

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Zdravotně sociální situace žen postižených problematikou domácího
násilí**

Bakalářská práce

Jméno autora: Milena MÁTLOVÁ

Jméno vedoucího práce: PhDr. Martina HRUŠKOVÁ, Ph.D.

7.5.2007

Abstract

Health and social situation of Women exposed to Domestic Abuse

Domestic violence involving women in relationships is no longer a private issue. Resolving this problem of domestic violence has spread from private non-profit organizations to state institutions.

In 2006 a law for protection against domestic violence was passed and it also gives authorities a right to move a violent person out of their house. Raising awareness has become a priority for regional education of the public and media campaigns. Besides policemen, it's also doctors, the first professionals, who can be asked for help by victims. These doctors can recognize domestic violence by visible injuries or be the symptoms evident from maltreatment. The target of this essay was to see the approach of doctors to women effected by domestic violence in the Kromeriz region and to find how well-informed they are about the help to these women in interdisciplinary teams.

The theoretical part investigates the characteristics of intimate partner violence and its impact on health and social situation of abused women. It also describes the possibilities of help for victims, legislative arrangements and also the importance of doctors work in inter-regional cooperation. The practical part contains the analyses of quantitative research done by a request method by questionnaire technique, that was filled in by chosen doctors in the Kromeriz region. From this investigation follow that almost three quarters of respondents were asked by abused women but less than half of them cooperates with organizations intended to help victims of domestic violence. The education of the public is seen by doctors as necessary but underestimated. This also demonstrated the connection with a situation that the education of the public is not done almost in two thirds of doctors offices. This essay can be used to raise awareness of the general and especially the specialized public by educational seminars for doctors, nurses and can be published in special news letters and brochures.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zdravotně sociální situace žen postižených problematikou domácího násilí vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7.5.2007

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Martině Hruškové, Ph.D. za odbornou pomoc při zpracování výzkumného projektu. Také děkuji vedoucí Charitního azylového domu v Kroměříži Bc. Aleně Přikrylové za spolupráci.

Obsah:

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	8
1.1. Vymezení pojmu domácí násilí.....	8
1.2. Postoj veřejnosti k problému domácímu násilí.....	8
1.3. Násilí na ženách v partnerském vztahu – jeho specifčnost.....	9
1.3.1. Rizikové faktory nevhodné pro partnerství.....	10
1.4. Vliv rodové smlouvy na násilí páchané na ženách.....	10
1.5. Nejčastější formy týrání žen	11
1.6. Dynamika násilí v partnerském vztahu.....	12
1.7. Charakteristické reakce týrané ženy.....	13
1.7.1. Posttraumatická stresová porucha jako diagnóza.....	14
1.7.1.1. Symptomy posttraumatické stresové poruchy.....	14
1.8. Psychické problémy žen postižených domácím násilím.....	15
1.9. Důvody žen setrvávat ve vztahu.....	16
1.10. Ohrožená žena ve vztahu k institucím.....	16
1.11. (Ne)ochota oběti podávat trestní oznámení.....	17
1.12. Necitlivý přístup k oběti násilí.....	17
1.13. Přístup profesionálů k ženě – oběti.....	18
1.14. Zdravotnictví ve vztahu k domácímu násilí.....	19
1.14.1. Nároky kladené společností na lékaře.....	19
1.14.2. Morální a společenská odpovědnost lékaře.....	19
1.14.3. Klinický výkon lékaře versus ekonomicko- organizační omezení.....	20
1.15. Nezastupitelnost lékaře v týmu pomoci obětem domácího násilí.....	21
1.15.1. Škoda na zdraví oběti.....	23
1.16. Interdisciplinární tým.....	23
1.16.1. Oběti násilí jako pracovníci v intervenčních týmech.....	24
1.17. Osvěta, informační a vzdělávací kampaně.....	24
1.18. Ochrana před domácím násilím, možnosti pomoci.....	26
1.18.1. Postižitelnost činů páchaných v rámci domácího násilí.....	26

1.18.2. Tři pilíře zákona na ochranu před domácím násilím.....	27
2. Cíle práce a metody.....	30
2 1. Cíle práce.....	30
2.2. Hypotéza.....	30
3. Metodika.....	31
3.1. Použité metody a techniky sběru dat.....	31
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4. Výsledky.....	33
4.1. I. oddíl – Charakteristika cílové populace.....	33
4.2. II. oddíl – Informace o intervenci postiženým ženám.....	34
4.3. III. oddíl – Osvěta, prevence proti domácími násilí na ženách.....	38
5. Diskuse.....	49
6. Závěr.....	55
7. Seznam použitých zdrojů.....	56
8. Klíčová slova.....	59
9. Přílohy.....	60

Úvod

O domácím násilí, týrání a pomoci osobám ohroženým násilným chováním ze strany osob blízkých nebo osob žijících s nimi ve společné domácnosti se v posledních několika letech hodně diskutuje. V březnu roku 2006 byl schválen zákon číslo 135 na ochranu před domácím násilím, s účinností od 1.ledna 2007, který novelizuje také zákon o Policii české republiky, kam vkládá ustanovení upravující vykazání pachatele.

Bakalářské práce je zaměřena na domácí násilí páchané na ženách v partnerském vztahu a na přístup lékařů k této problematice. V praxi zdravotní sestry ve vesnické ordinaci praktického lékaře si totiž uvědomuji rozpor mezi rozšířenou mediální kampaní na toto závažné téma, přijatými legislativními kroky a praktickým řešením životní situace žen, které jsou oběťmi domácího násilí. Tyto ženy přicházejí k lékaři, často jako k jedinému člověku, kterému se mohou svěřit, kterému důvěřují a očekávají pomoc.

V této souvislosti mě zaujal pasivní postoj lékaře, který sice pacientku ošetří, vyslechne, případně vypíše pracovní neschopnost, ale o další vývoj situace se nezajímá. Začala jsem si klást otázky, zda je to vše, co může praktický lékař nabídnout oběti domácího násilí? Jaké má v těchto případech lékař kompetence? Je si jich vědom? Jaké jsou jeho možnosti pomoci ženě, která se na něj obrátí jako na instituci prvního kontaktu? Je ještě v dnešní době obhájitelný názor, že domácí násilí je soukromou záležitostí ženy a jejího partnera?

Cílem práce bylo zmapovat přístup lékařů v ambulantních zařízeních kroměřížského regionu k problematice domácího násilí a týrání žen. Zkoumala jsem jejich informovanost o možnostech pomoci, jestli znají důležité telefonní kontakty či adresy na instituce zabývající se pomocí obětem trestných činů, které následně poskytnou ženám, zda s některými institucemi spolupracují, jestli provádějí případnou osvětu proti násilí ve zdravotnických zařízeních. Bakalářskou prací chci přispět k vyšší informovanosti o možnostech kvalifikované pomoci obětem domácího násilí, podnítit odbornou i laickou veřejnost k aktivní činnosti v dané problematice, k osvětě zaměřené na prevenci a pomoc a v neposlední řadě chci zdůraznit důležitost lékařů jako jednoho článku v řetězci meziresortní působnosti.

1. Současný stav

1.1. Vymezení pojmu domácí násilí

Domácí násilí odehrávající se v soukromí mimo společenskou kontrolu je složitě a komplexně podmíněným jevem, je nejrozšířenější formou násilí ve společnosti a po celém světě. Vyskytuje se napříč celým sociálním spektrem v různých rodinách, nezávisle na ekonomické situaci, na úrovni vzdělání, náboženském vyznání nebo národnostní příslušnosti (5).

Pojem domácí násilí (*Domestic violence*) není v české legislativě dostatečně definován, ale je použit v názvu zákona o ochraně před domácím násilím. Jednu definici formulovala Rada Evropy v roce 1985, kterou uvádí Voňková, J. (10) násilné chování v rodině zahrnuje jakýkoliv čin, opomenutí, spáchané v rámci rodiny některým z jejích členů, které podkopávají život, tělesnou nebo duševní integritu, nebo svobodu jiného člena stejné rodiny, nebo vážně poškozují rozvoj jeho osobnosti. Domácí násilí je motivováno buď vynucováním něčeho jinak nedosažitelného nebo může být odplatou za určitou křivdu vykonanou na někom jiném, než na viníkovi. Je důsledkem frustrace některé potřeby násilníka nebo kompenzace jeho vlastní nedostatečnosti (19). Základní příčinou a dominujícím znakem domácího násilí je uplatňování moci a kontroly nad obětí. Jde o traumatizující jev, který působí psychickou újmu členům celé rodiny (9).

1.2. Postoj veřejnosti k problému domácího násilí

Česká veřejnost se často domnívá, že obětí domácího násilí se stávají slabé a bojácné ženy, odborníci se však setkávají s tím, že úspěšnou a schopnou ženu týrá její neúspěšný a méně schopný partner (13). Domácí násilí je veřejností vnímáno jako závažný problém, ke kterému nemůže společnost mlčet, ale často je bagatelizováno a zaměňováno za výměnu názorů či za manželskou krizi, kdy známí či sousedé se od problému distancují, neboť jej považují za intimní záležitost partnerů (20).

Násilí páchané v soukromí bytu ohrožuje důstojnost, zdraví a nakonec život oběti, a v širším kontextu ohrožuje základní článek společnosti, kterým je rodina. Bez pomoci zvenčí nemá oběť ani pachatel šanci situaci zvládnout. Stát má povinnost rodinu chránit a domácí násilí je dostatečný legitimní důvod pro vstup státu a jeho institucí do privátní sféry rodiny (5).

1.3. Násilí na ženách v partnerském vztahu – jeho specifická

Podle Deklarace OSN o odstranění násilí páchaného na ženách z roku 1993 se považuje za násilí na ženách každý projev rodově podmíněného násilí, které má nebo by mohlo mít za následek tělesnou, sexuální nebo duševní újmu či utrpení žen včetně hrozby, zastrašování takovými činy a úmyslného omezování svobody a to jak ve veřejném, tak i v soukromém životě (31). Násilí mezi partnery (*intimate partner violence*) je specifické tím, že vzniká v intimním vztahu dvou lidí, které spojují různé vazby, kteří spolu sdílejí soukromí, je charakteristické těžšími formami násilí, vede k závažnějším důsledkům v podobě fyzických zranění i psychické újmy, než agrese "zvenčí". Cílem je týrání a pokoření partnera, který je takto zbaven lidské důstojnosti a osobního bezpečí. Utrpení oběti je zdrojem uspokojení pachatele.

Podle výzkumu agentury STEM se přímou obětí partnerského násilí stalo 16 % populace, obětí domácího násilí jsou v naprosté většině ženy, postiženy jsou v 95% případů, nejčastěji ve věku mezi 25. a 40. rokem (10). Při popisu v literatuře se používají termíny násilí vůči ženám (*violence against Women*), zneužívání žen, manželek, zneužívání v partnerském vztahu, bité ženy (*battered women*), týrané ženy (*abused women*). Domácí násilí není hádka, kterou vedou dvě rovnocenné strany, ani jednorázový incident. Domácí násilí je zneužívání síly hlavně (ale nejenom) mužem na ženě žijící s ním ve společném vztahu, ale často i po jejich rozchodu (4).

Vznik násilí v partnerských vztazích je vysvětlován více způsoby. Na představě komplementarity chování násilníka a způsobu chování oběti je založen takzvaný *interakční model*, jiná teorie považuje za nejdůležitější osobnost agresora, jeho osobnostní vlastnosti, které ovlivňují jeho reaktivitu. Na těchto faktorech je možné

vymežit typy žen a mužů, které lze považovat za rizikové - ať už se jedná o potencionální pachatele či oběti.

1.3.1. Rizikové faktory nevhodné pro partnerství

U mužů lze považovat za rizikové faktory nevhodné pro partnerství jejich psychickou poruchu či poruchu osobnosti, závislost na alkoholu nebo drogách. Také muži, kteří zažili násilí v dětství ve vlastní rodině, si nesou zkušenost do vlastního vztahu, kdy se identifikují s násilným otcem. Spouštěčem agrese vůči ženě pak může být jakýkoli silný sociální stres založen na osobnosti potencionálního násilníka, kdy se muž cítí být oslaben a znevýhodněn, má pocit frustrace a strádání, například nezaměstnanost. Agresivita pachatele bývá často generalizována, kdy se podobným způsobem chová i k dětem a svým rodičům.

Za rizikovou ženu je považována žena nesamostatná, s nízkou sebeúctou, závislá, neschopná se bránit. Často si nese zkušenost z dětství, kdy byla týrána svým otcem, nebo byla svědkem násilí mezi rodiči. Její situační zvýšení závislosti na partnerovi ji může činit zranitelnější, například těhotenství či nemoc ji ještě více k němu připoutávají. Z pohledu muže je tedy žena v nevýhodě, získává nad ní moc (27). Na rozdíl od Evropských zemí v České republice ještě není rozšířená specializovaná pomoc pachateli ani práce s ním (19).

1.4. Vliv rodové smlouvy na násilí páchané na ženách

Násilí páchané na ženách v zemích našeho kulturního okruhu se odvíjí od genderově podmíněné mocenské hierarchie v intimních partnerských vztazích (19).

K domácímu násilí docházelo ve všech dobách, protože mužům byla společností přiznávána dominantní role. Již v Novém zákoně, v Pavlově listu Efezským, je žena vyzývána k poslušnosti muži, který je hlavou rodiny. Ve středověku zase manžel přebíral sňatkem od otce nevěsty právo o ní rozhodovat, působit na její další výchovu i právo tělesně ji trestat (9).

Gender je pojem vysvětlující dobou a kulturou formovaná očekávání vztahující se k roli mužů a žen ve společnosti - jaké společenské pozice mají zastávat, jaké činnosti jsou jim dovoleny a jaké ne, jak mají být hodnoceni/y za určité chování. Mezi nimi má zvláštní význam představa o normálních vztazích mezi muži a ženami - nazývaná genderová - rodová smlouva. Uvedená očekávání zásadním způsobem modifikují vrozené pohlavní dispozice mužů a žen, protože jsou jim předávána výchovou (19). Chlapci jsou oceňováni za tvrdé a odvážné chování, učí se prosadit třeba i násilím, jsou utvrzováni v nadřazenosti. Od děvčat se naopak čekává, že budou mírná, ústupná, vstřícná, jsou vedena k přizpůsobivosti a podřízenosti. Dívkám se dává najevo, třeba i násilím, že jejich úlohou je zařadit a podřít se. Dospívající dívky přebírají své tradiční role po vzoru chování matky i jejími negativními pocity, zoufalstvím, či rezignací v konfliktních situacích. Podle některých vývojových psychologů tímto způsobem předává generace matek svou depresivitu na generaci svých dcer (11). To vyplývá z přežívajících patriarchálních tradic, které ženě předepisují pasivitu a větší podíl odpovědnosti za vztah a za rodinu (21). Ideál mužského chování zase klade důraz na dominanci, tvrdost a moc. Patriarchální tradice nedovoluje mužům projevovat emoce jako je závislost, nejistota a strach. Muži je pak odreagovávají třeba pomocí násilného chování, které je u nich naopak akceptováno. Podřízenost partnerky, závislost a strach posiluje u násilníka pocit moci a uspokojení. Je přesvědčen o oprávněnosti svého jednání (27). Muž mívá k ženě majetnický postoj, bývá žárlivý, za násilí dává vinu ženě a zlehčuje jeho následky. Mnohdy sám v dětství zažil násilné řešení neshod v původní rodině. Až příliš často jsou oběti ženského pohlaví podezřívány, že násilný čin vyprovokovaly svým vyzývavým chováním (19).

1.5. Nejčastější formy týrání žen

Škála násilných projevů je značně široká. Zahrnuje fyzické útoky - bití pěstmi, fackování, pálení, kopání, smýkání, ohrožování zbraní, házení předmětů, znehybňování oběti například přivazováním. Ženy popisují psychické týrání - slovní napadání, ponižování, zesměšňování, urážení, vyhrožování, vyhrožování sebevraždou, odnětím

dětí, jsou permanentně kontrolovány, nuceny aby něco opominuly nebo trpěly - s cílem snížit lidskou důstojnost.

Sexuálním násilím označujeme všechny sexuální činy, které jsou na oběti vynucovány a koná je nedobrovolně - například znásilnění, orální, anální sex.

Další formou je ekonomické týrání, kdy partner zakazuje ženě najít si zaměstnání, žena nemá možnost disponovat finančními prostředky - vlastními či rodinnými, je nucena říkat si o peníze na obživu, muž ji kritizuje za vedení domácnosti, výchovu dětí, kontroluje každodenní nákupy. Násilník má snahu oběť izolovat od okolí, zakazovat jí styk s přáteli, rodinou, nedovoluje jí telefonovat (17).

Pachatel zneužívá svou genderovou roli muže - chová se povýšeně, přivlastňuje si právo o všem rozhodovat, určuje role v domácnosti, se ženou zachází jako se služkou, vyčerpává ji příkazy nesmyslné práce. Demonstruje svou sílu použitím křiku, ničením majetku, týráním domácích zvířat. Častým nástrojem vydírání bývají děti, kdy je navádí proti ženě, ta je označována za špatnou matku. Muž často vystavuje rodinu hladu, chladu, nedostatku oblečení, popíráním potřeb dětí, ženě odpírá spánek. Oběť je týrána citově, muž v ní vyvolává pocit viny za situaci, nebo popírá fakt násilí a obrací ho v legraci, jindy odpírá pozornost či demonstruje poměr s jinou osobou (19).

1.6. Dynamika násilí v partnerském vztahu

Domácí násilí se rozvíjí postupně, má svou dynamiku a cyklický průběh (takzvaná *spirála násilí*), dochází k opakování a nárůstu intenzity útoků, je téměř každodenně přítomné a časově dlouhodobé. Domácí násilí eskaluje - začíná drobnými výpady a útoky na partnera, ty mohou být nejprve jen verbálního charakteru přes psychické týrání a ponižování, postupně přecházejí ve fyzickou agresi, zpočátku jen občasnou. Následují omluvy, projevy lítosti a sliby, že už se to nebude opakovat s logickým vysvětlením, proč k napadení došlo. Po usmíření dochází k novému sblížení.

Důležitým aspektem je, jak žena tuto situaci hodnotí, zda ji akceptuje či odmítá, zda se dokáže účinně bránit nebo zaujme pasivní postoj. Svou neschopností obrany oběť zvyšuje riziko další akcelerace násilí, pachatel cítí nad partnerkou neomezenou moc.

V další fázi se stupňuje intenzita i četnost útoků, zkracují se období klidu, pachatel se již neomlouvá, cítí se být oprávněný ke svému jednání, neuvažuje o možnosti, že by mohl být potrestán. Akcelerace násilí může souviset i s tím, že muž ztrácí kontrolu nad svým chováním. Domácí násilí končí naprostou kontrolou nad vším, co oběť udělá. (27).

Pro partnerské násilí je typické také takzvané separační násilí - útok na tělo a vůli ženy, kdy chce partner zabránit odchodu ženy, nebo se jí chce pomstít za odchod, nebo naopak přinutit, aby se vrátila (10).

1.7. Charakteristické reakce týrané ženy

Objektem domácího násilí na ženách se stává kterákoliv žena nezávisle na věku, vzdělání, kultuře, ekonomické situaci nebo stylu života (10). Jde spíše o to, jak bude oběť na vzniklou situaci reagovat a jak tuto zátěž zvládne již na počátku jejího rozvoje. U oběti může postupně dojít k rozvoji:

- *syndromu adaptace na týrání*, kdy si žena uvědomuje, že je bezmocná, že není schopna kontroly nad situací. Na další obranu rezignuje. Strach z partnera a potřeba ochránit děti ji vede k utajení situace a snášení útrap. Svá zranění popírá či zdůvodňuje svou nešikovností. Roli oběti žena přijímá, týrání akceptuje, snaží se vyhovět partnerovi, neprovokovat ho, jen aby nezhoršovala situaci. I když dojde k odhalení - ať už k tomu přispěla náhoda, závažnější zranění nebo neochota dospívajících dětí snášet dál chování otce, je žena schopna dál zapírat (27).

Dalším projevem selhání obranných mechanismů z různých příčin je

- *syndrom týrané ženy*, kdy má žena tendenci zpracovávat své traumatické zážitky internalizujícím způsobem. Často zcela bezdůvodně a zbytečně přijímá odpovědnost za vzniklou situaci, obviňuje se.

Symptomy syndromu týrané ženy lze rozčlenit do tří kategorií:

- *naučená bezmocnost*
- *posttraumatickou stresovou poruchu*

▪ *sebezničující reakce* jako paradoxní reakce na viktimizaci blízkým člověkem, kdy žena popírá vinu útočníka, minimalizuje nebo bagatelizuje následky, dochází ke vzniku paradoxní vazby týrané osoby na partnera (5). Z toho si laická veřejnost nesprávně představuje, že žena je v takovém vztahu spokojena.

1.7.1. Posttraumatická stresová porucha jako diagnóza

Následky dlouhodobého týrání mají asi u 40% obětí trestného činu podobu *posttraumatického stresového syndromu* (32). Posttraumatická porucha která je zařazena od 80. let minulého století v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod diagnostickou značkou F 43.1 k poruchám přizpůsobení jako akutní krizová reakce na stres, vystavení situaci ohrožující život, mučení (8).

Posttraumatická porucha je, jak uvádí Baštecká, B. (2) zdrcující traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo somatické integrity jedince nebo blízkých osob. Její symptomy jsou považovány za viditelné znaky vnitřního procesu nazývaného trauma. Psychologové pojem trauma většinou charakterizují jako *emocionální zranění* způsobené obzvláště děsivou událostí, která ohrožuje tělesnou či duševní integritu člověka.

Základem všech posttraumatických jevů je snaha přežít, přizpůsobit se změnám a naučit se z události co nejvíc pro budoucnost. Mezi adaptivní funkce patří komunikace s okolím, kdy člověk žádá, křičí o pozornost a pomoc (26). K jejímu vzniku nemusí vést jen fyzické násilí, ale i vyhrožování, emoční či ekonomické zneužívání, nebo společenská izolace. Posttraumatickou poruchou mohou trpět i nepřímé oběti, pokud dlouhodobě žijí v prostředí s výskytem domácího násilí.

1.7.1.1. Symptomy posttraumatické stresové poruchy

Oběti mají opakované pocity prožívání traumatické události ve dne, opakující se noční děsivé sny, poruchy spánku. Dále jsou to únikové příznaky vyhýbání se všemu, co by mohlo vyvolávat vzpomínky na prožité trauma. Nadměrné vzrušení oběti, která je

stále v podvědomí připravena na další trauma. Organismus není schopen se uvolnit, odpočinout si. Na úrovni svalstva a kostry jsou běžnou reakcí svalové napětí a dýchací obtíže vzniklé potlačením emocí (2).

1.8. Psychické problémy žen postižených domácím násilím

Týranou ženou se stává žena úzkostná, se sklony k depresím, s nízkým sebevědomím, sebehodnocením, která má zvýšenou zranitelnost. V přetrvávající atmosféře strachu a neustálého očekávání dalšího násilí se negativním způsobem mění citového prožívání, dochází k omezení schopnosti prožívat radost, zhoršuje se psychické a fyzické zdraví, může dojít k vyhasnutí emocí, které se projevuje otupělostí, apatií a lhostejností k čemukoli, včetně vlastního prožívání.

Týrané ženy mají tendenci reagovat na stres somatickými potížemi, propadají alkoholu či drogám, obvykle medikamentům. Častěji vyhledávají péči psychiatra. Tyto ženy bývají manželem manipulovány a izolovány, aby neměly možnost získat korektivní zkušenost nebo pomoc jiné osoby. Takto zmanipulovaná oběť snadněji věří ve svou méněcennost a nesamostatnost, které ji muž stále zdůrazňuje. Narůstá u ní pocit dezorientace, kdy není schopna rozeznat, co je ještě normální a co už ne. Nízké sebevědomí se projevuje nápadnou nejistotou, nerozhodností, přesvědčením o vlastní neschopnosti, které týrající partner stále posiluje svým jednáním. To je příčinou fixace defenzivního, rezignovaného a submisivního chování, které zvyšuje riziko reviktimizace (27). Žena ztrácí zájem o okolí, je otupělá, vzhledem k budoucnosti ztrácí perspektivu, převažuje nedůvěra v možnost pozitivního řešení. Nápadná je její tendence vyhovět požadavkům okolí, její podřízení se, neprůbojnost, neschopnost prosadit svá práva.

Obranné reakce, respektive strategie zvládání problému se stále více zaměřují na obranu vlastních pocitů a na přežití v těchto situacích. Neefektivní sebezničující obranná reakce bývá označována za *stockholmský syndrom* - týraná žena je na partnera silně citově fixována, popírá skutečnost či věří v zlepšení situace, identifikuje se s jednáním násilníka, snaží se mu zavděčit, podvědomě si vykupuje jeho shovívavost, aby

chránila svůj život. Stockholmský syndrom vzniká za podmínek, kdy život oběti je v ohrožení, oběť je přesvědčena, že ze stávající situace není úniku a kdy je izolována od lidí (10).

Pod tlakem pro ženu neřešitelných problémů může dojít až ke vzniku *disociační poruchy*, která se projevuje emoční disociací, amnézií, derealizací, časovou distorzí, či ztrátou tělesné citlivosti. Impulsem pro krajní řešení ženy - pokus o sebevraždu, nebo opačný extrém - útok na agresora, kterého může v afektu i zabít, bývá okamžik, kdy násilník začne týrat i děti (27).

1.9. Důvody žen setrvávat ve vztahu

Jednou z překážek vymanit se z patologického vztahu je loajalita ženy k násilníkovi - partnerovi, vzniká závislost na pachateli, kdy se střídají období klidu, násilí, usmíření, lásky a nenávisti. V literatuře je popisován *syndrom připoutání*, kdy oběť není schopna vztah opustit a vyhledat pomoc zvenku. Násilník často podniká vše proto, aby zabránil odchodu ženy ze vztahu a jeho rozpadu (17). Další důvody, proč ženy zůstávají ve vztahu - iluze přetrvávajícího vztahu, snížené sebevědomí, strach o sebe a odpovědnost za svoje děti a také o svého muže, obavy ze ztráty dětí. Žena má pocit, že selhala, má strach z ostudy, ze společenského vyloučení, z ekonomické nouze. Má snahu zachovat rodinu za každou cenu (25).

1.10. Ohrožená žena ve vztahu k institucím

Zkušenost s týráním ovlivňuje i schopnost sociální orientace u ženy, převažuje u ní negativní očekávání, vůči lidem se stává více ostražitou a podezřelou. S tím souvisí i nedůvěra v nabízenou pomoc, v možnost záchrany. Reálné nabídky pomoci odmítá. Má strach z reakce agresivního partnera, většinou nemá kam jít, proto situaci nechce řešit. Nechce hledat pomoc u institucí jako jsou zdravotníci nebo policisté, bojí se, že budou její potíže bagatelizovat. Příčinou nedůvěry oběti bývá špatná zkušenost, kdy oslovení odborníci nejsou schopni vycítit její potřebu komplexnější podpory. Například

praktičtí lékaři mívají tendenci nevměšovat se do rodinných problémů pacientů, nebo dávají najevo svou bezradnost v situaci, s níž nemají zkušenost. Ochotu policie pomoci zase může narušovat opakované odvolávání svědectví a protichůdnost výpovědi (27).

1.11. (Ne)ochota oběti podávat trestní oznámení

Pocity obětí u trestných činů týkajících se soukromých vztahů jsou často ambivalentní. Mívají rozsah od bagatelizace, překvapení, rezignace, vzteku až potřebu pomsty. Týrané ženy často otálejí s návštěvou lékaře i s oznámením trestného činu. V případě domácího násilí postihujícího ženy, je trestní stíhání podmíněno souhlasem oběti, který však ve většině případu berou zpět - hovoříme o tak zvaném *dispozičním právu*, které je zdůvodňováno ochranou oběti, jež by mohla postihem pachatele utrpět újmu sociální, ekonomickou, emocionální nebo společenskou.

Ochota podávat trestní oznámení klesá také u opakovaně viktimizovaných obětí. Dalšími důvody neoznámení trestného činu může být předpoklad neúspěšnosti oznámení, potíže s policií, časová ztráta, krytí pachatele, hodnocení situace jako osobní záležitosti. V působnosti neziskových organizací provozujících azyly, krizové linky a různé poradny proto sílí trend zabezpečit ohrožené zájmy obětí (17).

1.12. Necitlivý přístup k oběti násilí

V postojích laické veřejnosti i v odborné praxi se oběť setkává s necitlivým přístupem, nezájmem, zlehčováním situace, kdy se jí přisuzuje spoluvina na domácím násilí s tendencí obviňování ženy z její provokace. Zde hovoříme o *viktimizaci oběti*. Viktimizace je proces, ve kterém se potenciální oběť stává skutečnou obětí. V případě reviktimizace se snižuje důvěra oběti v pomoc, klesá ochota oznámit událost. Ženy emocionálně nezdrženlivé, hůře odhadující nebezpečnost určitých situací mají vyšší *viktimitu*, což je dispozice člověka, aby se stal obětí trestného činu (19).

Primární viktimizace oběti je přímá újma způsobená pachatelem, hovoříme o *primárních ranách*, které se projevují jako fyzická, psychická, emocionální či finanční

újma. Emocionální újmu výrazně pociťuje oběť násilného trestného činu spáchaného v rámci rodiny, kdy je narušena její osobní autonomie. Následky vnímá jako ztrátu pocitu bezpečí, důvěry v blízkou osobu, ztrátu pocitu, že může o sobě rozhodovat sama, že nemůže osobně usměrňovat svůj život. Oběť trpí pocitem zneuctění, přichází bezmoc, rozčarování, způsobuje nízké sebevědomí a pocit vlastní viny.

1.13. Přístup profesionálů k ženě - oběti

S nedůvěrou se žena setkává nejen v rámci své rodiny, ale také při snaze o řešení problému legální cestou. Vedle policistů bývají právě lékaři prvními profesionály, na které se žena obrátí o pomoc (17). A právě oni by měli rozpoznat, že se setkali s obětí trestného činu. Jenže lékaři stále ještě pokládají zjištění výskytu domácího násilí na pacientovi za otevření "Pandořiny skříňky", kdy si nechtějí přidělovat problémy, cítí se bezmocní a mají obavy, zda nebudou obtěžovat pacientku nevhodnými otázkami. Často je jejich přístup k obětem neohleduplný, provázen přezíravým chováním či lhostejností. Mají strach ze spolupráce s policií, či mají nedostatek informací, vědomostí nebo se cítí nekompetentní pro intervenční opatření. V neposlední řadě jsou tlačeni časem. V důsledku takového zacházení se týrané ženy cítí oběťmi opakovaně v rámci *sekundární viktimizace*. Následkem toho dochází k prohloubení traumatu a ke ztrátě víry v účinnou pomoc (32).

Za sekundární viktimizaci tedy považujeme újmu způsobenou oběti negativní reakcí formálních institucí. Můžeme tak také označit porušení profesionální etiky osob, které z moci úřední přicházejí do styku s obětí násilného trestného činu. Z toho vyplývají *sekundární rány*, které jsou rozhodující pro psychickou pohodu a integritu osobnosti oběti násilí. Především se jedná o pocit nespravedlnosti a nerespektování lidské důstojnosti při netaktním vedení trestního řízení proti pachateli, kdy oběť vystupuje u soudu jako poškozená. Další sekundární ranou je pocit provizoria, pokud je okolnostmi donucena odejít z bytu a je umístěna v azylovém zařízení. Pociť izolace může být způsoben nepřiměřenou reakcí nejbližšího okolí, které odmítlo pomoc s ubytováním, s financemi, nebo svaluje vinu na oběť. Ta se bez citlivé pomoci stáhne do

sebe a cítí se se svým trápením sama. Velkou úlohu při zmírňování tohoto pocitu zde hraje kvalifikovaná sociální pomoc, poradenství, jak postupovat dál, i emocionální podpora.

Terciální viktimizací označujeme neschopnost oběti adekvátně se vyrovnat s traumatizující událostí po celý další život (17).

1.14. Zdravotnictví ve vztahu k domácímu násilí

1.14.1. Nároky kladené společností na lékaře

V kontaktu s oběťmi násilných činů by měl zdravotní systém umět pomoci oběti trestného činu, pomoci rodině oběti a měl by spolupracovat s orgány činnými v trestních řízeních.

Osoba lékaře či lékařky je již sama o sobě vnímána jako reprezentant pomoci, léčby a uzdravení. Významnou komponentou je otázka komunikace, především její délka. Při léčbě lékař nehodnotí morální, náboženské ani politické smýšlení či projevy svých pacientů - poskytuje stejnou péči jak obětem, tak násilníkům a jiným lidem, ohrožujícím zdraví druhých lidí. Jakékoliv averze jsou hodnoceny jako profesní selhání. Naopak je upřednostňována norma laskavého zacházení a pochopení pro situaci nouze, v níž se klient nachází. Funkční specifičností lékaře je zaměřovat se pouze na ty oblasti, pro které je odborně způsobilý. Znakem profesionality je, že nezasahuje do oblastí mimo svou lékařskou odbornost. Ve skutečnosti však tento požadavek nemůže být striktně dodržován, neboť klinická rozhodnutí závažně ovlivňují další život klientů.

1.14.2. Morální a společenská odpovědnost lékaře

Negativním rysem specifičnosti práce každého oboru zvláště je anonymizace přímé morální odpovědnosti za celkový výsledek procesu a alibismus ve vztahu k případnému léčebnému selhání. V situacích, v nichž jsou lidé ohroženi na zdraví, se

kladou na lékaře větší očekávání, že poskytnou pomoc, než na laiky. Lékař má tedy zvláštní morální a společenskou odpovědnost za znalosti a dovednosti, kterých nabyl, a proto je musí použít k záchraně lidského života, uchování či podpoře zdraví (14). Výukové a výchovné programy specializované na problematiku oběti trestných činů by proto měly být systémově zařazeny do studia na lékařských fakultách (v USA například lékař nedostane licenci do doby než absolvuje dvouhodinový výcvik o domácím násilí) (32).

Lékař je sice také průvodcem klienta v jeho obtížné situaci, ale v diagnostickém a terapeutickém procesu se promítají jeho erudice a stereotypy. Důsledkem tohoto je, že často ignoruje mnoho dalších informací, například třeba to, jak oběť svou situaci prožívá, co si o ní myslí a jak jí rozumí. Krize člověka je v mnoha případech provázená ztrátou autonomie, proto přístup lékaře a léčba směřující k uzdravení by měla tuto autonomii obnovit. Lékaři nemají nic zásadního proti podávání informací, v mnoha situacích také improvizují, ale hlavně na to nemají čas. Ambulantní lékaři se stali osobami samostatně výdělečně činnými. Cítí se však nedostatečně ohodnoceni - jak finančně, tak morálně. Rizikem lékařů, kteří improvizují v sociální situaci ženy - oběti, je, že mají větší tendenci z těchto situací uhýbat, neboť jsou bezradní a nemohou se držet pevných norem a jasných linií. Z právního hlediska vyplývá odpovědnost lékaře poskytnout pomoc v případě nouze, a to bez ohledu na odměnu, již se mu dostane.

1.14.3. Klinický výkon lékaře versus ekonomicko-organizační omezení

Součástí lékařské role je ekonomická a manažerská kompetence, jeho práce se rozděluje na vykonávání medicíny a podnikání. Koordinace činností ve zdravotnických zařízeních, sdílení informací a řízení služeb poskytovaných širokými týmy odborníků je klíčová na výsledné kvalitě péče o klienta. Je potřeba souhry lékařů různých specializací a jednotlivých úrovní zdravotnického systému (od primární po terciární péči). Vedle lékařů se na kvalitě intervence podílejí stále kvalifikovanější zdravotní sestry, případně další pracovníci - sociální pracovníci, psychologové. To klade obrovské nároky na

sdílení a efektivní výměnu informací a na koordinaci spolupráce v týmech, a to i mimo hranice zdravotnického zařízení. Narůstá význam sociální a zdravotní politiky. Největším sociálně psychologickým úkolem pro medicínu a lékaře je otevřít se jiným sociálním systémům. Součástí lékařské role je altruismus, je jedním ze znaků profesionality, ale lékaři stále častěji odmítají být považováni za altruisty, nechtějí, aby lékařská profese byla vnímána jen jako poslání. Altruistické hodnoty tak narážejí na vnější tržní kodex. Zásadní pokrok by měl být v rozšiřování dostupnosti péče, bez ohledu na sociální postavení a finanční situaci.

Svízelnou situací lékařů je také to, že jsou často omezováni organizačním a ekonomickým kontextem - systémem zdravotní péče, který rozhoduje jak o dostupnosti, tak následně i o kvalitě péče. Ve všech vyspělých zemích se lékaři dostávají do konfliktu mezi závazky vůči pacientům a závazky společnosti. Tento spor bývá nazýván sporem mezi klinickou (fidelity) a ekonomickou (stewardship) odpovědností. Lékař musí ovládat své vlastní emoce a snažit se nepromítat je do klinického výkonu, musí si udržovat jistý odstup. Parsons tuto složku nazval *afektivní neutralitou* (14).

1.15. Nezastupitelnost lékaře v týmu pomoci obětem domácího násilí

Lékaři stejně jako policisté, kteří přicházejí do styku se zraněnou osobou následkem domácího násilí, by ji měli poučit o tom, že způsobené zranění může být klasifikováno jako trestný čin. Měli by jí poskytnout informaci, že se může rozhodnout, zda chce policejní vyšetřování tohoto trestného činu. Rozhodnutí klientek je třeba respektovat, ale musí jim umožnit jim přístup k maximu informací (16). Policie při šetřeních konstatuje, že zejména ze strany lékařů není respektována povinnost, a to ani v případech trestných činů, kdy jejich neoznámení zakládá přímou trestní odpovědnost oznamovací (§ 215) (5).

V kauzách, kde oběť dá souhlas s trestním stíháním pachatele, je často zapotřebí pro důkazní řízení vypracovat znalecký posudek, který může být v lehčích případech nahrazen lékařským potvrzením. V tomto případě je nezbytné, aby tato lékařská zpráva

obsahovala podrobný popis jednání pachatele (jakým způsobem došlo ke zranění) způsobujícího ublížení na zdraví nebo zda vedlo k těžkému ublížení na zdraví, jaké lékařské ošetření si poranění vyžádalo, do jaké míry vzniklá porucha zdraví narušila obvyklý způsob života oběti. Porucha zdraví trvající delší dobu než šest týdnů znamená velmi citelnou újmu v obvyklém způsobu života. K lékařským posudkům patří také znalecké posudky vypracované psychology a psychiatry. Ty mají svůj význam při rozhodování o svěření dítěte do péče, nebo pokud se objasňují některé osobnostní rysy či inteligence posuzovaných osob, při rozboru motivace a příčin trestného jednání jedince.

Ve snaze sjednotit postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím vydalo ministerstvo zdravotnictví v dubnu 2006 metodický pokyn, jak postupovat i v případě pouhého podezření na ohroženou osobu. Jsou zde informace pro lékaře jako například co je domácí násilí, jaké známky podezření na osobu ohroženou domácím násilím mohou pozorovat. Jsou to:

- Vícečetná poranění, zvláště hlavy, obličeje a krku.
- Jakékoli poranění ženy v průběhu těhotenství, zvláště poranění prsou a břicha.
- Obranná poranění.
- Delší časový úsek mezi zraněním a vyhledání ošetření.
- Opakovaná poranění v anamnéze.
- Neurčité psychosomatické stesky, problémy jako deprese, sebevražedné představy, poruchy spánku.
- Závislost na pomoci.

Metodický pokyn dále přímo uvádí postup poskytování zdravotní péče: zjistit z anamnézy a na základě cílených dotazů informace o problému násilí, bez přítomnosti zejména pachatele, zjistit okolnosti vzniku poranění včetně časových údajů, nebo vyloučit zavinění druhou osobou. Dále ve spolupráci s ostatními odbornými lékaři provést vyšetření, nebo vyloučení či potvrzení poranění, případného znásilnění. V dalších opatřeních je stanoveno předat ohrožené osobě kontakty na příslušné organizace. Je důležité provést záznam do zdravotnické dokumentace o poskytnutí zdravotní péče této osobě. V článku 5 jsou údaje o oznamovací povinnosti, pokud se

jedná o naplnění skutkové podstaty trestného činu (novela trestního zákona č. 91/2004 Sb. s účinností od 1.června 2004) týrání osoby ve společně obývaném bytě nebo domě (23).

1.15.1. Škoda na zdraví oběti

Nezbytná zdravotní péče je poskytnuta zdarma každé poškozené pojištěné osobě nezávisle na tom, zda byla ošetřena ambulantně nebo byla hospitalizována. Také náklady, které vzniknou zdravotnickému zařízení v důsledku ošetřování poškozené osoby, hradí zdravotní pojišťovna. Ovšem pojišťovna má ze zákona právo vymáhat částku poskytnutou na léčení zraněného pacienta na osobě, která zranění způsobila. V rámci trestního řízení má oběť právo požadovat po pachateli náhradu způsobené škody, může pachatele žalovat o odškodnění za bolest a ztížení společenského uplatnění, v tom případě může požádat praktického lékaře o výpočet konkrétní peněžité částky, na jakou má nárok podle bodového hodnocení. Tento úkon se však již platí lékaři podle jeho vyúčtování (17). V praxi je však častá neochota takové hodnocení pacientům vydávat, lékaři to odmítají z neznalosti vyhlášky o bodovém hodnocení, někdy mají strach z přezkumného řízení, pak například žádají oběť, aby si přinesla formulář od soudu (32).

1.16. Interdisciplinární tým

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy problematiku domácího násilí zahrnuje do programu sexuální výchovy do základních a speciálních škol.

Ministerstvo spravedlnosti navrhlo a od roku 2005 nabylo účinnosti v trestním zákoně násilí nebo týrání vůči osobě blízké nebo osobě v poměru obdobném.

Ministerstvo práce a sociálních věcí podporuje aktivity směřující k profesionálnímu a ucelenému přístupu k obětem násilí, kdy součástí pomoci je terapeutické působení, poradenství, poskytování v azylových domech (34).

Ministerstvo zdravotnictví věnuje problematice násilí na ženách a dívkách včetně domácího násilí zvýšenou pozornost. Proti těmto formám násilí postupuje pomocí

programů a prevence. Při řešení těchto problémů klade velmi významnou roli na poskytovatele zdravotní péče. V roce 2001 ministerstvo zahájilo tříletý Projekt zdravotnické prevence kriminality, který je pro resort zdravotnictví úkolem vyplývajícím z činnosti Republikového výboru pro prevenci kriminality. Garantem projektu bylo ministerstvo zdravotnictví a řešitelem Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (10).

1.16.1. Oběti násilí jako pracovníci v intervenčních týmech

Pro spolupráci v intervenčních týmech by měly být přizvány i ženy, oběti násilí. Jejich vlastní zkušenosti by byly přínosem pro práci v týmu, pro ně samotné by práce v týmu znamenala posílení, podporu při překonávání traumatu prožitého násilí. Ve skutečnosti i samotní pracovníci pomáhajících profesí, kteří zažili v průběhu svého života některou z forem násilí, se stydí o této zkušenosti hovořit, mají strach ze stigmatizace ze strany okolí, která vede u oběti k pocitům přeorganizování, přeměny a zkaženosti, osoby se cítí nepřijímány okolím, izolují se. Mívají pocity zahanbení, viny a nepochopení. Stigmatizace se projevuje například ve formě předsudků "ona je divná", "je to slabá osobnost". Tento fenomén může být důvodem pro to, že se oběti s vlastní zkušeností někdejšího násilí do intervenčního procesu nezapojují (28).

1.17. Osvěta, informační a vzdělávací kampaně

Intenzivní osvěta pro odbornou i laickou veřejnost je nezbytná, musí se zaměřit také na osvětu mezi případnými oběťmi, a to hlavně mezi mladistvými (13). Prvním krokem k odstranění společenských problémů je rozšiřování informací o jejich existenci, v současné době se tak děje prostřednictvím organizací bojujících za odstranění násilí proti ženám (7). V 80. letech 20. století začalo americké ženské hnutí upozorňovat na to, že domácí násilí a sexuální zneužívání se týká stovek a tisíců žen, které jsou jeho oběťmi, tím se nabouralo dosavadní přesvědčení veřejnosti, že tento problém se vyskytuje tak v jedné rodině z miliónu. Vyprávění o způsobených traumatech a zmedializování

tohoto tématu se stalo nástrojem politické a osobní rehabilitace obětí i jedním z možných prostředků jejich uzdravení (26).

Velkou roli v zapojení společnosti do efektivní ochrany před domácím násilím sehrává míra informovanosti odborné i laické veřejnosti, která je uskutečňována prostřednictvím výcvikových programů, informačních kampaní nebo vzdělávacích akcí. Povědomí o násilí se v poslední době šířilo v České republice hlavně prostřednictvím nestátních neziskových organizací, které se zabývají pomocí obětem domácího násilí. Hlavním cílem bylo zvýšit informovanost o domácím násilí a posílit nepřijatelnost veřejnosti tohoto jevu.

První česká kampaň v roce 2001 byla spojena s otevřením celorepublikové krizové telefonní linky DONA, kam se obracejí o radu a pomoc oběti domácího násilí. Pro odbornou veřejnost - sociální pracovníky orgánů sociálněprávní ochrany dítěte proběhlo v rámci projektu AdvoCats for Women obecně prospěšnou společností proFem celorepublikové školení, pro pracovníce azylových domů v roce 2002 v rámci projektu Kormidlo také celorepublikové školení pořádané občanským sdružením Bílý kruh bezpečí. Cílená osvěta a výuka jednotlivých profesních skupin je zárukou prevence primární a sekundární viktimizace obětí (10) .

V letech 2002 až 2005 realizoval Bílý kruh bezpečí projekt Interdisciplinární přístup k řešení případů domácího násilí v Ostravě ve spolupráci s ostravskými institucemi, který skončil v roce 2006, kde výstupem byl návrh Modelového mezioborového projektu k vytvoření právního rámce a metodických postupů interdisciplinárních týmů, které by spojovaly zdravotní, sociální a policejní pomoc při odhalování případů domácího násilí (25). Obsahoval kampaně pro veřejnost, školení odborníků, vytvoření návodů pro lékaře, ale hlavním výstupem byla změna zákonů (13). Tento modelový projekt byl schválen usnesením vlády České republiky v srpnu roku 2004, za finanční podpory Evropské unie a ministerstva zdravotnictví České republiky pak k němu byly zpracovány manuály. Navržený model řešení problematiky domácího násilí se zaměřuje na kvalitu prvního kontaktu ohrožené osoby se systémem pomoci. Cílem je propojenost tohoto systému, a jeho dosažitelnost pro osoby ohrožené domácím

násilím. Dalším záměrem projektu byla diseminace (přenos) do jiných regionů České republiky (18).

1.18. Ochrana před domácím násilím, možnosti pomoci

1.18.1. Postižitelnost činů páchaných v rámci domácího násilí

Skutková podstata *týrání osoby žijící ve společném bytě nebo domě* § 215a trestního zákona podle paragrafu § 163 trestního řádu není zařazena ve výčtu trestných činů. To znamená, že k zahájení trestního stíhání není třeba souhlasu poškozené/ho (oběti). Další činy domácího násilí páchaného na ženách lze klasifikovat a postihovat v rámci jednotlivých skutkových podstat podle konkrétních ustanovení trestního řádu. Jsou to například:

Ublížení na zdraví § 221, §222 trestního zákona

Omezování osobní svobody §231 trestního zákona

Zbavení osobní svobody §232 trestního zákona

Vydírání § 235 trestního zákona

Útisk § 237 trestního zákona

Násilí proti skupině obyvatelů a proti jednotlivci § 197a trestního zákona

Znásilnění § 241 trestního zákona

Pohlavní zneužívání - zneužití osoby mladší 15 let § 242 trestního zákona

Další ustanovení vztahující se k problematice domácího násilí podle organizace Rosa

Vzbuzení důvodné obavy

Porušování domovní svobody

Vražda

Ohrožování mravní výchovy mládeže

Pomluvy

Porušování tajemství dopravovaných zpráv (15).

1.18.2. Tři pilíře zákona na ochranu před domácím násilím

S oběťmi se setkávají především policisté, zdravotníci. Ti by měli znát hlavní principy pomoci. Sociální pracovník působí až "v druhé linii" (19). V České republice je od roku 2004 týrání osoby blízké nebo žijící ve společném obydlí trestným činem. Z principu prohlášení Všeobecné deklarace lidských práv Organizace spojených národů vydané v roce 1948 je nutné, aby lidská práva byla chráněna zákonem. Je nutné uznávat a zajistit přirozenou důstojnost, hodnotu lidské osobnosti a rovná práva všech členů rodiny na život, na soukromí, na svobodu pohybu, osobní bezpečnost i právo vyhledat útočiště či azyl (30).

Na základě návrhu Aliance proti domácímu násilí, která vznikla na půdě Poslanecké sněmovny ČR ve spolupráci s Bílým kruhem bezpečí, byl v březnu roku 2006 přijat zákon číslo 135/2006 Sb. na ochranu před domácím násilím, který vstoupil v platnost 1. ledna letošního roku. Tento zákon umožňuje vykazání pachatele domácího násilí ze společně obývaného domu či bytu na dobu 10 dnů (24). Předběžným opatřením je možno požádat o prodloužení této doby až na jeden rok.

Jak uvádí tisková zpráva Bílého kruhu bezpečí, v lednu 2007, kdy byl přijat zákon na ochranu před domácím násilím, bylo v České republice policisty vykazáno 89 násilných osob z bytu nebo z domu, pouze v Libereckém a Zlínském kraji nedošlo zatím k žádnému vykazání, ale dle výzkumu agentury STEM se domácí násilí vyskytuje i zde. Během měsíční praxe nového opatření byly ohroženými osobami převážně ženy. Ve 46 % se jednalo o násilí mezi manželi, ve 30 % mezi druhem a družkou (29).

Zákon se opírá o tři vzájemně propojené pilíře:

- *Prvním pilířem* je policejní zásah, zastavení akutního násilí a ochrana oběti, který má pravomoc využít správní opatření vykazání osoby, což není z pohledu práva trestněprávní sankce (6). U toho úkonu není nutný souhlas ohrožené osoby. Z psychologického pohledu se jedná o dočasnou ochranu oběti, zajištění jejího bezpečí, které slouží k nabytí její psychické stability.

- *Druhým pilířem* je poskytnutí sociálně-právní pomoci oběti během těchto deseti dnů vykázaní pachatele, kterou zajišťují intervenční centra na základě podnětu policie České republiky doručeného tomuto centru, kterým je opis rozhodnutí o vykázaní nebo opis zákazu vstupu do společného obydlí. Intervenční centrum je povinno nejpozději do 48 hodin kontaktovat osobu označenou za ohroženou násilným chováním a nabídnout jí odbornou pomoc.
- *Třetím pilířem* je občanskoprávní řešení situace a to bez iniciativy ohrožené osoby - poskytnutí individuální psychologické a sociální pomoci ambulantní nebo azylové povahy, zprostředkování následné pomoci (lékařské, psychologické, sociální, právní). Součástí pomoci je spolupráce a vzájemná informovanost mezi obcemi, orgány policie, nestátními a charitativními organizacemi a orgány sociálně-právní ochrany dětí, pokud jsou účastny domácího násilí přímo jako oběti nebo nepřímo jako svědci. Trestný čin ohrožování mravní výchovy mládeže v situacích domácího násilí je zatím nedoceňována (5). Intervenční centra plní koordinační úlohu mezi zúčastněnými institucemi (33). Týraná žena potřebuje při řešení své situace pomoc i terapeutickou podporu, musí být sama motivována, aby si ujasnila, co je podstatou jejích potíží, musí se dobrovolně rozhodnout, co chce dělat dál. K tomu je důležitá včasná intervence a zařazení do programů pro oběti.

V procesu rozhodování o vhodném řešení i při vytváření účelnějších strategií chování je důležitá psychoterapeutická pomoc. Žena se učí být zodpovědná za svou bezpečnost. Sociální pomoc je především zaměřena na zajištění bezpečí, bydlení nebo pomoc na udržení bytu a návrat do něj. Náhradní bydlení na utajené adrese zajistí ženě její bezpečí ze strany násilníka (27). Pomoc se zajišťuje také poskytnutím nezbytných finančních prostředků formu dávky v systému pomoci v hmotné nouzi *mimořádná okamžitá pomoc*, osobě, která s ohledem na neuspokojivé sociální zázemí a nedostatek finančních prostředků nemůže úspěšně řešit svoji situaci a je ohrožena sociálním vyloučením, jestliže je osobou, jejíž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby (35). Intervence státu však nemůže spočívat pouze v represí pachatele - v jeho stíhání a potrestání, zásah musí být vykonáván s respektem k právům jednotlivých osob

Formou řešení je kromě provedené úpravy trestnosti domácího násilí, také provádění účinných preventivních opatření a dostatečná informovanost (5).

2. Cíle práce a metody

2.1. Cíle práce

Cílem práce bylo zmapovat přístup ambulantních lékařů k problematice domácího násilí páchaného na ženách. Druhým cílem bylo zjistit, zda se ve zdravotnických zařízeních provádí osvěta proti domácímu násilí.

2.2. Hypotéza

V souvislosti s cílem práce byla stanovena hypotéza:

Většina ambulantních lékařů v kroměřížském regionu neprovádí osvětu proti domácímu násilí.

3. Metodika

3.1. Použité metody a techniky sběru dat

Ke zpracování současného stavu zvolené problematiky byla použita sekundární analýza dat, obsahová analýza zdrojů zabývajících se otázkami domácího násilí a příbuznými tématy (viz seznam použitých zdrojů).

Sběr primárních dat byl proveden kvantitativním výzkumem za použití metody dotazování technikou dotazníku. Dotazníky byly určeny lékařům, kteří přicházejí do kontaktu s ženami postiženými domácím násilím. Při konstrukci výběrového souboru byl uplatněn dvoustupňový výběr. Bylo určeno, že se výzkum bude provádět v ambulantních lékařských zařízeních, z toho byli vybráni pouze ambulance praktických lékařů, gynekologů, lékařů chirurgických ambulancí, psychiatrů a klinických psychologů v regionu Kroměřížska. Celkový počet vybraných lékařů je 72, byli osloveni všichni předáním dotazníků. V městě Kroměříž byly dotazníky rozdány osobně, do ostatních částí regionu byly zaslány poštou. Informace o počtu ambulantních lékařů, které jsem určila pro výzkum, jsem získala na oblastním sekretariátu České lékařské komory, u které jsou ze zákona registrováni všichni lékaři.

Výzkum mapoval:

- zda byli lékaři kontaktováni ženami postižených násilím v době od začátku listopadu 2006 do konce února 2007
- přístup lékařů k problematice násilí na ženách
- informovanost lékařů o daném tématu
- spolupráce s organizacemi na pomoc obětem násilí
- provádění osvěty v jejich zařízení

Dotazníky jsou rozděleny na tři oddíly: v prvním jsou informace o osobě vyplňující dotazník, druhý oddíl je zaměřen na informace o ženách ohrožených domácím násilím, které kontaktovaly lékaře v rozhodném období, na intervenci lékařů. Ve třetím oddílu jsou dotazy na provádění osvěty a prevence proti domácímu násilí.

V dotaznících byly použity uzavřené, polootevřené otázky (1). Výhodou techniky dotazníku byla menší časová náročnost pro respondenty a zachování jejich anonymity.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Bylo rozdáno celkem 72 dotazníků, kontaktováno všech 72 lékařů, to je 100%, z toho 50 praktickým lékařům, 12 gynekologům, 4 chirurgům, 2 psychiatrům a 4 klinickým psychologům. Sběr dotazníků probíhal během měsíce března 2007. Jako návratná adresa byl uveden Charitní azylový dům v Kroměříži po dohodě s vedoucí paní Příkrylovou. Vráceno bylo 31 dotazníků, po opětovném telefonickém kontaktování lékařů se vrátilo dalších 12. Celkem 43, to je 59,7 % návratnost. Z toho bylo možné použít 41 dotazníků, což je 56,9 %, (dva dotazníky se vrátily nevyplněné). Pro hodnocení výsledků dotazníkového šetření představuje tento počet 100 %.

Dotazník obsahoval 19 otázek, z toho 4 otázky obsahovaly podotázky. Na 7 otázek byla možná jedna odpověď, ve dvou otázkách se vyplňoval počet, ve 12 otázkách bylo možné použít více odpovědí. Ve výsledcích výzkumného souboru jsou použity dva typy grafů. Výsečový graf je použit u otázek, kde měli respondenti zvolit pouze jednu odpověď. Zde se vycházelo převážně ze 100 %, proto jsou hodnoty u tohoto grafu uváděny v procentech. Sloupcový graf je použit u otázek, kde měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Zde se vycházelo ze 100 % uvedených odpovědí, hodnoty u tohoto grafu jsou uváděny také v procentech.

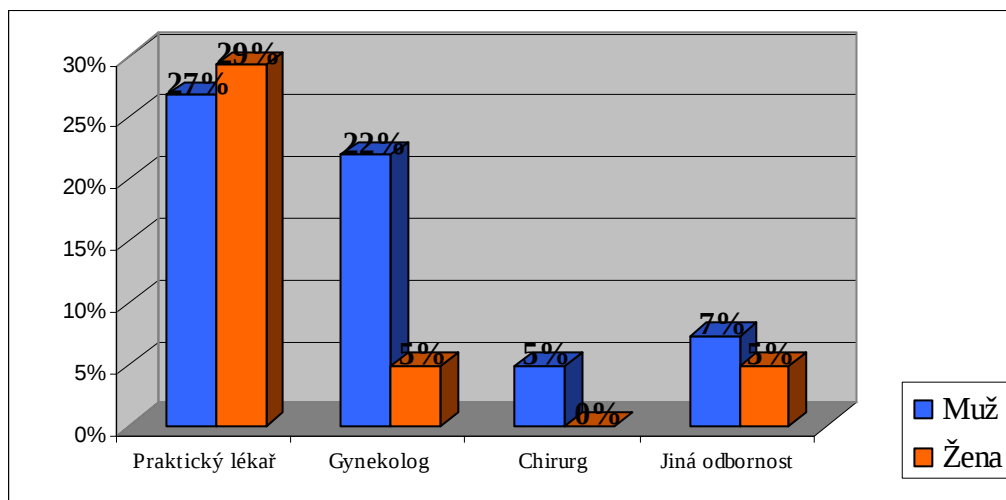
4. Výsledky

4.1. I. oddíl – Charakteristika cílové populace

Z celkového počtu 41 ambulantních lékařů je 23 *praktických lékařů* - z toho počtu 11 mužů (27 %), 12 žen (29 %), 11 *gynekologů* - z toho 9 mužů (22 %), 2 ženy (5 %), 2 *chirurgové* - 2 muži (5 %), 0 žen, *Jinou odbornost* uvedli 3 muži (7 %) a to: 2 psychologové, 1 psychiatr, 2 ženy (5 %) - z toho 1 psycholožka, 1 psychiatricka. (Přičemž: 41 lékařů je 100 %) (viz graf I).

Graf 1: Odbornost a pohlaví lékařů

(k otázkám 1, 2)

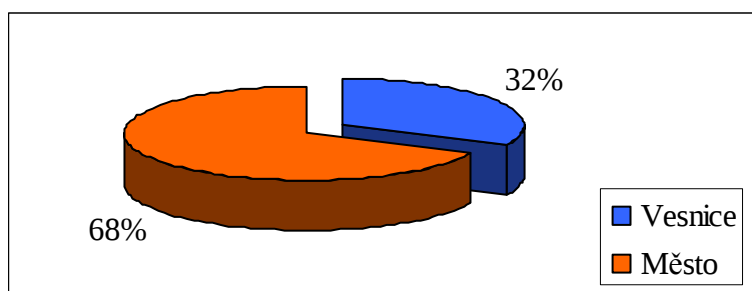


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 ambulantních zařízení (někteří lékaři uvedli dvě soukromá zařízení) sídlí 34 (68 %) ve městě, 16 (32 %) na vesnici, přičemž 50 je 100 % (viz graf 2).

Graf 2: Sídlo ambulantních zařízení

(k otázce 3)



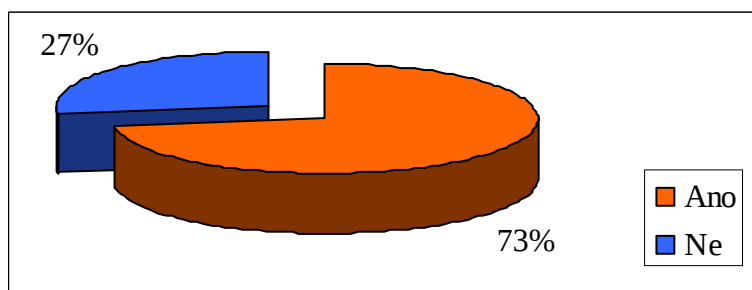
Zdroj: vlastní výzkum

4.2. II. oddíl - informace o intervenci postiženým ženám

Z 41 ambulantních lékařů (100 %) bylo kontaktováno ženami postižených domácím násilím 30 lékařů - odpověď ano (73 %), 11 lékařů (27 %) se s domácím násilím nesetkalo, tudíž nevyplňovali otázky v oddílu II (viz graf 3).

Graf 3: Kontakt lékařů s DN

(k otázce 4)

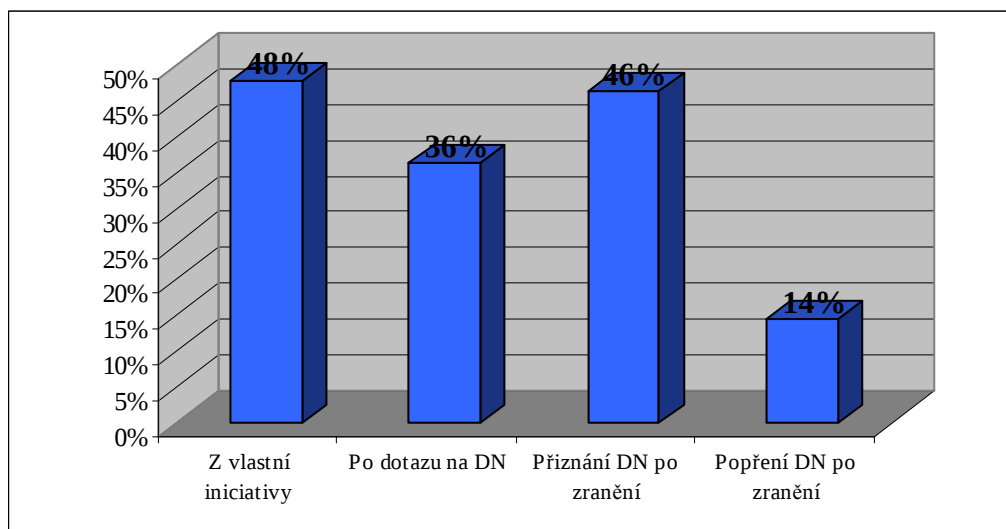


Zdroj: vlastní výzkum

Z 69 odpovědí (100 %) na otázku 5 ve 23 případech (48 %) ženy postižené domácím násilím vyhledaly lékaře z vlastní iniciativy, v 17 případech (36 %) násilí přiznaly až po konkrétním dotazu lékaře, ve 22 případech (46 %) se přiznaly na základě zranění po dotazu lékaře, v 7 případech (14 %) násilí popřely přesto, že lékař násilí diagnostikoval na základě zranění (viz graf 4).

Graf 4: Způsob přiznání žen k domácímu násilí

(k otázce 5)

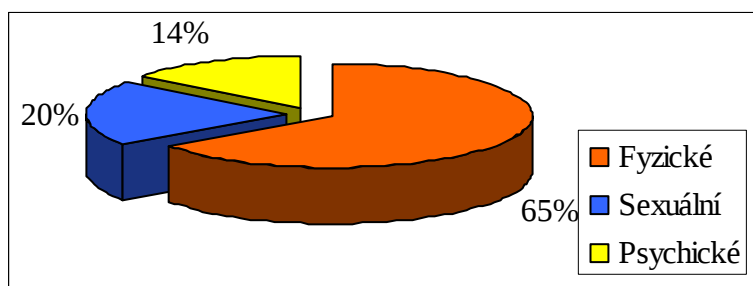


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku 6, kdy bylo možné zvolit více odpovědí najednou, bylo fyzické násilí uvedeno ve 45 případech (65 %), sexuální ve 14 (20 %), psychické v 10 případech (14 %) ze 69 (100 %) uvedených odpovědí (viz graf 5).

Graf 5: Formy násilí u žen

(k otázce 6)

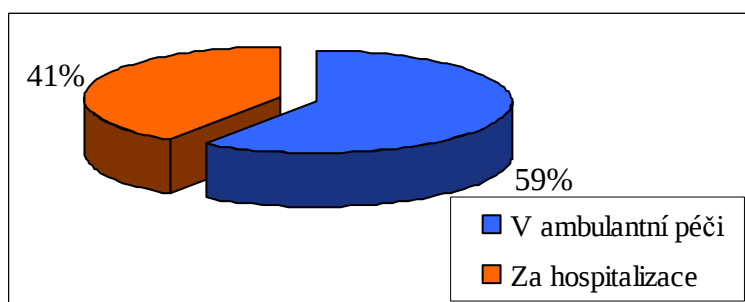


Zdroj: vlastní výzkum

Pracovních neschopností bylo celkem vystaveno 37 (100 %), z toho 22 (59 %) bylo vystaveno v ambulantních zařízeních, 15 (41 %) vystaveno v lůžkovém zařízení při hospitalizaci (viz graf 6).

Graf 6: Pracovní neschopnost

(k otázce 7)

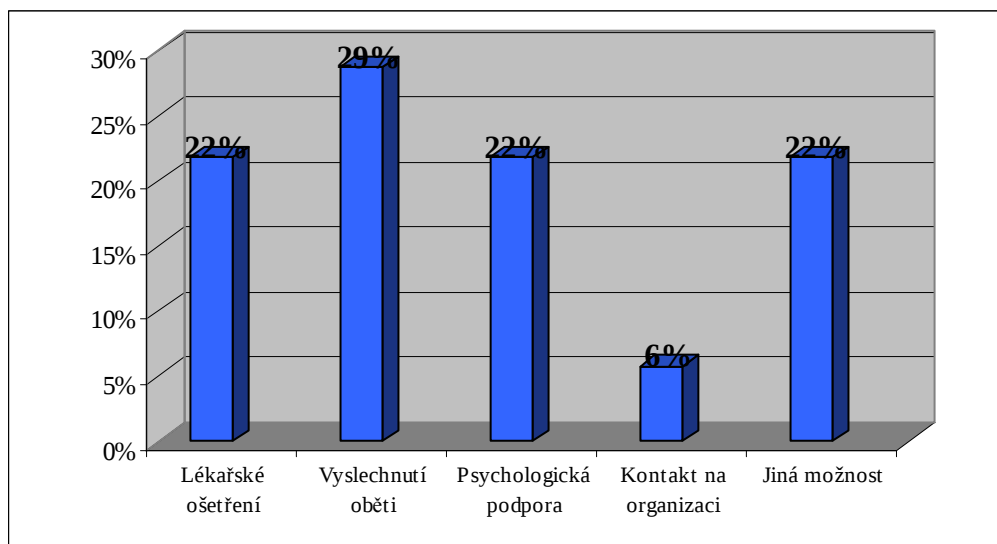


Zdroj: vlastní výzkum

Z 87 odpovědí (100 %), kdy bylo možné zvolit více variant najednou, bylo jako forma pomoci označeno 19krát (22 %) lékařské ošetření, 25krát (29 %) vyslechnutí pacientky, 19krát (22 %) psychologická podpora, 5krát (6%) předání kontaktu na organizaci poskytující pomoc, 19krát (22 %) byla uvedena jiná možnost pomoci - odeslání na odborná pracoviště nemocnice - oční, chirurgické, gynekologické oddělení, RTG pracoviště, na policii, krizové centrum, do manželské poradny, k psychologovi, nebo byla nabídnuta psychoterapie (viz graf 7).

Graf 7: Forma lékařské pomoci

(k otázce 8)

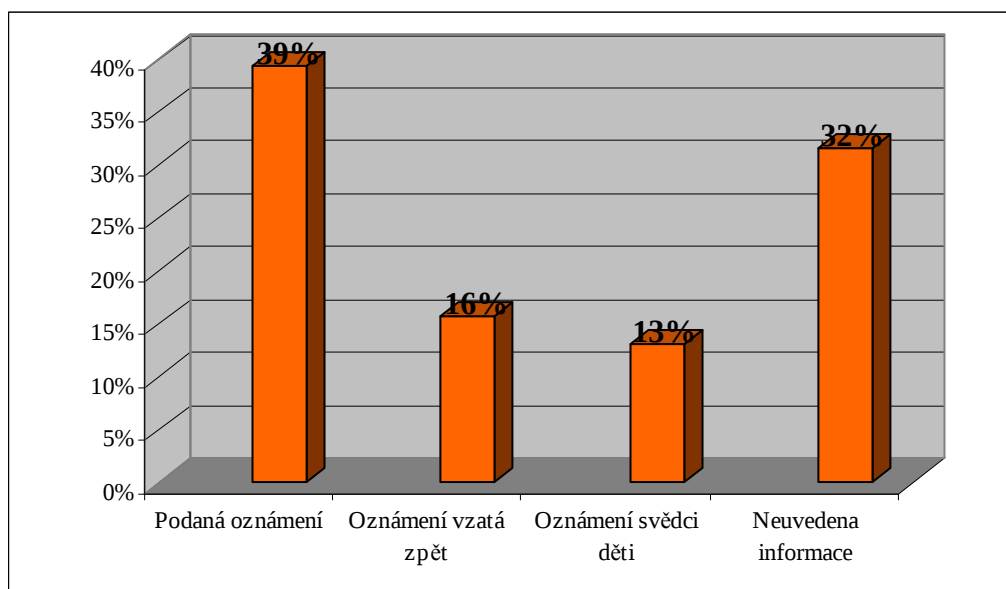


Zdroj: vlastní výzkum

Z 38 odpovědí (100 %) uvedli lékaři 15 podaných trestních oznámení (39 %), zpět bylo vzato 6 oznámení (16 %), v 5 případech (13%) bylo oznámení podáno z důvodů přítomnosti dětí při násilí, 12 lékařů (32 %) nemělo informaci o podání trestního oznámení (viz graf 8).

Graf 8: Trestní oznámení

(k otázce 9)



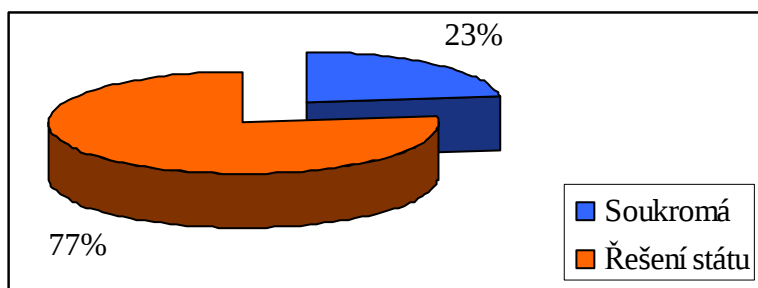
Zdroj: vlastní výzkum

4.3. III. oddíl - Osvěta, prevence domácího násilí na ženách

Na otázku 10 odpovědělo celkem 39 respondentů (100 %), z toho 9 (23 %) označilo domácí násilí za soukromou záležitost partnerů, 30 (77 %) považuje problematiku za záležitost, kterou je stát povinen řešit (viz graf 9).

Graf 9: Násilí - záležitost partnerů – státu

(k otázce 10)

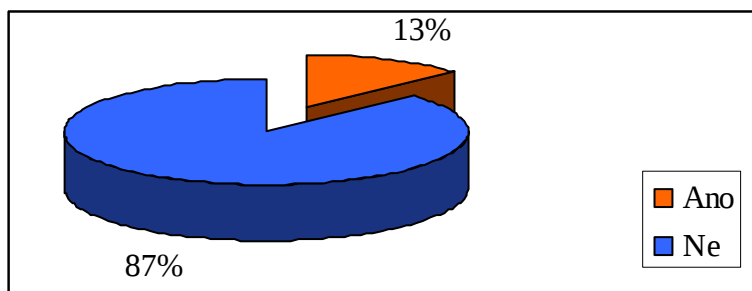


Zdroj: vlastní výzkum

Z 39 odpovědí (100 %) na otázku, zda je konkrétní rada či doporučení ženě v případě domácího násilí "manipulací", odpovědělo 5 respondentů (13 %) ano, 34 (87 %) odpovědělo ne (viz graf 10).

Graf 10: Rada jako manipulace

(k otázce 11)

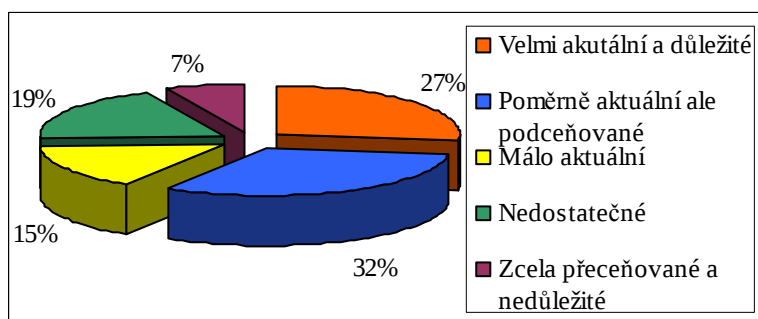


Zdroj: vlastní výzkum

Z 41 možných odpovědí na aktuálnost provádění osvěty proti domácímu násilí (100 %) bylo v 11 případech (27 %) označeno za *velmi aktuální a důležité*, ve 13 případech (32 %) za *poměrně aktuální, ale podceňované*, v 6 případech (19 %) za *nedostatečné* a ve třech případech (7 %) byla odpověď *zcela přeceňované a nedůležité* (viz graf 11).

Graf 11: Hodnocení aktuálnosti osvěty

(k otázce 12)

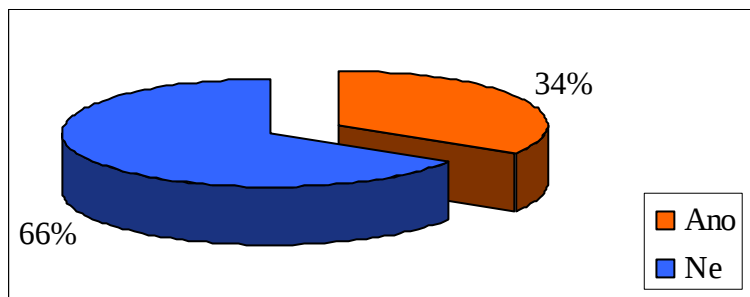


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů - 41 (100 %) osvětu provádí 14 (34 %), neprovádí 27 (66 %) lékařů (viz graf 12).

Graf 12: Provádění osvěty

(k otázce 13)

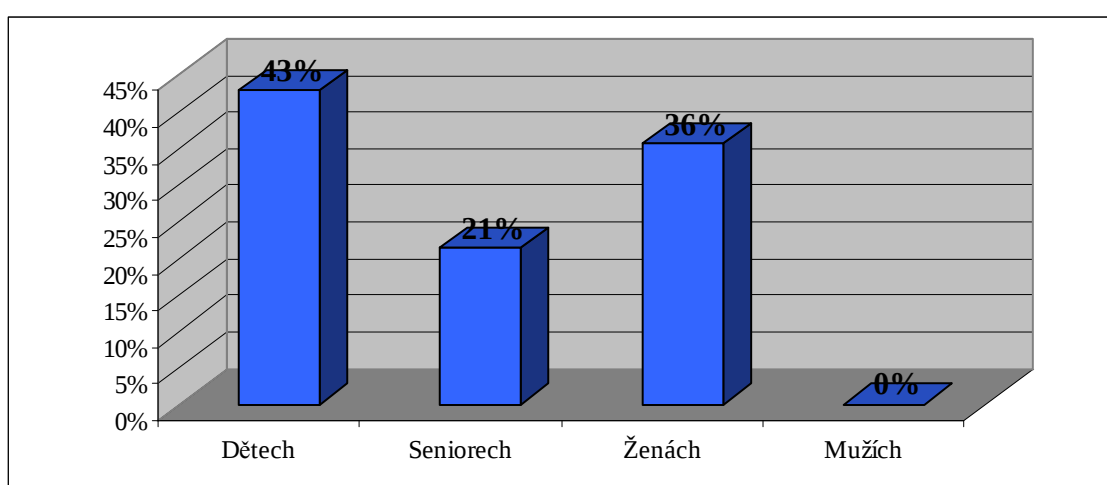


Zdroj: vlastní výzkum

Z 14 odpovědí ANO (100%) v otázce 13 je osvěta proti domácímu násilí zaměřena v 6 případech (43 %) na děti, ve 3 případech (21%) na seniory, v 5 případech (36 %) na ženy, osvěta zaměřena proti násilí na mužích se neprovádí vůbec (viz graf 13).

Graf 13: Zaměření prováděné osvěty proti domácímu násilí

(k otázce 13a)

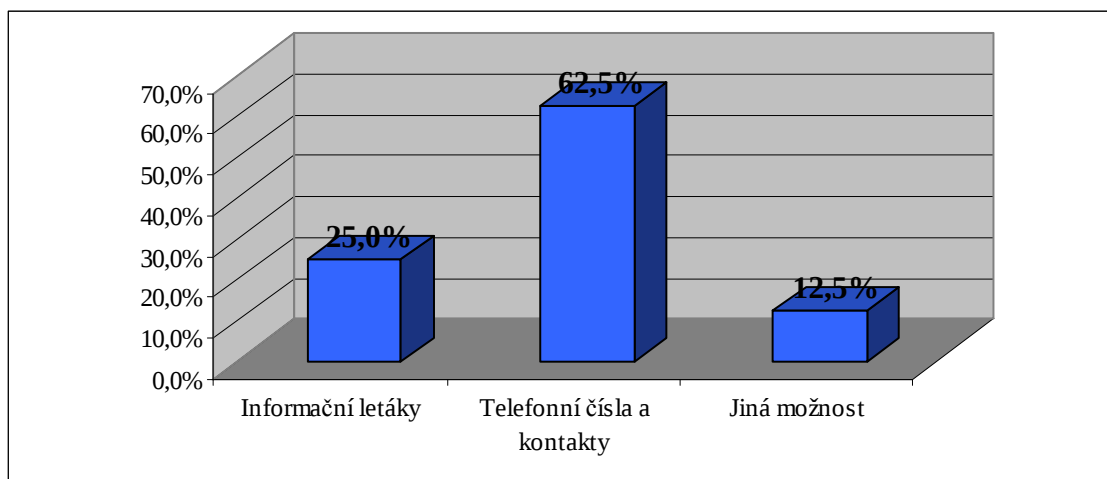


Zdroj: vlastní výzkum

Jako další prostředky k osvětě a prevenci proti domácímu násilí se využívá v ambulantních zdravotnických zařízeních ve 4 případech (25 %) informačních letáků, v 10 případech (62 %) telefonních čísel a kontaktů na organizace zabývající se pomocí, jiná možnost byla uvedena ve 2 případech (12,5 %) - a to: ústní poradenství a pohovor s konkrétní ženou. (Přičemž 16 odpovědí je 100 %) (viz graf 14).

Graf 14: Další prostředky osvěty

(k otázce 13b)

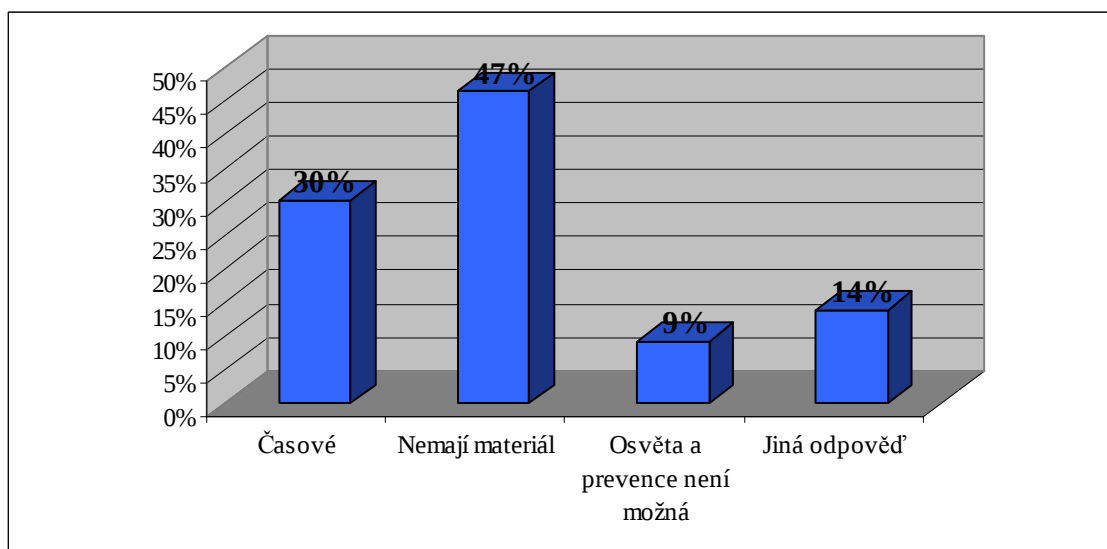


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, proč dané zařízení neprovádí osvětu, bylo možné vybrat více možností. Ze 43 odpovědí (100 %) byly uvedeny *časové důvody* ve 13 případech (30 %), ve 20 případech (47 %) lékaři *nemají osvětový materiál*, ve 4 případech (9 %) bylo uvedeno, že *osvěta nic neřeší, prevence není možná*, v 6 případech (14 %) byly uvedeny *jiné důvody* - a to *finanční důvody* ve třech případech. Další odpovědi: "*Žádná žena si zatím nestěžovala*" a "*Nepovažuji toto téma za problém, který bych měla řešit*" (viz graf 15).

Graf 15: Důvody neprovádění osvěty

(k otázce 13c)

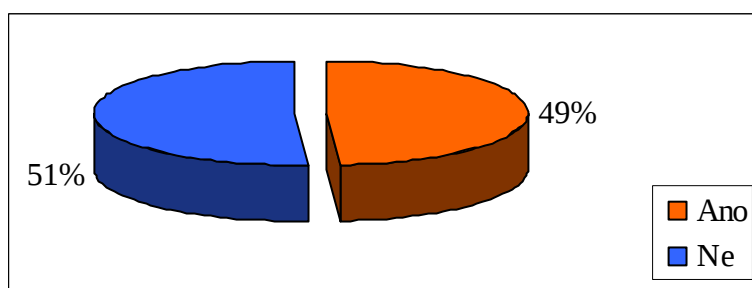


Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí 41 respondenta (100 %) vyplynulo, že s organizacemi zaměřenými na pomoc obětem domácího násilí spolupracuje 20 (49 %) a nespolupracuje 21 (51%) respondent (viz graf 16).

Graf 16: Spolupráce s organizacemi

(k otázce 14)

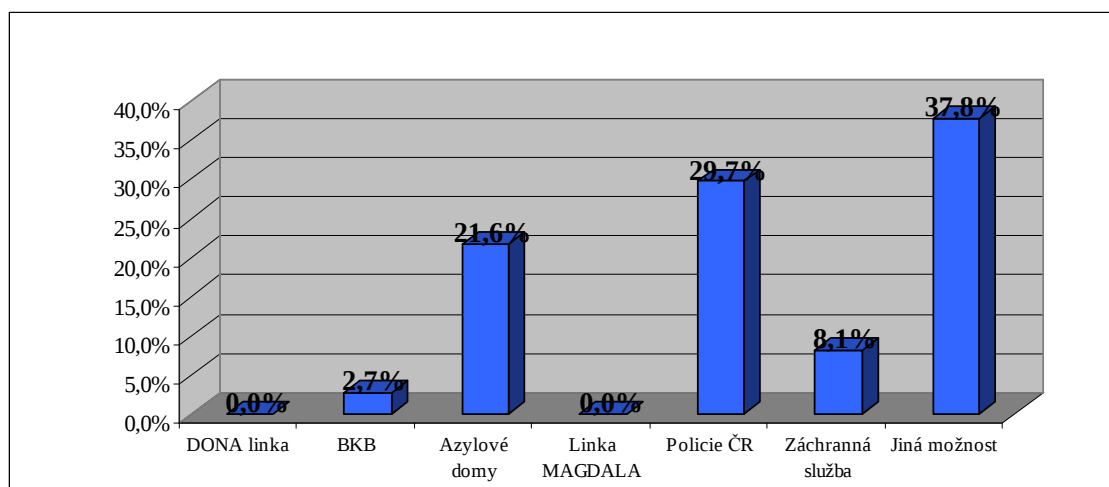


Zdroj: vlastní výzkum

Z 37 odpovědí na otázku 14a (100 %), přičemž bylo možné uvést více možností současně, DONA linku ke spolupráci nevyužívá žádné zařízení, Bílý kruh bezpečí byl uveden v 1 případě (2,7 %), Azylový dům v 8 případech (21,6 %), linka pomoci MAGDALA nebyla zmíněna v žádném případě, s Policií ČR spolupracuje 11 (29,7 %) respondentů, Zdravotní záchranná služba byla uvedena ve 3 případech (8,1%). Jiná možnost spolupráce byla uvedena ve 14 případech (37,8 %) - například Krizové centrum ve Zlíně (5 odpovědí), psychologická ambulance, odborná pracoviště nemocnice a ambulance odborných lékařů, manželská poradna, linka Důvěry v Kroměříži, sociální pracovnice nemocnice, psychiatrické oddělení. 1 odpověď zněla, že až v případě potřeby kontaktuje konkrétní zařízení (viz graf 17).

Graf 17: Spolupracující organizace

(k otázce 14a)

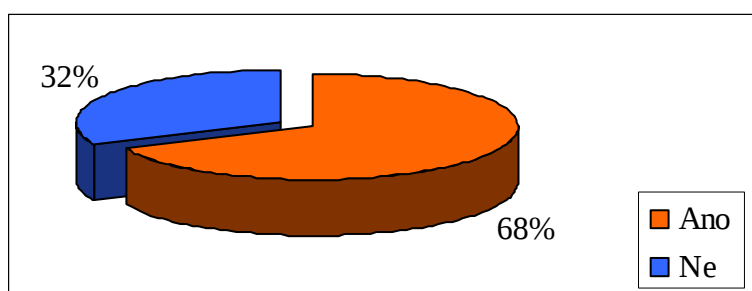


Zdroj: vlastní výzkum

Z 41 odpovědí (100 %) na otázku, zda lékaři mají k dispozici telefonní čísla na některé uvedené organizace odpovědělo 23 (68 %) respondentů ANO, 21 (32 %) respondentů odpovědělo záporně (viz graf 18).

Graf 18: Znalost telefonních kontaktů

(k otázce 15)

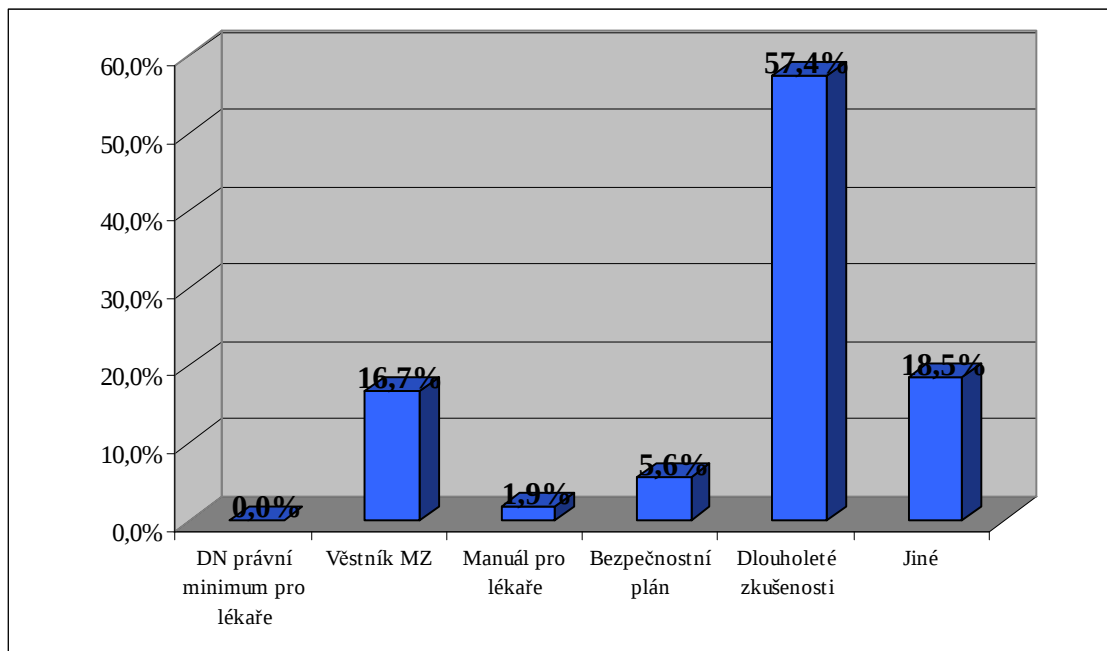


Zdroj: vlastní výzkum

Z nabízených informačních zdrojů pro provádění intervence v otázce 16 bylo možno vybrat více možností. Z 54 odpovědí (100b%) se příručka *DN právní minimum pro lékaře* nevyužívá vůbec, *Věstník MZ -Metodická opatření* se využívá v 9 případech (16,7%), *Manuál pro lékaře* byl uveden v 1 odpovědi (1,9b%), *Bezpečnostní plán pro oběti DN* byl uveden ve 3 případech (5,6 %), 31 respondentů (57,4 %) se opírá o své *dlouholeté zkušenosti*. Jiný zdroj informací byl uveden v 10 případech (18,5 %) - a to: lékařská odbornost ve 3 odpovědích, leták Azylového domu, informace z médií, i zákon 135/2006 o ochraně před domácím násilím (viz graf 19).

Graf 19: Využívané zdroje informací

(k otázce 16)

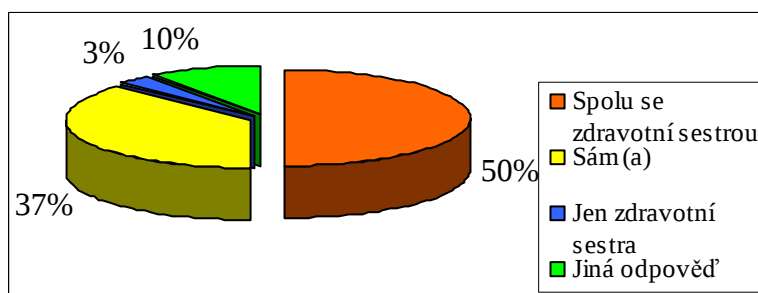


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu odpovědí 38 (100 %) provádí lékař intervenci v 19 případech (50 %) *ve spolupráci se zdravotní sestrou*, ve 14 případech (37 %) *sám*, v 1 případě (3 %) provádí intervenci *jen zdravotní sestra*, *jinou odpověď* zvolili 4 respondenti (10 %). Z toho byla 2krát uvedena konzultace - s Azylovým domem, ve 1 odpovědi doporučení na psychologa, a jednou byla odpověď, že *intervenci neprovádí, protože nemá tyto ženy v evidenci* (viz graf 20).

Graf 20: Způsob provádění intervence

(k otázce 17)

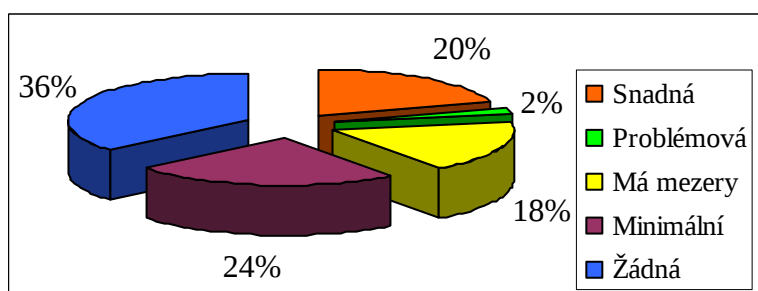


Zdroj: vlastní výzkum

Z 41 odpovědí (100 %) označilo spolupráci s organizacemi zaměřenými na pomoc obětem za *snadnou* 8 respondentů (20 %), za *problémovou* 1 (2 %), že *spolupráce má jisté mezery* přiznalo 7 dotázaných (18 %), za *minimální* ji označilo 10 (24 %), a žádnou spolupráci uvedlo 5 respondentů (36 %) (viz graf 21).

Graf 21: Kvalita spolupráce s organizacemi

(k otázce 18)

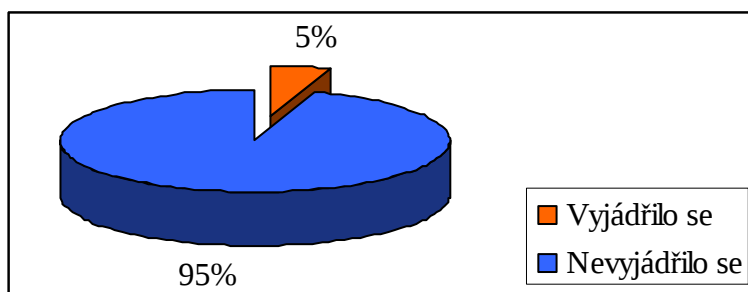


Zdroj: Vlastní výzkum

Svůj názor k dané problematice z celkového počtu 41 dotázaných uvedli 2 respondenti (5 %). 95 % se nevyjádřilo vůbec. Uvádím obě sdělení: *"Řešení této problematiky není možné provádět v gynekologické ambulanci z časových důvodů"*, *"Prevence není možná, žena musí nejdříve podat trestní oznámení, pak se mohu angažovat"* (viz graf 22).

Graf 22: Vyjádření k problematice DN

(k otázce 19)



Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse

Problematika domácího násilí je stále velmi aktuální a diskutované téma. Zatím se však nezkoumalo z hlediska přístupu lékařů. Proto po dohodě s vedoucí bakalářské práce byli pro výzkumnou cílovou skupinu vybráni právě lékaři, kteří jsou oslovováni týranými ženami jako profesionálové prvního kontaktu. Byl změněn cíl výzkumu i technika sběru dat.

Výzkum vycházel z předpokladu, že ženy postižené domácím násilím na kroměřížsku nemají dostatečné informace o tom, jak mají postupovat, kam se obrátit o pomoc v případě napadení partnerem, kde získat kontakty na organizace zaměřené na pomoc obětem. Telefonní čísla jsou většinou málo dostupná. Například kontakt na Charitní azylový dům pro týrané ženy a matky s dětmi v Kroměříži v telefonním seznamu nenajdete. Pro ženy je většinou nejjednodušším a nejrychlejším řešením přivolat si městskou policii.

Cílem výzkumu však bylo zmapovat přístup ambulantních lékařů k problematice násilí na ženách. Za velmi důležité považují zviditelnit kontakty a telefonní čísla na pomáhající instituce, zajistit jejich vyšší dostupnost pro oběti násilí. Domnívám se, že právě zdravotnická zařízení jsou ideálním místem pro provádění osvěty a prevence proti domácímu násilí - kromě samozřejmé lékařské pomoci napadeným ženám. Proto dalším cílem bylo zmapovat, zda lékaři tuto osvětu provádějí. Byla stanovena hypotéza, že většina lékařů v kroměřížském regionu neprovádí osvětu. K potvrzení či vyvrácení hypotézy je použito otázek 12, 13, 13a, 13b, 15.

Pro výzkum a potvrzení hypotézy byla zvolena metoda dotazování technikou anonymního dotazníku určeného ambulantním lékařům. Dotazník byl rozdělen na tři oddíly. V prvním oddílu měli respondenti uvést svou odbornost, pohlaví a sídlo zdravotnického zařízení. Pro výzkum bylo použito 41 dotazníků, to je 100 %, což je 56,7 % návratnost. Z toho 61 % tvořili lékaři - muži, lékařek - žen bylo 39 %. Sídlem zdravotnického zařízení bylo uvedeno v 68 % město, ve 32 % vesnice. Z výzkumu druhého oddílu dotazníku vyplynulo, že v období od listopadu do konce února bylo týranými ženami kontaktováno 73 % lékařů. Pouze 27 % uvedlo, že se domácím násilím

nesetkalo. Tito respondenti neodpovídali na další otázky druhého oddílu. Z celkového počtu žen, které potřebovaly pomoc lékaře, jich 48 % přišlo z vlastní iniciativy, 36 % se přiznalo k incidentu až po konkrétním dotazu lékaře, dalších 46 % případů bylo diagnostikováno na základě zranění klientky. Pouze ve 14 % podezření na násilí tuto událost ženy popřely. Z výsledků odpovědí na otázku 6 vyplynulo, že fyzické napadení je diagnostikováno nejčastěji, protože "je vidět", i když se většinou jedná o kombinaci všech uvedených forem násilí.

Důležité pro výzkum týraných žen z hlediska přístupu lékařů bylo i zjišťování četnosti vystavení pracovní neschopnosti (otázka 7) při ambulantní návštěvě (59 %) a při hospitalizaci (41 %). Z potřeby hospitalizace obětí lze vysledovat i závažnost fyzického zranění, a následného psychického traumatu, které si žena bez odborné psychologické pomoci často nese celým dalším životem (27). Zajímavé bylo vyhodnocení otázky 8, kdy jako formu pomoci při partnerského násilí lékaři nejčastěji uváděli vyšetření (ve 29 %), lékařské ošetření a psychologickou podporu nabídli ve 22 % případů. Pouze v 6 % uvedli předání kontaktu na organizaci, která se zabývá intervencí obětem domácího násilí. A jak vyplývá z odpovědí na otázku 14a, jednalo se převážně o spojení s Policií České republiky (ve 29,7 %), kontakt na Azylový dům byl předán v 21,6 %, v 8,1 % byl uveden kontakt na Zdravotní záchrannou službu. Bílý kruh bezpečí nabídl pouze 2,7 % respondentů. Odpověď jiná možnost (37,8 %) obsahovala odeslání na odborná pracoviště nemocnice dle zranění a újmy. Přitom s organizacemi zabývajících se pomocí obětem domácího násilí spolupracuje dle odpovědí na otázku 14 necelá polovina lékařů, to je 49 % z celkového počtu 41 lékař. Znalost telefonních čísel na některé uvedené zařízení byl sice uveden v 68 % odpovědí, ale z tohoto počtu se jednalo převážně zase jen o kontakt na policii, záchrannou službu a azylový dům.

Dle dalšího sdělení lékařů bylo zjištěno podání trestního oznámení na agresora v 39 % případů návštěv žen ohrožených násilím, z toho však bylo vzato zpět 16 %. To by odpovídalo již známým faktům prokázaným v dřívějších průzkumech, kdy ženy berou oznámení zpět, protože se obávají ekonomické, emocionální i společenské újmy, kdy raději partnera raději omlouvají a kryjí, kdy násilí popírají a zranění svádějí na nehodu.

(17). Důvodem pro podání trestního oznámení byla i v kroměřížském regionu potvrzena přítomnost dětí při incidentu mezi partnery, a to ve 13 %. Zbýlých 32 % respondentů nemělo od žen informaci o oznámení.

Třetí oddíl dotazníků se zaměřil na osvětu, prevenci a spolupráci s jinými institucemi zabývajícími se pomocí obětem domácího násilí. Z odpovědí na otázku 10 se potvrdilo, že násilí mezi partnery je ještě stále považováno za jejich soukromou záležitost. Tento názor byl označen ve 23 %. Za povinnost státu řešit tuto problematiku považuje 77 % odpovídajících lékařů. Ale pokud přihlédneme k výběru vzorku respondentů - jsou to lékaři, odborníci, kteří by měli rozeznat závažnost celospolečenské situace, pak se domnívám, že těchto 23 % odpovědí je hodně a považuji je spíše za „laické“ odpovědi.

Další, velmi zarážející fakt vyplývá z výsledků odpovědí na otázku 11, kdy poskytnutou radu či doporučení ohledně pomoci týrané ženě považuje 13 % respondentů za manipulaci (to je 5 odpovědí z 39). Při konstrukci dotazníku byl ale předpoklad, že odborníci v první linii kontaktu s násilím odpoví většinou záporně.

U celkového hodnocení aktuálnosti osvěty výsledky odpovídají předpokládaným závěrům. Nejčastěji respondenti uváděli (v 32 %), že provádění osvěty je poměrně aktuální, ale podceňované. Další odpovědi v pořadí aktuálnosti bylo, že osvěta je velmi aktuální a důležitá (27 %). Za nedůležitou ji považuje 17 % lékařů, málo aktuální je pro 15 %. Překvapením nebyla ani negativní odpověď v 7 %, kdy osvěta a prevence byly označeny za přeceňovanou a zcela nedůležitou záležitost. Očekávala bych však vyšší povědomí odborníků o závažnosti tématu a důležitosti prevence.

Alarmujícím zjištěním prováděného výzkumu bylo, že v 66 % odpovědí se osvěta v ambulantních zařízeních neprovádí, což odpovídá, podle mého názoru, celkovému vyznění vyhodnocení výzkumu. Provádění osvěty sice uvedlo 34 % respondentů, ale domnívám se, že je to nedostatečné množství, že podávání informací obětem i veřejnosti je stále minimální. Na tomto místě je možno konstatovat, že stanovená hypotéza byla potvrzena - *většina ambulantních lékařů ve vybraném regionu osvětu neprovádí.*

S potvrzením hypotézy koreluje také způsob uvedeného provádění osvěty, a to ve většině případů jen formou telefonních čísel a kontaktů (v 62,5 %). Letáky jako odpověď se vyskytovaly ve 25 %, které byly zaměřeny ve 43 % na prevenci proti domácímu násilí na dětech, letáky proti násilí na ženách byly zmíněny ve 36 % a na seniorech v 21 %. Osvěta proti domácímu násilí na mužích není prováděna. V možnosti jiná odpověď bylo ve 2 případech uvedeno ústní poradenství konkrétní ženě.

Záměrem další otázky bylo zmapování důvodů, proč se osvěta v ambulantních zařízeních neprovádí. Nejčastější odpovědi lékařů bylo, že nemají osvětový materiál - v 47 %. Ale paradoxem je, že o materiály uvedené v průvodním dopise k dotazníku projeví zájem jen 3 lékaři. Narušili tím sice svou anonymitu, ale v celkovém kontextu bylo potěšující, že projeví zájem se problematikou domácího násilí zabývat. Materiály jim byly zaslány. Dalším důvodem pro nemožnost provádění osvěty byla uvedena časová vytíženost lékařů, a to v 30 %. 9 % respondentů se přiklonilo k názoru, že osvěta není možná a prevence nic neřeší. S tímto názorem nemohu souhlasit, neboť jsem přesvědčena, že je důležité, aby ženy získaly informace, jak postupovat, jak předcházet, kam se obrátit o pomoc v případě ohrožení života. Potřebují poradit s vytvořením bezpečnostního plánu v případě napadení. Potřebují sociálně právní poradenství a pomoc při jednání s úřady. Potřebují pomoc při návratu do "normálního" života - jak psychologickou, tak ekonomickou. K tomu je potřeba erudovaného přístupu všech zainteresovaných odborníků v rámci multidisciplinárního týmu. A lékař je zahrnut do tohoto systému pomoci (10). Letáky, manuály pro lékaře, sestry i další pracovníky nemocnic, jsou vytvořeny Bílým kruhem bezpečí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví již od roku 2003. Některé jsou zařazeny v příloze. Zde se nabízí otázka, proč se tyto materiály ještě nedostaly do rukou lékařům a zdravotníkům v mnohých regionech.

Dalším závažným důvodem neprovádění osvěty je v odpovědi jiné uvedena finanční situace zdravotnického zařízení. Tento důvod je, dle mého názoru, oprávněný, neboť vzhledem k závažnosti problematiky domácího násilí by distribuce propagačních materiálů měla být prováděna plošně, či rozdávána na různých odborných seminářích. Nesouhlasím s tím, aby si lékař kupoval informace, které má doporučeny třeba v

Metodickém pokynu Věstníku Ministerstva zdravotnictví, který by měl být závazný pro většinu lékařů - ne jen pro ty, kdo si ho zaplatí. Zmiňovaný Věstník vyšel v dubnu roku 2006, jeho uvedená cena je 42 korun. Můžeme sice podotknout, že mnoho informací se dá získat z internetových stránek a zdarma, ale zde hrají roli uvedené časové důvody. Poslední odpovědi z odkazu jiné by se daly zahrnout do oblasti neochoty se tématem vůbec zabývat: "Žádná žena si zatím nestěžovala", a "Nepovažuji toto téma za problém, který bych měla řešit". Tyto odpovědi se zdají být velmi neprofesionální.

Další otázka měla zjistit, zda lékaři používají při intervenci nějaké zdroje informací, o kterých bylo pojednáno. V 16,7 % se lékaři opírají o již citovaný *Věstník*, *Bezpečnostní plán* Bílého kruhu bezpečí se drží jen 5,6 % respondentů, *Manuál pro lékaře*, vydaný opět Bílým kruhem bezpečí, uvedlo pouze 1,9 % dotázaných. Nabízenou variantu odpovědi *opírám se o své dlouholeté zkušenosti* uvedlo 57,4 % . V odpovědi *jiná odpověď* byla zmíněna i lékařská odbornost, což není v rozporu s výzkumem, ovšem souhlasím s názorem, že výukové programy specializované na problematiku pomoci obětem trestných činů by měly být zařazeny do studia na lékařských fakultách (32).

Po zkušenosti zdravotní sestry z ordinace praktického lékaře, kdy sestra má jen malou pravomoc zapojovat se do komunikace lékaře s pacientem, byla do dotazníku zařazena i otázka na spolupráci lékaře se sestrou při provádění intervence. Z výzkumu vyplývá, že 50 % dotázaných lékařů spolupracuje se zdravotní sestrou, což je pozitivní ukazatel. ve 37 % se objevila odpověď, že lékař provádí intervenci sám, ve 3 % provádí jen sestra, což zase naopak svědčí o nezájmu lékaře o problematiku. V 10 % uvedených jiných odpovědí byla naznačena spolupráce s Azylovým domem, konzultace s psychologem.

Hodnocení kvality spolupráce s organizacemi koreluje s celkovým vyzněním přístupu lékařů k týraným ženám vyplývajícím z dotazníkového šetření. Nejvíce zastoupenou odpovědí je, že spolupráce není žádná (36 %), snadnou spolupráci uvádí 20 % respondentů, minimální je ve 24 % odpovědí, v 18 % má jisté mezery a 2% dotázaných z daných odpovědí vybralo, že spolupráce je problémová.

Ze závěrečného porovnání počtu kontaktů lékařů týranými ženami v ordinacích na vesnici (27 %) s počtem kontaktů ve městě (73 %) se lze domnívat, že ve městě je snadnější přístup k pomoci lékařů, je zajištěna větší anonymita. Naopak díky menší anonymitě na vesnici se ženy mohou více obávat stigmatizace ze strany blízkého okolí, obviňování z určitého podílu viny na násilí.

Při sběru dotazníku byla velkým přínosem spolupráce s vedoucí Charitního azylového domu, na jejíž adresu se vracely od lékařů vyplněné dotazníky, které měla dovoleno otevřít. Byla překvapena, že většina lékařů nemá materiály, kterými by mohli přispět k lepší informovanosti svých pacientek. Proto ještě v průběhu výzkumu zajistila distribuci letáků s tematikou zaměřenou na prevenci proti domácímu násilí včetně propagačních materiálů Azylového domu s důležitými telefonními čísly.

Domnívám se, že kvantitativním průzkumem se podařilo splnit cíle práce - *zmapovat přístup lékařů k problematice domácího násilí na ženách a zmapovat, zda se provádí osvěta*. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že osvětu provádí jen přibližně jedna třetina respondentů (34 %) z celkového počtu dotázaných. To znamená, že lze konstatovat, že stanovená hypotéza byla potvrzena: *většina ambulantních lékařů v kroměřížském regionu neprovádí osvětu proti domácímu násilí*.

Výzkum práce byl zajímavou sondou do problematiky domácího násilí z hlediska přístupu lékařů. Přestože byl zkoumán jen výběrový vzorek lékařů jednoho regionu, potvrdilo se, že téma násilí je stále podceňované i mezi odbornou veřejností. Bylo možné prověřit, jak se v praxi uplatňují přijatá opatření v boji s domácím násilím. Již v Deklaraci OSN z roku 1993 se hovoří o odstranění násilí páchaného na ženách. V současné době platí zákon 135/2006 Sb. o ochraně před domácím násilím, zdůrazňuje se propojenost institucí při intervenci, z pohledu právní, lékařské, psychologické i sociální pomoci také podle zákonů 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, 108/2006 Sb. o sociálních službách, 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. Prevence násilí vyplývá i z činnosti Republikového výboru pro prevenci kriminality z roku 2001, jejímž garantem bylo ministerstvo zdravotnictví, proto je potřeba zdůrazňovat provádění osvěty.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, v jakém rozsahu lékaři v kroměřížském regionu poskytují pomoc týraným ženám, zda sami mají dostatek informací, jak postupovat při kontaktu s násilím. Záměrem dotazníkového šetření bylo také zmapovat, zda kampaně probíhající v médiích v posledních letech ovlivnily přístup lékařů k obětem. Protože důležitým krokem v prevenci proti domácímu násilí je provádění účinné osvěty pro veřejnost a podávání erudovaných informací o pomoci ohroženým ženám, výzkum zkoumal také tuto oblast.

Výsledky kvantitativního výzkumu technikou dotazníku přinesly zajímavé údaje. Lékaři většinou neznají organizace zabývající se pomocí obětem domácího násilí, spolupráce s těmito organizacemi je ve více než polovině odpovědí minimální a žádná. Při intervenci se dotazovaní spoléhají spíše na své zkušenosti, neznají žádné materiály, ve kterých je stanoven postup, jak přistupovat k oběti domácího násilí. Přestože téměř tři čtvrtiny lékařů ošetřuje ženy napadené partnerem, osvětu provádí jen asi jedna třetina všech respondentů, a to většinou formou předání telefonního kontaktu na policii. Letáky disponuje jen čtvrtina dotázaných. Pro provádění osvěty většina lékařů nemá materiál, osvěta se neprovádí také z časových a finančních důvodů.

Cíl práce byl splněn, byla zmapována informovanost lékařů, jejich spolupráce s neziskovými organizacemi i jinými institucemi.

Hypotéza, že většina lékařů v kroměřížském regionu neprovádí osvětu proti domácímu násilí, se tedy potvrdila (viz kapitola Diskuse).

Práce ukázala, že je potřeba proniknout s informacemi více do praxe, mezi jednotlivé lékaře, do jednotlivých zdravotnických zařízení. Je nutné zdůraznit důležitost týmové spolupráce s ostatními pomáhajícími institucemi při tomto stále aktuálním celospolečenském problému. Řešení se nabízí formou distribuce letáků přímo do ordinací. Další cestou by byla možnost prezentovat práci na odborných vzdělávacích seminářích jak pro lékaře, tak také pro zdravotní sestry, nebo publikovat odborný článek v lékařských časopisech a zdravotnických novinách.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. 2005, NCO, NZO, 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- 2) BAŠTECKÁ, B., eds., *Terénní krizová práce- psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. 2005, Praha: Grada, 300 s. ISBN 80-86284-26-3.
- 3) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 609 a CSN 609-2 (01 0197): část 2 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002 [cit. 2005-12-22]. Dostupné z <<http://boldis.cz/citace2pdf>>
- 4) BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J., ŠVESTKOVÁ, R., eds., *Závěrečná zpráva výzkumného projektu RM 01/15/04 MVZ Č. Domácí násilí na mužích a seniorech*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005, [cit. 2006-11-18]. Dostupné z <http://www.zivot90.cz/stopnasili/attach/fin_stud.doc>
- 5) ČÍRTKOVÁ, L. *Domácí násilí: fakta a paradoxy. Sociální práce*. Brno: ASVSP 2006, č. 2, 160 s. ISSN 1213-6204.
- 6) *Domácí násilí. Portál Zlínského kraje*. [cit. 2007-03-18]. Dostupné z <<http://www.kr-zlinsky.cz>>
- 7) ELSNER, E. *Vagina monology*, Přel. E. Macků. Praha: Pragma, 2001, ISBN 80-7205-900-9.
- 8) FRIEDMAN, B., eds. *Repetitorium praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 1995, ISBN 80-85824-18-3.
- 9) GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
- 10) HUŇKOVÁ, M., VOŇKOVÁ, J. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: Profem, 2004, ISBN 80-239-2106-1.
- 11) KARSTEN, H. *Genderové role, jejich původ a vývoj*. Přel. P. Babka, 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 184 s. ISBN 80-7367-145-X.
- 12) KOLONIČNÁ, E. *Prevence a osvěta jsou nutné už na základních školách. Sociální práce*. Brno: ASVSP, 2006, č. 2 ISSN 1213-6204.

- 13) KRAUSOVÁ, K. *Aktualita-Domácí násilí je podle psychologů nejrozšířenější násilí v ČR*. [cit. 2006-09-04]. Dostupné z <www.ententyky.cz>
- 14) KŘÍŽOVÁ, E., *Proměny lékařské etiky z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, ISBN 80-86429-57-1.
- 15) *Legislativa v ČR*. [cit. 2007-04-15]. Dostupné z <<http://www.rosa-os.cz/index.php?id=18>>
- 16) *Lidská práva v praxi. Manuál pro sociální práci s oběťmi obchodu se ženami a dětmi*. Přel. D. Kocman, 1. vyd. La Strada ČR, 2002
- 17) MACHÁČKOVÁ, R., VOŇKOVÁ, J. *Domácí násilí, právní minimum pro lékaře*. 2. vyd. Praha: Profem, 2004, 62 s. ISBN 80-239-4026-0.
- 18) MASAŘÍKOVÁ, M., *Kulatý stůl: Role policie při ochraně nezletilých dětí, které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za jejich výchovu*. [cit. 2007-02-23]. Dostupné z <http://www.mvcr.cz/zpravy/2006/kstul_domnas.html>
- 19) MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- 20) *Násilí na ženách*. [cit. 2007-03-04]. Dostupné z <<http://fs8brezna.ecn.cz/files/nasilinazenach.html>>
- 21) PILÁKOVÁ, S., *Mezinárodní výzkum násilí na ženách – ČR*. [cit. 2007-04-15]. Dostupné z <<http://studie.soc.cas.cz/index.php3?lang=cze&shw=246>>
- 22) PRAŠKO, J., eds., *Stop traumatickým vzpomínkám. Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
- 23) RATH, D. *Postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*. 2006, částka 3
- 24) SEDLÁČKOVÁ, A., *Kvalitní proškolení může přispět k minimalizaci zneužití vykazání. Sociální práce*. Brno: ASVSP, 2006, č. 2. ISSN 1213-6204.
- 25) ŠEVČÍK, D., *Oběti nenesou odpovědnost za násilí agresora. Sociální práce*. Brno: ASVSP, 2006, č. 2. ISSN 1213-6204.
- 26) ŠPIČKOVÁ, E., *Jak (ne)léčit trauma. Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2007, roč. 13, č. 3, ISSN 1212-9607.

- 27) VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3.
- 28) VARGOVÁ, B., VAVROŇOVÁ, M., *Od dobrého úmyslu k dobré spolupráci. Manuál pro efektivní interdisciplinární spolupráci v případech domácího násilí. Legislativa v ČR*. Rosa, 2006. [cit. 2007-04-09]. Dostupné z < <http://www.rosa-os.cz/index.php?id=18>>
- 29) *V lednu bylo v České republice vykázáno 89 násilných osob*. [cit. 2007-04-15]. Dostupné z <www.blisty/2007/2/8/art32755.html>
- 30) *Všeobecná deklarace lidských práv*. [cit. 2007-04-09]. Dostupné z <<http://www.amnesty.cz/svaw/prava/vdlp.htm>>
- 31) *Začala sa kampaň proti násiliu páchanému na ženách*. [cit. 2007-04-15]. Dostupné z <<http://changenet.sk/index.stm?section=spr&x=145577&cat14843>>
- 32) *Zdravotní systém včasné detekce a pomoci obětem násilných trestných činů z pohledu nestátní organizace pro pomoc obětem*. [cit. 2007-02-21]. Dostupné z <<http://bkb.juristic.cz/80637/old>>
- 33) Zákon č. 100/1988 sb.o sociálním zabezpečení. *Úplné znění. Sociální zabezpečení 2007*, č. 595, Ostrava: Sagit 2007, ISBN 978-80-7208-608-5.
- 34) Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. *Úplné znění . Sociální zabezpečení 2007*, č. 595, Ostrava: Sagit 2007, ISBN 978-80-7208-608-5.
- 35) Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. *Úplné znění . Sociální zabezpečení 2007*, č. 595, Ostrava: Sagit 2007, ISBN 978-80-7208-608-5.

8. Klíčová slova

ambulantní lékaři

interdisciplinární tým

násilí mezi partnery

osvěta

spolupráce

posttraumatická stresová porucha

vykázání násilné osoby

9. Přílohy

1. Úvodní dopis k dotazníku
2. Dotazník
3. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky
4. Domácí násilí – Manuál pro lékaře
5. Bezpečnostní plán

Dotazník pro zdravotnická zařízení – úvodní dopis

Vážená paní doktorko, pane doktore,

jmenuji se Milena Mátlová a studuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Žádám Vás o laskavé vyplnění přiloženého dotazníku, který bude součástí bakalářské práce zabývající se zdravotně sociální situací žen postižených domácím násilím v kroměřížského regionu.

Tento dotazník je zcela anonymní a Vámi uvedené informace budou použity pouze pro účely mého výzkumného projektu. Vyplněný dotazník zašlete, prosím, v přiložené obálce na adresu vedoucí Charitního azylového domu, p. Přikrylová, Havlíčkova 2995, Kroměříž. Jako odměnu nabízím (v případě zájmu) zaslání některých propagačních materiálů - *v tomto případě je nutná Vaše adresa, tím pádem porušení anonymity :-)*

Domácí násilí – Manuál pro lékaře

Bezpečnostní plán pro oběti domácího násilí

Karta pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi - v primární péči

Karta pro lékaře – včasná detekce DN a kontakt s jeho obětí

Informace pro pacienty (domácí násilí)

Děkuji za spolupráci

V Kroměříži dne 4. března 2007

DOTAZNÍK PRO AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

INSTRUKCE PRO VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKU: V odpovědích na některé otázky, kde uvádím více variant, můžete označit několik možností. Pokud jste se dosud nesetkal(a) Ve Vašem zařízení s případy žen postižených domácím násilím, prosím o vyplnění alespoň části dotazníku zaměřené na osvětu a prevenci DN.

I. Informace o osobě vyplňující dotazník

1. Vaše odbornost:

praktický lékař ☐
gynekolog ☐
chirurg ☐
jiná odbornost

2. Vaše pohlaví:

MUŽ ☐ ŽENA ☐

3. Sídlo Vašeho zdravotnického zařízení:

MĚSTO ☐ VESNICE ☐

II. Informace o intervenci postiženým ženám v období od 1. listopadu 2006 do 28. února 2007

4. Obracejí se na Vás o pomoc ženy postižené domácím násilím – napadené partnerem?

ANO ☐ NE ☐

5. V případě odpovědi ANO uveďte, prosím, kolik žen v uvedeném období jste ošetřil/a/ s tím, že:

- se na Vás obrátily aktivně samy

- se Vám svěřily až po Vašem konkrétním dotazu na domácí násilí

- domácí násilí jste diagnostikoval/a/ na základě přítomnosti zranění, psychických problémů či jiných symptomů svědčících pro DN a žena násilí

- přiznala

- i přesto popřela

(prosím počet v uvedeném časovém období)

Příloha 2.

6. S jakou formou násilí jste se setkal/a/ u žen, které vyhledaly Vaši pomoc? (U každé možnosti uveďte počet ve stanoveném období)

- fyzické

- sexuální

- psychické

7. V kolika případech si jejich zdravotní stav vyžádal vystavení pracovní neschopnosti?

- v ambulantní péči

- za hospitalizace

8. V čem spočívá Vaše odborná pomoc, pokud se Vám ženy postižené domácím násilím svěřily se svým problémem?

- lékařské ošetření

☐

- vyslechnutí pacientky

☐

- psychologická podpora

☐

- předání kontaktu na organizaci zaměřenou na pomoc obětem domácího násilí

☐

- odeslání na jiné odborné pracoviště
(prosím vyplňte na jaké)

- jiná možnost
(prosím uveďte)

9. V kolika případech byly ženy ochotny podat trestní oznámení na agresora?

- ženy často berou své oznámení zpět, zaznamenal/a/ jsem tolik případů:

- trestní oznámení podají až v případě přítomnosti dětí jako svědka či další oběti DN.

Ve své praxi mám informaci o tolika případech:

- v tomto období jsem se nesetkal/a/ s informací o podání trestního oznámení ☐

III. Osvěta, prevence domácího násilí na ženách

10. Domácí násilí považujete:

- za soukromou záležitost partnerů

☐

- za problematiku, kterou je stát povinen řešit

☐

11. Považujete Vaši konkrétní radu ženě (či návrh řešení) v případě DN za „manipulaci“?

ANO

☐

NE

☐

Příloha 2.

12. Domníváte se, že provádění osvěty proti domácímu násilí je:

- velmi aktuální a důležité ☐
- poměrně aktuální, ale podceňované ☐
- málo aktuální ☐
- nedostatečné ☐
- zcela přeceňované a nedůležité ☐

13. Provádíte ve vašem zdravotnickém zařízení osvětu proti domácímu násilí?

ANO

☐

NE

☐

► a) ♠ v případě odpovědi ANO je osvěta zaměřena proti násilí:

- na dětech ☐
- na seniorech ☐
- na ženách ☐
- na mužích ☐

♠ jakých dalších prostředků využíváte pro osvětu proti domácímu násilí na ženách?

- informační letáky v čekárně a ordinaci ☐

.....
.....

(prosím uveďte jaké, případně vydané kým)

- telefonní čísla a kontakty na organizace a krizová centra pomoci obětem DN ☐

- jiná možnost

► b) ♠ v případě odpovědi NE (osvětu neprovádíte) se pokuste uvést důvod:

- z časových důvodů ☐
- k osvětě a prevenci nemám materiál ☐
- osvěta nic neřeší, prevence není možná ☐
- jiná odpověď:

14. Spolupracujete s nějakou organizací zaměřenou na pomoc obětem domácího násilí?

a) ANO

☐

s jakou ?

DONA linka ☐

Bílý kruh bezpečí ☐

Azylový dům ☐

Linka pomoci Magdala ☐

Policie ČR ☐

Záchranná služba ☐

jiná možnost

b) NE

☐

Příloha 2.

15. Máte pro své pacientky k dispozici telefonní čísla na některé uvedené organizace?

ANO ☐ na které ?
.....
(uved'te)

NE ☐

16. Při své intervenci a pomoci ženám postiženým domácím násilím využíváte, opíráte se o:

- brožurku „Domácí násilí – právní minimum pro lékaře“ ☐
- Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví „Postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím“ uveřejněným ve Věstníku MZ ČR ☐
- Manuál pro lékaře vydaným BKB ☐
- Bezpečnostní plán pro oběti domácího násilí ☐
- o jiné zdroje práva
(uved'te)
- o své dlouholeté zkušenosti ☐

17. Ve Vašem zdravotnickém zařízení poskytujete intervenci (jakým způsobem?):

- ve spolupráci se zdravotní sestrou ☐
- sám – sama ☐
- provádí zdravotní sestra ☐
- jiná odpověď

18. Myslíte si, že spolupráce mezi Vámi a organizacemi zaměřenými na pomoc obětem domácího násilí je (označte možnosti):

☐ snadná ☐ problémová ☐ má jisté mezery ☐ minimální ☐ není žádná

19. Chcete sdělit něco důležitého k danému tématu, na co jsem se v dotazníku nezeptala?

.....
.....
.....

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.

Ročník 2006

Věstník

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 3

Vydáno: DUBEN 2006

Cena: 42 Kč

OBSAH

METODICKÁ OPATŘENÍ

1. Postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím str. 2

ZPRÁVY A SDĚLENÍ

1. Statut a Jednací řád Komise pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků str. 5
2. Odsouhlasené specifické léčebné programy v období leden – březen 2006 str. 24
3. Seznam registrovaných látek podle zákona č. 356/2003 Sb str. 28
4. Vydání národního seznamu prioritních látek podle zákona č. 356/2003 Sb., o chemických látkách a chemických přípravcích – sdělení str. 29
5. Průběžná informace o platných právních předpisech a směrnicích (instrukcích) vydaných na úseku Ministerstva zdravotnictví publikovaných ve Sbírce zákonů – doplnění str. 32

METODICKÁ OPATŘENÍ

1.

POSTUP LÉKAŘŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE OSOBÁM OHROŽENÝM DOMÁCÍM NÁSILÍM
--

ZN.: 6110/2006

REF.: MUDr. Iva Truellová, tel.: 224972351

Ve snaze sjednotit postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím (dále jen „ohrožená osoba“) vydává Ministerstvo zdravotnictví tento doporučující metodický pokyn, podle kterého lze postupovat i v případě pouhého podezření na ohroženou osobu, a který lze využít i při postupu jiných zdravotnických pracovníků:

Čl. 1

Domácí násilí

- 1.1. Za domácí násilí lze považovat fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi intimními partnery, tj. manžely, druhy apod.,
 - 1.1.1. ke kterému dochází ve společně obývaném bytě nebo domě, tedy v soukromí, mimo kontrolu veřejnosti,
 - 1.1.2. ke kterému dochází opakovaně,
 - 1.1.3. kdy intenzita násilných incidentů se zpravidla stupňuje.
- 1.2. Širší pojem „domácího násilí“ zahrnuje také násilí páchané na dětech a násilí páchané na seniorrech žijících ve společně obývaném bytě nebo domě.
- 1.3. Domácí násilí je vždy akt jednostranný, násilná osoba a ohrožená osoba si nikdy nemění role.

Čl. 2

Známky podezření na osobu ohroženou domácím násilím

- 2.1. Mezi známky podezření na ohroženou osobu patří zejména:
 - 2.1.1. Vícečetná poranění, zvláště hlavy, obličeje a krku.
 - 2.1.2. Jakékoli poranění ženy během těhotenství, zvláště zranění břicha a prsou.
 - 2.1.3. Četná obranná poranění.
 - 2.1.4. Delší časový úsek mezi vznikem poranění a vyhledáním zdravotní péče.
 - 2.1.5. Neuspokojivá vysvětlení vzniku poranění.
 - 2.1.6. Opakovaná poranění v anamnéze.
 - 2.1.7. Neurčité psycho-somatické stesky.
 - 2.1.8. Psychické problémy jako deprese, sebevražedné představy, úzkost, poruchy spánku.
 - 2.1.9. Závislost na pomoci.

Čl. 3

Postup lékaře při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím

- 3.1. Anamnéza
 - 3.1.1. S ohroženou osobou není vhodné hovořit v přítomnosti jiných osob, zejména partnerů či příbuzných ohrožené osoby.

- 3.1.2. Ohrožená osoba většinou z vlastní iniciativy nesdělí informace o svém problému, ale pouze na základě cílených dotazů.
- 3.1.3. Dotazy jsou zaměřené zejména na zjištění okolností vzniku poranění nebo obtíží včetně přesných časových údajů, zjištění nebo vyloučení zavinění poranění nebo obtíží druhou osobou, zjištění nebo vyloučení opakování poranění nebo obtíží v minulosti, zjištění nebo vyloučení znásilnění.

3.2. Vyšetření

Ve spolupráci s ostatními odborníky je provedeno mimo jiné:

- 3.2.1. Vyšetření poranění nebo obtíží včetně poranění staršího data.
- 3.2.2. Vyloučení nebo potvrzení požití omamných látek.
- 3.2.3. Vyloučení nebo potvrzení znásilnění.

3.3. Léčba a další opatření

- 3.3.1. Na základě stanovené diagnózy je poskytnuta odpovídající léčba poranění nebo obtíží, a to v interdisciplinární spolupráci s dalšími odborníky.
- 3.3.2. Osobě ohrožené jsou předány kontakty na příslušné organizace dle přílohy.
- 3.3.3. Osobě ohrožené je vždy doporučeno kontrolní vyšetření zdravotního stavu.

Čl. 4

Záznam do zdravotnické dokumentace o poskytnutí zdravotní péče osobě ohrožené domácím násilím

- 4.1. Záznam do zdravotnické dokumentace o poskytnutí zdravotní péče osobě ohrožené je dostatečně podrobný a obsahuje mimo jiné:
 - 4.1.1. Všechny okolnosti vzniku poranění nebo obtíží uváděné osobou ohroženou včetně časových údajů a případného uvedení totožnosti násilné osoby.
 - 4.1.2. Podrobný záznam o celkovém vyšetření osoby ohrožené včetně lokalizace a popisu případného poranění s využitím „dokumentace případů domácího násilí“ uvedené v příloze a doplněním případnou fotodokumentací.
 - 4.1.3. Záznam o všech provedených úkonech včetně příslušných opatření.

Čl. 5

Poskytování zdravotní péče osobě ohrožené domácím násilím a oznamovací povinnost

- 5.1. Novelou trestního zákona provedenou zákonem č. 91/2004 Sb. byla s účinností od 1. června 2004 zakotvena nová skutková podstata trestného činu uvedená v ust. § 215a. Jedná se o skutkovou podstatu trestného činu „Týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě“. Daná skutková podstata nepodléhá (ve smyslu § 167 nebo § 168 trestního zákona) oznamovací povinnosti vůči policejnímu orgánu nebo státnímu zástupci.
- 5.2. Při zjištění týrání nebo zneužívání dětí v rodině osoby ohrožené je nutno případ oznámit příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dětí (obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností), nebo ho sdělit na základě výzvy orgánů sociálně právní ochrany dětí, a to v souladu s § 10 nebo § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Dále musí být případ oznámen státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu v souladu s § 167 nebo § 168 v návaznosti na § 215 trestního zákona, neboť oznamovací povinnost se na trestný čin týrání svěřené osoby vztahuje.

MUDr. David Rath, v. r.
ministr zdravotnictví

Vyplňuje lékař

DOKUMENTACE PŘÍPADŮ DOMÁCIHO NÁSILÍ

(PŘÍLOHA LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY)

ZÁZNAM LOKACE ZRAŇENÍ PŘI PRVNÍM KONTAKTU S MEMOCNÝM

Místo, kde jste zjistili poranění, označte na schématu těla šipkou a spojte s příslušným popisem.

Vedle popisku označte také počet zranění stejného druhu.

ÚDAJE O PACIENTOVI:

Jméno:

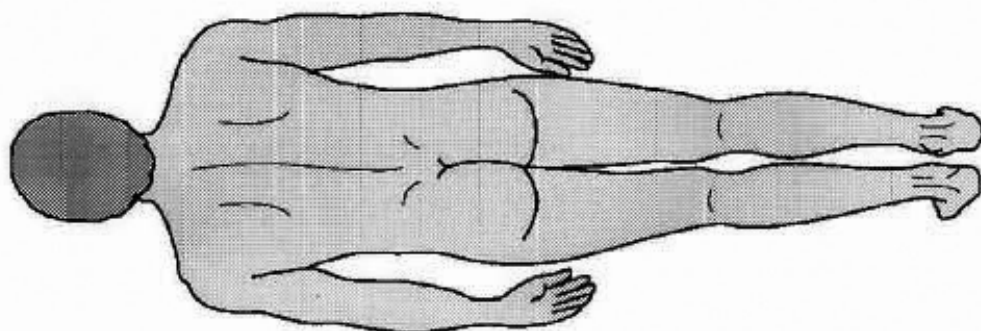
Příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Datum návštěvy:

Čas návštěvy:



☐ řezná

☐ kousnutím

☐ tržná

☐ odřenina

☐ fraktura

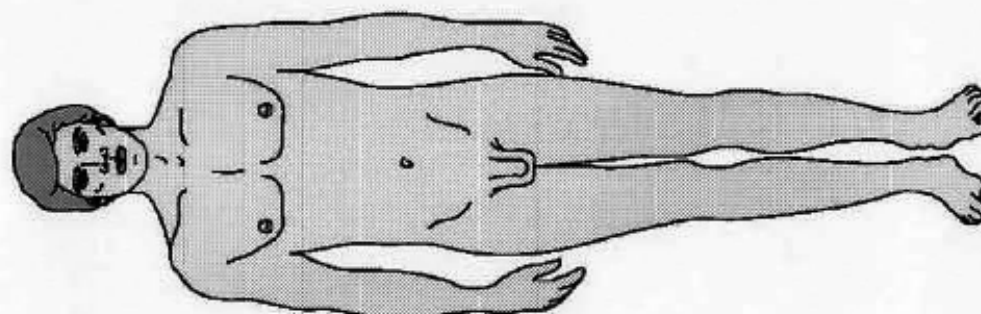
☐ bodná

☐ střelná

☐ zhmožděnina

☐ hematom

☐ jiná



Vyplňuje lékař

DOKUMENTACE PŘÍPADŮ DOMÁCIHO NÁSILÍ

(PŘÍLOHA LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY)

ZÁZNAM LOKACE ZRANĚNÍ PŘI PRVNÍM KONTAKTU S MEMOCNÝM

Místo, kde jste zjistili poranění, označte na schématu těla šipkou a spojte s příslušným popisem.

Vedle popisku označte také počet zranění stejného druhu.

ÚDAJE O PACIENTOVI:

Jméno:

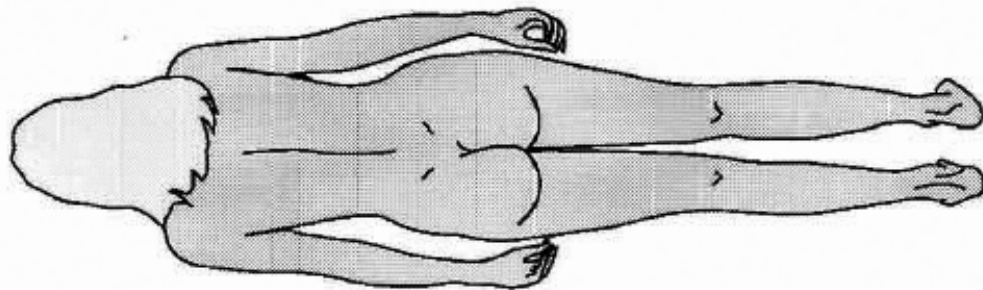
Příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Datum návštěvy:

Čas návštěvy:



☐ řezná

☐ kousnutím

☐ tržná

☐ odřenina

☐ fraktura

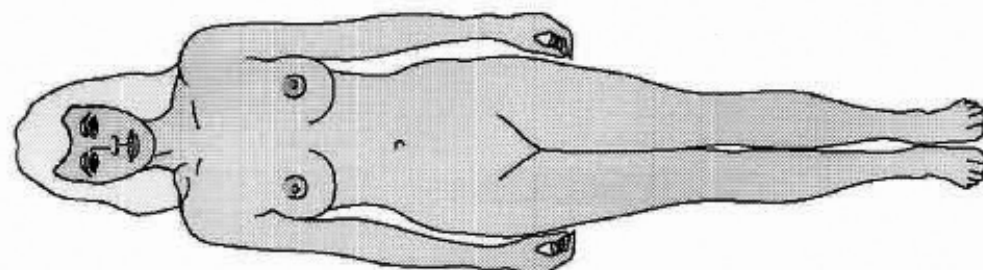
☐ bodná

☐ střelná

☐ zhmožděnina

☐ hematom

☐ jiná



Příloha

Důležité kontakty

Pokud jste obětí domácího násilí neváhejte vyhledat radu, podporu a pomoc.

Organizace	kontakt	poznámka
Policie ČR	158	nonstop
Záchraná služba	155	nonstop
Tísňové volání	112	Jednotné evropské číslo
Zdravotnické zařízení	viz Zlaté stránky	dle volby či místa bydliště
OSPOD	viz Zlaté stránky	Orgán sociálně právní ochrany dětí, dle místa bydliště
DONA linka	251 511 313	nonstop telefonická pomoc obětem domácího násilí, která poskytne další kontakty
ROSA	241 432 466 602 246 102	Centrum pro týrané a osamělé ženy
Bílý kruh bezpečí	257 317 110	nonstop Pomoc obětem trestných činů
Centrum krizové intervence	284 016 666	nonstop
Linka důvěry RIAPS	222 580 697	nonstop
Linka důvěry	viz Zlaté stránky	
Poradna pro rodinu, manžektví a mezilidské vztahy	viz Zlaté stránky	
Azylové domy		Kontakt na azylové domy poskytne příslušný sociální odbor dle místa bydliště, či DONA linka

Domácího násilí

Manuál pro lékaře

Pomůcka pro včasnou detekci domácího násilí a kontakt s jeho oběťmi

Jestliže léčíte zejména ženy, seniory nebo zdravotně postižené, ať již v rámci své soukromé praxe nebo v nemocnici, téměř jistě se mezi nimi najdou pacienti, kteří jsou **oběťmi domácího násilí** (dále jen DN). Následující doporučení by vám mohla napomoci včas rozpoznat přítomnost domácího násilí v jejich životě a zvážit vhodný způsob pomoci.

Rozpoznávání obětí domácího násilí

Oběti DN vám většinou samy od sebe sdělí jen málo informací o svém problému. Promluvte však, jestliže jim budou kladeny jednoduché a přímé otázky nekonfliktním tónem a v důvěryhodném prostředí.

S pacienty nehovořte v přítomnosti jiných osob, zejména jejich partnerů či příbuzných.

Někdy je těžké rozpoznat týranou osobu, jestliže nevyhledá pomoc v akutní fázi po incidentu. Tyto osoby často trpí studem a mohou uvádět jiné důvody pro své potíže.

Povzbudte pacienta/ku k rozhovoru. **Tažte se výslovně po incidentech DN**, pokládejte přímé otázky: *Stalo se někdy, že vás někdo blízký uhodil či jinak fyzicky napadl, nebo že vám vyhrožoval? Děje se to nyní? Cítíte se doma bezpečně?*

I. Jestliže pacient/ka potvrdí podezření na DN, postupujte takto:

1. Dokumentace

- Záznam násilné události tak, jak ji pacient/ka popisuje (*Pacient/ka sděluje, že...*), včetně jména agresora, pokud je uváděno.
- Pacientova kompletní lékařská anamnéza a důležité momenty jeho sociální anamnézy.
- Detailní popis zranění, možných příčin, mechanismu jeho vzniku a nabídnutých vysvětlení; výsledky souvisejících vyšetření; nákresy a fotografie zranění, je-li to možné.
- Názor, zda povaha zranění odpovídá pacientovu vysvětlení.
- Byla-li přivolána policie, jméno vyšetřujícího policisty a všechny provedené úkony.

2. Zhodnocení rizik pro pacienta/ku

Před propuštěním pacienta/ky zjistěte, zda se nebojí jít domů. **Signály zvýšeného rizika** jsou, jestliže agresor

- je držitelem střelné zbraně;
- je drogově závislý;
- opakovaně nebo nově vyhrožuje zabitím nebo sebevraždou;
- napadá i děti;
- již napadl i zakročující policisty;
- má sklon ke slídění či pronásledování oběti.

Pozor!

*Zjistíte-li **týrání nebo zneužívání dětí** (případně jiné svěřené osoby), hlaste případ policii. Zjistíte-li, že **v domácnosti postižené násilím mezi dospělými žijí děti**, hlaste případ **orgánu sociálně právní ochrany dětí**.*

3. Rozbor možností

A. Pacient/ka se nachází v bezprostředním nebezpečí

- Zjistěte, zda má rodinu či přátele, k nimž by mohl/a jít.
- Pokud ne, pokuste se zprostředkovat umístění v azylovém domě.
- Není-li volné místo, zabývejte se možností hospitalizace pacienta/ky.

B. Bezprostřední nebezpečí nehrozí

- Poskytněte pacientovi/pacientce kontakt na organizace pro pomoc obětem trestných činů a na krizové linky.

II. Jestliže pacient/ka popírá podezření na DN, nebo nechce o problému hovořit:

1. Sledujte znamení, která mohou indikovat násilí

- Zranění hlavy, zad, krku, trupu, prsou, břicha a genitálií.
- Četná obranná zranění.
- Delší časový úsek mezi vznikem zranění a vyhledáním lékařské pomoci.
- Vysvětlení, které neodpovídá typu zranění.
- Jakékoli zranění ženy během těhotenství, zejména zranění břicha a prsou.
- Předešlá anamnéza traumatu.
- Dlouhotrvající bolesti, pro něž není žádná zjevná příčina.
- Psychické problémy jako deprese, sebevražedné představy, úzkost, poruchy spánku.
- Partner/ka, případně příbuzní, kteří se zdají být přespříliš ochranní a jsou neustále blízko pacienta/ky

2. Je-li přítomen některý z těchto symptomů, **ptejte se dále a konkrétně:** „Vypadá to, jako by vás někdo uhodil – jak se to stalo? Lidé, kteří mají tyto potíže, bývají oběťmi násilí ve svých rodinách – děje se něco takového u vás?“

3. Při kladných odpovědích postupujte podle výše uvedeného návodu.

Jestliže **pacient/ka** nadále **popírá násilí, ale vy jste přesvědčeni o jeho přítomnosti**, zadokumentujte svůj názor a informujte pacienta/ku, kde může hledat pomoc, pokud se pro takový krok v budoucnu rozhodne (kontakt na organizace pro pomoc obětem trestných činů, krizové linky).

Závěr

Neposuzujte úspěch své intervence podle aktivity pacientů. Oběť DN je velice často ohrožena na zdraví a životě, jestliže se pokusí opustit násilného partnera/ku, a tak může trvat poměrně dlouho, než se k tomuto kroku odhodlá. Pro lékaře je značně frustrující vidět, že pacient/ka zůstává v násilném vztahu. Avšak tím, že jste pacientům poskytli porozumění pro jejich situaci a nabídli dostupnou pomoc, učinili jste vše, co bylo možné.

BEZPEČNOSTNÍ PLÁN pro oběti domácího násilí

V rozhovoru s obětí domácího násilí může pomáhající profesionál (na místě incidentu nebo ve své kanceláři) oběť informovat o základních bezpečnostních opatřeních. Oběť většinou dál sdílí společnou domácnost s násilným partnerem a situace je jinými prostředky obtížně řešitelná. V případě náhlého útoku by oběť měla pamatovat především na své zdraví a život. Bezpečí oběti je základním předpokladem budoucího řešení problému. Pomáhající profesionál by měl oběť domácího násilí poučit a informovat o tom:

- **aby se při incidentu nenechala zavřít v části domu, kde nejsou okna ani žádný východ** nebo, kde se nacházejí jakékoli možné zbraně, jako jsou např. kuchyně nebo koupelna. Pokud bydlí na venkově, měla by se vyhnout stodole nebo dílně, kde mohou být uskladněny různé nástroje.

- **aby si zapamatovala některé z důležitých telefonních čísel**, jako jsou nonstop linka pro domácí násilí, policie, regionální linka důvěry nebo azylový dům, aby naučila své děti používat telefon a zavolat policii, sousedy nebo někoho jiného, kdo může rychle pomoci.

- **aby se svěřila přátelům nebo příbuzným**, kterým důvěřuje s tím, že je doma napadána. Je důležité, aby si vytvořila vlastní podpůrnou síť, kde se jí dostane alespoň krátkodobě pomoci.

- **aby si promyslela a naplánovala únikové cesty** ze všech dveří a oken, včetně těch ve sklepě a v horních patrech. Dokáže pak lépe reagovat v situaci tísně.

- **aby si promyslela přijatelné důvody, kvůli kterým by mohla odejít** během dne nebo v noci, aby tak nevyvolala ještě intenzivnější násilí. „Možná musíte něco donést sousedům.“ „Možná jste si zapomněla tašku venku v autě.“ Doporučte jí, aby po útoku hned volala policii nebo někoho, komu věří.

- aby se předem rozhodla, **kam půjde, až se dostane ven z bytu nebo z domu**. Měla by si zjistit adresy míst v okolí bydliště, kde mají otevřeno nepřetržitě (policie, hasičská stanice, nemocnice, jiná nonstop služba či prodejna).

- aby si promyslela, **jak se tam dostane**. To je problém obětí domácího násilí na venkově nebo na samotách. (U sebe by vždy měla mít peníze nebo jízdenky). Pokud má auto, bude dobré se ujistit, že je vždy pojízdné. Také kolo je užitečné udržovat v dobrém stavu. V případě útoku s dětmi by kočárek pro děti měl být na dostupném místě.

- aby se domluvila **s přáteli nebo se sousedy na znamení**, které bude signalizovat, že potřebuje pomoc. Může zavolat z okna nebo zvednout telefon a říct: „Došla mi káva.“ nebo „Hrozně mě bolí hlava.“ nebo „Máš ještě ten červený šátek, co jsem ti půjčila?“ Doporučte jí, ať se s nimi domluví, aby zavolali policii, pokud uslyší domluvené heslo. Stejně tak je dobré sousedy požádat, aby zavolali policii, pokud uslyší něco, co zní jako probíhající napadení, pokud uslyší křičet nebo plakat děti, nebo zvuky násilí jako je rozbíjení nábytku nebo skla.

- **aby si zabalila pohotovostní tašku** s penězi, oblečením a důležitými dokumenty. Také ať si uschová drobné na telefon, klíče od auta a od domu a dostatek peněz (nejlépe na místě mimo dům, kde se k nim může rychle dostat). V nouzové situaci bude možná donucena odejít bez peněženky nebo kabelky, kde si většina lidí nechává peníze, kreditní karty a klíče. Možná by si tašku mohla nechat u souseda nebo v kufru auta.

- **aby přemýšlela, pokud je oběť nepohyblivá nebo v důchodovém věku**, která místnost v domě je pro ni nejbezpečnější.

Pokud má oběť malé děti, je možné, že nebude schopna utéci s nimi. V takovém případě by se měla co nejdříve vrátit s policistou a vyzvednout je. Nejenže mohou být v nebezpečí napadení, ale násilník se může rozhodnout, že je použije jako rukojmí. Děti by měly vědět, kde je v bytě nebo v domě bezpečné místo – pokoj, který lze zamknout – a jak utéci k sousedům, pokud by potřebovaly pomoc nebo chtěly zavolat pomoc. Měly by vědět, že jejich úkolem je zůstat v bezpečí a ne bránit a chránit oběť. Mohly by přitom být zraněny.

Při náhlém odchodu z domova by si oběť domácího násilí měla vzít s sebou:

- ☐ průkaz totožnosti svůj a rodné listy dětí,
- ☐ průkaz o nemocenském pojištění pro sebe a děti,
- ☐ doklady o svém vztahu k bytu – nájemní smlouvu aj., případně adresu pronajímatele,
- ☐ pracovní smlouvu / rozhodnutí o odchodu / rozhodnutí pracovního úřadu / rozhodnutí sociálních úřadů,
- ☐ rozhodnutí o svěření dětí do péče,
- ☐ doklady o přístupu k účtu,
- ☐ léky, brýle, lékařské předpisy a věci denní potřeby pro sebe a děti (oblečení, hygienické potřeby, hračky),
- ☐ policejní záznamy o dřívějších oznámeních,
- ☐ svůj telefonní adresář.

Informujte oběť, aby uschovala jakékoliv důkazy o fyzickém násilí (roztrhané oblečení, fotografie modřin a zranění atd.). Pokud by byla zraněna, aby vyhledala lékaře, oznámila mu, co se jí stalo a požádalo ho, aby její zranění zadokumentoval.

NONSTOP LINKA DONA

Linka pro pomoc obětem domácího násilí

2 51 51 13 13

BEZPEČNOSTNÍ PLÁN

● Pro případ vyhrocení situace zvažte tyto kroky:

- Uchovejte si u osoby, které věříte náhradní klíče, oblečení, důležité dokumenty, lékařské předpisy a určitý peněžní obnos.
- Uchovejte si všechny důkazy o fyzickém násilí (roztrhané oblečení, fotografie modřin a zranění atd.).
- Naplánujte si nejbezpečnější dobu k případnému útoku.
- Pamatujte si, kam se můžete obrátit se žádostí o pomoc. Řekněte někomu, co se u vás děje.
- Noste s sebou telefonní čísla svých přátel, příbuzných a azylových domů.
- Nepopírejte násilí před dětmi, řekněte jim pravdu a určte jim bezpečné místo v bytě – pokoj, který lze zamknout, sousední dům, kam se mohou v případě ohrožení ukrýt. Poučte je, že jejich úkolem je zůstat v bezpečí, a nikoliv vás ochraňovat.
- Domluvte si signál se sousedy (např. světlo venku je rozsvícené = volejte policii).
- Nestyďte se vyhledat pomoc příbuzných a odborníků.

● Když jde o život:

- Pokud jste v nebezpečí a potřebujete pomoc, volejte policii.
- Pokud jste napaden(a) během volání na policii, nechte telefon vyvěšený, mluve a křičte.
- Když přijede policie, jděte s ní do jiného pokoje, abyste mohl(a) mluvit bez přerušování.
- Pokud jste zraněn(a), jděte na pohotovost nebo k lékaři a oznamte, co se vám stalo. Požádejte je, aby vaši návštěvu zadokumentovali, případně vám napsali zprávu.
- Po útoku ihned neuklizejte a důkazy (rozbité sklo, roztrhané oblečení, chomáče vlasů atd.) uložte do igelitového sáčku a předejte je policii.
- Škody vyfotografujte, snímky dejte vyvolat i s datem, je-li to možné.
- Zjistěte jména a čísla zasahujících policistů.
- Vyhledejte pomoc odborníků.



INFORMACE PRO PACIENTY (DOMÁCÍ NÁSILÍ)

Přes víkend jsem sbalila svůj dosavadní život do dvou kufrů a spolu se dvěma malými dětmi jsem odešla. Konečně jsem se rozhodla. Za zády jsem nechala rodiče, dům, práci, přátele, především jsem za sebou zanechala mého manžela, otce našich dětí, který se za dobou našeho soužití proměnil v nebezpečné monstrum.

...manžel určil pravidla, rozdělil úkoly a vládl pevnou rukou despotickeho diktátora. Stala jsem se služkou a rohožkou a neměla jsem tušení jak a proč. Po večerech byl z našich oken slyšet jeho křik. Sousedům přes ulici bylo trapně. Já se šileně styděla a neříkala nikomu nic. Společným znakem těchto epizod bylo, že jsem nechápala, odkud se vzaly, co bylo příčinou, co jsem udělala špatně. Měli jsme přece být šťastni. Byli jsme mladí, zdraví, měli jsme nádherné děti, práci a střechu nad hlavou.

Nebojovala jsem. Snažila jsem se být lepší, chtěla jsem vyhovět. Netušila jsem, že jen dělám místo natékajícímu egu, které posléze dorostlo takových roz-

měrů, že se vedle něj nedalo dýchat. Výsledkem byl vždy další útok, který přišel o něco rychleji než ten minulý a s o něco větší intenzitou. Říkala jsem si, že vydržím všechno, jen aby děti měly úplnou rodinu. Rozvod mi připadal jako sprosté slovo. A pak se mi to všechno vrátilo jako bumerang – v našich dětech. Jak dorůstaly, začalo je víc a víc ovlivňovat, co se dělo kolem nich...

Mnoho lidí si dodnes myslí, že moje řešení bylo přespříliš radikální. Já ne. Měla jsem za sebou téměř deset let domácího násilí všech možných podob a forem. Měla jsem za sebou dlouhou cestu od naivní osmnáctileté nevěsty k dospělé ženě a mámě, která se učí znát a respektovat sama sebe. Odešla jsem daleko od něho. Všechny další starosti stály zato. Vidět, jak jsou děti bezstarostné, jak usínají beze strachu a jak mají zase jenom dětské problémy, bylo pro mě tou největší odměnou. Uvědomila jsem si, že jsem dokázala něco, co mnoho žen přede mnou dokázat nemohlo. Dostat sebe a děti do bezpečí dřív, než bylo pozdě.

POKUD JSTE OBĚTÍ DOMÁCIHO NÁSILÍ NEVÁHEJTE VYHLEDAT RADU, PODPORU A POMOC.

NEJDŘÍVE JDE O LIDSKOU DŮSTOJNOST,

Domácí násilí začíná tím, že blízká osoba:

- vás opakovaně uráží;
- vás opakovaně ponižuje před ostatními lidmi;
- je ve vztahu k vám majetnická a žárlivá;
- vám zakazuje styk s přáteli a s vaší rodinou;
- kontroluje veškeré vaše finance.



KDE HLEDAT RADU A PODPORU – DOPORUČENÉ KONTAKTY

- | | | |
|--|--------------------|----------------|
| – Příbuzní, přátelé | | |
| – Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy | viz Zlaté stránky | |
| – Linky důvěry v místě | viz Zlaté stránky | |
| – Linka důvěry RIAPS | 222 580 697 | nonstop |
| – Centrum krizové intervence | 284 016 666 | nonstop |

PAK JDE O ZDRAVÍ

Domácí násilí pokračuje, když blízká osoba:

- vám vyhrožuje a zastrašuje vás;
- vám opakovaně fyzicky ubližuje;
- vás přinutí k sexuálním praktikám, které se vám nelíbí, nebo je přes váš odpor na vás vykoná;
- opakovaně ničí vaše věci.



KDE HLEDAT POMOC – DOPORUČENÉ KONTAKTY

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------|
| – Záchraná služba | 155 | nonstop |
| – Zdravotnické zařízení | praktický lékař | |
| – ROSA | 241 432 466 | |
| (centrum pro týrané a osamělé ženy) | 602 246 102 | |
| – Azylová zařízení v místě | informace poskytnete DONA linka | |
| – Bílý kruh bezpečí | 257 317 110 | nonstop |
| (poradna pro oběti trestných činů) | | |

A NAKONEC JDE O ŽIVOT.

Domácí násilí může končit tím, když blízká osoba:

- požaduje naprostou kontrolu nad vším, co děláte;
- ve vás vzbuzuje vydíráním obavy o život;
- vám opakovaně vážně fyzicky ubližuje;
- vám vyhrožuje zmrzačením nebo zabitím.



KDE HLEDAT ZÁCHRANU – DOPORUČENÉ KONTAKTY

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------|
| – Policie ČR | 158 | nonstop |
| – Záchraná služba | 155 | nonstop |
| – Zdravotnické zařízení | praktický lékař | |
| – Azylová zařízení v místě | informace poskytnete DONA linka | |
| – ROSA | 241 432 466 | |
| (centrum pro týrané a osamělé ženy) | 602 246 102 | |
| – Bílý kruh bezpečí | 257 317 110 | nonstop |
| (poradna pro oběti trestných činů) | | |

VE VŠECH PŘÍPÁDECH VOLEJTE LINKU POMOCI
PRO OBĚTI DOMÁCIHO NÁSILÍ – NEPŘETRŽITÝ PROVOZ



DONA LINKA 2 51 51 13 13