soudu žádné informace o jejím ošetření a zranění.

Obdobný závěr se týká rovněž možnosti zdravotnických pracovníků vystupovat v roli svědka. Trestní řád upravuje případy zákazu výslechu svědka, který nesmí být vyslýchán též tehdy, jestliže by svou výpověď porušil státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti, ledaže byl této povinnosti příslušným orgánem nebo tím, v jehož zájmu tuto povinnost má, zproštěn.“ Opět to znamená, že bez souhlasu pacientky nesmí zdravotnický pracovník učinit svědeckou výpověď.

Ze shora uvedeného proto vyplývá závěr, že zdravotničtí pracovníci nejsou povinni automaticky spolupracovat s orgány činnými v trestním řízení ani podávat svědectví, pokud nebudou zproštěni povinné mlčenlivosti přímo pacientkou.

V trestním řízení může soud zprostit zdravotnické pracovníky povinné mlčenlivosti a ti jsou pak povinni vyhovět dožádání orgánu činných v trestním řízení. Po souhlasu soudu jsou povinni vydat vyžadované důkazy a zároveň i svědčit ve věci. K této otázce se vyjadřoval nálezkem Ústavního soudu sp.zn. I. ÚS 321/06, který mimo jiné uvádí: „*Ve vztahu k mlčenlivosti založené § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu je nutné informace pro trestní řízení vyžadovat postupem podle § 8 odst. 5 trestního řádu.*“

V civilním řízení, ve kterém se mimo jiné řeší občanskoprávní, pracovněprávní a rodinně-právní spory, se postupuje podle § 124 občanského soudního řádu, ve kterém je stanoveno, že dokazování je třeba provádět tak, aby bylo šetřeno státní, hospodářské, služební tajemství a státem uznávaná povinnost mlčenlivosti. Proto je možné provést výslech zdravotníka jako svědka jen tehdy, jestliže vyslýchaného zprostil povinnosti zachovat mlčenlivost ten, v jehož zájmu má tuto povinnost (pacient).

Tudíž ani v civilním řízení není zdravotnický pracovník oprávněn ani povinen bez souhlasu pacienta sdělit soudu informace, na které se vztahuje povinná mlčenlivost. Za dostatečné se v praxi považuje sdělení soudu, že pacient udělil souhlas do protokolu.

Proto se v civilním řízení stává, že v těchto případech **soud určí soudního znalce** v oboru zdravotnictví, který je oprávněn do zdravotní dokumentace nahlížet a následně sdělit soudu potřebné informace ve svém znaleckém posudku. Smyslem ustanovení soudních znalců v řízení je, aby svými odbornými znalostmi v oboru objasnili soudu zdravotnické otázky důležité pro jeho rozhodnutí. Znalcem v těchto případech bývá obvykle lékař zapsaný v seznamu soudních znalců. Znalci jsou pro objasnění odborných otázek přibíráni také v trestním řízení. Zásada minimalizace zásahu do soukromí se tak přesouvá na soudního znalce, který je povinen ve svém posudku uvádět pouze nezbytné informace a dále je *sám povinen zachovat mlčenlivost* o všech informacích, které se během vypracovávání posudku dověděl (§ 6 odst. 2 zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, v platném znění)

V trestním i v civilním řízení má znalec určený rozhodnutím soudu právo na nahlížení do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta, ovšem pouze v rozsahu nezbytném pro splnění konkrétního úkolu. Na rozdíl od trestního řízení, znalci zvoleni některou stranou civilního sporu mají přístup pouze do dokumentace na základě souhlasu pacienta, tedy zpravidla do dokumentace strany, která je zvolila a posudek u nich objednala.

Domácí násilí je pro oběť velmi zákeřné. Na osobu ohroženou domácím násilím útočí v bezpečí domova blízký člověk, s nímž byla a je oběť propojena nejen trvajících citovými vazbami, dále společnými dětmi, majetkem, společnými účty či dluhy, ale především společným místem bydlení. Místem intimního zázemí, kde se ovšem namísto klidu a bezpečí tento domov změnil v prostor plný strachu a bolesti a hrůzy. Proto je třeba, aby zdravotní pracovníci, kteří mnohdy jako první naváží s obětí důvěrnější pohovor, byli informováni o svých právech a povinnostech a tudíž o možnostech spočívajících v jejich pomoci takové oběti nastoupit cestu řešení své někdy velmi trpké situace.

V. Prevence násilného chování vůči zdravotníkům

Násilí ve zdravotnictví – mezi zdravotníkem a pacientem

Studie potvrzují, že více než jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví, a v řadě evropských výzkumů (včetně ČR) byla oblast zdravotnictví identifikována jako značně riziková z hlediska napadení pracovníků. Do pracovního prostředí zdravotníků proniká stále více domácího a pouličního násilí, na ulicích je více zbraní, lidé více řeší problémy pomocí násilí a nemalá část těchto konfliktů se dotýká i zdravotnictví. Násilí v jakékoliv podobě ve společnosti vzrůstá a dá se říci, že násilné činy nabývají čím dál více brutálnějšího charakteru. Zásahy zdravotníků probíhají ve skutečně vypjatých situacích (Di Martino, 2003) a proto i média stále častěji přinášejí informace o napadení zdravotníků (Huckshorn, 2014). I ve společnosti ČR podle Maršové (2001) obecně kriminality přibývá (www.policie.cz). Násilí ve zdravotnictví je v dnešní době označováno fenoménem a někteří autoři hovoří až o endemickém výskytu (Koukolík, 2008). Po celém světě je tomuto fenoménu věnovaná značná pozornost širokou platformou odborníků. Také v Evropě, prostřednictvím skupiny European Violence in Psychiatry Research Group (www.evipg.eu), jejíž členové jsou především všeobecné sestry. Násilí ve zdravotnictví je v České republice (ČR) zatím výsadou čtyř velkých projektů. V roce 2004 proběhl výzkum pořádaný Ministerstvem Zdravotnictví ČR a Institutem zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), jehož cílem bylo objektivizovat výskyt a podobu násilí v českém zdravotnictví. Projekt byl původně naplánován až do roku 2009; bohužel zánikem IZPE byl po dvou letech ukončen. V březnu 2006 byl rozhodnutím ministra zdravotnictví ČR zrušen a tím také předčasně ukončeny práce na tomto zajímavém projektu. Během dvou let jeho existence však byl realizován empirický kvantitativní výzkum ($n = 675$) násilí ve zdravotnických zařízeních mapující násilí páchané na zdravotnících i poskytovatelích sociálních služeb. Ukázalo se, že násilí je v českém zdravotnictví velmi rozšířené. Týkalo se to zejména slovního násilí, se kterým se setkala 42 % respondentů z celkového počtu 675 dotázaných. Fyzické napadení zažilo 13 % dotázaných zdravotníků. Výskyt fyzického násilí byl ve srovnání s jinými zeměmi (Thajsko, Bulharsko, Brazílie, Libanon, Portugalsko) v České republice nejvyšší. Součástí výzkumu byla i kvalitativní analýza rozhovorů s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků. Například pacienti objednávatel se na plánované výkony (operace, invazivní diagnostika) se někdy setkávají s projevy verbálního násilí ze strany lékařů i sester. Zdravotníci se chovají neprofesionálně, občas až hrubě či arogantně (Háva, 2004). Tento fakt potvrdila i kvalitativní studie provedená Pekarou (2006), která reflektovala situaci zvýšeného napadení posádek zdravotnických záchranných služeb v ČR. Na základě rozhovorů s napadenými zdravotnickými záchranáři a vedoucími pracovníky zdravotnických záchranných služeb ČR v jednotlivých krajích bylo nejen zjištěno, že slovní agrese je přítomna na každém 3 – 5 výjezdu (bráno na plochu celé ČR), ale také to, že za 15 % incidentů si mohou posádky záchranných služeb sami svým neprofesionálním chováním a útočnický k násilí provokují. Fyzická agrese byla v prostředí záchranných služeb identifikována ve 13 % ročně průměrně na každém středisku ze všech udaných incidentů. Velmi přínosná bylo také dotazníkové šetření agresivity Szkanderové a Jarošové (2008), které bylo realizováno u 202 sester z pracujících na radioterapeutické klinice, chirurgické klinice, interní klinice, neurologické klinice, traumatologickém centru, stomatochirurgickém oddělení, psychiatrickém oddělení a na urgentním příjmu ve dvou zdravotnických zařízeních - Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) a Nemocnici Třinec (NT). Se slovní agresí se minimálně jednou setkala převážná většina oslovených sester (FNO - 90 % sester, NT - 89 % sester). Některé respondentky byly slovní agresí vystaveny opakovaně. Nejčastějším

projevem slovní agrese směřované ke zdravotnickému personálu byly slovní urážky, křik, vyhrožování, vulgární nadávky, apod. Kontakt sester s fyzickou agresí ze strany pacienta či jiné osoby ve zdravotnickém zařízení byl podle dotazníkového šetření poměrně vyvážený (FNO - 55 %, NT - 57 %). Souhrnně lze poukázat na základní body, které měly průzkumy a výzkumy v období 2004 – 2010 společné a měly se stát východiskem pro další pozorování:

- Násilí je ve zdravotnictví v ČR přítomno ve velké míře.
- Převažuje agrese slovní nad násilím fyzickým.
- Chybí centrální i lokální sběr dat o násilí ve zdravotnictví.
- Realizované průzkumy měly nízký počet respondentů.
- Za část násilných incidentů si mohou zdravotníci sami.
- Chybí výuka kontinuální prevence násilí ve školách.

V letech 2010 – 2013 Českomoravská konfederace odborových svazů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky v roce 2010 zahájily projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče. V roce 2010 byl proveden kvantitativní výzkum a bylo osloveno 1 500 respondentů. Šetření ukázalo, že zkušenost s pracovním násilím mělo v posledním roce 31 % respondentů (z toho fyzické násilí 17 % respondentů a zkušenost s verbálním násilím 41 % respondentů). Zajímavé je, že čísla jsou překvapivě shodná s rokem 2004, kdy psychického násilí bylo zaznamenáno 42 % a fyzického násilí dokonce o 4 % více! Ukázalo se také, že 60 % zaměstnavatelů zavedlo opatření proti výskytu pracovního násilí na svém pracovišti (opatření spojená s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a screening pacienta). Výrazně však klesala opatření, jako jsou úprava pracovního prostředí, rozvoj lidských zdrojů, navýšení personálu nebo školení personálu v komunikačních dovednostech. I přestože od podobného projektu uplynulo 6 let, ze zkušeností respondentů vyplynulo, že nejčastějším zdrojem pracovního násilí je především špatná komunikace, přepracovanost a dezinformovanost (Hofmannová, 2011).

Projekt byl zaměřen nejen na analýzu dat ohledně násilí v českém zdravotnictví, ale proběhla také praktická část – proškolení 1004 tzv. klíčových osob - zdravotníků a pracovníků sociální péče v časové dotaci 5 školících dnů, zaměřených na témata: management násilí, komunikace a fyzická sebeobrana. Také mělo být vytvořeno 14 zásahových týmů, které měly v jednotlivých krajích monitorovat násilí a incidenty následně pomáhat řešit. Bohužel současně vykonává tuto funkci efektivně pouze tým v nemocnici Plzeň. Ohledně vyškolených osob, které měly své znalosti z projektu předávat dál, se tato aktivita ukázala také neefektivní. Volba klíčových osob byla náhodná, žádná z osob neprošla výběrem a pět vzdělávacích dnů se následně ukázalo jako nedostačující, pokud si některá z klíčových osob znalosti samostatně nedoplňovala a neobnovovala. Dalším problémem byly lektoři kurzů, kteří nebyli v dané problematice experty; jednalo se o lektory (psychologové, pedagogové, všeobecné sestry, vedoucí pracovníci sociálních zařízení) z různých druhů pracovišť. Některé školící dny byly více zaměřeny na násilí prakticky, jiné se násilí příliš nedotýkaly. I přes nadcházející posouzení došlo po tomto projektu k vysoké nabídce školících akcí pro zdravotníky po celé ČR a to právě v oblasti komunikace. Většina kurzů byla bohužel jednorázová, a pokud nejsou znalosti opakovány a trénovány jsou následně účinné podobně jako vyškoleným klíčovým osobám v uvedeném projektu.

V roce 2011 – 2013 probíhal v České republice další rozsáhlý vzdělávací program. Byl zaměřen na Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků. Pořadatelem projektu bylo MZ ČR a Aesculap Akademie. Projekt byl unikátní v tom, že se již nezajímal příliš o kvantitativní data, ale zaměřil se na edukační činnost. Velký důraz byl kladen na kvalitu a zkušenosti lektorů vzhledem k přednášené problematice. Jedním z témat vzdělávání byla právě bezpečnost pracovníků ve zdravotnictví v České republice. V tématech bezpečné komunikace a přístupu ke konfliktním pacientům bylo proškolen celkem 1948 nelékařů, v rámci 26 seminářů a devíti celorepublikových konferencí. V projektu se také objevilo speciální proškolení 550 všeobecných sester v nemocnici Jihlava, které byly vzdělány v rámci 14 seminářů v komunikač-

ních přístupech k agresivním pacientům. Na kolik je takové vzdělávání efektivní ukáže následný průzkum. Výsledky jsou v šetření, budou podrobeny detailnímu průzkumu a budou prezentovány v některém z dalších článků věnovanému násilí v ošetrovatelství.

Další informace získáváme zejména prostřednictvím mediálních zpráv – tyto informace však postrádají jakoukoliv analýzu problematiky a faktická data s konkrétními doporučeními či výstupy. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají všeobecné sestry (sestry), protože v rámci prvního kontaktu s pacienty pobývají – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času. Na základě zkušeností z praxe a proběhlých výzkumů, přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální útočníky k násilí provokuje. Pacienti v těchto chvílích očekávají od sestry pochopení, lidský přístup a osobní zájem. I přes tyto počáteční snahy je fenoménu násilí v ošetrovatelství v České republice věnováno stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy a ani preventivní opatření. V neposlední řadě chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při výkonu povolání všeobecné sestry. Je třeba si uvědomit, že kvalita služeb vycházející z ochrany před ohrožujícím a násilným chováním obou stran je prioritou. Jde o velice náročný úkol, jenž vyžaduje tvorbu vysoce etických a odborných standardů s podporou terapeutického klimatu v prostředí zdravotnických služeb, také nevyhnutelné dodržování zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) eventuálně navržení úzké spolupráce s oddělením pracovního lékařství. Následky mohou být totiž velmi závažné. Například v USA v roce 2004 bylo 14 % všech pracovních úrazů ve zdravotnictví v důsledku násilí namířeno proti pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách. Jednalo se o násilí, které ve svém důsledku vyžadovalo domácí léčení (poranění hlavy, zlomeniny). V polovině těchto případů si násilí v USA v roce 2004 vyžádalo smrt zdravotnického pracovníka (zastřelení, ubodání) (Zampieron, 2010). Obecné důsledky násilí ve zdravotnictví nakonec nepřispívají pouze k fluktuaci a odchodu zaměstnanců z profese, ale dopadají ekonomicky na celou společnost (Jones, 2013). Průměrný odhad nákladů za fyzické násilí v zaměstnání v roce 2008 byl ve Spojeném Království (UK) asi 60,5 miliónů liber. V současné době je částka každoročně vyšší než 100 milión liber (NHS Counter Fraud Service, 2007). Lze usuzovat, že i v ČR má tento problém významný ekonomický dopad.

Hlavní zdroje násilí při vzájemném působení zdravotníka a pacienta

Kapitola představující téma *proč dochází k násilí ve vzájemném vztahu pacienta (nebo jeho příbuzného) a zdravotníka* si klade za cíl definovat proměnné, které skutečně ovlivňují dané situace na úrovni ošetrovatelství. Na této úrovni je násilných konfliktů nejvíce – lékař odběhne k jinému pacientovi; sanitář jde pro vzorky do laboratoře, zdravotnický záchranář pacienta předá a jede na další výjezd, vedoucí sestra má především manažerský rozsah činností a účastní se porad, ale *všeobecná sestra zůstává po dobu své služby pacientovi neustále na blízku* (Weinreb, 2014⁴⁰⁾). Situace, kdy se „zlobíme“, ovlivňují negativní emoce. Vystupňovaná negativní emoce snižuje adekvátní schopnost rychle ovládnout rozum a vyhnout se konfliktu, což navíc umocňuje stres plynoucí z nepříjemné situace. Prakticky ve všech studiích týkajících se násilí ve zdravotnictví a na pracovišti je zmiňováno těsné spojení mezi násilím a stresem. Jakmile je stres intenzivní a překračuje normy, stává se negativně působícím faktorem a u zaměstnance, který není schopen se s ním vypořádat, může dojít jak k fyzickému selhání, tak ke stresovým reakcím (snížená sebekontrola, neprofesionální komunikace). To však neznamená, že každý negativní stres s sebou nese násilí (Hoel, 2000). Někteří zdravotníci mohou svým chováním, které je v určitých případech nevhodné či neprofesionální, provokovat potenciální útočníky k napadení. Vinou nedostatečné znalosti anamnézy se může stát, že personál použije slova, slovní spojení nebo svým chováním nevědomě či nechtěně viktimizuje pacienta tak, že to u něj na základě předchozích, pro něj nepříjemných zkušeností, vyvolá nelibé pocity vedoucí až k násilí. Takové chování však může být vyvoláno únavou nebo

40) MUDr. Michal Weinreb, Praha, Rodiče, jejich dítě a dětský lékař; interpretace rolí. Konference Pediatrie z druhé strany.

nadměrným ukládáním situací, kdy si zdravotník nechá určitou „situaci líbit“ (takzvaně se „kousne a vydrží“). Proto je důležité zohledňovat vždy pohled nejen pacienta, ale také pohled z druhé strany – zdravotníka, který má také své pocity a emoce.

Zdroje násilí při kontaktu zdravotníka a pacienta/jeho příbuzného můžeme rozdělit na **dvě roviny**: rovina, kdy může zdravotník vyvolávat negativní emoce u pacienta a rovina, kdy může pacient vyvolat negativní emoce u zdravotníka. Konečným důsledkem obou rovin může být projev násilí.

Rovina: zdravotník vyvolává negativní emoce u pacienta

Z hlediska mechanismů, které tuto rovinu ovlivňují, jsou důležité dva faktory, které je možné ovlivňovat vůlí. Jedná se především o snížené **sebeovládání a nevhodnou komunikaci**. Tyto faktory v případě zesilování **averzivními podněty** velmi pravděpodobně eskalují v násilí. Mezi sebeovládáním a komunikací je velmi těsný vztah.

Pokud jsou zájmy, bezpečí nebo hodnoty jedince ohroženy, spouští kortex, thalamus a amygdala antistresový program, který lidem umožňuje chránit své zájmy, hodnoty, bezpečí, a to útekem nebo útokem. Člověk pak reaguje vztekem, agresí, hněvem nebo úzkostí, aby čelil nepříjemnému stresoru (Pospíšil, 1999). **Právě vystupňované negativní emoce vedou ke zmíněnému násilí s projevy agrese nebo agresivity.** Mezi nejčastěji pociťované emoce patří především frustrace, strach a stresové situace, tedy faktory, které probíhají na emoční úrovni **jak pacienta, tak zdravotníka. Samozřejmě samotná frustrace nebo strach násilí nevyvolají, nutný je další faktor, který emoce zesiluje natolik, že dojde k překročení „tolerance“ a jedinec tzv. vybuchne.** Mezi tyto zesilující faktory (zvané též averzivní podněty či precipitory negativních emocí) řadíme nejčastěji: **nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost na omamných látkách, sociální a finanční problémy, osobní labilitu, bolest, neschopnost řešit zátěžové situace, vlastní zklamání, nemoc, provedení chyby, neúspěch, neúctu druhých, sníženou adaptaci, interpersonální vztahy. O tom, zda v konkrétní situaci dojde k eskalaci emocí a následnému násilí, ať už jeho verbální či fyzickou formou, rozhoduje schopnost sebeovládání** (Špatenková, 2003). **Na základě popsaného faktu nesouhlasíme se stanoviskem, že za případné násilné incidenty může samotný alkohol, návyková látka či psychiatrická diagnóza** (jak s oblibou publikují články mediálních zpráv nebo neodborná vyjádření k dané problematice). Další významnou příčinou násilí je totiž **nevhodná komunikace s lidmi pod vlivem návykové látky nebo s duševním onemocněním.**

O tom, jak bude komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem probíhat, velmi rozhoduje situační přání. Pacienti pokládají zdravotníky za vysoce specializované profesionály a očekávají od nich především:

- **naslouchání** (bohužel většina zdravotníků pacienty poslouchá (nenaslouchá jim) a nevěnuje slovům pacienta pozornost, a pak se ptá otázkami jako u výslechu – i když jim pacient původně vše řekl)
- **pozornost** (pacientovi stačí vyjádřit pozornost na pár minut – vzniká pak pocit důvěry a pacient daleko lépe spolupracuje)
- **otázky na pocity** (nepředpokládejme, že víme, co pacient potřebuje)
- **zájem o problémy pacientů** (zdravotníci často devalvuji a bagatelizují problémy pacientů = nemocniční rutina je možná pro zaměstnance, nikoliv pro pacienty)
- **pochopení** (například šetrná manipulace, když pacienti tvrdí, že je něco bolí)
- **respektování soukromí** (fyzického i duševního)
- **respektování osobnosti** (péče má být poskytována pacientovi, ne jeho nemoci a jejím příznakům)

- *poskytování informací* (každý krok má být náležitě okomentován)
- *uctivou komunikaci* (bez žargonu a zdobnělin, představení sester pacientovi)
- *smysluplné vysvětlení* („jak něco udělat“ namísto „co má dotyčný dělat“)
- *respektovat osobnost, kterou původně pacient je/byl* (například pacient s demencí nebo pacienti trpící akutní fází nějaké nemoci – jejich reakce na ošetřování mohou vycházet z původního zaměstnání – kontrolor, lékař)
- *empatii a pocit, že sestře na pacientovi záleží* (i zdravotník se může stát kdykoliv pacientem)
- *lidskost* (Howard, 2014, Grimaldi, 2013).

Přání a představy pacientů často narážejí v nemocničním prostředí na tvrdou realitu. **K faktorům, které pacienti označují jako neprofesionální a pacienty devalvují při kontaktu se zdravotníkem, patří zejména:**

- shazování domácích postupů (léčba bylinkami)
- označování pacientů čísly (diagnózami)
- nepozdravení, nepředstavení se
- nezájem (zdravotník se na pacienta nedívá, když na něj mluví)
- neverbální gesta (pacient má pocit, že mu zdravotník nevěří), čekání (frustrace)
- nedostatek soukromí
- nízké zapojení při rozhodování o ošetřování (Thiedke, 2007)

Velký vliv na těchto faktorech také zanechávají sdělovací prostředky a média. Zkušenosti pacienta, jeho příbuzných nebo lidí z jeho blízkého okolí často ovlivňují pozitivně i negativně jeho očekávání. K tomu přistupuje i vliv sdělovacích prostředků, seriálů a reklamy. Pro tiskové zprávy jsou nejzajímavější právě případy hrubých chyb všeobecných sester nebo naopak špičkové výkony, kterých dosahují nejlepší pracoviště. Veřejnost nabývá zbytečné podezřívavosti nebo naopak má přehnaná očekávání a následně je zklamána (Nešpor, 2012).

To, co cítíme a očekáváme od života, nám pomáhá si uvědomit, co od života očekává a cítí druhý člověk. Tento zvláštní způsob empatie a očekávání charakterizuje osobnost lidí a více či méně umožňuje identifikovat realitu druhých lidí. **To, co si o druhých představujeme, není ani tak o tom, jaký druhý je nebo co cítí, ale spíš to, jakou představu si udělám,** abych s ním mohl/a mít určitý vztah (Grimaldi, 2013).

V případě situační odlišnosti (nespolupracující pacient či pacient pod vlivem omamné látky, stres, vysoká pracovní zátěž zdravotníků) jsou představy pacientů a zdravotníků rozdílné. Dochází k nedorozumění našich představ a vlivem stresu k aktivaci negativních emocí vyvolávajících pocit ohrožení. Zde sehrává velký význam komunikace zdravotnických pracovníků. **Samotnému sebeovládání může pomoci uvědomění si faktu, že násilí je reakcí na danou situaci, nikoliv na všeobecnou sestru jako takovou.**

Představy, které byly na straně zdravotníka i pacienta očekávány, nejsou naplněny, dochází k frustraci a k výsledné emoční rozladěnosti stačí přidat **slovo, větu** („Proč mě zase voláte?!“, „Kolik jste toho vychlastal, co?“, „Dělej!“, „To tu ruku nemůžete udržet chvíli v klidu?!“, „Uklidněte se!“) nebo **nevhodný neverbální projev** (smích, přetočení očí, přehlížení pacienta) a následkem interpersonální interakce dojde k násilí, které má povahu agrese slovní či fyzické, aby saturovala potřebu vlastního bezpečí a snížila pocit bezmoci. V takových situacích rozhoduje o výsledku konfliktu komunikace. Nemáme na mysli jen slova, protože, když budeme vycházet z rozložení komunikace, tak jak je vnímána navenek, je komunikace především o chování (Montague, 2013).

Rovina: pacient vyvolává negativní emoce u zdravotníka

V této rovině se jedná o faktory, které nejsou mnohdy ovlivnitelné vůlí.

O tom, jak druhé vnímáme, rozhodují zkušenosti a naše představy o tom, jaký by ten druhý měl být (tedy naše vlastní představa „*jak jsme si toho druhého vykreslili*“). Základem je v druhých hledat své bližní, což je v oblasti ošetřování nemocných a raněných bráno jako profesionální základ. Pacienti očekávají od všeobecných sester zejména slušnost, empatii, úlevu od bolesti a symptomů, vyřešení problémů, úctu a mnohdy vidí zdravotníky jako sluhy. Zdravotník má však také určité představy (poděkování, spolupráce, dodržování nařízených opatření a za daných okolností určitou poslušnost) očekávání, která v realitě tvrdě narážejí stejně jako nesplněná přání pacienta. Detailnější pohled do nitra všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků chybí – současné studie a průzkumy se téměř bez výjimky zabývají spokojeností pacientů, nikoliv personálu. Na této pozici by byly velmi cenné skupinové focus groups reflektující také pocity zdravotníků, nejen pacientů. Při výkonu své profese se zdravotníci dostávají do úzkého kontaktu s pacienty, a to v situacích, které jsou pro tyto pacienty značně stresující. Jde o lidi v nesnázích, s pocitem bezmoci, v psychickém a fyzickém dyskomfortu a často musejí čekat na zásah pomoci určitou dobu, která jim připadá neúměrně dlouhá. Následný kontakt s takovými lidmi neprohlubuje stres jen u pacientů, ale také u všeobecných sester (Grimaldi, 2013).

Uklidnit se – přemýšlet – držet emoce na uzdě a hledat v druhém svého bližního, radí často příručky a monografie o tom, jak zvládat konfliktní situace. Zdravotníci ale nejsou stroje. Také mají právo na své emoce, a pokud mají čelit násilí, budou ve stresu. Navíc zde hraje roli představa, jak si pacienta ve své mysli vykreslili, a pokud se k nám někdo chová hrubě, již nepůjde o našeho bližního, již nepůjde o pacienta, který si zaslouží potřebnou pomoc, **ale v druhém najednou vidíme cizince a nepřítele**. Tato reakce však nemusí být chápána jako neprofesionální, nýbrž jako obranná – zdravotníka **jako člověka**, který je ve stresu a rozhoduje se mezi útokem (zastavení násilí útočníka) či hledáním únikové cesty.

K situacím, kdy zdravotník již není schopen efektivně řešit konfliktní a násilné situace s pacientem, nutně přispívá série faktorů, které zhoršují schopnost jejího sebeovládání a následné reakce (chování). Jedná se o faktory, které jsou zásadně důležité, často neuvědomované a podceňované. Prevence vlivu negativních faktorů na straně zdravotníka nebo jejich eliminace se do značné míry překrývá s prevencí profesionálního stresu a následného efektivního řešení konfliktů (Nešpor, 2007).

Faktory snižující schopnost sebeovládání zdravotníka

- *spánková deprivace nebo subdeprivace*

Dochází k narušení kognitivních funkcí včetně schopnosti správného úsudku a rozhodování. Bylo prokázáno, že nedostatek spánku znesnadňuje ovládání negativních emocí a v chirurgických oborech ohrožuje spánková deprivace zejména pracovníky s kratší praxí. Efekt kofeinu jako „nabuditele“ při nočních službách může zlepšit pocit bdělosti, ale nevede ke snížení počtu chyb.

- *zdravotníková osobnost*

Například nepřiměřená tížádost, výchova, neřešené osobní nebo rodinné problémy, prodělaná zátěžová životní událost a tělesné či duševní onemocnění. Vliv má také výchova zdravotníka nebo chování kolegů, od kterých se může učit různé strategie řešení náročných situací. Někteří kolegové mohou řešit konflikty prostřednictvím moci a síly (nechtějí se s pacienty domluvit, ale nařizují jim a manipulují s nimi). Tento způsob řešení konfliktů je stále zakořeněn v lidské populaci. Jedná se o jakýsi pradávňý nástroj, kdy osoba silnější chce dosáhnout svého pomocí síly. Mladší zdravotník tak vidí tento vzor a automaticky jej přebírá do své role.

- *minulé negativní životní zkušenosti*

Tento faktor je velmi významný u určitého typu pacientů (opilí pacienti, bezdomovci) může vést k předpojatosti a nepřiměřenému reagování ze strany všeobecných sester.

- *faktor času*

Nutnost nebo tendence provádět současně více úkonů (zejména, kdy má zdravotník na starost velký počet pacientů najednou) zhoršuje výkonnost a přispívá k vyčerpání.

- *relevantní znalosti a dovednosti*

Často se hovoří o profesionalitě zdravotníka a jeho maximálním úsilí, které je podmiňováno aktuálními ošetrovatelskými a medicínskými poznatky a technikou. Odborná veřejnost ví, že to není možné, pacienti nikoliv.

- *jednostranná tělesná a duševní zátěž*

Nejčastěji se jedná o vliv nadměrného sezení nebo stání v nevhodné či zatěžující poloze. Následkem jsou bolestivé obtíže a předčasné vyčerpání.

- *faktory týkající se pracoviště a organizace práce*

Tyto faktory zahrnují dlouhé čekání, administrativní zátěž zdravotníků i pacientů, odcizení, interpersonální konflikty ve zdravotnických týmech, nedostatečnou možnost konzultovat problémy a komunikovat o nich, nedostatečné personální a technické vybavení, nevhodné členění a prostorové uspořádání pracoviště.

- *systém zdravotní péče*

Tento faktor zahrnuje výběr poplatků za zdravotní péči, nízkou dostupnost lékařské péče, lobby zdravotních pojišťoven a veškeré další problémy s koncepcí zdravotní péče v ČR, které doléhají na provoz jednotlivců (sester), kteří nemají možnost tyto faktory aktuálně ovlivňovat.

- *faktory týkající se jiných sociálních vlivů*

Zde se uplatňuje dostupnost alkoholu a nealkoholových drog včetně jejich reklamy, vliv sdělovacích prostředků (násilí v televizi a tisku), vliv kultury. Současně ve společnosti přetrvává názor, že pomocí síly lze dosáhnout úspěchu nebo si jej takto vynutit (Bennett, 2012; Nešpor, 2012).

Z výše uvedeného vyplývá, že faktorů, které ovlivňují konfliktní dění mezi zdravotníkem a pacientem, je mnoho. Problém tak nabývá na své složitosti, od čehož se může odrážet i jeho koncepční řešení. Co je naprosto evidentní, je těsný vztah negativních emocí a násilí. Negativní emoce se nevyhýbají ani profesionálům jako jsou zdravotnické profese. Je vždy důležité hodnotit situaci z obou stran – jak ze strany pacienta, tak zdravotníka a vnímat situační chování a jeho reciprocitu. Absence těchto nezbytných predispozic na jedné straně, vyvolává pocity ponížení na straně druhé. A právě **ponížení** je jednou z nejsilnějších emocí (Baumeister, 1996).

Prevence násilí při vzájemném působení zdravotníka a pacienta

Praxe ukazuje, že násilným situacím je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy se vyplatí vynaložit maximální úsilí k tomu, aby ke konfliktu nedošlo, než ho následně řešit (Fehlau, 2003). I experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrla, 1998). Rozhodující roli v prevenci násilí tak sehrává především profesionální chování zdravotnického personálu. Představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. „Zdravit a něco vysvětlovat, to je věc, která u nás nemá tradici, a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je přitom z 80 % o komunikaci. Přitom pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je informovaný pacient. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Má to vliv i na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení zname-

ná kratší pracovní neschopnost“ (Lánský, 2012). Komunikace je tak především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Při aplikaci injekcí či chirurgickém zákroku je potřeba tréninku, aby se daná dovednost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Pokud je daná dovednost posilována, stává se efektivní. Totéž platí o komunikaci. Reciproční vztahy mezi zdravotníky a pacienty jsou doslova nabitě emocemi. Právě emoce řídí naše neverbální chování, tedy složku komunikace, která je daleko výraznější než slovní obsah. Pacienti si pak emoce (nejen své) pamatují velmi dobře a dlouho. Zdravotníci samozřejmě mají právo také na své emoce. Bohužel většina pacientů práci zdravotníků opravdu nezná a jakákoliv emoční úleva zdravotníků („*Vy už jste tu zase?, No tak pojd'te dál.*“, „*Co zase chcete?*“, *Ted' jsem vám to vysvětlil, tak proč děláte něco jiného?*“), může být brána jako neprofesionální (Ptáček, 2011).

Z hlediska prevence konfliktů je klíčové se do násilného střetu s pacientem vůbec nedostat a případný konflikt maximálně deeskalovat. Prevenci v přístupu k násilným pacientům zohledňujeme ve dvou krocích. **Prvním efektivním krokem** prevence konfliktů je takové chování, které neutralizuje počáteční stres a další negativní emoce, které se kumulují již při prvním kontaktu zdravotníka s pacientem (jeho příbuzným). Paternalistický vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem byl nahrazen vztahem partnerským. Při prvním kontaktu s pacientem nemusíme svou profesionální aktivitu přehánět, naprosto stačí, když se zaměříme na faktory, které pacientům prohlubují stres a zvyšují riziko nežádoucí spolupráce.

Primárním faktorem, který může předcházet konfliktům, je (velmi často opomíjený) **zájem** o pacienta. Haló efekt probíhá i u pacienta, nejen u všeobecných sester vůči pacientům. U pacientů je první dojem navíc často zatížen „premiérou“ (návštěva ambulance, pobyt v nemocnici), kdežto pro všeobecnou sestru je to každodenní práce, která může přecházet v rutinu, což bývá důvodem nezájmu. Zdravotník však nemůže spoléhat na to, že pacient již předem ví, co jej čeká nebo – ještě lépe – na co právě zdravotník myslí. Pacientovi tak můžeme jediným gestem nebo slovem zalíbit nebo naopak znelíbit. Abychom se vyhnuli nárůstu negativních emocí již při prvním setkání s pacientem nebo jeho příbuzným, je vhodné se představit (Pekara, 2013). **Představení** signalizuje zájem, tlumí strach a pomáhá nám vystoupit před druhým z anonymity, která je od počátku věků stvořená k páchání zla (Fraser, 1974; Zimbardo, 2008). Představením zdravotníka má pacient pocit, že si ho někdo všiml – je důležitý. Představení je nutným krokem k vytvoření **důvěry**, kterou si k nám pacient buduje. Následně pacient „bere“ všeobecnou sestru jako partnera a nestydí se mluvit nejen o svých zdravotních problémech, ale i o pocitech či emocích. Pacient, který ke všeobecné sestře získá důvěru, začíná vytvářet krátkodobý nebo dlouhodobý **vztah**, který rozhoduje o vzájemné spolupráci. Vztah je nutné udržet co nejdéle, protože opět stačí určitá negativní situace, pacient nám přestává věřit a budování vztahu začíná od začátku. **Jen tehdy, když máme s druhými lidmi vztah, nevidíme je jako pouhé objekty.** Pak neexistují nemoci, pouze nemocní lidé (Urbánková, 2013). Pokud takto zdravotníci vidí své pacienty, pak pacienti budou tolerantnější k čekání, loajální, spíše budou dodržovat medikaci a ochotněji poskytnou potřebné informace. I zdravotníci budou chráněni před vyhořením, pokud to takhle funguje. Úskalí u profesionálů je bohužel v tom, že od pacientů, kteří jsou v nemoci, nemohou očekávat vždy reciproční vztah, ale sami se o něj musí snažit. Kdo má moc, má totiž zodpovědnost. Představení a vytváření důvěry od zdravotníka k pacientovi je tedy zásadní pro prevenci konfliktů. Z dalších postupů je samozřejmě trpělivost, efektivní styl komunikace a účelné zasahování do násilného chování, protože ne vždy přichází pacient klidný a vyrovnaný. V mnoha případech jsme svědky násilného chování již při prvním kontaktu, aniž bychom cokoliv podnikli.

Druhým efektivním krokem je proto znalost fází násilného chování. Schopnost rozpoznat, ve které fázi se pacient nachází, nám umožňuje nejen na danou fázi spolehlivě reagovat, ale zvyšuje i bezpečnost samotných zdravotníků.

Novák a Capponi popisují vývoj konfliktní situace následovně v pěti fázích:

- *Fáze spouštěcí*

Dochází k odklonu od normálního neagresivního chování. Násilí souvisí s nezvyklými nebo vyhozenými negativními podněty, jejichž většinu lze odhadnout předem podle určitých verbálních a neverbálních projevů, např. agresivní a nepřátelský postoj, manifestace nespokojenosti, frustrace, změna tónu hlasu, rozšíření zornic, postupně dochází k prohlubování a zvětšování signálů.

- *Fáze eskalační.*

V této fázi jsou reakce budoucího agresora nepřiměřené, zvyšují se, je snížena možnost vrátit se do původního stavu před konfliktem, ani oběť v této fázi mnohdy nereaguje zcela promyšleně.

- *Fáze krizová*

Agresor je již fyzicky, citově i psychicky excitován, přestává se ovládat, stačí nepatrný podnět k tomu, aby protějšek napadl.

- *Fáze uklidnění*

Uklidnění a vztek agresora se mírní, člověk je zaskočen tím, co se stalo, zvýšená hladina adrenalinu agresora přetrvává až 90 minut po útoku, poté následuje postupná redukce této tenze.

- *Fáze postkrizové deprese*

Nastupuje jako poslední. Je patrné rozrušení, pocit úzkosti a viny, zoufalství, někdy je typickým projevem zdůvodňování nezdůvodnitelného, jindy se objevují prosby o odpuštění, lítost.

Ne vždy a všude proběhne vše dle daného schématu. Optimální je nedovolit přechod spouštěcí fáze do eskalační a následně v krizovou – zdravotník může využít deeskalační komunikační techniky. Zdravotník musí neustále mít na mysli, že rozhněvaný člověk (*krizová fáze*) neuvažuje racionálně. Snaha uklidnit, takto rozhněvaného jedince, klidnými argumenty může mít v případě krizové fáze opačný efekt. V důsledku stresové reakce, která krizovou provází, je nutné vycházet z předpokladu, že 80 % krve je shromažďováno ve svalch – příprava na útok či útěk. Kognitivní centra mozku jsou v této fázi prokrvena minimálně, což se reálně projevuje tak, že útočník, kterého chceme zklidnit, neslyší, nevnímá a má omezené zorné pole. Jakékoliv dlouhé věty, vysvětlování či uklidňování dané situaci nepomáhá nebo může výslednou situaci zhoršit. Co v dané fázi udělat a jak využít konkrétní efektivní komunikační techniky deeskalace je popsáno v následující kapitole (Bennett, 2012).

Deeskalace násilí zdravotníkem při kontaktu s násilným pacientem

Komunikace jako efektivní nástroj ke zklidnění pacientů byla prokázána také v jedné farmakologické studii (Isbister, 2010). Agitovaným pacientům byly podávány léky na zklidnění (*midazolam*), nicméně část pacientů ze studie musela být vyloučena, protože personál dokázal pacienty deeskalovat komunikací a podání léku nebylo potřeba.

Komunikace je stále nejdůležitějším pojítkem péče poskytované občanům společnosti. Zdravotnická zařízení nejsou v tomto ohledu výjimkou. Technický rozvoj (přístroje, farmaka) současné medicíny v několika letech prodělal výrazný vývoj. Na komunikaci ve vztahu zdravotník – pacient to zanechalo významný vliv. Komunikace přestala být středem zájmu. Nejvíce tento úpadek zaznamenali ti, kterých se to dotýká nejvíce - samotní pacienti. Pacient v dnešní době žádá samozřejmě nejvyšší možné nadstandardní služby, moderní přístroje a veškeré moderní vybavení, což se ale

neobejde bez potřeby, aby „všemu“ rozuměl. Jen pacient, který je náležitě informován a dostatečně chápe „co s ním budou dělat“, je ochoten prolomit bariéry svého nitra a odevzdat se s důvěrou zdravotnickému personálu. Takový pacient se cítí bezpečně, nemá důvod přetahovat se o moc se všeobecnou sestrou, která v něm může svým „profesionálním přístupem“ vyvolávat bezmoc (Špatenková, 2011). Pokud se pacient cítí bezpečně, zpravidla všeobecnou sestru neurazí, nevyčítá jí ani ji nenapadá.

Odpověď na násilnou situaci (extrémní stres) je zatížena rychlým rozhodováním a potřebou okamžité reakce. Je známo, že komunikace by měla být taková, aby zdravotník pacienta více neprovozoval – aby byla jeho verbální a neverbální složka v rovnováze. Při komunikaci ve stresové situaci se však skladba komunikace mění: 50 % obsahu komunikace zaujímá neverbální složka, 40 % tón hlasu a 10 % složka verbální. Na slovním projevu až tak úplně nezáleží, nejdůležitější je chování zdravotníků, kterým může násilnou situaci deeskalovat nebo naopak eskalovat. Na základě zkušeností z praxe a odborné literatury je při násilí zdravotník v opozici a měl by se bránit. V následujícím textu prezentujeme doporučení, které jsme nazvali verbální sebeobrana. Jedná se o výtah literatury a dovedností zkoušených v praxi, které mohou pomáhat násilné situaci řešit. Jsme si vědomi úskalí, že každá násilná situace je jiná a proměnlivá. Nicméně i přesto se podařilo vytvořit techniky, které se v reálné praxi ukázaly jako funkční (Pekara, 2014).

Neverbální komunikace jako deeskalační přístup

V následujícím textu prezentujeme doporučení, které nevychází jen z nutné obrany, nýbrž zahrnuje postupy, kdy zdravotník působí na násilného pacienta s úctou, respektem a lidsky. Nesouhlasíme, že za násilí může vždy pacient, i zdravotníci mají svůj podíl, mnohdy už jen tím, že jsou v dané situaci, aniž by cokoli dělali. Proto na prvním místě deeskalace násilného pacienta zdravotníkem je takový přístup, který je bezpečný pro zdravotníka, pacienta, případně další personál a pacienty. Bezpečná deeskalace zahrnuje využití veškerých možných technik s minimálním nebezpečím pro pacienta. Použití restriktivních pomůcek nebo obranných chvatů je dovoleno pouze v krajních případech ohrožení života pacienta nebo zdravotníka a při vyčerpání efektivních komunikačních dovedností (Richmond, 2012). Sebeobranná technika musí být vedena takovým způsobem, aby minimalizovala zranění všech přítomných v násilné situaci. Byly proto vybrány komunikační techniky a dovednosti, které napomáhají násilné situaci řešit efektivně - pacienta vyzývají ke spolupráci a zaměřují se na něj jako na celek, nikoli na jeho násilnou reakci.

Mimoslovní komunikace může zdravotníka i pacienta velmi zasáhnout – zranit, pokud nedojde ke správnému pochopení její interpretace. Navíc k tomu může dojít nevědomě, neúmyslně, nedopatřením, a to buď špatným výkladem nebo vlivem situačních či osobních faktorů. Na základě rozložení komunikace ve stresu (60 % složka neverbální) je nutné, aby zdravotník v případě násilí ze strany pacienta nejdříve zapojil efektivní neverbální komunikaci a snažil se zaměřit na své vlastní sebeovládání. Respektování osobního prostoru pacienta zvyšuje i bezpečí zdravotníka. V případě násilného pacienta je doporučeno stát na vzdálenost dvou natažených paží. Jakékoliv další přiblížení (zvýšeně reagují lidé z ulice – bezdomovci, opilí lidé) snižuje pacientův prostor, což automaticky zvyšuje jeho napětí a negativní emoci (proces funguje i obráceně, kdy se pacient přibližuje ke zdravotníkovi). V případě nemožnosti dodržet tuto vzdálenost je doporučeno natočení zdravotníka ze strany nebo únik dokola, nikoliv dozadu. Nebezpečné mohou být také doteky. V případě, že chceme pacientovi poskytnout oporu a dotknout se ho, je potřeba, aby tento neverbální pohyb byl spojen s verbálním dotázáním, zda je to možné a byl sdělen důvod takového kontaktu. Po vymezení hranic osobního prostoru by se měl zdravotník snažit vyhnout zbytečné provokaci (Richmond, 2012).

Neverbální vystupování zdravotníka musí být neprovokativní. Vystupování má signalizovat bezpečí, nikoliv hrozbu ani nejistotu. Horní končetiny by měly být viditelné a ruce nezatnuté – nekonfliktní je držení rukou mezi pasem a bradou a mít je připraveny v pozici „modlení“ nebo „přemýš-

lení“. Tyto pozice nejsou provokativní a poskytují případnou rychlou obrannou reakci při fyzickém násilí. V otázce gest jde především o to, aby pohyby nebyly příliš přehnané a negativní. Mezi negativní gesta patří pohyby vyjadřující nejistotu: krčení rameny, vrtění hlavou, ruce za zády, ruce v kapsách, neklidné pohyby rukou, těkavé pohyby rukou a nohou. Naopak mezi gesta vyjadřující násilí patří používání nevhodných náznaků (vystrčený prostředníček, ukazováček), zvedání rukou nad úroveň hlavy, zatínání pěstí, rychlé a neúčelné pohyby horních končetin. Pro bezpečí situace je vždy lepší tato gesta vynechat (Nöllke, 2011).

Mimika zdravotníka je velmi důležitá. Zdravotník by se měl vyvarovat vytřeštění očí, nadzvedávání obočí, svěšování koutků úst či příliš dlouhé otevření úst. Vyhledávat oční kontakt je správné, když začínáte mluvit a když dokončujete větu či myšlenku (Nöllke, 2009). Klidný pohled vzbuzuje důvěru. Provokativní však může být také dlouhodobý oční kontakt. Doporučuje se oční kontakt maximálně šest vteřin, a pak přesunutí pohledu na jiné místo (boky, ramena – lze postřehnout začínající pohyb pacient – chůze směrem k nám, kop, úder rukou). Přímým pohledem do očí pacienta můžeme projevit zájem, snížit napětí pacienta nebo působit sebejistě (pacient odvrátí zrak – náš pohled je mu nepříjemný, cítí převahu – snižuje své napětí). Ještě vhodnější technika je takzvané „třetí oko“ – představíme si oko uprostřed čela pacienta. Pozorováním tohoto bodu se nedíváme pacientovi přímo oči a vidíme mimický výraz pacientovi celé tváře. Zásadně se vyhýbáme jakémukoliv ponížení pacienta svým neverbálním projevem (mračení, smích, gesta nezájmu, povýšené chování), který by násilí jen stupňoval. Pozorováním mimického výrazu tváře pacienta může zdravotník zaznamenat neverbální prvky násilného pacienta: zatnuté pěsti, zvýšený hlas, cukání lícních kostí, rozšířené nosní dírky, zrychlené dýchání/pohyby hrudníku, zčervenání ve tvářích nebo naopak ztráta barvy, podupávání, přecházení sem a tam, rozšířené zornice, hrozba velkými svalovými skupinami (Skellern, 2013).

Po úvodním kontaktu s násilným pacientem by měl zdravotník zaměřit svou pozornost na postoj. Postoj zdravotníka by měl být pevný, vyjadřující sebejistotu, ale zároveň uvolněnost. Toho lze docílit tak, že chodidla nejsou příliš u sebe – jsou v úrovni ramen. Přední noha zdravotníka směřuje k pacientovi, zadní noha mu poskytuje oporu. Ve vzpřímeném postoji zdravotník budí důvěru a daleko lépe se mu dýchá. Zdravotník by se měl vyvarovat příliš časté změny postoje, což působí nervózně a neklidně. Tomu se lze vyhnout přesunutím váhy z jedné končetiny na druhou – pokud bude tento pohyb doprovázen hlubokým vydechnutím – dojde ke snížení případného napětí zdravotníka a zvýšení jejího sebeovládání (Nöllke, 2011).

K násilnému útoku na zdravotníka může dojít také, když zdravotník sedí. Pokud nad zdravotníkem pacient stojí, má zpravidla větší prostor k útoku, než zdravotník k obraně. V ideálním případě je výhodné se také postavit (zbytečně se přitom nenaklánět). Při postavení je vhodné pak mezi sebe a útočníka dát nějakou překážku (židli, za kterou je možné se schovat nebo ji využít k odražení útoku). Pokud není možné vstát (stresová reakce) nebo to pacientem nebude umožněno, měl by se zdravotník snažit uvolnit – výborně funguje vydechnutí a opření se do židle (křesla), čímž prodlouží délku osobní zóny. Při sezení není dobré zachytávat dolní končetiny o nohy židle. Pro sebejistý sed je mnohem efektivnější vzpřímený pohled a předsunutí jedné nohy dopředu, což případně umožní rychlé postavení. Pokud je zdravotníkem a útočníkem stůl, měly by z něj být přesunuty předměty (minimálně na stranu stolu), které může útočník použít jako zbraň. Po částečném zorientování se v situaci a sebekontrolu neverbální komunikace zdravotníka je důležité vnímat také prostředí (všímat si ostrých rohů, předmětů), které by mohlo při eskalaci konfliktu přispět ke zranění nám nebo pacientovi (Nöllke, 2009).

Verbální komunikace jako deeskalační přístup

Neverbální složka musí být sladěná s verbální. Hlas (tón) naše sdělení podbarvuje a v případě stresových situací může znít úplně jinak, než si uvědomujeme. Muži často „štěkají a hulákají“, ženy naopak více „piští“. Hlas nám při násilné situaci pomůže, pokud je klidný, uvolněný, ale přesto pevný.

Správné dýchání je také důležitou součástí hlasového projevu, mluvíme při výdechu. Pro mluvení je vhodný dlouhý a hluboký dech. Ve stresu je výhodnější dýchat nosem – stres je možné doslova vydýchat. Ke stabilizaci verbálního projevu přispívá i řízení situace, pokud je kolem pacienta více osob. V takovém případě platí zásada, aby na násilného pacienta mluvila vždy jen jedna osoba – jeden zdravotník (více hlasů jen zvyšuje napětí v situaci). Z hlediska deeskalace úvodního napětí je vhodné, aby se zdravotník pacientovi představil a zeptal se jej, jak by si přál, aby ho oslovovali (Nöllke, 2011).

Je možné použít formulace:

„Dobrý den, jsem sestra Jitka. Jak se jmenujete Vy?“

„Jak vás mohu oslovovat? Já jsem Jitka, a Vy?“

I když známe jméno pacienta od příjmové sanitky nebo od příbuzných, dotaz na jméno je více osobní a navozuje zájem (Lánský, 2012).

Význam mají také poskytnuté informace o tom, kde pacient je a co bude následovat:

„Ted' jste v nemocnici.“

„Uděláme všechno proto, aby vyšetření bylo rychle za vámi.“ („Abyste se cítil co nejbezpečněji.“).

„Budu vás hlídat, aby se vám nic nestalo.“

Pacient, který je informovaný si většinou nestěžuje a násilí nevyvolává (Lánský, 2012). Při stresové reakce je výhodnější mluvit na pacienta ve stručných větách (věta by neměla mít více než 13 slov). Je vhodnější užívat jednoduché věty, otázky a známá slova (*„Jste v nemocnici. Já jsem sestra Jitka. Budu se o vás starat. Nejdříve pojedeme na CT vyšetření. CT nebolí, je to něco jako rentgen a trvá to 5 minut.“*)

Složitá slova, otázky nebo dlouhé nařizování pacienta často jenom zmatou a zvýší jeho podrážděnost (zvláště, když dlouho čekal). Okomentování každé činnosti, kterou zdravotník u pacienta nebo kolem něj provádí, pacienta uklidňuje a předchází zbytečným nedorozuměním. Na poskytnutí informací srozumitelným způsobem, a to v dostatečném rozsahu, má pacient právo i ze zákona (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Zdravotník by neměl zapomínat dát pacientovi čas na odpovědi (nezasahovat do řeči pacienta), čas vstřebat informace a čas na rozmyšlení odpovědi. Nezbytné a důležité informace zdravotník pacientovi opakuje a přesvědčí se, na kolik informacím pacient rozuměl (Nöllke, 2009). K ověření informací jsou vhodné otevřené otázky:

„Na co se chcete zeptat?“

„Co vám není jasné?“

„Jak tomu rozumíte?“

„Na co jsem zapomněla?“

Zdravotník i pacient budou v násilné situaci ovládáni negativními emocemi. Uvědomění si přání (čeho chci dosáhnout) a možnost ventilovat emoce působí deeskalačně (Ptáček, 2011). Ke zjištění cílů pacienta se zdravotník může ptát:

„Já opravdu potřebuji vědět, čeho ted' chcete dosáhnout?“

„Mně opravdu velmi pomůže, když mi řeknete, proč jste tady?“

„Jestli tomu dobře rozumím, tak vy se zlobíte, protože...?“

Otázky jsou v rámci verbální komunikace velmi účinné. Otázka působí jako pohlazení. Pokud je dobře zvolená, tak neprovokuje a poskytuje nám čas k další reakci. V případě křičícího pacienta je

vhodné, aby zdravotník mluvil s pacientem na úrovni jeho hladiny tónu (hlasitý, pevný) a využil situace k položení otázky. Zdravotník by se měl vyvarovat nařizování a neměla by pacientovi radit, co má dělat. Daleko efektivnější je popsat pacientovo chování nebo může zdravotník popsat své pocity:

„Vidím, že se zlobíte! Kdo vás naštval?“

„Jste rozzuřený! Co se děje?“

„Opravdu by bylo lepší, kdybychom si sedli. Když na mě křičíte, tak mám strach a nemohu se soustředit na Vaše potřeby.“

Zajímavá je i koncepce zapojení pacienta podle MacYounga (2011):

Sestra: „Já si nemyslím, že je to dobrý nápad mi ublížit.“

Pacient: „Co tím myslíš?“ Sestra: „Pojďme to zjistit.“

K pochopení toho, co pacient říká, by měl zdravotník přepokládat, že to, co říká pacient, je pravda. I v případě, že to pravda nebude, měl by se zdravotník snažit (předstírat), že to tak vnímá. Zájem o pacienta snižuje napětí při násilné situaci a napomáhá deeskalaci. Pokud navíc pacientovi potvrdíme, že má pravdu, přiznáme, že jsme nikdy nezažili to, co pacient prožívá, ale že si myslíme, že jeho pocity jsou oprávněné.

Když pacient například tvrdí: „Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!, zdravotník může odpovědět: „Ano, čekáte už hodně dlouho, mělo by se s vámi zacházet více s úctou.“

Pacient ve stresu často bojuje o moc (je bezmocný) a forma jeho reakce (i obranná) může být útok nebo útek. Pacient takto také může reagovat při snaze dosáhnout určitého cíle (úleva od bolesti, okamžité vyšetření, projev nemoci, dlouhé čekání). V takové situaci může být nabídnutá alternativa projevem laskavosti – nabídnutí vody, časopisu, umožnění jít si zakouřit na určené místo, informování o průběhu vyšetření, přístup k telefonu, nabídnutí jiného termínu k objednání – a současně odvedením pozornosti, což je součástí deeskalace (přerušování zvyšujícího se napětí při násilné situaci). Neměli bychom však pacientovi slibovat něco, co není možné (například kouření na pokoji) (Richmond, 2012).

K odvedení pozornosti může stejně dobře fungovat komunikační technika, která se nazývá absurdní divadlo (Nöllke, 2009). Princip techniky spočívá v jednoduchých větách, které nemají s danou situací vůbec žádnou návaznost. Technika vychází z teorie absurdního divadla, kdy pacienta překvapíme absurdní reakcí. Jde o to, že se říkají věci, které nesouvisí s tím, co bylo řečeno před chvílí. Reakce útočníka bude překvapení, jindy až zastavení násilné reakce.

Když nám pacient tvrdí: „Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!“

Zdravotník může odpovědět absurdně: „A jakým jste přijel autem?“

Pacient nejspíše odpoví ve smyslu: „Autem? --- PAUZA --- Co, co...co to s tím má dělat?“

Na což může zdravotník odpovědět: „Vůbec nic, jen jsem trochu odbočil.“

Takže teď Váš požadavek.“

U velmi rozhněvaného pacienta je efektivní zapojení do komunikace pomocí slůvka „my“. Použitím slov „já“ („Já už nevím, jak vám to mám vysvětlit?“) nebo „vy“ („Vy to nechápete nebo co?“) nedokáže zdravotník pacienta zapojit do situace tak, aby vnímal, že je její součástí. Použitím slůvka „my“ („Nevím, kde děláme chybu, že nám to stále není jasné?“, „Co můžeme udělat proto, abychom se chopili?“) zapojujeme pacienta do situace – dáváme mu najevo, že není „věc“ a že svým chováním se na situaci podílí a může o ní rozhodovat (Nešpor, 2012).

U intoxikovaných pacientů může v komunikaci nastat velký problém. V takové situaci velmi dobře funguje, když zdravotník pacientům dovolí, aby se z nich „na určitý čas“ stali jeho bližní. Zdravotník nebude hodnotit, že mu tykají, uráží ho nebo mu nadávají. Jen tak je možné danou situaci zvládnout, protože pokud intoxikovaný pacient zjistí, že nemá soupeře, má k němu zpravidla sympatie a neútočí na něj. Na druhou stranu je důležité, aby pacient byl jasně informován o přijatelné hranici chování. Zdravotník by měl pacienta informovat, že chování - reakce, kterou by vystupňoval, bude považována za nepřijatelnou. Pokud je to nutné, zdravotník pacientovi sdělí také, že může být zatčen a stíhán, když ji jakkoliv napadne. Forma sdělení by měla být taková, aby pacient vnímal, že se jedná o upozornění skutečnosti, nikoliv o hrozbu:

„Nechci, aby na nás někdo zavolal polici. Třeba se dohodneme.“
(Richmond, 2012).

V případě, že není možné již pacienta dále komunikačně deeskalovat a není možné využít jinou variantu zklidnění, může zdravotník ve spolupráci s dalšími zdravotníky nabídnout pacientovi farmakologické zklidnění. V takovém případě by měl zdravotník jasně pacientovi uvést, že bude mít z léčby prospěch (jeho bezpečnost, bezpečnost dalších pacientů). Z variant může zdravotník využít:

„Vidím, že vám není dobře. Cítíte se nepříjemně? Mohu vám nabídnout nějaké léky?“
„Je důležité se domluvit na dalším postupu. Abyste lépe komunikoval, je vhodné si vzít nějaké léky, které vám udělají dobře. Souhlasíte, prosím?“

Je vhodné se pacienta také dotázat, zda mu již na zklidnění byly nějaké léky v minulosti aplikovány. V případě nutnosti podat léky, informuje zdravotník pacienta, proč je dostává. Neměli bychom ani v tomto případě zapomínat na uctívou komunikaci a možnosti volby:

„Z hlediska vaší bezpečnosti vám nyní podáme léky na zklidnění.“
„Preferujete podání do svalu, žíly nebo jste ochoten si lék vzít ve formě prášku a zapít ho vodou?“
„Pokud souhlasíte s pilulkou, vyhneme se injekcím.“ „Máme zde tři druhy léků – který byste chtěl?“
(Richmond, 2012).

V případě reálné hrozby, která se vyvíjí ve prospěch pacienta, musí zdravotník vždy počítat s variantou, že ho fyzicky napadne. Často se jedná o násilí vedené strachem a i v takovém případě může zdravotník verbálně reagovat:

„Proč mi chcete ublížit? Jste v bezpečí? Nechci násilí ani zranění!“
(Fishkind, 2008).

Jiné varianty reflektující emoce zdravotníka nabízí zakladatel asertivní komunikace Smith (1975):

„Když se na mě takto díváte, mám z vás strach.“
„Já nechci, aby se někomu něco stalo, určitě se domluvíme.“
„Bojím se vás! Prosím, nechci z vás mít strach.“

Je potřeba mít vždy na mysli, že fyzikální a farmakologické zásahy omezení násilného pacienta nejsou bezpečné postupy a je třeba jich užít jako poslední možnost k řešení této mimořádné události (Zampieron, 2010). Ani kopání do dveří nebo rozbití židle nemusí nutně znamenat potřebu restriktce nebo farmakologického zklidnění. V případě, že jsou vyčerpány veškeré možnosti klidné deeskalace a je přistoupeno k omezení pacienta je vždy nutné provést písemný zápis do ošetřovatelské dokumentace. Zápis by měl kromě běžných zvyklostí obsahovat také názor pacienta na danou restriktci (Richmond, 2012).

Moderní klinické myšlení podporuje méně závažných donucovacích intervencí, ve kterém se snažíme pacienta vyzvat maximálně ke spolupráci jako partnera (i když je se chová násilně). Tyto přístupy mohou mít za následek mnoho výhod ve srovnání s tradičními restriktivními postupy. Nezabýváme se možností restrikce pacienta omezujícími prostředky, protože propagujeme jako deeskalační techniku komunikaci a téma omezení pacienta překračuje stanovený rozsah práce i jejích cílů. V této souvislosti uvádíme, že od roku 2012, kdy vešel v platnost Zákon o zdravotních službách č. 372/2012 Sb. může dle § 39, odstavec 3 písmena d) všeobecná sestra pacienta omezit omezujícími pomůckami bez přítomnosti lékaře (úchop, kurtační pomůcky). Toto jednání je však možné pouze v případě, že pacientovo násilné chování ohrožuje jeho samotného nebo okolí, a dojde k vyčerpání všech dostupných prostředků ke zklidnění a není přítomen lékař. Ve chvíli, kdy se objeví u události lékař, musí celou situaci posoudit (ponechat omezující prostředky nebo je odvolat) a potvrdit oprávněnost situace všeobecné sestře záznamem do zdravotnické dokumentace (dostupné z: www.zakonyprolidi.cz).

Záznam o násilí do zdravotnické dokumentace

Okolnosti násilného incidentu mezi pacientem a zdravotníkem je správné vždy dokumentovat, byť by se jednalo o verbální násilí či vyslovenou hrozbu. Zápis o násilném incidentu by neměl být součástí pouze hlášení o mimořádné události, ale je vhodné tuto skutečnost duplicitně potvrdit i zápisem do dokumentace, ideálně doplnit podpisem přítomných svědků. V rukou právníků a soudních znalců pak slouží zdravotnická dokumentace jako dobrý obhájce nebo naopak nebezpečný žalobce (Mach, 2010). Proto doporučujeme nepsat hlášení o této mimořádné události ihned po incidentu. Zvýšená hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut od násilné akce. Hlášení a zápis do zdravotnické dokumentace by měl být napsán v klidu a s rozmyslem.

Je potřeba si být neustále vědom toho, že zápis bude číst soudní znalec. Kromě nutné poslušnosti (co předcházelo situaci – jak situace začala – jak proběhla a jak byla ukončena) by měla být zpráva jasná a důkladná (kdy byla volána pomoc a jaká). V případě, že bylo nutné užít k obraně či řešení fyzického úchopu nebo fyzickou obranu (zbraň na scéně) je potřeba velmi výrazně do zprávy zapsat, že bylo užito jen takové síly, která byla nutná k odvrácení útoku a že nebylo možné scénu v žádném případě opustit. Doporučujeme také vypsát veškeré možnosti, které mohly v dané situaci zamezit zranění obou stran a byly využity, případně proč nemohly být veškeré možnosti využity (Bennett, 2012). Bohužel současná situace ohledně hlášení incidentů je taková, že většina napadených incidenty nehlásí, ani nezapisuje (Hoffmannová, 2010). Je třeba mít vždy na paměti, že cokoliv do zdravotnické dokumentace napíšeme, neslouží jen pro naši ochranu, ale současně nám může i přitížit. To, co bude ve zdravotnické dokumentaci zapsáno, může kdykoliv mít v ruce pacient, jeho právník nebo rodina. Ve zdravotnické dokumentaci by měly být veškeré informace o násilném incidentu, včetně toho, co přesně situaci násilí předcházelo. V situaci, kterou bude již řešit soud, je těžko tvrdit, že něco bylo uděláno (řečeno), pokud to není zapsáno ve zdravotnické dokumentaci. Netvrdíme, že jakýkoliv kontakt s pacientem je nutné zapisovat do dokumentace, nicméně je to rozhodně výhodné. Je tak vhodné zapisovat zejména akt komunikace a veškerá slova, jak nejen celý incident začal, probíhal a skončil, ale co mu především předcházelo (Mach, 2010).

Právní předpisy při obraně zdravotníka před násilným pacientem

Každý občan má právo na sebeobranu. Zdravotník má právo na sebeobranu jako každý jiný člověk a není pravdou, že obrana musí být útoku pouze přiměřená. V případě útoku na zdravotníka, kdy útok přímo hrozí nebo probíhá, má zdravotník právo tento útok odvrátit (pomocí nutné obrany). Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. dle § 29 definuje nutnou obranu jako čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný tímto zákonem, není trestným činem. O nutnou obranu nepůjde v případě, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Nutná obrana patří mezi okolnosti vylučující protiprávnost, to znamená skutek,

který by byl za normálních okolností posuzován jako trestný čin a ten, kdo takový skutek spáchá, by byl potrestán, je za splnění určitých podmínek beztrestný. Mezi podmínky nutné obrany patří zásada, že útok ohrožuje společenské vztahy a zájmy chráněné trestním zákonem, přímo hrozí nebo trvá a definování přiměřenosti obrany. Aspekt, kdy útok ohrožuje společenské vztahy a zájmy chráněné trestním zákonem zahrnuje útok na život, zdraví, majetek - obránce může chránit své zájmy, ale i zájmy někoho jiného. Zpravidla se jedná o útok člověka, vyloučen však není útok poštvaného zvířete. Nutná obrana vždy směřuje proti útočníkovi, je-li jich více, proti kterémukoli z nich. Další podmínkou nutné obrany je, že útok přímo hrozí nebo trvá - nutná obrana není přípustná proti připravovanému útoku, který ještě bezprostředně nehrozí. U hrozícího útoku, který má bezprostředně nastat, není třeba, s nutnou obranou vyčkávat. Po ukončeném útoku není nutná obrana přípustná, proto je nutná i definice přiměřenosti obrany - zjevně (očividně) hrubý nepoměr ke způsobu útoku - na první pohled je jasné, že obrana k odvrácení útoku nebyla potřebná v takové intenzitě (Trestní zákoník č. 40/2009 Sb.). Trestní zákoník nevyžaduje, aby obrana byla zcela přiměřená způsobu útoku (Ústavní soud a Nejvyšší soud opakovaně zdůraznily, že přiměřená obrana by byla neúčinná a jistá nepřiměřenost je nezbytná). Obrana tak může být nepřiměřená, ale nesmí být nepřiměřená zjevně (zcela jasně, evidentně, na první pohled). Pokud tedy zdravotník v rámci nutné sebeobrány útočníka poraní nebo dokonce usmrtí (a jsou-li naplněny podmínky trestního zákoníku o nutné obraně, není tento čin trestným činem). Podmínky nutné obrany jsou: útok na fyzickou integritu člověka přímo hrozí, aktuálně probíhá nebo stále trvá obrana, nesmí být zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Přímo hrozící útok může být podle okolností situace i výhružka osoby známé svým násilným chováním. Nutná obrana však není přípustná proti útoku teprve připravovanému, který ještě nehrozí bezprostředně. V případě napadení zdravotníka pacientem (holýma rukama u násilného pacienta) se zdravotník může bránit i například ostrým předmětem (nesmí jej však užít zjevně hned od počátku útoku – zjevná nepřiměřenost není beztrestná). O vybočení z mezí nutné obrany by šlo v případě, kdyby obrana nebyla současná s útokem (v době, kdy už útok skončil nebo ještě přímo nehrozil) a pokud by byla nepřiměřenost zjevná. Přímo hrozící útok je takový, který má bezprostředně nastat nebo hrozí, že bezprostředně nastane. S obranou není potřeba čekat, až útočník vykoná první ránu, je-li zřejmé, že útok přímo hrozí. Útok je možné odvracet, nikoliv oplácet. Obrana musí skončit bezprostředně s koncem útoku (Mach, 2010). Pacient se trestného činu nebezpečného vyhrožování dopustí tehdy, pokud zdravotníkovi vyhrožuje usmrcením, újmou na zdraví nebo způsobem, že u ní vyvolá důvodnou obavu, že k takovému činu může dojít. Pokud je takto vyhrožováno zdravotníkovi při výkonu jeho služby, jde o trestný čin s vyšší trestní sazbou (Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník). Útočník nemusí zdravotníkovi přímo ublížit. Stačí, když používá verbální výhružky, které jsou již trestným činem. Ten je potřeba oznámit policii a žádat, aby police zahájila služební zákrok, zahájeno trestní stíhání, byla zvážena pachatelova nebezpečnost a případně, že trestní čin skutečně spáchá, uvažena možnost vzetí do vazby (umístění do zdravotnického zařízení poskytujícího psychiatrickou péči). Je vždy nutné důrazně žádat, aby policie podnikla kroky k prevenci a zamezení pokračování trestného činu, nikoliv pouze pasivně přijela a sepsala, co se již stalo. Je nezbytné, aby policie vyšetřovala a zabránila, aby se trestný čin opakoval. Prostý útok na zdravotníka, který nebude spojen s vyhrožováním a nebude mít za následek ublížení na zdraví, nenaplní podstatu trestného činu (na rozdíl od útoku na veřejnou osobu), bude se jednat o přestupek proti občanskému soužití. I přestože zákonné řešení násilí je represivního charakteru, nikoliv preventivní (jako například komunikace), je vždy správné tuto mimořádnou událost ohlásit a sepsat (Mach, 2010).

Z hlediska zápisu a popisu násilného incidentu je vždy potřeba zajistit co nejvíce svědků a zajistit si jejich písemné výpovědi. V případě, že byl zdravotník na místě s pacientem sám, doporučujeme popis násilné situace s časovým odstupem, protože hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut po události. Sepsání mimořádné události by mělo nastat až po nejvyšším možném zklidnění, protože emoce násilné situace snižují schopnost koncentrace a dlouhodobého rozhledu (Bennett, 2012).

Bezprostředně po situaci napadení může zdravotník zažívat pocit fyzického a psychického vyčerpání, pocit ponížení, ztráty osobní hodnoty a obav z možných následků do budoucna. Nastává pocit beznaděje, úzkosti, přeceňování dalších rizik, strach z lidí, další obavy a předtuchy. S dopady násilí se každý vyrovnává jinak. Oběť často přemýšlí nad tím, co by bylo, kdyby se to nestalo. Z dlouhodobého hlediska zůstávají bolestné a neodbytné vzpomínky, které mohou mít za následky nespavost a noční děsy. Mohou nastoupit deprese, ztráta radosti ze života, pocit, že je člověk sám, že situace, kterou zažil, nezajímá nikoho. Je-li zdravotník vystaven opakovaně náročným situacím, jako je například brutální napadení, může časem zažívat i „pocit vyhoření“. Jeho práce, byť mu dříve přinášela uspokojení a pocit seberealizace, se pro něj může stát stresorem. Negativní důsledky napadení tvrdě dopadají na poskytování zdravotnických služeb, snížení jejich kvality, ale i rozhodnutí zaměstnanců zvolit jiné povolání, což může mít v konečném důsledku až zvýšení nákladů na zdravotní péči a snížení rozsahu služeb (Johnes, 2013). Z výše uvedených důvodů je potřeba zaměřit se prevenci násilných incidentů při kontaktu s násilným pacientem posílením komunikačních dovedností všech zdravotníků. To je jediný způsob prevence. Trestní zákon umožňuje patřičnou ochranu, nýbrž represivní, ex post po násilné situaci. Posílení však neobnází aplikaci těchto intervencí pouze u zdravotníků v praxi. Je nutné začít s výchovou k lidskému přístupu u násilných pacientů tam, kde celý proces celostní výchovy a úcty k člověku začíná – u studentů zdravotnických a sociálních škol a fakult. V praxi je pak nutné posilovat odborné znalosti supervizními semináři, nácvikem a řešením kritických scénářů.



VI. Užitečné kontakty

Organizace poskytující poradenství obětem domácího násilí

■ **ROSA – centrum pro ženy, z.s.**

Služba: ROSA - Informační a poradenské centrum pro ženy, oběti domácího násilí

Služba: ROSA – Azylový dům s utajenou adresou pro ženy oběti domácího násilí

Tel. 241 432 466

Sos linka 602 246 102 (Po-Pá 9-18 hod.)

www.rosa-os.cz , www.stopnasili.cz

kancelář: info@rosa-os.cz, přímé poradenství: poradna@rosa-os.cz

■ **ProFem**

Právní poradenství pro ženy, oběti domácího násilí

www.profem.cz

■ **Acorus**

www.acorus.cz

■ **Bílý kruh bezpečí**

www.bkb.cz

■ **Nonstop bezplatná linka pomoci obětem trestných činů a domácího násilí – 116 006**

■ **Magdalenium**

www.magdalenium.cz

■ **Intervenční centra** – seznam všech registrovaných intervenčních center v ČR

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1456679040605_1&zak=&-zaok=&sd=interven%C3%AD+centra

VII. Literatura

Abderhalden, CH. The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards. Datwise: Universitaire Pers Maastricht NL, 2008. 165 p. ISBN: 978-90-5278-703-9.

Bailey, S. L., Flewelling, R. L., Rosenbaum, D. P. Characteristics of students who bring weapons to school. *Journal of Adolescent Health*. 1997, Vol. 20, 261-270.

Baumeister, R., Smart, L., Boden, J. Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression: The Dark Side of High Self-Esteem. *Psychological Review*, Inc. 1996, Vol. 103, No. 1, 5-33.

Beech, B. Leather, P. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behaviour*, 2006, vol. 11, p 27-43.

Bédiová, S. Faktory determinujúce starostlivosť o agresívneho pacienta. *Sestra*, 2012, č. 1-2, s. 30 – 31.

Bennett M. A. Conflict resolution. Canada: Lulu Enterprises, Inc., 2012, 152 pp. ISBN: 978-0-9878706-4-3.

Brown (1991), citováno in Hattendorf, J. & Tollerud Toni R. : Domestic violence: Counselling strategies that minimize the impact of secondary victimization in *Perspectives in Psychiatric care* Jan – March 1997, Vol.33., No.1, pp.14 (10)

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend: Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, author: Barbara Schleicher, Vienna, 2010. (BMWFJ 2010)

Coates, L., Richardson, C., & Wade, A. Reshaping Responses to Victims of Violent Crime. Cowichan Bay, B.C., Canada, 2006.

Cviková, J., Juránová, J. (Eds.) Piata žena. Aspekty násilia páchaného na ženách. Bratislava, Aspekt, 2001.

Chappell, D. Di Martino, V. Violence at Work, 3rd edn. International Labour Office, Geneva: 2006. 360 p. ISBN 92-2-117948-6.

Darley J. M.; Batson, C.D. From Jerusalem to Jericho: A study of Situational and Dispositional Variables in Helping Behavior. 1973. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 100-108.

Department of Health, Responding to Domestic Abuse: A handbook for Health Professionals. 2005. Department of Health, London, Gateway Ref: 5802

Di Martino, V.: Relationship between stress and workplace violence in the health sector [online]. Geneva: ILO/ICN/ WHO/PSI, (2003). [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf.

Duxbury, J. Whittington, R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, (2005), vol. 50, p 469-478.

Dynáková, Š. „Nejsme si v něčem podobní?“. (2005). *Sestra*, Praha, 15/7-8: 20.

Fishkind A, Agitation II: Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, et al, eds. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. ISSN: 1472-0213.

Fehlau, E. G. Konflikty v práci: Jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi. Praha: Grada, 2003. 108 s. ISBN 80-247-0533-8.

Flutter, F. The findings of the intervention study: „Early recognition of violence“ in forensic care. (2007). In Callagan P. et al.: Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Dwingeloo: Kavanah. p. 175-178.

Franz, J. Opilci v rukách záchranářů. Rescue report, 2006, č. 1, s. 44. ISSN 1212-0456.

Fraser, S. C. Deindividuation: Effects of anonymity on aggression in children, Unpublished report. 1974. Los Angeles: University of Southern California

Frienligsdorf K. Agrese vytváří vztahy. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství; 2002: 159 s.

Gugel G, Jäger U. Gewalt muss nicht sein. Institut für Friedenspädagogik Tübingen e. V.; 1995: 352.

Hahn, S. et al. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. Journal of Clinical Nursing. (2010). vol. 4, p. 1-12.

Háva, P. a kol. Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb ČR, Vstupní teoretické studie, Empirické šetření. Kostelec nad Černými lesy: SV, s.r.o., 2004. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.

Hnilicová, H. Nejvýznamnější zdroje a příčiny násilí na pracovišti ve zdravotnictví. Zdravotnické noviny. 2007, roč. 46, s. 14-16.

Hoel, H. et al.: The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment. Report Commissioned by the International Labour Organization (ILO) Geneva. 2000. s. 81. Dostupné z: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108532.pdf. [cit. 26. 11. 2014].

Hofmannová, K. Pracovní násilí a jeho zdroje. Florence 11 (10) (2010) 1.

Howard, C. 10 Things Elderly Patients Want Nurses to Know. 2014. [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.nursetogether.com/things-to-know-nurse-patient-relationship>.

Hubálek J. Práce jako životní styl. In: Hučín J. Články Jakuba Hučína. [online]. [cit. 30. 1. 2011]. Dostupné z: <http://jakub.hucin.cz/prace.html>.

Huckshorn, K. A., LeBel, J. L. (2009). Improving safety in mental health treatment settings: Preventing conflict, violence and the use of seclusion and restraint. In S.S. Sharfstein, F.B. Dickerson, & J.M. Oldham (Eds.), Textbook of hospital psychiatry (pp. 253–265).

Geen, R. G. Human aggression. 2001. Mapping social psychology series. Includes bibliographical references and indexes. ISBN 0-335-20472-4.

Grimaldi N. Nelidskost. Praha: Academia, 2013, 128 s. ISBN: 978-80-200-2258-5.

Isbister GK, Calver LA, Page CB, et al. Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: the DORM study. Ann Emerg Med. 2010;56:392–401.

Janata J. Agrese tolerance a intolerance. Praha: Grada; 1999: 220.

Johnes, D. Violence in the workplace: An endemic but no an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. In Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Kavanah: Ghent, Belgium. (2013). pp. 31 – 34. ISBN: 978-90-574-0112-1.

- Kovrzek, T. A Safe Healthcare Environment with Respect to Patient-clinic Communication. Global Aesculap Academy, Newsletter. (2) (2012) 7.
- Koukolík, F., Drtilová, J. Vzpoura deprivantů. 2008. Galén, 327 stran. ISBN: 9788072624102.
- Lánský, T. Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti. Zdravotnické noviny [online]. 2012-02-02. [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou- reci-kritizuji-pacienti-463262>
- Lovaš J. Agresia a násilie. Bratislava: Ikar, 2010. 197. s. ISBN 978-805511752-2.
- Mach, J. Lékař a právo. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3683-9. 320 stran.
- MacYoung, M. Four types of violence. No Nonsense Self-Defense Web site. [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: http://nonnonsenseselfdefense.com/four_types_of_violence.htm. Accessed September 2, 2011.
- Marešová, A., Scheinost, M. Trendy kriminality v ČR z pohledu roku 2000. Sociologický časopis, XXXVII, (1/2001). ISSN: 0038-0288
- Marešová, A. Jsou statistické údaje dostatečným zdrojem informací o stavu a vývoji kriminality v ČR? 2009. [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Jarda/Downloads/Kriminalistika2-upraven%C3%BD.pdf>
- Montague, E. et al. Nonverbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy. Journal of participatory medicine. Vol. 5, 2013. [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.jopm.org/evidence/research/2013/08/14/nonverbal-interpersonal-interactions-in-clinical-encounters-and-patient-perceptions-of-empathy/>
- NHS Counter Fraud Service Cost of Violence against NHS Staff: A Report Summarising the Economic Cost to the NHS of Violence against Staff. 2007. Department of Health, London.
- Nešpor, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. Medicína pro praxi. 2007; 4(9): 371-373.
- Nešpor, K. Takzvaně problémový pacient. 2012. Zdravotnictví a medicína 16/2012. ISSN: ISSN 2336-2987.
- Novák T., Capponi V. Sám proti agresi. Grada Publishing, 1996, 123 str. ISBN: 80-7169-253-0.
- Nöllke, M. 2009. Schlagfertigkeits Trainer. München: Rudolf Haufe Verlag. ISBN-10: 3448095893.
- Nöllke M. Trénink slovní sebeobrany. Praha: Grada, 2011, 120 s. ISBN: 978-80-247-3517-7.
- Osmo, V. Study of Work-related Violence. in Needham et al. Workplace Violence in the Health Sector. Netherlands: Kavanah, 2008. p. 379 - 390.
- Pekara, J. Napadení zdravotnických záchranářů v České republice. Florence. 2006. č. 4/2007. Ročník III. s. 175 – 176. ISSN: 1801-464X.
- Pekara J., Trešlová Marie. Prevence násilí v ošetrovatelství (Přehledová studie). Prevence úrazů, otrav a násilí. Ročník 7. Číslo 2/2011. ISSN 1801-0261, 1804-7858 (online).
- Pekara, J. Metodické cvičení Pražská 155 – úloha Nemocnice. In: Urgentní medicína. 2014, č. 1, s. 10–12. ISSN 1212-1924.
- Pekara, J., Trešlová, M. and P. Hulinský. Education experiment: short time education - long time results for practice. In: Journal of Health Science. 2014. ISSN 2328-7136.
- Peled, E. and Davis, D. Groupwork with children of battered women. New York, Sage Publications. 1995.
- Pence, E. and Paymar, M., Education groups for men who barter, The Duluth model. New York, Springer Publishing Company, 1993.

Poněšický J. Agrese, násilí a psychologie moci. Praha: Triton; 2005: 226.

Pospíšil, M. Zlost, hněv, rozčilení aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace s dospělými i dětmi. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství psychologické odborné literatury, 1999. 266 s. ISBN 80-238-4579-9.

Ptáček P. a kolektiv. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN: 978-80-247-3976-2.

Richmond, J. S. et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb; 13(1): 17–25. ISSN: 1936-900X.

Rivera, B. and Widom, C. S. Childhood victimization and violent offending. Violent Victim, 1990, vol.5, 19-35.

ROSA, Domácí násilí a jak se proti němu bránit. Praha, Informační a poradenské centrum ROSA, 2001.

ROSA, Vliv domácího násilí na zdraví žen - obětí násilí a jejich dětí, které jsou svědky násilí v rodině. ROSA, 2010.

Schleicher B., Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfadens für Krankenhaus und medizinische Praxis, 2010.

Schoellkopf, J. C. Victim-Blaming: A New Term for an Old Trend. Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer Center. 2012, Paper 33. <http://digitalcommons.uri.edu/glbtc/33>

Skellern, J., Lovell, A. Violence in Health and Social Care Settings: A training resource package for organisations and individuals. A training manual on how to use the DVD which also includes a 'notes for trainers' section. 2013. University of Chester.

Smith MJ. When I Say No, I Feel Guilty: How To Cope – Using the Skills of Systematic Assertive Therapy. New York, NY: Dial Press/Bantam Books;; 1975. 352 pp. ISBN-10: 0553263900.

Snider, C. et al., Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. Acad Emerg Med. 2009, Nov; 16 (11): 1208-16.

Szkanderová, M. Jarošová, D. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. Profese on-line : recenzovaný časopis pro zdravotnické obory [online]. Červenec 2008, roč. 1, č. 1 [cit. 2010-06-16], s. 1-9. Dostupné na WWW:<<http://profeseonline.upol.cz/vyskyt-agresivity-ve-zdravotnickych-zarizenich/>>. ISSN: 1803-4330.

Šilarová, E. Reakce dětí, svědků domácího násilí. Přednáška pro o.s. ROSA, 2005.

Škrála P, Škrlová M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada, 1998, 200 stran. ISBN: 978-80-247-2616-8.

Špatenková, N. Agresivní pacient. Osobní rádce zdravotní sestry. Tematická příloha 2/2003. Praha: Verlag dashöfer, 2003, s. 1-10.

Špatenková, N. a kol. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada, 2011. 200 s. Edice Psyché. ISBN: 978-80-247-2624-3.

The Canadian Resource Centre for Victims of Crime : Victim blaming. Staženo 3.dubna 2015 z http://crcvc.ca/docs/victim_blaming.pdf

Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? 2007. Family Practice Management, ISSN: 1069-5648.

UNFPA, WAVE, Strengthening Health System Responses to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia. Resource Package. 2014. <http://www.health-genderviolence.org/sites/default/files/download/WAVE-UNFPA%20English.pdf>

- Urbánková, Z. Neexistují nemoci, ale jen nemocní lidé. [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/poradna/bylinkarky-radi24022013-yd42.html>.
- Vavroňová, M., Prokopová, Z. Intervence v případech domácího násilí. Praha, Informační a poradenské centrum ROSA. 2003.
- Vargová, B., Násilí v partnerských vztazích: jeho důsledky pro trvání vztahu a na prožívání u dětí. Rigorózní práce, katedra psychologie FF UK, Praha. 2005.
- Vevera, J., Černý, M., Král, P. Agrese a násilné chování. 2011. 02/2011. Postgraduální medicína. ISSN: ISSN 1212-4184.
- Walker, L. E. The battered woman. New York, 1979. Harper and Row.
- Warshaw, C.; Ganley, A.L. Improving the health care response to domestic violence : A resource manual for health care providers. The Family Violence Prevention Fund, San Francisco. 1996.
- WAVE, Guidance for health care professionals in strengthening health system responses to gender-based violence, WAVE, 2015. <http://www.health-genderviolence.org/programming-for-integration-of-gbv-within-health-system/programming-for-integration-of-gbv-within-he>
- WAVE, PROTECT II: Hodnocení rizik a bezpečnostní management při ochraně vysoce ohrožených obětí domácího násilí, Vídeň, 2012. http://wave-network.org/sites/wave.local/files/protectii%28czech%29final%28july2012%29_opt.pdf
- WHO, Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. Geneva, Switzerland. 2013. www.who.int
- Zampieron, A., Saraiva, M., Pranovi, R. EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units. 2010.
- Zimbardo, P. The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil. Random House Trade Paperbacks; Reprint edition (January 22, 2008). ISBN-13: 978-0812974447.

Internetové a další zdroje

- <http://www.cybergrrl.com/views/dv/book/myth.html>
- www.dangerassessment.com
- <http://fra.europa.eu/en/survey/2012/survey-gender-based-violence-against-women>
- Karambol, Český rozhlas. Petr Karmazín o kvalitě vztahu mezi pacientem a zdravotníky [online]. 2012-03-29. [cit. 1. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/strednicechy/karambol/_zprava/1038835
- <http://www.kidscape.org.uk/professionals/childabuse.shtml>
- <https://www.lf2.cuni.cz>
- www.zakonyprolidi.cz

VIII. Příloha:

Vliv domácího násilí na zdraví žen

Studie spolku ROSA o zdravotních důsledcích domácího násilí

ROSA, z.s. 2016

**PhDr. Branislava Marvanová Vargová,
sběr dat: kolektiv pracovníků ROSA**



„Děkuji za vaši pomoc.

Už to, že jste a že jste mi otevřeli dveře je víc, než dokázali dát jiní.“

Citát jedné z respondentek studie

Poděkování

Tato studie vznikla v rámci projektu Stop násilí pro zdravotnictví za podpory Open Society Fund Praha v rámci programu Dejme (že)nám šanci, který je financován prostřednictvím Norských fondů.

Poděkování patří také všem ženám, které byly ochotny dotazník vyplnit a podělit se s námi o své zkušenosti. Věříme, že jejich odvaha a otevřenost přispěje k lepšímu porozumění složité situaci obětí domácího násilí a tím i ke zkvalitnění poskytovaných služeb ve zdravotnictví a k prevenci sekundární viktimizace.

Cíle studie

Cílem této studie je zmapovat důsledky prožitého násilí ve vztahu na zdraví žen. Řada zahraničních studií poukazuje na to, že s násilím v partnerských vztazích se pojí široké spektrum různých zdravotních obtíží a komplikací. V této studii jsme se zaměřili nejen na sledování zranění v důsledku fyzického násilí, ale také na možné psychosomatické a psychické obtíže, které se mohly rozvinout v důsledku dlouhodobého psychického násilí, masivního stresu a opakované traumatizace. Dalším cílem studie je zmapovat ochotu obětí vyhledat zdravotnickou pomoc v důsledku domácího násilí a kolik z nich otevřeně se zdravotníky hovoří o skutečných příčinách vzniku zranění či zdravotních komplikací.

Použitá metoda

Pro účely této studie byl vytvořen strukturovaný dotazník, obsahující celkem 9 otevřených i uzavřených otázek. První část dotazníku (otázky č.1 a č.2) obsahovaly výčet zranění a dalších zdravotních a psychických obtíží, které se u žen mohly vyskytnout v důsledku prožitého násilí či napadení partnerem. Ženy mohly označit více možností a doplnit případná další zranění či zdravotní obtíže, které se u nich v důsledku prožitého násilí vyskytly a nebyly ve výčtu uvedeny. V další části dotazníku jsme zjišťovaly, zda ženy vyhledaly po napadení zdravotnickou pomoc či ošetření a zda zdravotnickému personálu sdělily, že ke zranění došlo v důsledku napadení partnerem. Zaměřili jsme se také na to, co bylo důvodem nevyhledání pomoci, případně nesdělení skutečné příčiny zranění (např. stud, nedostatek času atd. ...). Z hlediska zdravotníků považujeme za velmi důležitou také poslední otázku, která zjišťovala, zda by ženy uvítaly, kdyby se lékaři v rámci prevence dotazovali všech žen, zda zdravotní problémy či zranění nemohou souviset se zkušeností s násilím v rodině.

Sběr dat

Sběr dat probíhal v období od května 2015 do ledna 2016. Dotazníky vyplnilo celkem 137 klientek Informačního a poradenského centra ROSA. O vyplnění dotazníku byly požádány ženy, které přišly na minimálně druhou či další konzultaci.

Anonymita respondentek

Informovaný souhlas se zpracováním dat vyplněných v dotazníku klientky podepisovaly na separátním dokumentu, který je součástí spisové dokumentace. Vlastní dotazník ženy vyplňovaly anonymně, kromě otázek zjišťujících důsledky domácího násilí na zdravotní stav respondentek ženy vyplňovaly pouze svůj věk a délku trvání násilného vztahu.

Analýza dat

Věk respondentek

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že 84% žen, které vyhledaly pomoc v Informačním a poradenském centru ROSA z důvodu domácího násilí, bylo ve věku od 30 do 49 let. Nejpočetnější kategorii tvořily ženy ve věku od 30 do 39 let (46%). Nejmladší respondentce bylo 21 let, nejstarší 62 let.

Věk	Procenta
20-29 let	12%
30-39 let	46%
40-49 let	38%
50-59 let	6%
60 a více	1%

Délka trvání vztahu

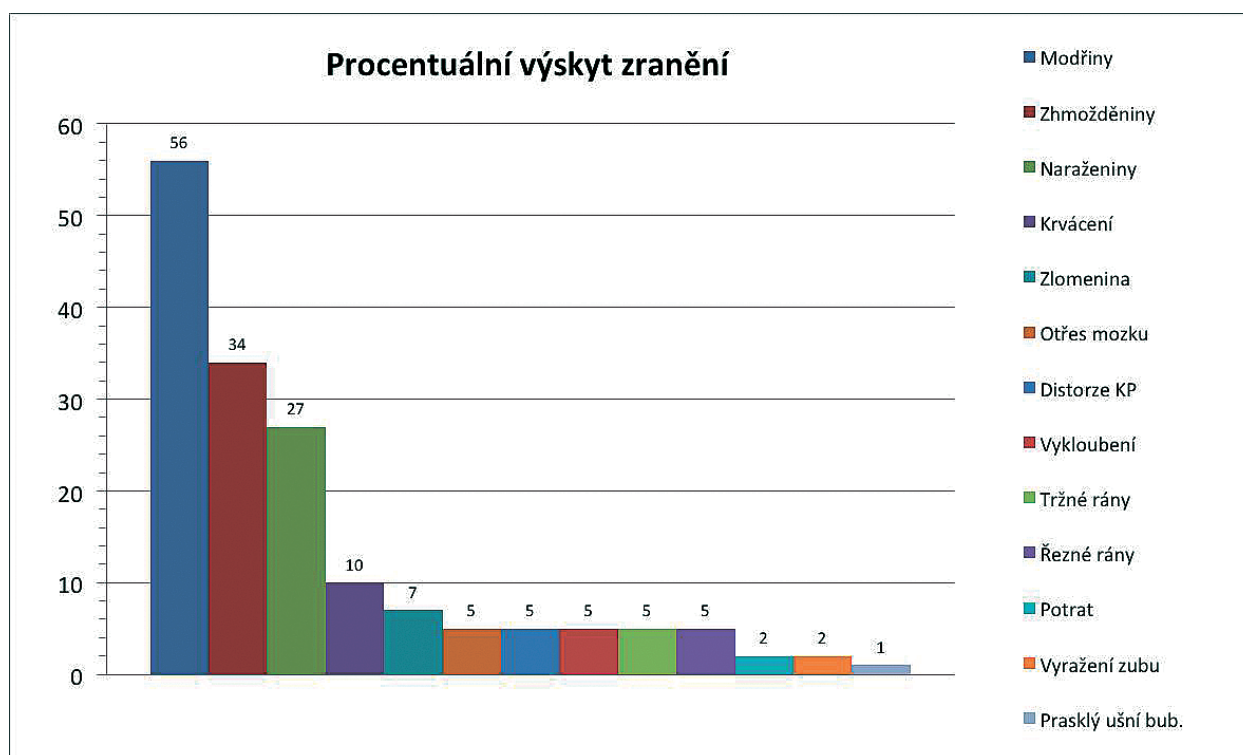
V rámci dotazníkového šetření jsme kromě věku žen zjišťovaly také délku trvání jejich vztahu s násilným partnerem. Z výsledků je možné vysledovat určitý pozitivní trend, že ženy dokáží identifikovat signály násilí ve vztahu a přicházejí vyhledat pomoc již během prvních let vztahu (22% žen vyhledalo odbornou pomoc do 5ti let trvání vztahu, přičemž medián v této kategorii byl 2 roky trvání vztahu).

Délka trvání vztahu	Procenta
1-5 let	22%
6-10 let	27%
11-15 let	25%
16-20 let	10%
21-25 let	9%
26-30 let	4%
31-35 let	3%

Zranění v důsledku fyzického násilí

Domácí násilí je významným rizikovým faktorem nejrůznějších onemocnění a zdravotních komplikací, se kterými se v oblasti primární zdravotnické péče můžeme setkat. Nejobvyklejšími místy výskytu zranění jsou u obětí domácího násilí tvář, krk, hrudník, podbřišek a horní končetiny. Zdravotníci si s problematikou domácího násilí spojují nejčastěji právě zranění v těchto částech těla, jako jsou např. modřiny, podlitiny, škrábance, řezné rány apod.

Studie agentury EU FRA, zaměřená na problematiku násilí na ženách ve všech členských zemích Evropské unie uvádí⁴¹⁾, že v České republice utrpělo při nejzávažnějším incidentu fyzického násilí



41) European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Violence against Women, an EU-wide survey.

ze strany partnera 54% dotázaných žen, obětí domácího násilí modřiny, 12% vykloubení nebo zhmoždění, případně popáleniny, 6% zlomeniny, 6% otřes mozku, 3% interní zranění, 3% v důsledku fyzického napadení potratily.

Tyto výsledky potvrzují i data získaná v rámci naší studie. Jak je vidět v následujícím grafu, mezi nejčastější zranění, které klientky Informačního a poradenského centra ROSA utrpěly v přímém důsledku fyzického násilí ze strany partnera, patřily modřiny (56%), zhmožděny (34%) a naraženiny (27%). U 10 žen došlo během napadení ke zlomenině horní či dolní končetiny, 14 žen (10%) uvedlo, že jim partner způsobil krvácení. Celkem 7 žen utrpělo otřes mozku, 7 žen distorzi krční páteře. Za alarmující považujeme, že 6 respondentek uvedlo, že v přímém důsledku násilí došlo k potratu.

Další zdravotní a psychické obtíže

V důsledku domácího násilí netrpí oběti jen zraněními způsobenými fyzickým násilím, ale také širokou škálou zdravotních a psychických obtíží, jejichž příčinou je dlouhodobý stres způsobený psychickým týráním, vyhrožováním, zastrahováním či sexuálním násilím. Coker a kol. (2000)⁴²⁾ ve své studii uvádí, že psychické násilí v partnerských vztazích má stejně signifikantní negativní zdravotní důsledky jako násilí fyzické.

Akutní versus chronické potíže

Fyzické násilí může mít za následek zranění, jako např. modřiny, zhmožděny, škrábance, otřes mozku, zlomeniny apod. Oběti domácího násilí obvykle vyhledají zdravotnickou pomoc právě v situacích, kdy utrpí akutní zranění. Domácí násilí má však za následek také zdravotní komplikace a obtíže, které jsou spíše chronického charakteru a nemusí být zpočátku ani obětí samotnou spojovány se zkušeností s některou z forem domácího násilí. Řada zahraničních studií však poukazuje na fakt, že oběti domácího násilí obecně trpí zdravotními komplikacemi v mnohem větší míře než ženy, které žádnou z forem partnerského násilí nezažily. Campbell a kol. (2002) uvádí, že oběti domácího násilí vykazují signifikantně vyšší výskyt zdravotních komplikací (až o 60%) než srovnávací skupina žen, která násilí nezažila. Nejčastěji se u obětí domácího násilí vyskytovaly bolesti hlavy, mdloby, bolesti zad, vaginální infekce, zažívací problémy, bolesti břicha a nechutenství.⁴³⁾

Strach a dlouhodobý stres spojený s násilím v partnerských vztazích může vyústit v ne tak zjevné, zato dlouhodobé zdravotní problémy. Oběti domácího násilí vykazují více symptomů a onemocnění spojených s chronickým stresem, jako jsou např. onemocnění trávicího traktu, ztráta chuti k jídlu, větší náchylnost k virovým onemocněním, hypertenze a tlak na hrudi.

Výsledky naší studie poukazují na vysoký výskyt negativních psychických důsledků domácího násilí. Celkem 91% obětí uvedlo, že trpí trvalým napětím, 86% úzkostí a 85% poruchami spánku. Tato data odpovídají skutečnosti, že oběti domácího násilí jsou více než běžná populace ve stavu neustálého napětí. K domácímu násilí dochází v určitém cyklu, kdy se střídají fáze klidu s fázemi narůstání napětí a vlastního násilí. Kontrolu nad tím, kdy dojde k eskalaci násilí má pachatel, nikoliv oběť. Oběti jsou proto neustále „ve střehu“, snaží se předvídat chování násilného partnera a minimalizovat riziko dalšího útoku. Prvotní odpověď organismu na stres je tzv. poplachová reakce, kdy dochází k aktivaci mozkové kůry a sympatoadrenální osy. Organismus v této fázi produkuje adrenalin, který nám pomáhá připravit se na zvládnutí stresové situace. Pokud jsme však stresové či traumatizující situaci vystaveni opakovaně či dlouhodobě, jako je tomu u domácího násilí, nedochází k uvolnění napětí, ale po nějaké době nastupuje v důsledku přílišné nerovnováhy tělesných pochodů (např. nadměrné aktivace sympatoadrenální osy) fáze vyčerpání organismu, která

42) Coker, A.L., et al., Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam. Med. 2000; 9:451-457.

43) Campbell, J. et al. (2002) Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Arch Intern Med. 2002;162(10):1157-1163



se může projevit různými zdravotními symptomy. Strach, napětí a pocit bezmoci velmi výrazně zhoršují také kvalitu života obětí. V důsledku domácího násilí mělo 40% dotázaných žen sebevražedné myšlenky a 6% že se o sebevraždu pokusilo. 56% žen trpělo depresí, 52% některou z forem poruch příjmu potravy.

Vyhledání zdravotnické pomoci

Pomoc zdravotníků vyhledalo v souvislosti s domácím násilím 55% dotazovaných obětí. Z těch, které zdravotnickou pomoc vyhledaly, uvedlo skutečný důvod zranění či zdravotních potíží (napadení partnerem / domácí násilí) pouze 46%. Nejčastějšími důvody, proč ženy nesdělily skutečnou příčinu zranění byl stud (18%) a strach (16%). Strach se týkal zejména toho, že ženy nevěděly, jak bude s informacemi zacházeno, zda bude na základě jejich sdělení hrozit partnerovi nějaký trestní postih a dále se bály reakce násilného partnera v případě, že by se dozvěděl, že o násilí někomu



řekly. Ve 4% případů byl násilný partner přímo přítomen vyšetření oběti. Jako další z důvodů, proč oběti nezmínily příčinu zranění, uváděly to, že se jich nikdo přímo nezeptal, případně se domnívaly, že tato informace není pro lékaře důležitá.

Mezi nejčastějšími důvody pro nevyhledání lékařské pomoci oběti zmiňovaly, že jim zdravotní důsledky napadení nepřipadaly dostatečně závažné (zejména v případech modřin, naraženin apod.), ale také proto, že byly izolovány a násilný partner jim nedovolil vyhledat zdravotnickou pomoc (8%), případně se musely starat o malé děti, nebo se za násilí v rodině styděly.

Poskytnutí informací o domácím násilí a možnostech pomoci ze strany zdravotnického personálu

Ženy, které zdravotnickému personálu sdělily, že příčinou zranění / zdravotních obtíží je napadení nebo násilí ze strany jejich partnera (celkem 63 respondentek z 137), byly dále dotazovány, zda jim byly zdravotníky poskytnuty nějaké informace o domácím násilí, případně kontakty na specializovaná pracoviště pro oběti. Z celkového počtu 63 žen jich 29 odpovědělo, že jim byly zdravotnickým personálem informace a kontakty poskytnuty, 34 respondentek uvedlo, že jim žádné informace ani kontakty poskytnuty nebyly. Z konkrétních zkušeností obětí vyplývá, že přístup zdravotníků k problematice domácího násilí není standardizovaný a nabývá velkých individuálních rozdílů. Ženy se setkaly s pozitivními reakcemi, ale i s viktimizujícím přístupem zdravotnického personálu. Zde uvádíme vybrané komentáře, které reflektují zkušenosti obětí se zdravotnickým systémem.

Přístup některých zdravotníků a lékařů byl velmi profesionální a podporující. Některé oběti získaly kontakty na specializovaná pracoviště právě od nich a díky tomu mohly začít svou situaci řešit komplexně a efektivně.

„Obvodní lékař byl skvělý, poskytl mi seznam azylových domů.“

„Ano, nějaké informace mi poskytli, a vždy, když jsem byla po napadení hospitalizována, byla mi hospitalizace o pár dnů prodloužena, abych se mohla lépe a ve větším klidu zotavit.“

„Ano, poskytli mi informace a byla jsem spokojená s jejich přístupem, snažili se mi pomoci. Dali mi kontakt na vás.“

„Paní doktorka na gynekologii si všimla, že mám po těle a na nohou modřiny a informovala mě, že pokud by mi je způsobil manžel, že to mám nahlásit a že by mi případně poskytla zprávu nebo svědectví.“

„S přístupem obvodní lékařky jsem byla spokojená. Nabídku pracovišť mi sice neposkytla, ale už jsem byla vaší klientkou. Myslím si, že jakákoli osvěta v čekárnách obvodního lékaře by jistě pomohla.“

„V čekárně byla k dispozici brožura s radami, jak se bránit proti domácímu násilí.“

Některé oběti se nejdříve setkaly s určitou nedůvěrou, ale posléze s nimi zdravotníci navázali dobrý kontakt a dokázali je podpořit.

„Lékař na mě nejprve pohlížel s nedůvěrou, ale postupně své jednání přehodnotil, vyhotovil mi lékařskou zprávu a poslal mě na rentgen. Kontakty mi neposkytl, ale ubezpečil mě, že s jednáním manžela nesouhlasí.“

Pro oběti je velmi důležité, aby je zdravotníci vyslechli s důvěrou a násilí nebagatelizovali. Setkají-li se s komentáři, které kladou násilí za vinu oběti, případně s jiným viktimizujícím přístupem, jejich ochota spolupracovat s dalšími institucemi i důvěra v to, že jim může někdo pomoci, výrazně klesá.

„Ne, s přístupem lékařky jsem moc spokojená nebyla, dostala jsem neurologa a bylo mi řečeno, že to mám začít brát s nadhledem, prý všude je něco...“

„Šla jsem pro radu s potížemi, ale lékařku nenapadlo mě vést jinak, než „obyčejně“. Řekla mi jen: „Nemohu Vám pomoci, dokud se nezmění Vaše okolnosti“ a „Nemohla bych být takový hadr na holi, jako Vy.“ Pomáhalo mi ale, že jsem se tam mohla vypovídat.“

„Na žádost Policie jsem byla převezena na kontrolu do porodnice, zda je plod v pořádku, ale gynekolog mi žádné informace ani kontakty neposkytl.“

„Ne, neposkytli. Lékař na chirurgii dokonce odmítl mou žádost o vypsání všech zranění s tím, že si to policie vyžádá sama. Odmítl to i přesto, že jsem mu řekla, že chci na partnera podat trestní oznámení a že mi na krizové lince poradili, abych se nechala vyšetřit.“

„Obvodní lékařka mi nedala žádné kontakty na nějakou odbornou pomoc. Pouze mi řekla, že to měla s manželem také.“

Některé oběti se setkaly s laxním přístupem až nezájmem. Pro oběti není snadné se svěřit se svou zkušeností s násilím. Velmi často se za svou situaci stydí a obviňují se. Pokud se pak setkají s nezájmem či přehlížením jejich problému, mohou nabýt pocit, že násilí v rodině je normální a že nemá cenu činit kroky k životu bez násilí.

„Žádné informace mi lékař neposkytl, ošetřil mi koleno, do zprávy napsal, že mě napadl manžel, ale nekomentoval to.“

„Neposkytli mi žádné informace, týkající se této problematiky. Překvapilo mě, že nereagovali na mé sdělení, že zranění mi způsobil manžel. Bez reakce!“

Při řešení domácího násilí je nezbytný individuální přístup. Vždy musíme mít na zřeteli bezpečí oběti. Postupy, které v některých případech mohou pomoci, znamenají v jiných případech zvýšení rizika dalšího násilí. Sdělí-li oběť svou obavu z reakce násilného partnera, pokud by zdravotníci kontaktovali policii, je důležité brát její obavy vážně a ve spolupráci se specializovanými centry vypracovat bezpečnostní plán pro danou situaci. V kompetenci zdravotníků není oběť přesvědčovat nebo za ni rozhodovat, jaké kroky by měla učinit, ale podat jí informace o možnostech, které v dané situaci má a předat jí kontakty na odbornou pomoc pro oběti domácího násilí.

„Žádné informace ani kontakty mi neposkytli, sdělili mi ale, že to budou hlásit na policii s informací, že to ale policie stejně neřeší.“

„Řekli mi, že mají ohlašovací povinnost. Prosila jsem je, ať to nehlásí, bála jsem se, že mě manžel zabije, když se to dozví. Na příjmu jsem řekla, že jsem upadla. Doktorka mi potom sama řekla, že to vidí a že to od pádu být nemůže a že mi dá zprávu, která by se mi třeba mohla jednou hodit.“

Předání kontaktů na specializovaná pracoviště pro oběti domácího násilí může být velmi efektivním způsobem jak oběť podpořit a dodat jí odvalu k řešení její situace.

„Na pohotovosti mi žádné informace neposkytli, ani kontakt, ale jejich přístup byl profesionální. Obvodní lékař mě informoval o možnostech kontaktu na specializovaná pracoviště.“

„Lékař mi řekl, že to mám řešit, ale nedal mi žádné další informace, kam se mám obrátit.“

Zdravotnický systém a oběti DN – kde hledají oběti pomoc nejčastěji?

Z těch obětí, které vyhledaly zdravotnickou pomoc, se jich nejvíce obrátilo na psychologa (42%), psychiatra (24%) a obvodního lékaře (21%). V důsledku napadení partnerem vyhledalo 13% dotázaných ošetření na pohotovosti, 13% na chirurgii a 12% neurologii. Celkem 10% žen mělo v důsledku domácího násilí gynekologické problémy. Tyto výsledky potvrzují významný negativní vliv všech forem domácího násilí na prožívání a duševní zdraví obětí.

Plošné dotazování na výskyt domácího násilí

Jak již bylo zmíněno, oběti domácího násilí se za násilí často stydí a neuvádí skutečné příčiny vzniku zranění. Mnohdy očekávají, že se jich na násilí ve vztahu někdo přímo zeptá. Pokud někdo jejich problém citlivě pojmenuje, umožní jim to překonat bariéru studu a strachu. Klientky Informačního a poradenského centra ROSA odpovídaly na otázku, zda by uvítaly, kdyby se lékaři a zdravotníci v rámci prevence dotazovali všech žen, zda zdravotní problémy/zranění mohou souviset se zkušeností s domácím násilím. Celkem 89% dotázaných žen odpovědělo, že by přímé dotazování v rámci prevence přivítalo, 4% by si plošné dotazování nepřály a 7% neví. Podle výsledků studie Agentury FRA⁴⁴⁾ by rutinní dotazování lékařů na přítomnost domácího násilí v případě podezření na základě typických zranění přivítalo 65% žen v ČR, 19% by si takové dotazování nepřálo a 16% neví. Výsledky obou studií poukazují na to, že by rutinní dotazování na domácí násilí v případě, že si zdravotník všimne určitých rizikových faktorů nebo specifických zranění, bylo v zájmu obětí domácího násilí a mohlo by se stát příkladem dobré praxe přístupu zdravotníků při řešení tohoto jevu.

Co by oběti domácího násilí v přístupu zdravotníků změnilo či uvítalo?

V závěru dotazníku měly respondentky možnost napsat, co by z pohledu obětí od zdravotníků potřebovaly, co by v jejich přístupu změnilo nebo uvítalo. Jak bude patrné z následujících citací, oběti od zdravotníků očekávají zejména citlivý, empatický přístup založený na důvěře a důvěrnosti. Uvítaly by také, kdyby se zdravotnický personál proaktivně zajímal a dotazoval na příčiny zranění. Jako důležitý zdroj podpory oběti vnímají také předání kontaktů na specializovaná centra pro oběti domácího násilí a nastínění možností řešení jejich situace.

„Více důvěry k oběti. Ne každá oběť musí být do krve zbitá, psychické obtíže se léčí hůře, než jizvy a modřiny.“

„Aby se třeba zeptali, jak se to stalo a co se děje. A třeba aby informovali policii.“

„Vstřícné a chápavé chování, aby se člověk necítil ponížene.“

„Větší zájem zdravotníků o příčiny zranění, spousta žen se bojí svěřit cizím lidem, tudíž i zdravotnímu personálu.“

„Aby byli lékaři schopni empatické, taktní a chápavé reakce, plus schopnost proaktivně zjišťovat.“

„Zdravotník řeší jen zdravotní problém, nemá kapacitu (většinou), aby vhodně kladl otázky.

Upřímně bych asi vše nejspíš popřela a tím ztratila možnost se mu později svěřit.“

„Aby se neptali tak, jako že je to obtěžuje, že je to otázka, kterou prostě položit musí, ale zas tak je to nezajímá.“

„Nemám důvěru ke zdravotníkům jakožto někomu, komu bych se měla svěřovat. Ve finále vás stejně odsoudí, že si za to můžu sama.“

„Zvýšený zájem, dotazování se, v případě podezření na násilí podpora, nenutit, jen nabídnout možnosti, každá žena má jinou toleranci a vždy přijde čas, kdy se odhodlá se svým nezáviděníhodným stavem něco dělat.“

„Poskytnutí kontaktů na organizace, které pomáhají obětem, empatický a citlivý přístup.“

„Více lidského přístupu a ohledu.“

„Aby lékaři ženám věřili, nepodceňovali a nezlehčovali co se ženě stalo a nabídli jim odbornou pomoc.“

„Empatii a pomoc, ale tak, aby to pro mě bylo bezpečné!“

44) European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Violence against Women, an EU-wide survey.

„Kdyby víc věřili tomu, co člověk říká.“

„Zdravotníci by mohli mít doplňující otázky vzhledem k druhu zranění, zda si zraněná mohla ublížit sama nebo jestli má strach z důsledků (z partnera), kdyby řekla pravdu.“

„Osvětu, že to, co se děje, není normální, a že je třeba se vymezit, říct dost. Dodat odvalu, že v tom žena není sama, že není vinna.“

„Někdy si zdravotníci myslí, že je to vaše chyba, že provokujete nebo že jste partnera vyprovokovala.“

„Více mluvit o tom, že partnera není třeba krýt.“

„Diskrétní přístup, moje zkušenost je, že zjišťovali příčiny úrazu na chodbě před ostatními pacienty.“

„Pochopení ze strany personálu, že věci, které se nám dějí, nezveličujeme. Jsme pod obrovským tlakem a lidé, kteří nic takového nezažili, se mohou leknout reakcí.“

„Možná větší podpora ženy v tom, že udělala dobře, když přišla a sdělení základních informací o tom, co lze v takovém případě dělat, včetně kontaktu na jiné odborníky.“

„Upozornit na možnost nezávislé návštěvy specializovaného pracoviště.“

Výsledky této studie ukazují, že to, co oběti domácího násilí očekávají, nijak nevybočuje z kompetencí zdravotnického personálu. Jedná se zejména o citlivý, empatický přístup, proaktivní dotazování, sdělení, jak bude dále s informacemi nakládáno a podpora v tom, aby se oběti nebály a situaci řešily, např. s pomoci specializovaných center. To může zdravotníky sice stát pár minut kontaktu s obětí navíc, nicméně jejich efekt může být dalekosáhlý a může pomoci zachránit život stejně jako odborné ošetření nebo lékařský zásah.

Literatura

Campbell, J. et al. (2002) Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Arch Intern Med. 2002;162(10):1157-1163 <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=211435&resultclick=1#ArticleInformation>

Coker, A.L., et al. (2000) Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam. Med. 2000; 9:451-457. <http://triggered.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/5/451>

European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Violence against Women, an EU-wide survey. <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-survey-methodology-sample-and-fieldwork>

ROSA - centrum pro ženy, z.s.



Jsme ženy a pomáháme ženám.

Násilí je pro nás nepřijatelné.

Nikdo si nezaslouží být týrán.



Podpořte pomoc ženám, obětem domácího násilí

Odešlete dárcovskou SMS ve tvaru:

DMS ROSA na telefonní číslo **87 777**

Cena SMS je 30 Kč, ROSA obdrží z této částky 28,50 Kč.

ROSU můžete podpořit i přímo platbou na sbírkový účet

2848609349/0800



www.rosa-os.cz

www.stopnasili.cz