

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

Domácí násilí páchané na ženách

Bakalářská práce

Autor práce: **Teuberová Petra**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2022

CHARLES UNIVERSITY
COLLEGE OF MEDICINE – HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NONMEDICAL STUDIES

Domestic violence against women

Bachelor thesis

Author: **Teuberová Petra**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Všechny zdroje včetně elektronických, ze kterých jsem čerpala informace, jsem řádně ocitovala v seznamu literatury a pramenů na konci práce.

V Hradci Králové dne

.....

Petra Teuberová

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Jířímu Marešovi, CSc., za odborné konzultace, cenné rady, připomínky a podporu při psaní této práce, dále RNDr. Evě Čermákové za pomoc při zpracování výzkumné části bakalářské práce. Chtěla bych poděkovat také vedení Fakultní nemocnice v Hradci Králové a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Mgr. Daně Vaňkové za umožnění výzkumného šetření a zdravotním sestřám, které se výzkumu zúčastnily.

Obsah

Úvod.....	8
1 TEORETICKO-PŘEHLEDOVÁ ČÁST.....	10
1.1 Násilí	10
1.2 Domácí násilí	10
1.3 Historický kontext.....	11
1.4 Znaky.....	12
1.5 Pachatel	13
1.5.1 Typologie osobnosti pachatele.....	14
1.6 Oběť	14
1.7 Formy DN	15
1.8 Příčiny	16
1.9 Teorie	17
1.9.1 Jednofaktorové teorie.....	17
1.9.2 Multifaktorové teorie	18
1.10 Dynamika DN	18
1.10.1 Fáze zvyšování napětí.....	19
1.10.2 Fáze incidentu	19
1.10.3 Fáze usmíření	20
1.11 Mýty ohledně domácího násilí.....	20
1.12 Následky DN.....	21
1.12.1 Fyzické dopady	21
1.12.2 Psychické dopady	21
1.12.3 Sociální dopady.....	22
1.12.4 Ekonomické dopady	22
1.12.5 Syndrom týrané ženy	22
1.12.6 Posttraumatická stresová porucha.....	23
1.12.7 Stockholmský syndrom.....	24
1.13 Domácí násilí v době koronavirové	25
1.13.1 Četnost	25
1.13.2 Intenzita	26
1.14 Prevence DN	26
1.14.1 Primární prevence	27

1.14.2	Sekundární prevence	27
1.14.3	Terciární prevence	27
1.15	Pomoc ohroženým osobám	28
1.16	Provázanost a spolupráce mezi institucemi.....	29
1.16.1	Intervenční centra	29
1.16.2	Zdravotníci.....	32
1.16.2.1	Pacient – oběť domácího násilí	33
1.16.2.2	Legislativa platná pro zdravotnický personál.....	33
1.16.2.3	Komunikace s osobou ohroženou domácím násilím.....	34
1.16.2.4	Komunikační chyby.....	35
1.16.2.5	Screeningy používané při odhalování DN.....	36
1.16.2.6	Postup při poskytování zdravotní péče.....	37
1.16.3	Neziskové nízkoprahové pomáhající organizace.....	38
1.16.3.1	ROSA	38
1.16.3.2	Bílý kruh bezpečí.....	38
1.16.3.3	Nomia	39
1.17	Vybrané výzkumy	39
2	EMPIRICKÁ ČÁST	43
2.1	Cíle výzkumné části práce	43
2.2	Charakteristika výzkumu	44
2.2.1	Použité metody	44
2.2.2	Organizace výzkumného šetření.....	45
2.3	Charakteristika zkoumaného souboru zdravotních sester	45
2.4	Výsledky	48
2.4.1	Významnost rozdílů související s věkem respondentů.....	48
2.4.2	Významnost rozdílů související se délkou praxe.....	53
2.4.3	Významnost rozdílů související se specializací kliniky, na které pracují.....	67
2.4.4	Významnost rozdílů související s připraveností sester.....	80
2.4.4.1	Významnost rozdílů související s připraveností sester pomoci pacientce trpící domácími násilím připravit bezpečnostní plán.....	80
2.4.4.2	Významnost rozdílů související s připraveností sester klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	85
2.4.4.3	Významnost rozdílů související s připraveností sester dokumentovat historii domácího násilí.....	90

2.4.4.4 Významnost rozdílů související s připraveností sester identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	94
2.4.4.5 Významnost rozdílů související s připraveností sester vhodně reagovat na odhalení zneužívání	100
2.5 Diskuse	106
Závěr	112
Abstrakt.....	115
Zdroje.....	117
Seznam grafů	125
Seznam tabulek	127
Seznam příloh	128
Přílohy.....	129

Úvod

„Násilí na ženách a dívkách je nemocí celého světa. Je morální potupou, hanbou všech společností a vážnou překážkou inkluzivního, spravedlivého a udržitelného rozvoje. Násilí na ženách a dívkách je ve své podstatě projevem hlubokého nedostatku úcty a selhání mužů uznat přirozenou rovnost a důstojnost žen.“

— generální tajemník OSN António Guterres (OSN, 2020)

Domácí násilí (dále také jen „DN“) komplikuje život mnoha lidem. Celosvětově je k roku 2020 evidováno 243 milionů partnerských násilných útoků. (OSN, 2020) Partnerské násilí je velmi vyčerpávající. Oběť má na paměti počátky vztahů, které byly krásné, upíná se k nim a dlouho doufá, že násilí bylo jen jednorázovou záležitostí, která se znovu nebude opakovat. S přibývajícými incidenty začíná pochybovat. Přichází o pocit bezpečí, které jí poskytoval domov. Mnohdy je pod nátlakem pachatele donucena se sociálně izolovat. Tím přichází o naději, že její situace bude někým odhalena, pokud nemá dostatek odvahy opustit pachatele sama.

Role zdravotníků při odhalování domácího násilí a pomoci oběti je významná. Mnohdy může být zdravotník jediným pojítkem se svobodou. Je tedy na zdravotníkovi, aby byl náležitě připraven na interakci s obětí DN. Diagnostika může být často velmi obtížná, neboť navenek může pár působit spořádaně. Důležité je rozpoznat znaky domácího násilí. Klíčem k diagnostice je empatická, šetrná, cílená komunikace. Zdravotník by měl poskytnout potřebné informace, které často žena nemůže získat kvůli nepřetržité kontrole. Upozornit na toxicitu vztahu, která některým obětem připadá v pořádku. Správně vést dokumentaci a tím pomoci ženě při případných soudních jednáních.

Praktická část bakalářské práce byla určena pro zdravotní sestry. Dotazníkové šetření mělo zmapovat připravenost sester diagnostikovat DN. Dále jsem zkoumala, zda zdravotníci vědí, jak s obětí komunikovat, jak oběti pomoci, také jak zvládají založit a vést dokumentaci o historii domácího násilí.

Téma „Domácí násilí páchané na ženách“ jsem si zvolila proto, že jako budoucí zdravotník se mohu s obětí DN setkat. Chtěla jsem získat větší přehled o problematice domácího násilí, jak správně postupovat při odhalování domácího násilí, jaké organizace,

které se zabývají pomocí obětem domácího násilí, bych mohla ženám doporučit. Dále jsem chtěla zjistit, jak správně komunikovat s obětí. A také jsem chtěla zjistit, jak si počínají zdravotníci při setkání s osobou, u které se domnívají, že je obětí DN, kolik případů domácího násilí zdravotníci odhalí, jak jsou připraveni diagnostikovat DN, dokumentovat historii, komunikovat s obětí.

1 TEORETICKO-PŘEHLEDOVÁ ČÁST

Přehledová část je koncipována tak, že první část tvoří vymezení pojmů násilí a domácí násilí, historický kontext domácího násilí. Následuje výklad pojmů znaky domácího násilí, popis pachatele a oběti, formy domácího násilí, příčiny a teorie vzniku domácího násilí. Výklad pokračuje rozbořem dynamiky domácího násilí, mýty o domácím násilí a následky domácího násilí. V další části je zmíněn specifický problém-násilí v době koronavirové. Finální část se zabývá prevencí domácího násilí, pacientem jako obětí domácího násilí, screeningem k odhalování obětí, pomocí ohroženým osobám, provázaností a spoluprací mezi institucemi se zaměřením na zdravotníky. Poslední část se podrobněji věnuje typologii násilníků a typologii obětí, popisuje dopady domácího násilí, přibližuje složitý problém, jak účinně komunikovat s oběťmi násilí.

1.1 Násilí

WHO definuje násilí jako „záměrné použití nebo hrozbu použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu“ (Krug, 2002, str. 5). „Násilí je nepřijatelné, působí bolest a utrpení, a proto je potřeba mu zamezit a přispět tak k zajištění bezpečí pro ty, kteří mu jsou vystaveni“ (Jakobsen a kol., 2017, str. 20). Násilí se hojně vyskytuje v různých oblastech společenského života a spolu s agresí vytváří nejzávažnější současné problémy v životě lidí (Špatenková a kol., 2017).

1.2 Domácí násilí

Celosvětově je domácí násilí uznáváno jako hlavní, ale nedostatečně identifikovaný veřejný zdravotní a sociální problém mezi heterosexuálními a homosexuálními páry (Baker a kol. 2013). Následky DN mají na zdraví všech členů rodiny negativní krátkodobý či dlouhodobý vliv (Campbell, 2002). Děti a mladí lidé žijící v rodinách, kde došlo k DN, jsou vystaveni riziku zneužití a dalším souvisejícím vlivům, které mají negativní dopad na jejich zdraví (Nicklas a kol.2013). Zdravotní sestry a lékaři hrají zásadní roli při řešení těchto problémů. Včasná identifikace může snížit následky domácího násilí a pomoci zabránit násilí dalšímu. (Leppakoski a kol., 2014)

Definice domácího násilí není jednoduchá. Odlišnosti v definici vyplývají z toho, na jaké vztahy se zaměřuje. Na rozdíl od německy mluvících zemí se v anglicky mluvících zemích pojmem domácí násilí označuje zejména násilí mezi partnery. Anglicky mluvící země také využívají termíny intimní násilí (intimate violence) nebo partnerské zneužívání (partner abuse). Německy mluvící země převážně užívají termín násilí v rodině a domácnosti (Gewalt in der Familie und naher Umgebung, hausliche Gewalt). Tento termín je komplexnější a zahrnuje široké spektrum rodinných vztahů mezi předky, potomky, sourozenci, manželi současnými nebo minulými, druhem a družkou. K této definici se přiklání i východoevropské země. (Voňková, 2008)

V prosinci roku 1993 přijalo valné shromáždění Organizace spojených národů (OSN) následující vymezení, podle něhož je násilím na ženách: „jakýkoliv čin genderově podmíněného násilí, který vede nebo může vést k fyzické, sexuální či psychické újmě či utrpení žen, včetně hrozeb takovýmito činy, nátlaku nebo svévolného zbavení svobody, ať už ve veřejném či soukromém životě“. (Organizace spojených národů, 1993, str. 2)

Dle Světové zdravotnické organizace z roku 2012 je „intimní partnerské násilí jednou z nejčastějších forem násilí na ženách a zahrnuje fyzické, sexuální a emocionální zneužívání a ovládání chování ze strany intimního partnera“ (World Health Organization, 2012, str. 1).

Dle Úmluvy Rady Evropy o prevenci a potírání násilí vůči ženám a domácího násilí, známé jako Istanbulská úmluva (čl. 3) se domácí násilí definuje jako všechny činy fyzického, sexuálního, psychického nebo ekonomického násilí, k nimž dojde v rámci rodiny či domácnosti, nebo mezi bývalými či současnými manželi a partnery, bez ohledu na to, zda pachatel sdílí nebo sdílel společné bydliště s obětí. Násilí je dle Istanbulské úmluvy (čl. 3) porušení lidských práv, forma diskriminace žen a všechny násilné činy založené na pohlaví, které vedou nebo mohou vést k fyzické, sexuální, psychické nebo ekonomické újmě nebo utrpení žen, včetně hrozeb takovým činem, donucování či svévolného zbavení svobody, ať na veřejnosti nebo v soukromí. (Vláda České republiky, 2018)

1.3 Historický kontext

Domácí násilí bylo po dlouhou dobu zatajovaným problémem, který byl vnímán jako hluboce soukromá záležitost a nikdo si nedovolil zasahovat. Důvody utajování byly podníceny historickým kontextem a patriarchální společností. Patriarchální společnost vycházela ze svrchované pozice muže vůči ženě. Historickým kontextem je například Nový

zákon (Pavlův list Efezským, kapitola 5), který pojednává o poslušnosti ženy vůči muži. Stejně jako Kristus je hlavou církve a církev se mu poddává, měl by být muž hlavou své ženy a žena by se měla vždy poddávat svému muži jako pánovi. Postavení ženy vůči muži bylo ve středověku součástí nejen církevního, ale také občanského práva. Sňatkem přebírá manžel od otce poručnictví nad ženou. Manžel tím získal právo na další výchovu své ženy, přičemž výchova často zahrnovala použití fyzických trestů. (Velikovská, 2016)

V období renesance začaly vztahy mezi ženou a mužem nabývat více partnerských rysů, avšak i přes tento pokrok zůstal zachován respekt vůči právu otce a manžela. Z výše uvedených skutečností vyplývá, že trestání žen bylo běžnou tolerovanou praktikou, tudíž domácí násilí není pouze novodobou záležitostí. Zkoumání problematiky násilí začalo v České republice oproti USA a Velké Británii se zpožděním. K vnímání domácího násilí jako trestného činu přispěla v 60. a 70. letech 20. století feministická hnutí, která poukazovala na DN a vyžadovala řešení. Problematika domácího násilí v Československé republice se začala zkoumat intenzivněji s rozvojem sociálních debat, které byly možné díky změně politického režimu. (Holá a kol., 2016)

1.4 Znaky

Je důležité mít na paměti, že každý případ je individuální, a proto nemusejí být níže vyjmenované znaky striktně přítomné u každého případu (Stočasová a kol., 2020).

Specifickým znakem je **intimní blízkost osob**. Účastníci mají většinou mezi sebou partnerský nebo manželský svazek, citovou, finanční, materiální vazbu a společnou minulost. (Stočasová a kol., 2020)

Neveřejnost domácího násilí znamená, že k násilným aktům dochází na privátním, dostatečně soukromém místě, které je stranou od případných svědků. Proto se někdy setkáváme s pojmem „násilí za zavřenými dveřmi“. (Stočasová a kol., 2020) Někdy dochází k mýlkám, že se partnerské násilí odehrává pouze při sdílení společné domácnosti. Avšak společný domov není znakem pro partnerské násilí. Domácí násilí se odehrává i mezi intimními partnery, kteří spolu domácnost nesdílí. (Dohnal a kol., 2017)

Dalším ze znaků je **jednostrannost násilí**, kdy role oběti a násilníka jsou jasně dané. Pachatel své **násilí dlouhodobě opakuje**, nejedná se pouze o jednorázovou záležitost. Jedná se o tzv. **cyklický charakter** DN, který je blíže popsán v kapitole Dynamika DN. Násilník se stává nebezpečnějším, vynalézavějším a své úsilí stupňuje, takzvaně **eskaluje**. Oběť dlouho věří, že jednání partnera je výjimečné a ojedinělé. Po dlouhou dobu doufá ve zlepšení

partnerova chování. (Holá a kol., 2016) Mimo soukromí „dokáže násilník působit jako tolerantní a pozorný člověk“ (Matoušek a kol., 2005, str. 228). Kvůli těmto skutečnostem je DN obrovskou ranou pro psychiku oběti a je považováno za velmi nebezpečnou formu násilí (Úlehlová a kol., 2009).

1.5 Pachatel

„Pachatelem domácího násilí může být prakticky kdokoliv, kdo žije ve společnosti s jinou osobou“ (Čech a kol. 2011, str. 25). Pachatel je jedinečná osoba. Vytvoření typologie pachatelů je obtížné a slouží pro zjednodušení identifikace. (Ševčík a kol., 2011) Obecně platí, že ne každý pachatel musí oplývat níže vyjmenovanými rysy a stejně tak ne každá osoba, která má některý z těchto rysů je agresor. Odborníci přisuzují pachatelům DN následující charakteristiky. (Stočasová a kol., 2020)

Pachatel může trpět **nedostatkem empatie**, nedokáže se vcítit do oběti, nedokáže s ní soucítit, nezajímají ho důsledky jeho chování. I přes to, že pachatel navenek působí jako silná a sebevědomá osoba, může mít **nízkou sebeúctu**, kterou si kompenzuje skrze partnerku. (Stočasová a kol., 2020) Odborníci se shodují, že častým znakem bývá tzv. pachatelova **dvojí tvář**. Pachatel ve společnosti působí jako velmi ohleduplný, vzorný partner, ale za zavřenými dveřmi se stává tyranem, který demonstruje svou frustraci cíleným násilím proti ženě. (Voňková a kol., 2016) Muž páchající domácí násilí často uznává tradiční patriarchální vztah, nadřazenost muže nad ženou a **striktní rozdělování genderových rolí**. Velká část nynějších pachatelů měla, co dočinění s **násilím v primární rodině**, buď jako svědek, anebo přímo jako oběť násilí. Tím mohlo dojít u pachatele v průběhu socializace k **vnímání násilí jako legitimního prostředku dosahování potřeb**, cílů a naplňování **nepřiměřené touhy po spravedlnosti**. Dále může ze strany pachatele docházet k **nadměrnému naléhání** na oběť v otázkách zásadních životních milníků jako je společné bydlení, narození dítěte, byť je vztah v počátcích. (Stočasová a kol., 2020) O výsledku těchto zásadních i méně zásadních otázek však rozhoduje pouze pachatel na důkaz své **dominance** (Daligand, 2014). Pachatelova **přílišná žárlivost a majetnictví** jsou známkami závislosti na svém protějšku. Jakékoliv podezření na ohrožení vztahu má pachatel potřebu řešit ihned v počátku např. zákazem se stýkat s osobami, či eskalováním hádky, což naznačuje viníkovu **nižší odolnost vůči stresu, nedostatečný nadhled, vyšší míru impulzivity**. Muž páchající násilí se **snaží přenést odpovědnost za své činy na své okolí** pomocí popírání či bagatelizace. (Stočasová a kol., 2020) Například není výjimkou, že pachatel ospravedlňuje

použití násilí, tím že před incidentem požil **alkohol či jiné omamné látky**. Riziko násilí s užitím návykové látky včetně alkoholu stoupá. (Jakobsen a kol., 2017) **Nestálý životní styl, nezaměstnanost**, nestanovené priority, absence pevných hranic může vést k budování nepříznivých návyků, které pak mohou dále vést k násilnému chování. (Stočasová a kol., 2020).

Tyto povahové rysy se někdy mohou přibližovat rysům, které lze nalézt při poruchách osobnosti (egocentrismus, manipulace, ztráta pocitu viny) (Voňková a kol., 2016).

1.5.1 Typologie osobnosti pachatele

V praxi se využívají nejčastěji dvě typologie. První z nich sestavil Holtzworth-Munroe a Stuart v roce 1994. V této typologii se původci násilí rozdělují do tří kategorií. V první kategorii je **člověk, který páchá násilí pouze v rodině**. Do druhé kategorie spadá jedinec, tzv. **hraniční jedinec**, který primárně atakuje rodinu, avšak někdy se jeho agrese projeví i na veřejnosti. Třetí kategorie zaštiťuje **obecně násilné, antisociální jedince**, kteří neváhají agresí rozšířit i na vnější okolí, v případě partnerských vztahů pak dochází k závažnému až brutálnímu násilí. (Stočasová a kol., 2020)

Druhá typologie vznikla v roce 1998. Jacobson a Gottman rozdělili pachatele do dvou skupin – kobry a pitbulové. První typ – **typ kobry** – je extrémně násilnický, dominantní typ, který nepocituje vinu ani empatii, využívá násilí jak v rodině, tak i ve vnějším prostředí. Obvykle byl vystaven násilí již v primární rodině a terapie je málo kdy účinná. Druhý typ – **typ pitbula** – obrací mírnější formy násilí především proti rodině/partnerce, na které je extrémně žárlivý. Snaží se docílit, aby oběť byla na pachateli závislá materiálně, finančně, citově... (Voňková a kol., 2016)

1.6 Oběť

Obětí domácího násilí může být kdokoliv. Na rozdíl od pachatelů násilí, pro oběti neexistuje žádná typologie. (Voňková a kol., 2016) Pravděpodobnost, že se žena stane obětí domácího násilí zvyšuje přítomnost **násilí v primární rodině**. To znamená, když byla matka týraná, tak je větší pravděpodobnost, že dcera se stane také obětí nebo bude agresí hůře vzdorovat. Je zde totiž větší riziko, že si vybere partnera se stejnými povahovými rysy a bude jeho **chování omlouvat**, protože tento vzorec chování bude považovat za běžný. (Čech

a kol. 2011) Rizikovým faktorem může být i zdravotní nebo psychické znevýhodnění ženy (Kopecká, 2015). Typickým rysem pro oběť je **rozporuplnost**. Na jedné misce vah leží násilí, které je na ní pácháno, na druhé straně omluvy a sliby partnera týkající se zlepšení, zachování rodiny, ekonomické stability, psychického nátlaku ze strany partnera a v neposlední řadě silná citová závislost na partnerovi. (Čech a kol. 2011) V některých případech, kdy žena nedokáže opustit pachatele, můžeme hovořit o **syndromu připoutání**. Tento syndrom se vyznačuje tím, že oběť není schopna opustit násilný vztah, je loajální k pachateli a nevyhledává pomoc z venku. (Cimrmannová a kol., 2013)

Rychlý odchod z násilného partnerského vztahu nastává v případě, kdy má žena povědomí o zdravém vztahu a po několika násilných epizodách si uvědomí, že zde je něco špatně (Voňková, Spoustová, 2016). U některých obětí může definitivní rozhodnutí opustit násilníka trvat dlouho a může se jednat o více pokusů. Toto rozhodnutí není jednoduché. Žena ze svého pohledu ztrácí vztah. Z jiného úhlu pohledu by se dalo říct, že se odprošťuje z násilného vztahu. Zároveň s tím přichází o domov, společné přátele, musí řešit společné majetko-právní záležitosti a řeší situaci kolem dětí. (Ševčík a kol., 2011)

Vystává zde otázka, proč ženy od pachatele neodejdou, avšak je zde mnoho faktorů, které ženě znesnadňují odchod. **Láska i strach**. V mnohých případech dochází k tomu, že milovaný životní partner je právě oním původcem strachu. Láska většinou nezmizí ihned po první násilné epizodě, ale právě s přibývajícimi ataky postupně opadá. Často oběti pociťují **vinu a stud**, za to že nemají funkční a bezpečný vztah. Někdy přebírají za mužovo násilí zodpovědnost, vinní samy sebe, a proto neuvažují o odchodu. Pocity viny mohou prohloubit i mýty a tvrzení, že si za násilí mohou samy, nebo že nic nechtějí měnit. Všechny tyto situace **poškozuji sebevědomí** ženy. Neustálá kritika od pachatele prohlubuje jejich nejistotu. Ženy pak mají tendenci se izolovat od společnosti, protože mají pocit, že pro společnost nejsou dostatečně dobré. To pak upevňuje **pocit osamělosti** a bezmoci. Odchod od partnera ztěžují **děti**. Některé ženy radši ve vztahu zůstanou. Mají pocit, že je to pro děti to nejlepší, protože dítě potřebuje otce. Jiné ženy se rozhodují na základě **ekonomické závislosti**, pachatelé mají často snahu ujišťovat ženy, že bez nich by nedokázali žít. (Jakobsen a kol., 2017)

1.7 Formy DN

Dle Ševčíka (2011) rozlišujeme pět forem domácího násilí – fyzické, psychické a sexuální násilí, sociální izolaci, ekonomickou kontrolu. Holá a kol (2016) udává ještě šestou

formu domácího násilí – stalking neboli pronásledování. „V praxi se mohou jednotlivé formy prolínat“ (Cimrmannová a kol., 2013, str. 86).

Fyzická forma násilí zahrnuje tělesné útoky (facky, strkání, škrcení, pálení cigaretou, poranění předměty, tahání za vlasy), které nemusí být zacíleny pouze na oběť, ale také na blízké osoby či mazlíčky (Ševčík a kol., 2011).

Psychická forma násilí je dle Hirta a Vorela (2016, str. 185) „poškození oběti způsobené hrozbami či donucovací taktikou. Zahrnuje slovy či gesty vyjádřenou hrozbu fyzického nebo sexuálního násilí“. Konkrétní příklady jsou: nadávky, ponižování, zesměšňování, obviňování, odepírání spánku či potravy, zákazy omezující svobodné rozhodování. Patří sem také vytváření život ohrožujících situací (riskantní jízda autem...) a citové vydírání sebevraždou (Ševčík a kol., 2011). Psychická forma násilí se vyskytuje pokaždé, ne vždy však musí dojít k fyzickému násilí (Holá a kol., 2016).

Sexuální forma násilí „je čin namířený proti sexualitě druhého člověka, který mu má ublížit, způsobit bolest, zastrašit ho nebo ponížit, aby jednal proti své vůli (Jakobsen a kol., 2017, str. 36)“.

Sociální izolace je snahou pachatele držet oběť od přátel, rodiny, zabraňuje navazování nových přátelských vztahů. Pachatel sleduje telefonáty, nečekaně oběť „navštěvuje“ (Ševčík a kol., 2011).

Ekonomická kontrola spočívá především v omezování přístupu k penězům, neposkytování financí na provoz domácnosti, ale i zákaz chodit do práce (Holá a kol., 2016).

Holá a kol. (2016) řadí mezi formu násilí i **stalking = pronásledování**. Jedná se o dlouhodobé sledování a obtěžování oběti, které se opakuje a stupňuje a výrazně zasahuje do osobního života oběti. Může se jednat o posílání zpráv, telefonáty, čekání před místem, kde pracuje, postávání před domem, vydírání, navádění známých. Tato forma násilí způsobuje, že oběť zažívá strach (Hirt, 2016). „Jedná se většinou o ex-partner stalking, kterému předcházela násilný vztah“ (Holá a kol., 2016, str. 13).

1.8 Příčiny

„Ženy jsou vůbec nejčastějšími osobami ohroženými domácím násilím, a to až v 92-98 % případů“ (Špatenková a kol., 2017, str. 198). Pravděpodobnost, že žena bude ohrožena domácím násilím pramení už v **dětství**. Pokud byla žena jako dítě týraná, je velmi ohrožena týráním i v dospělosti. Riziko zvyšuje i **výchova** v rozvrácené rodině či agresivní vzory

chování. Dalším příkladem zvyšujícího se rizika domácího násilí je například brzká svatba (před nebo krátce po dosažení dospělosti), brzké těhotenství. Příspěť ke vzniku DN mohou i ženy svými rizikovými faktory. Jedná se o závislost na alkoholu, drogách, ženy trpící úzkostí, depresí, mající sebevražedné sklony. Ke zvýšení rizika domácího násilí může samozřejmě přispět **charakterový faktor partnera**. Například pokud je partner závislý na drogách nebo alkoholu, promiskuitní, gambler. (Ševčík a kol., 2011) Na vzniku domácího násilí se může podílet i **společnost**, která je tolerantní nebo lhostejná vůči DN. Další příčinou mohou být **sociální situace vyvolávající stres**, jako je například ztráta zaměstnání či finanční problémy. Podíl na vzniku domácího násilí má vždy více vlivů, proto nelze určit jednu konkrétní příčinu. (Holá a kol., 2016) „Vyvráceny byly domněnky o masochistických nebo hysterických sklonech ohrožené osoby. Ani souvislost s věkem, vzděláním, ekonomickým statutem nebo životním stylem nebyla prokázána.“ (Cimrmanová a kol., 2013, str. 88)

1.9 Teorie

Příčinami domácího násilí se zabývají sociální vědy, které se podílejí na vzniku mnoha teorií (Buriánek a kol., 2015). Nejprve vznikaly **teorie jednofaktorové**, které ale nevyhovovaly, protože vysvětlovaly příčinu vzniku pouze z jednoho hlediska a násilí je třeba pojímat komplexněji.

1.9.1 Jednofaktorové teorie

Příkladem může být **biologicko-genetická teorie**, která vnímala agresi jako biologický produkt, instinkt, genetickou predispozici. (Ševčík a kol., 2011)

Dále **sociologická teorie**, která se shoduje s feministickými přístupy v tom, že násilí je výsledkem patriarchální společnosti (Holá a kol., 2016). Původcem násilí je uplatňování moci, tolerance násilí ve společnosti, věková, genderová a rolová různorodost členů rodiny (Ševčík a kol., 2011).

Feministická teorie shodně se sociologickou teorií tvrdí, že za vznik domácího násilí může typicky mužská společnost a nadřazenost mužů. Ženu berou jako přirozeně submisivní, tolerantní a poslušnou. (Ševčík a kol., 2011) V případě této teorie není násilí o konfliktech, ale je vnímáno jako uplatňování moci (Voňková a kol., 2016).

A na závěr **teorie psychologická**, která vyhledává příčiny v osobnosti pachatele, v aktuálním psychickém rozpoložení, v nedostatku láskyplné péče, v potížích vytvářet v dětství pevné vztahy nebo v poruše osobnosti. (Holá a kol., 2016)

1.9.2 Multifaktorové teorie

Multifaktorové teorie kombinují teorie jednofaktorové do integračního modelu. Tyto kombinace jednofaktorových teorií jsou z pohledu praxe mnohem užitečnější. „Integrující model identifikuje čtyři roviny kauzálních činitelů domácího násilí“ (Čírtková, 2008, str. 42).

- 1) **Makrosystémové** příčiny jako jsou například společenské normy, předsudky. Ve společnosti převládající patriarchální hodnoty mají vliv na udržování a podporování domácího násilí. (Holá a kol., 2016)
- 2) **Exosystémové** příčiny vznikají působením sociálního a rodinného prostředí, životních situací. Konkrétně se může jednat o špatnou ekonomickou situaci, nezaměstnanost, nedostatečnou vzdělanost. (Holá a kol., 2016)
- 3) **Mikrosystémový** činitel je prezentován rodinou a soukromím. Partneři se znají a vědí, kde mají zranitelná místa. To dává pachatelovi pocit moci a kontroly uvnitř rodiny. (Holá a kol., 2016)
- 4) „**Ontogenetická** teorie násilí přihlíží především k individuálním charakteristikám pachatele i oběti a jejich vzájemné interakci“ (Voňková a kol., 2016, str. 35)

1.10 Dynamika DN

Domácí násilí probíhá v typických periodách a ve většině učebnic je cyklus zobrazován jako kruh o třech fázích, známý taktéž jako **bludný kruh** (viz příloha 1). Avšak pro přesnější zobrazení se hodí **model spirály**. Uzavřený kruh vytváří dojem, že útoky pachatele jsou pořád stejně intenzivní a mají stejnou časovou prodlevu. Tento dojem je však mylný. Spirála popisuje skutečnost, že násilí postupuje od mírnějších útoků s větší časovou prodlevou až po velmi časté agresivní útoky, které symbolizují vrchol spirály. (Stočasová a kol., 2020)

Interval mezi prvním a druhým útokem lze rozdělit do tří fází.

1.10.1 Fáze zvyšování napětí

V první fázi dochází ke **zvyšování napětí**. Pachatel začíná být nespokojený, rozčilený, žárlivý, kritický. Naopak oběť se snaží pachatele neprovokovat, uklidňovat, protože v oběti narůstá strach z útoku, který by dle pocitu oběti vznikl její vinou. (Holá a kol., 2016)

1.10.2 Fáze incidentu

Ve druhé fázi již dochází k **incidentu – útoku**. Pachatel nemá nad svým chováním dostatek kontroly. Pachatel obviňuje oběť; tím omlouvá své chování a má touhu dát oběti lekci. Násilná tenze narůstá až dojde k výbuchu napětí. Oběť zpočátku nechce věřit, že pachatel byl schopný dopustit se na ní násilí. Následkem může být emoční zhroucení oběti, depresivní pocity nebo apatie. (Marvánová Vargová a kol., 2016) Postupem času oběť dokáže odhadnout, kdy k útoku dojde. Tím se může pokusit o zmírnění následků:

- fyzická zranění – zaujme výhodnou polohu
- psychická zranění – oprostí se od aktuální situace, nepokouší se uniknout nebo bránit
- materiální ztráty – uschová cennosti.

Až když dojde u pachatele k snížení napětí dojde k ukončení fáze útoku. (Stočasová a kol., 2020) Útoky mohou dle Holé a kol. (2016) směřovat proti lidské důstojnosti, proti zdraví a proti životu.

Útokem proti lidské důstojnosti se pachatel snaží docílit sociální izolaci oběti a snížení jejího sebevědomí. Ze začátku vztahu oběť tyto útoky mylně zaměňuje s projevy lásky a starosti. Pachatel je přehnaně starostlivý a pozorný, postupně se z žádostí stávají příkazy, za jejichž neuposlechnutí hrozí trest. (Holá a kol., 2016)

Když pachateli nestačí k ovládnutí oběti příkazy zahajuje **útok proti zdraví** – fyzické násilí. Útok proti zdraví se ale v některých případech domácího násilí nikdy nemusí vyskytnout. Většina obětí je při prvním fyzickém útoku bezmocná, bezradná, protože takovou situaci ještě nezažila. První opakovaný fyzický útok je rozhodující a pro oběť klíčový. V ideálním případě oběť pachatele po prvním opakování opustí. Pokud ovšem oběť při prvním opakovaném fyzickém násilí nereaguje, pachatel neváhá použít fyzickou sílu znovu. (Holá a kol., 2016)

Situace může vygradovat až na hranici velmi nebezpečných útoků, kdy může dojít k **útoku proti životu**. (Holá a kol., 2016)

1.10.3 Fáze usmíření

Na fázi útoku navazuje **fáze usmíření, tzv. líbánek**. Pachatel pocítuje vinu za své chování, činí láskyplná gesta, snaží se omluvit, ospravedlnit své chování a slibuje, že tato situace se už nebude opakovat. (Holá a kol., 2016) Pachatel může svůj čin bagatelizovat a zmanipulovat oběť, aby ona uvěřila, že útočníka vyprovokovala a byla to její vina. Oběť během fáze líbánek uvěří, že pachatel není špatný člověk, odpustí mu a zůstává s ním někdy i mnoho let, než se z této spirály násilí vymaní. Postupem času se fáze usmíření zkracuje, někdy může dojít i k úplnému vymizení. (Stočesová a kol., 2020)

Velmi nebezpečná je situace, kdy dochází k prudké eskalaci a rychlému vývoji domácího násilí. V takovém případě nastává velké riziko usmrcení oběti. (Holá a kol., 2016)

1.11 Mýty ohledně domácího násilí

I v takto pokrokové době je domácí násilí obestřeno velkým množstvím mýtů, které znesnadňují řešení situace ohledně DN a ovlivňují postoj veřejnosti. (Stočesová a kol., 2020) Jedním z nejběžnějších mýtů je názor, že domácí násilí je soukromou záležitostí, která nemá okolí zajímat (Holá a kol., 2016). Dále:

- DN má jen fyzickou podobu
- násilí páchají jen muži na ženách (Machalová, 2014)
- oběť si za násilí může sama
- pachatel byl pod vlivem omamných látek, nemůže za to
- pachatel pouze vyžaduje plnění manželských povinností
- oběť si vymýšlí, aby měla výhodu při rozvodovém řízení
- na domácí násilí by se hned přišlo
- oběť si vybrala pachatele sama
- děti nemají tušení o domácím násilí (Stočesová a kol., 2020)
- DN násilí je ojedinělý jev
- muž má právo bít svoji ženu
- oběti se týrání líbí
- násilí se dopouštějí jen psychopati a sadisté
- násilí páchají jen sociálně slabí a nevzdělaní (Voňková a kol., 2016).

1.12 Následky DN

Následky domácího násilí jsou individuální. Záleží na charakteru osobnosti, podobě, délce a intenzitě násilí. Konsekvence mohou být jak krátkodobé, tak i chronické – dlouhodobé. (Stočesová a kol., 2020) Závažnost následků vychází především z toho, že násilí páchala osoba, které oběť důvěřovala, se kterou sdílela domácnost, sdílela vztah (Voňková a kol., 2016). Oběť domácího násilí lze považovat za tzv. **mnohonásobnou oběť**. Pojem mnohonásobná oběť lze vysvětlit tak, že osoba je opakovaně fyzicky, psychicky nebo sexuálně zraňována osobou, se kterou byla partnersky spjata. (Ševčík a kol., 2011) V důsledku dlouhodobého násilí si oběť vytváří určité mechanismy, které jí zjednodušují soužití s původcem. I přes tyto mechanismy je oběť následky limitována v běžném životě. Dle Stočesové rozlišujeme čtyři druhy dopadů.

1.12.1 Fyzické dopady

Jedná se o **fyzické dopady** (viz příloha 2, 3, 4, 5). Kromě zranění viditelných jako jsou například modřiny, krvácení, šrámy, popáleniny může oběť mít i zranění, která jsou na první pohled nebo bez speciálního vyšetření nerozpoznatelná. Příkladem je otřes mozku, zažívací potíže, bolesti hlavy, kolísání krevního tlaku, poruchy spánku, nadměrné svalové napětí, potrat, úbytek na váze. Fyzické následky často doprovází emocionální újma. (Stočesová a kol., 2020) S dlouhodobým DN souvisí výrazný nárůst zdravotních komplikací, například byla prokázána souvislost mezi fyzickým DN a funkčními problémy srdce a astmatu. Ženy, které zažily domácí násilí jsou náchylnější k chronickým onemocněním a zdravotním problémům. Může se jednat například o chronické bolesti v oblasti pánve, hlavy, páteře a poruchy gastrointestinálního traktu. (Hokr Miholová a kol., 2016)

1.12.2 Psychické dopady

Psychické dopady jsou dle obětí mnohdy horší, bolestnější, složitější než fyzické dopady, neboť fyzické se většinou časem zahojí. (Holá a kol., 2016) Závažnost psychických následků je značně ovlivněna citovým poutem mezi obětí a pachatelem. Oběť pak může pociťovat emocionální frustraci, citovou otupělost/přecitlivělost, pokles motivace, ztrátu zájmu a energie, sebedohrdání, nízké sebevědomí, sklon k úzkostem, pocity nejistoty, snadněji může inklinovat k abusu psychoaktivních látek. (Stočesová a kol., 2020) „Deprese

se u žen s prožitým DN vyskytuje dokonce téměř 5x častěji než u ostatních žen“ (Hokr Miholová a kol., 2016, str. 37).

1.12.3 Sociální dopady

Z dlouhodobé sociální izolace, kontroly sociálních vztahů vznikají **sociální dopady**. V jejich důsledku dochází k poklesu sociálního statusu, ztrátě sociálních vazeb, nárůstu nedůvěry vůči okolí a značně se ztěžuje navazování partnerských vztahů. (Stočesová a kol., 2020)

1.12.4 Ekonomické dopady

Ekonomické dopady vznikají například z důvodu ztráty zaměstnání (třeba kvůli častým absencím nebo snížení pracovní výkonnosti), z důvodu rozvodu. Dále se může jednat o exekuce, zastavení majetku, zadlužení. (Stočesová a kol., 2020) Ekonomické dopady se netýkají pouze oběti DN, ale také veřejného zdravotního pojištění. Pro rok 2014 bylo odhadem vyplaceno z veřejného zdravotního pojištění na ošetření a léčbu obětí DN ženského pohlaví ve věku nad 18 let 1,85 miliardy Kč. Samy oběti za doplatky na léčích a další přímé platby zaplatily přibližně 215 milionů Kč. (Hokr Miholová a kol., 2016)

1.12.5 Syndrom týrané ženy

U dlouhodobého domácího násilí, nejméně po dvou opakovaných násilných atakách oběti vykazují známky tzv. **syndromu týrané ženy**. V roce 1979 popsala syndrom ve své knize *Týrané ženy* psycholožka Walkerová. Podle ní vznikl syndrom z důvodu ženiny ztráty kontroly nad svým životem, protože pachatel je přesvědčen, že mu náleží právo řídit ženin život. Žena pak přichází o sílu odporovat, podlehne nátlaku, který vyvíjí muž, aby ženu donutil udělat, co chce. (Machalová, 2014). Vyšší riziko vzniku syndromu se předpokládá u nezralých osob, které nemají předchozí zkušenosti se zdravými partnerskými vztahy (Holá a kol., 2016). Tento syndrom má specifické projevy, které se u jiných obětí nevyskytují. Příkladem projevů může být: setrvání v blízkosti pachatele, strach z násilné osoby, sociální izolace, strach ze zveřejnění a iluze přetrvávajícího vztahu. (Voňková a kol., 2016)

Další syndrom, který je spojený s opakovaným domácím násilím se nazývá **syndrom týraného partnera**, který má různé podoby. Vede k tomu, že páchané násilí určitého druhu pozměnilo duševní stav a mentální pochody oběti. (Voňková a kol., 2016)

1.12.6 Posttraumatická stresová porucha

U dlouhodobého domácího násilí je riziko, že může vyústit až v **posttraumatickou stresovou poruchu** (Voňková a kol., 2016). „Termín posttraumatická stresová porucha (PTSD) je používán pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí“ (Praško a kol, 2001, str. 157).

Posttraumatickou stresovou poruchu charakterizuje dle Holé a kol. (2016) pět následujících znaků.

1. **Osoba prožila traumatickou událost.** Za traumatickou událost je v tomto případě považováno, že:
 - a. oběť byla svědkem nebo prožila událost, jejichž následkem byla smrt, bylo zde riziko smrti či vážného zranění nebo
 - b. oběť prožila silné zděšení, strach či beznaděj. (Holá a kol., 2016)
2. Oběť **znovuprožívá traumatickou událost.** Trauma se vrací jako úzkost vzbuzující vzpomínka nebo sen. V jiném případě může oběť jednat nebo mít stejný pocit, jako když by se mělo trauma odehrát znovu. Pokud je osoba vystavena situaci, která jí připomíná traumatickou událost, může pociťovat silnou úzkost. (Voňková a kol., 2008)
3. Oběť má tendenci **vyhýbat se situacím, osobám, pocitům, myšlenkám, aktivitám, které připomínají trauma.** Také si oběť nemusí vybavit některé důležité věci ohledně traumatu. Může pociťovat odloučení od ostatních, nedostatek zájmu, nedostatek emocí a přehodnotit cíle, kterých chtěla v budoucnosti dosáhnout.
4. Oběť vykazuje příznaky **poruchy rytmu aktivity.** V praxi se jedná o neschopnost odpočívat, narušení spánkového vzorce a biorytmů, podrážděnost, přecitlivělost, neklid, paranoia, zvýšené pocení, bolesti hlavy.
5. Symptomy PTSP **trvají déle než jeden měsíc**, což znamená, že ovlivňují pracovní i společenský život oběti. (Holá a kol., 2016)

PTSP se projevuje apatií, ztrátou chuti do života, uzavírám se do sebe, problémy s komunikací s okolím a netečností oběti. Ženy bývají vystrašené, očekávají útok. (Čech a kol. 2011) Pokud hovoří s autoritou, bývají nadměru vstřícné, ochotné, submisivní a chtějí co nejvíce vyhovět (Ševčík a kol., 2011). PTSP podmiňuje změny chování oběti, změny v biologické, emoční i psychické oblasti života jedince.

Změny v chování se projevují nevysvětlitelnou agresí vůči okolí, sebedestruktivním chováním, inklinací k závislostem na lécích, drogách, alkoholu. Nejsou výjimkami ani poruchy příjmu potravin.

V **biologické oblasti** dochází k poruchám spánku, s tím souvisí zvýšená únava. Dále mohou vznikat poruchy centrální nervové soustavy, kardiovaskulárního systému.

Oběť v **emoční oblasti** pociťuje úzkost, deprese, bezmocnost, citovou apatii a neúměrné pocity vlastní viny.

V **psychické oblasti** oběť ztrácí smysl života. Má pocit zmatenosti a dezorientace, poruchy koncentrace. (Čech a kol. 2011) Rovněž může docházet k otupění vůči bolesti jak fyzické, tak psychické nebo až k úplnému vymazání pocitů či psychogenní amnézii (Ševčík a kol., 2011).

Tyto změny se odehrávají současně v různé intenzitě a mohou se různě kombinovat. Oběť přichází o schopnost jednat sama za sebe a má problém s chováním vůči okolí. Tím se víc a víc izoluje od společnosti a prohlubuje propast mezi ní a pomocí. (Čech a kol. 2011)

1.12.7 Stockholmský syndrom

Stockholmský syndrom byl popsán po přepadení banky v 70. letech 20. století, kdy únosci více než 130 hodin drželi skupinku tří zajatkyň a jednoho zajatce. Během 131 hodin si zajatci vytvořili k únoscům citový vztah a následně je při výslechu obhajovali. Vznik tohoto jevu spočívá ve vytvoření extrémní citové vazby mezi pachatelem a obětí. Jedná se o neúmyslnou reakci oběti. Vytvoření takto silné emoční vazby je podmíněné strachem, nejedná se o lásku. V případě domácího násilí vzniká Stockholmský syndrom v případě, že je oběť vystavovaná extrémnímu mocenskému nátlaku pachatele bez možnosti obrany. Oběť se poté ztotožní s konáním pachatele, brání ho a ve všem se mu snaží vyjít vstříc. Žije v domnění, že jen tak si zachrání život. (Polák a kol., 2018) Dle Voňkové (2008) předpoklady pro vznik Stockholmského syndromu určují čtyři podmínky:

- 1) oběť je ohrožena na životě
- 2) oběť je separována od lidí

- 3) oběť pocítuje dočasné sympatie k původci násilí
- 4) oběť si je jistá, že současná situace nemá východisko.

„Dlouhodobé násilí může končit tím, že žena jako oběť začne útočit, případně vztah ukončí tím, že zabije agresora nebo se pokusí zabít sebe“ (Voňková a kol., 2016, str. 30).

1.13 Domácí násilí v době koronavirové

Pandemie způsobená Covid-19 měla za následek změnu chodu společnosti a stejně tak ovlivnila domácí násilí. Zavedení izolací, karantén a dalších vládních opatření mělo za následek nárůst četnosti a intenzity násilí. (Nyklová a kol., 2021)

1.13.1 Četnost

Organizace zabývající se pomocí obětem domácího násilí uvedly, že poptávka po jejich službách během první jarní koronavirové vlny v roce 2019 narostla o 30–40 %. Na podzim roku 2020 narostlo vyhledávání pomoci oproti roku 2019 až o 50 %. Konkrétně organizace ROSA uvádí, že v roce 2019 zaznamenali 1282 hovorů nebo e-mailů s prosbou o pomoc. Pro rok 2020 však číslo narostlo, celkem evidovali 1990 příchozích telefonních hovorů. (Nyklová a kol., 2021)

V důsledku nouzového stavu a souvisejících preventivních opatření vzrostl počet incidentů domácího násilí a přirozeně se tak zvýšila poptávka po službách organizací pomáhajících obětem násilí. Situace také zvýraznila mezery v poskytování pomoci obětem násilí ze strany státních institucí. (ROSA Centrum, 2020)

Vzhledem k probíhající pandemii je důležité podotknout, že neziskové organizace zaměřené na oběti domácího a sexuálního násilí jsou dlouhodobě přetížené (Nyklová a kol., 2021).

Oproti pomáhajícím organizacím, Policie ČR, intervenční centra neuvádí nárůst počtu případů DN v průběhu pandemie, ale naopak nárůst počtu případů v době rozvolňování opatření v létě 2020. V počátcích pandemie došlo celkově k poklesu oznamování trestné činnosti násilné, majetkové i rodinné. Domněnkou, proč nastal pokles, je že pandemie COVID-19 byla pro lidi novinkou, která je vyděsila, a proto k ní přistupovali zodpovědně. Během pandemie odkládaly oběti vyhledání pomoci, oznámení situace ohledně domácího násilí. Názory, proč k tomu docházelo jsem různé. Příkladem je, že oběť byla pod neustálým dohledem pachatele, a tudíž nebyly příležitosti požádat o pomoc. Další teorií je, že partner

měl oběť pod neustálou kontrolou, a to ho uklidňovalo. Tato fáze útlumu začala být označována jako „pseudozklidnění“. Ze statistického hlediska došlo k útlumu vyhledávání pomoci, nahlašování případů, ale neznamená to, že došlo k úbytku násilí jako takového. Nové případy domácího násilí byly odhalovány, nahlašovány až se zpožděním. Nyklová (2021) ve své výzkumné práci uvádějí, že násilných situací jako takových během pandemie nebylo, protože došlo k nárůstu tzv. incidentů. Incidentsy byly většinou jednorázovou záležitostí a vznikaly v domácnostech z důvodu vygradovaného stresového napětí. Psychický stav oběti se odvíjel od psychického rozpoložení pachatele. Od začátku pandemie do uvolňování opatření v létě 2020 Policie ČR zaznamenává nejvyšší nárůst hlášení případů právě v době rozvolňování v létě 2020. Tento trend je potvrzen i pracovníci intervenčních center. Docházelo k průtahům soudních řízení, které měly negativní dopad na psychiku oběti. Stejně tak docházelo i ke zrychlenému, unáhlenému vynášení rozsudků v neprospěch oběti. (Nyklová a kol., 2021)

1.13.2 Intenzita

Krise způsobená pandemií změnila intenzitu a dopady násilí. Zavádění nouzových opatření, omezování pohybu ovlivnilo životy klientek pomáhajících organizací. Konflikty se stávaly častějšími. Na neziskové organizace se začaly obracet i ženy, které žily v násilném vztahu velmi dlouho. Psychika oběti během pandemie procházela velkou zkouškou. Nejen že celá populace byla v nejistotě a pod tlakem, ale partnerka pachatele DN byla navíc ve stresu kvůli nevyzpytatelnému chování partnera, který nově pobýval celý den doma. Partnerova agrese může přerůst až ve fyzické násilí bez možnosti úniku z důvodu nouzových opatření. Neustálá přítomnost pachatele zvyšovala intenzitu psychického násilí, které jako takové mnohdy zanechává daleko vážnější následky než násilí jiného typu. (Nyklová a kol., 2021)

1.14 Prevence DN

Prevence je jednodušší, méně nákladná než řešení problémů a zdravotních komplikací už vzniklých v souvislosti s DN.

1.14.1 Primární prevence

Primární prevence cílí na širokou veřejnost. Zaměřuje se na eliminaci rizik vzniku domácího násilí a snížení výskytu domácího násilí jako takového. Klíčový je správný výběr životního partnera, utváření dobrého rodinného prostředí, práce na sobě samém, kvalitní příbuzenské vztahy. Důležité pro společnost je správná informovanost o tom, co by ve vztahu nemělo být tolerováno a rozhodně se nedá považovat za normální. Jedná se například o fyzické násilí, ponižování, nadávky. Informovanost o této problematice by měla probíhat již během výuky na základních školách. (Ševčík a kol., 2011) Dochází i k vytváření mobilních aplikací – například Bright Sky (ROSA Centrum, 2020). Při primární prevenci se hojně využívá služeb médií. Média pomáhají vzdělávat veřejnost a upozorňovat, že před domácím násilím by okolí nemělo zavírat oči. (Polák a kol., 2018) Informační služby v souvislosti s pandemií COVID-19 vnesly do povědomí gesto (viz příloha 6), tzv. „signal for help“, které má usnadnit lidem pomoci naznačit, že žijí s násilným partnerem a potřebovali by pomoci. Jedná se o jednoduché gesto prováděné jednou rukou, které lze použít bez hlasového doprovodu. (Canadian Women's Foundation, 2022) Zdravotnický personál v rámci primární prevence má za úkol se systematicky vzdělávat v oblasti problematiky DN a komunikace a zvyšovat povědomí a znalosti okolí. (Hokr Míhlová a kol., 2016)

1.14.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje především na rizikové osoby, které se buď mohou stát obětí nebo pachatelem DN, rizikové rodiny nebo rizikové situace. (Polák a kol., 2018) Zaměřuje se na včasné odhalení problému, vytvoření opatření, která mají zabránit zhoršení, minimalizovat komplikace a dopady. V rámci sekundární prevence mohou být poskytnuty terapie, poradenství. Úloha zdravotníků spočívá zejména v časně diagnóze, dopomoci pacientovi zorientovat se v jeho aktuální životní situaci, naučit se zvládat danou situaci, doprovázet, nastavit vhodná krizová opatření. (Ševčík a kol., 2011)

1.14.3 Terciární prevence

Terciární prevence zahrnuje práci s osobami, které se stali obětí DN. Má snižovat, odstraňovat následky DN, zvyšovat kvalitu života obětí a navracet je do společnosti. V rámci

terciární prevence dochází k resocializaci, reedukaci, reintegraci, rehabilitaci a komplexní péči (ubytování, sociální služby, sociální dávky) o oběti DN. Zdravotníci a další pomáhající pracovníci se interdisciplinárně podílejí na reintegraci, resocializaci, reedukaci, podpoře psychického i fyzického zdraví oběti. (Ševčík a kol., 2011)

1.15 Pomoc ohroženým osobám

Pomoc obětem by měla v první řadě spočívat v **eliminaci opakování** útoků a **zajištění bezpečí**. Jedná se o velmi důležitý krok k ukončení vztahu s agresorem, který musí být uskutečněn dle platných zákonů a právních norem České republiky. Před 90. lety 20. století bylo téma domácího násilí tabuizované a bagatelizované. Se změnou politického režimu, docházelo i ke změnám ve společnosti. Začala se více projevovat feministické hnutí, která zdůrazňovala závažnost domácího násilí. (Čech a kol., 2011) K 1. 1. 2007 dochází k největšímu zlomu. V tento den přichází v platnost zákon č. 135/2006 Sb. Takzvaný **zákon o ochraně před domácím násilím** upravuje další zákony týkající se domácího násilí (zákon o Policii České republiky, občanský soudní řád, trestní zákon, zákon o sociálním zabezpečení, o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení). (Ševčík a kol., 2011) „Jeho aplikace do právního systému zařadila Českou republiku mezi státy Evropské unie, které mají ve svých právních rádech komplexně upravenou ochranu ohrožených osob před domácím násilím“ (Špatenková a kol., 2017, str. 203). S ohledem na současné trendy a aktuální potřeby společnosti je zákon novelizován a aktualizován. (Ševčík a kol., 2011) Legislativní ustanovení obsahují pilíře, které sjednocují ochranu před domácím násilím.

Institut vykázání, který je zahrnut v zákoně č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky opravňuje příslušníka Policie ČR z preventivních důvodů vykázat pachatele ze společných obytných prostor, zajistit oběti bezpečí, zabránit dalším útokům, zachovat lidskou důstojnost. (Špatenková a kol., 2017) Pachatel může být vykázán na 10 dnů, v opodstatněných případech může být vykázání prodlouženo na 6 měsíců. Zákon opravňuje policistu přivolat orgány, které pomohou při řešení situace. (Stočesová a kol., 2020) Od 1.1.2021 do 30.11.2021 bylo celkem provedeno 872 vykázání. Z toho 139 vykázání proběhlo na území hl. města Prahy. (Asociace pracovníků intervenčních center ČR, 2021)

Pachatel násilí má po vykázání povinnost neprodleně opustit prostor, odevzdat klíče na žádost policisty, zdržet se komunikace s obětí a dalšího vstupu do vytyčeného prostoru po vyměřenou dobu. Zároveň má pachatel po vykázání svá práva. Může si odnést osobní

věci, cennosti, doklady, věci nezbytné pro výkon povolání, ověřit si vykázaní na čísle 158, vzít si kopii úředního záznamu o vykázaní, nesouhlasit s vykázaním. (Ševčík a kol., 2011)

Ohroženou osobu musí policista poučit o následujících možnostech. Oběť má možnost využít opatření dle občanského soudního řádu. Dále může využít psychologických, sociálních, právních či jiných forem pomoci poskytovaných například intervenčními centry. Také je povinností policisty seznámit oběť s následky, pokud vědomě uvede nepravdivé informace. (Ševčík a kol., 2011)

Předběžná opatření nařizují pachateli na základě rozhodnutí soudu opustit společné bydlení a nevstupovat do něj. Dále se pachatel nesmí přiblížit k oběti. Soud může toto opatření uplatnit až na základě návrhu ohrožené osoby. (Špatenková a kol. 2017) Dále **občanskoprávní opatření**, která mají v kompetenci úpravy majetku, rozvodová řízení, úpravy poměrů k dětem a jiné žaloby. **Přestupková opatření** řeší přestupky proti občanskému soužití, proti veřejnému pořádku a povinnost pachatele absolvovat program zaměřený na zvládnutí agrese a násilných tendencí. **Trestněprávní opatření** na základě pachatelovi trestné činnosti, například ublížení na zdraví, vydírání, omezování osobní svobody, týrání, nebezpečné vyhrožování. (Stočesová a kol., 2020)

1.16 Provázanost a spolupráce mezi institucemi

Případy domácího násilí jsou různorodé a z toho důvodu je třeba využít pomoci více institucí, vzniká tzv. **intervenční struktura**. Intervenční strukturu tvoří intervenční centra, soudy, orgány sociálně-právní ochrany dětí, probační a mediační služba, organizace poskytující služby ohroženým osobám, organizace zaměřené na práci s původci násilí a zdravotníci. (Kutek, 2017) Kvalita spolupráce mezi institucemi ovlivňuje efektivitu přijatých opatření na ochranu obětí DN (Stočesová a kol., 2020).

1.16.1 Intervenční centra

Intervenční centra (dále jen „IC“) „jsou nezastupitelným překlenovacím článkem mezi policejním omezením osoby násilné a občanskou i sociální emancipací osoby ohrožené“ (Voňková a kol., 2016, str. 233). Bez existence IC by systém jako celek nefungoval. Jedná se o specializovanou sociální službu, kde pracují odborníci z oblasti sociální práce, práva a psychologie. Na pracovníky intervenčních center se vztahuje povinnost zachovat mlčenlivost (Čech a kol., 2011) Služby jsou poskytovány bezplatně.

Právní vymezení činnosti intervenčních center je zakotveno v zákonech č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Zde je nejdůležitější vyzdvihnout, že „na základě vykázaní ze společného obydlí vydaného podle zvláštního právního předpisu (zákon č. 273/2008 Sb., o Policii ČR) a ve znění pozdějších předpisů, je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení úředního záznamu o vykázaní intervenčnímu centru.“ (Ševčík a kol., 2011, str. 144) Dále zde figuruje zákon č. 135/2006 Sb., v platném znění, který mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím. Je tedy zákonem ustanovené, že na policejní vykázaní přímo navazuje sociálně-právní a psychologická pomoc poskytovaná intervenčními centry během 10 dní. (Ševčík a kol., 2011)

Úkolem center je poskytnout péči psychologickou, lékařskou, sociální a právní pomoc obětem DN, aktivně vyhledat oběť DN nahlášenou Policií ČR. Intervenční centra jsou přirovnávána k záchytné síti, která zachycuje oběti propadávající současným systémem (Nyklová a kol., 2021). Současně se v České republice vyskytuje 16 intervenčních center (viz příloha 7) situovaných ve velkých krajských městech pod vedením občanského sdružení Asociace pracovníků intervenčních center ČR, které bylo založené v roce 2008 (Asociace pracovníků intervenčních center ČR, 2021). Centra poskytují 3 formy služeb: ambulantní, terénní nebo pobytové.

Ambulantní služby jsou poskytovány v prostředí intervenčních center.

Terénní služby jsou poskytovány v případě závažných a ospravedlnitelných důvodů. Mohou být poskytnuty na místě určeném ohroženou osobou, například v místě trvalého bydliště nebo v nemocnicích. Tato forma služeb je určena zejména pro osoby handicapované nebo osoby limitované věkem. Výjimečně je poskytnuta terénní služba z důvodů mimořádně složité sociální situace. V tomto případě vždy navštíví ohroženou osobu dva pracovníci intervenčního centra z důvodu bezpečnosti.

Pobytové služby jsou poskytnuty, pokud to umožňují kapacity nebo vybavenost intervenčních center. V případě, že intervenční centrum nedisponuje lůžky, mají být poskytnuta krizová lůžka jinými spolupracujícími institucemi jako jsou například azylové domy nebo ústavy sociální péče. (Ševčík a kol., 2011)

Využití služeb centra je zcela dobrovolné. (Stočasová a kol., 2020) Rozhodnutí o využití pomoci zůstává na ohrožené osobě. První kontakt po policejním vykázaní navazuje s ohroženou osobou sociální pracovník intervenčního centra. Komunikace většinou probíhá telefonicky. Cílem sociálního pracovníka je vysvětlit ohrožené osobě zákonný postup, obeznámit ji s podmínkami platnými při poskytování služeb.

Pravidla pro poskytování služeb jsou následující:

- poskytované služby jsou ze zákona bezplatné
- uživatel má právo na anonymitu, pokud se nejedná o režim vykázaní
- mezi uživatelem a pracovníkem IC dochází k ústnímu stvrzení smlouvy o poskytování sociálních služeb, přičemž uživatel má právo smlouvu v průběhu spolupráce změnit
- délka spolupráce je určena pracovníkem IC na základě závažnosti situace a po vzájemné dohodě s uživatelem
- uživatel má být aktivní a podílet se na řešení problematiky
- uživatel má možnost podat stížnost na postup či metody poskytování služeb
- na základě domluvy mezi uživatelem a pracovníkem mohou být ke konzultaci přizvány další osoby, ať už blízcí nebo odborníci.

Důležitou součástí je nabídnutí využití služeb IC jako je sociálně-právní poradenství, psychologická pomoc, která má usnadnit orientaci v aktuální situaci a pomoci naplánovat další postup. Na závěr se dohodnou na termínu osobní návštěvy IC. Občas se stává, že ohrožená osoba věří v nápravu násilníka, a proto pomoc IC odmítá. V této situaci pracovník plně respektuje rozhodnutí ohrožené osoby. Zároveň však alespoň ohrožené osobě vysvětlí další postupy, další možnosti a nabídne využití služeb IC v budoucnu.

Služby IC jsou poskytovány i osobám, tzv. **nízkoprahovým klientům**, které se cítí být domácím násilím ohrožovány, avšak buď neoznámily tuto skutečnost Policii ČR nebo byla Policie ČR informována, ale nedošlo k vykázaní. Může se jednat i o situace, kdy IC hledá tyto osoby z vlastní iniciativy.

Služby pro tzv. záchránce jsou určeny pro osoby, které jsou konfrontovány domácím násilím v blízkém okolí. Do IC přicházejí s cílem získat od odborníků informace, podporu, praktické rady, jak pomoci. (Ševčík a kol., 2011)

Cílem všech IC je pomoci vyřešit ohroženým osobám tíživou životní situaci způsobenou dlouhodobým stresem. Dále podporují aktivizaci ohrožených osob v jejich sociálním prostředí jako je rodina a přátelé, vedou je k převzetí osobní zodpovědnosti za řešení svých problémů. Poskytují informace o dalších veřejných službách a podporují je v další spolupráci.

1.16.2 Zdravotníci

V osnovách lékařských fakult i středních zdravotnických škol chybí dostatečná výuka o problematice domácího násilí. Stejně tak se zdravotníkům nedostane žádného systematického vzdělávání zabývající se touto problematikou. (Kadeřávková, 2017) Přitom **zdravotníci** hrají důležitou roli. „Úkolem zdravotníků není rozhodovat o tom, zda někdo je či není obětí domácího násilí, ale primárně poskytnout zdravotní péči, informace a podporu všem ženám, které o své zkušenosti s násilím hovoří, stejně jako těm, u kterých vidí přítomnost rizikových faktorů a zranění typických pro domácí násilí, avšak násilí v rodině popírají a stydí se o něm hovořit.“ (Marvánová Vargová a kol., 2016, s. 23) Podezření na domácí násilí může vzniknout během lékařské prohlídky. (Stočasová a kol., 2020) Zdravotnický personál vzbuzuje u lidí důvěru mnohdy i při prvním setkání. Oběti se zdravotníky dokážou hovořit i o velmi intimních záležitostech. V mnoha případech mohou být zdravotníci pro izolovanou oběť jedinou možnou pomocí. (Marvánová Vargová a kol., 2016) Z tohoto důvodu je důležité, aby zdravotníci byli edukováni o problematice DN a pomoci obětem (Stočasová a kol., 2020). Domácí násilí je specifická situace, která vyžaduje od zdravotnického personálu **profesionální přístup**. Zdravotníci mohou oběti zachránit zdraví a život kvalitní profesionální péčí, podpořit oběť k identifikaci domácího násilí a poskytnout informace o institucích zabývajících se pomocí obětem DN. To může oběti napomoci rozhodnout se efektivně řešit situaci a ukončit toxický vztah. Komunikace by měla proběhnout v soukromí, citlivě s podporou, respektem a důvěrou. Závěrečné rozhodnutí o řešení situace je čistě na oběti DN a zdravotník ho musí respektovat. Zdravotník však může nabídnout oběti pomoc při vypracování bezpečnostního plánu. **Bezpečnostní plán** je utvářen s cílem snižovat riziko opakování násilí a minimalizovat nepříznivé následky. Tvorba plánu se odvíjí od aktuální situace a je třeba jej při každém setkání aktualizovat. Při tvorbě plánu je důležité vzít v potaz stresové situace (odchod od pachatele, žádost o rozvod, podání trestního oznámení, kontakt s dětmi...). Důležité je, aby žena pachateli nesdělovala, že chce odejít. Při plánování je vhodné využít metody, které se ženě v minulosti osvědčily. Pokud žena setrvává ve vztahu s pachatelem, může zdravotník navrhnout pořídit si bezpečnostní tašku s nezbytnými věcmi pro případ potřeby rychlého odchodu. Naopak, když žena od partnera odejde, měla by o situaci ohledně DN informovat známé, nescházet se s partnerem o samotě, měnit trasy domů, spolupracovat s odbornými organizacemi a zvážit instalaci bezpečnostního systému. Aby zdravotníci pomohli zajistit

bezpečí ženy, případně dětí, je důležité poskytnout dostatek informací o organizacích zabývajících se touto problematikou. (Marvánová Vargová a kol., 2016)

1.16.2.1 Pacient – oběť domácího násilí

Pacient a jeho individuální problémy a potřeby jsou ústředním bodem moderního ošetrovatelství. „Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.“ (Česká asociace sester, 2017) Pacient má dle Etického kontextu práv pacientů právo na odbornou péči uskutečněnou kvalifikovaným odborníkem. Toto ustanovení je rovněž obsahem Etického kodexu zdravotnických pracovníků nelékařských oborů. (Holá a kol. 2016) Práva pacientů jsou součástí zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, konkrétně jsou práva pacienta sepsána v § 28 (viz příloha 8). Odborná péče je pacientovi poskytnutá na základě svobodného informovaného souhlasu. (Holá a kol. 2016) Zákon o zdravotních službách udává poskytovateli zdravotní péče povinnost řádně vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci. Řádně vedená zdravotnická dokumentace může sloužit jako důkaz v případech trestného stíhání nebo jako doklad při vymáhání náhrad škod. Náklady za léčbu hradí pojišťovna, ovšem ta má právo vymáhat náklady od pachatele. (Voňková a kol. 2003)

1.16.2.2 Legislativa platná pro zdravotnický personál

„Novelizací zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, provedená zákonem č. 91/2004 Sb. byla zakotvena skutková podstata trestného činu „týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě“. Daná skutková podstata nepodléhá (ve smyslu § 167 nebo § 168 trestního zákona) oznamovací povinnosti.“ (Věstník MZČR, 2008, str. 3) Zdravotnický personál tedy není povinen případ DN hlásit. (Holá a kol. 2016) Dle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jsou zdravotničtí pracovníci povinni zachovávat mlčenlivost, výjimkou jsou případy, kdy získají souhlas ošetřované osoby. (Havlová, 2012) „Domácí násilí patří mezi tzv. vztahové delikty“ (Voňková a kol., 2016, str. 55).

S domácím násilím však mohou souviset i jiné trestné činy. Dle trestního zákoníku se jedná například o: násilí proti skupině obyvatelů a proti jednotlivci (§ 352), nebezpečné vyhrožování (§ 353), nebezpečné pronásledování (§ 354), ublížení na zdraví (§ 146), ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 148), těžké ublížení na zdraví (§ 145), těžké ublížení na

zdraví z nedbalosti (§ 147), omezování osobní svobody (§ 171), sexuální nátlak (§ 186), znásilnění (§ 185) a další. (Pavlíková, 2016)

1.16.2.3 Komunikace s osobou ohroženou domácím násilím

Při komunikaci s osobou ohroženou domácím násilím či s obětí by bylo vhodné, aby zdravotníci dokázali vytvořit pro oběť příjemné prostředí, kde by se dokázala uklidnit a uvolnit. Tomu napomůže vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a obětí. Dobrý vzájemný vztah, který by měl být založený na ohleduplnosti, úctě, respektu, vzniká na základě efektivní komunikace. Konstruktivní komunikace, jak mezi zdravotníkem a obětí, tak mezi zdravotníkem a dalšími zúčastněnými vede k efektivní týmové spolupráci a vhodnému řešení situace. (Ševčík a kol., 2011) Pro ulehčení zvládnutí specifické situace vytvořil pro sestry Bílý kruh bezpečí metodické karty: „Karta pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi: Včasná detekce domácího násilí a kontakt s jeho obětí“, „Karta pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi: Intervence sester v případech domácího násilí“, „Karta pro sestry v primární péči: Včasná detekce domácího násilí a kontakt s jeho obětí“ (Bílý kruh bezpečí, 2011).

Samotné **navázání kontaktu** s obětí je někdy velmi obtížný krok. (Ševčík a kol., 2011) Zdravotníci by měli mít na paměti, aby se rozhovor odehrával pouze mezi zdravotníkem a osobou ohroženou DN. Důležité je vyčlenit si dostatek prostoru a na oběť nespěchat. (Holá a kol., 2016) Někdy může sama oběť rozhovor bojkotovat tím, že nereaguje na dotazy, bagatelizuje situaci, popírá dopady. Většinou se tak děje z důvodu, že ji svazují pocity viny, strachu, studu, vlastní neschopnosti. V této situaci by měl zdravotník volit citlivý, empatický přístup bez odsuzování. Vhodné je využití aktivního naslouchání. (Ševčík a kol., 2011) Aktivní naslouchání vyžaduje od zdravotnického personálu soustředěnost, pozornost, zaujatost, schopnost dobře naslouchat bez předsudků, dostatek času, otevřenou mysl (Zacharová, 2016). Mezi formy aktivního naslouchání, které může zdravotník v praxi využít, patří například povzbuzení, zrcadlení, parafrázování, objasnění, shrnutí, ocenění (Tomová, Křivková, 2016).

Identifikace problému je většinou znesnadněna tím, že oběť sdělí informace o své situaci jen na základě cílených dotazů. Je vhodné pokládat konkrétní dotazy nekonfliktním tónem. (Ševčík a kol., 2011) Před pokládáním přímých dotazů ohledně domácího násilí je vhodné pacientku uklidnit slovy, že není jedinou ženou, která má problém s partnerem. Vhodné přímé dotazy jsou například: „Máte strach ze svého partnera/manžela?“

„Vyhrožoval Vám někdy partner, že Vám fyzicky ublíží?“ „Urážel Vás někdy partner?“ „Snaží se Vás partner ovládat, například nedovolí Vám opustit dům, nebo Vás odštíhuje od financí?“ „Donutil Vás partner k sexuálnímu styku?“. (World health organization, 2014, str. 11) Důležité je vše řádně zaznamenat do zdravotnické dokumentace (Ševčík a kol., 2011).

Ženy jakožto oběti DN mívají vůči své osobě negativní postoj. Z těchto důvodů by měl zdravotnický pracovník **poskytovat oběti dostatek pomoci, sociální opory**. Formou podpory může být povzbuzování při hledání síly a odvahy. Zároveň také respektování práva oběti na vlastní rozhodnutí, poskytování faktických informací. Zdravotník může předložit pacientce přijatelná řešení, ukázat, že pomoc je dosažitelná, zeptat se, jestli chce DN ohlásit na polici. Profesionál by neměl poskytovat planou útěchu (např.: „Nedělejte si starosti.“), neslibovat nemožné a nechat pacientku vyjádřit pocity. Naopak by měl reagovat autenticky (např.: „Mrzí mě, co se vám přihodilo.“, „Je to složitá situace.“) a podporujícím způsobem na její zkušenost (např.: „Jsou ženy, které prožily podobnou situaci jako vy a dokázaly ji zvládnout.“). Pomoci pacientce vidět situaci i z jiného úhlu, a tím získat náhled, že DN není její vina. (Ševčík a kol., 2011)

1.16.2.4 Komunikační chyby

Při komunikaci s obětí by se měl zdravotník vyhnout necitlivému jednání. Tímto jednáním by mohl pacientovi uškodit a dopustit se tzv. **sekundární viktimizace**. Sekundární viktimizace je sekundární zraňování pacienta a vystavení oběti nadměrnému psychickému stresu. Zdravotník se může sekundární viktimizace dopustit během vyšetřování opakovaným dotazováním. Dále tím, že oběti nevěří, obviňuje oběť ze vzniku situace. (Holá a kol., 2016) Pro psychické poškození pacienta lékařem se používá pojem psychická **iatrogenie**. Psychické poškození pacienta sestrou se nazývá **sororigenie**. K poškození pacienta může dojít necitelnou komunikací, nedostatečným poskytnutím informací. (Andršová, 2012) Mezi další chyby při komunikaci patří bagatelizace problémů, nesrozumitelné poskytované informace, nevhodná mimika, hrubost při komunikaci, ponižující chování, nerespektování studu pacienta, nerespektování názoru pacienta. (Zacharová, 2016)

1.16.2.5 Screeningy používané při odhalování DN

Domácí násilí poškozuje nejen ženu, ale i společnost kvůli ekonomickým a sociálním důsledkům. Některé vlády proto doporučují, aby se ve zdravotnických zařízeních prováděl screening ohledně domácího násilí u všech žen. Ne pouze u těch, které jsou pravděpodobně oběťmi DN a vykazují jisté znaky domácího násilí. Screeningy jsou metody, které mají ulehčit zdravotníkům identifikaci a odhalování obětí domácího násilí u předem definované skupiny lidí. Existují důkazy, že screeningy zvyšují počet identifikovaných obětí. (Elliott a kol., 2002) V USA využívají screeningové metody HITS (hurt, insult, threaten, scream), WAST (women abuse screening tool), WAST-SF (women abuse screening tool-short form) a Partner violence screen (viz příloha 9).

V České republice byl ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví ČR a Regionálního úřadu WHO pro Evropu v letech 2016-2017 zpracován manuál pro lékaře. V manuálu nalezneme doporučené postupy pro včasnou detekci domácího násilí. Doporučené postupy zahrnují zařazení screeningových otázek do anamnestického vyšetření a také, jak by se při pokládání dotazů mělo s pacientem komunikovat. Screeningový dotazník (viz příloha 10) zahrnuje otázky zaměřené na osobní zkušenosti, jak z dětství, tak ze současných partnerských vztahů. Screeningový dotazník může být použitý jak ve verbální, tak i v písemné formě. Měl by být zařazen do zdravotnické dokumentace. Je žádoucí, aby byl screening součástí primární péče, urgentní péče, psychiatrické péče, porodnické a gynekologické péče. Optimálně by screeningové vyšetření mělo zahrnovat všechny ženy od 14 let. Dále lze využít tzv. BREF dotazník (Brief risk assessment for the emergency department) (viz příloha 11). Obsahuje 5 otázek, které mají pomoci vyhodnotit akutní nebezpečí. Pokud pacientka odpoví třikrát kladně, znamená to, že je 83 % riziko dalšího útoku či napadení. I když v České republice existuje doporučený screeningový dotazník, stále je velmi důležitá identifikace rizik. (Vaničková a kol., 2017)

I přes to, že se většina zdravotníků domnívá, že domácí násilí spadá do *zdravotnických* problémů, vyskytuje se zde celá řada překážek, která brání identifikaci DN ve zdravotnictví. Zdravotníci nejčastěji uvádějí, že mají nedostatek času, podpůrných zdrojů, nedostatek znalostí a školení. Také mají strach, aby ženu neurazili, nebo věří, že žena neopustí násilný vztah. (O'Doherty a kol., 2015)

1.16.2.6 Postup při poskytování zdravotní péče

Věstník Ministerstva zdravotnictví vydal v roce 2008 **doporučující metodický pokyn**, který má sjednotit postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Těmito pokyny se lze řídit i při podezření na ohroženou osobu. Pokyny mohou využít i jiní zdravotničtí pracovníci.

Podezření na ohrožení domácím násilím může vzniknout při opakovaných poraněních a frakturách v anamnéze. Také u vícečetných, rozdílně lokalizovaných poranění, které se dají dobře skrýt oděvem, u poranění v různých stádiích hojení, nedostatečným vysvětlením etiologie poranění, dlouhým intervalem mezi vyhledání pomoci a vznikem poranění. Často se vyskytují poruchy psychosomatické. Typicky se jedná o chronické bolestivé syndromy hlavy, zad, břicha či šíje. Dále poruchy gastrointestinálního traktu, poruchy příjmu potravy, chronické uroinfekce. U oběti se mohou vyskytovat dýchací obtíže, které jsou podmíněné psychikou, například psychicky podmíněné astmatické záchvaty. (Šeblová a kol., 2018) Pozornost personálu vzbudí také jakékoliv poranění těhotné ženy zejména v oblasti břicha a prsou. (Věstník MZČR, 2008)

Dalším indikátorem mohou být psychické a psychiatrické problémy. U obětí se mohou vyskytnout úzkostné poruchy, poruchy spánku, panické ataky, depresivní stavy. Vlivem psychického traumatu se u obětí mohou projevat akutní stresové reakce, může dojít až k chronickému vyústění do posttraumatické stresové poruchy. Podezřelý je typicky cyklický abúzus psychoaktivních látek v souvislosti s cyklem násilí. Zdravotníci by měli zpozornět i při sebepoškozování. Velmi časté je rovněž vyhýbání se preventivním zdravotním prohlídkám, skrývání vážnosti a zlehčování obtíží. Jak vyplývá z předcházejících vět, **diagnostika DN** je velmi obtížná z důvodu velké individuální variability. (Šeblová a kol., 2018).

Podle typu poranění by měl zdravotník naplánovat **vyšetření** poranění aktuálního nebo staršího data ve spolupráci s ostatními odborníky. Vyšetření je vhodné doplnit laboratorními testy na potvrzení nebo vyloučení přítomnosti omamných látek. (Věstník MZČR, 2008) Identifikaci problému a následné řešení výrazně simplifikuje sepsání kvalitní **anamnézy**. Jedná se o prostředek, který často může přispět k odhalení domácího násilí. Zejména pokud mezi zdravotníkem a pacientem panuje důvěra. Vytvoření důvěry vyžaduje dostatek času, soukromí k rozhovoru a vhodnou komunikaci s ohroženou osobou. (Holá a kol. 2016)

Po stanovení diagnózy je naplánovaná odpovídající **léčba ve spolupráci s dalšími odborníky**. Zdravotník informuje oběť o organizacích, které se soustředí na pomoc osobám ohroženým a doporučí ženě kontrolní vyšetření. Vše zaznamená do zdravotnické **dokumentace** o poskytnutí zdravotní péče. Dokumentace musí být dostatečně podrobná, konkrétní. K podrobnému popisu lze využít dokumentaci případů domácího násilí (příloha 12), která může být doplněná fotodokumentací. (Věstník MZČR, 2008)

1.16.3 Neziskové nízkoprahové pomáhající organizace

Neziskové nízkoprahové pomáhající organizace věnující se problematice domácího násilí jsou například ROSA, Bílý kruh bezpečí, Nomia, Gaudia, Diakonie ČCE – SOS centrum, Spondea, Persefona, Theia – krizové centrum, Krizové centrum pro děti a rodinu v Českých Budějovicích či Centrum sociálních služeb Praha (Kutek, 2017).

1.16.3.1 ROSA

ROSA je neziskovou organizací, která se od roku 1993 zaměřuje na poskytování komplexní pomoci ženám – obětem domácího násilí. Organizace se odborně a systematicky zabývá domácím násilím. Organizace je proaktivní v oblasti prevence. Snaží se podpořit vědomosti společnosti ohledně tohoto tématu formou publikací, seminářů, kurzů. Pro oběti organizace poskytuje odborné poradenství buď online formou nebo v některém z jejich center. Dále také umožňuje využít ubytování v azylovém domě s utajenou adresou. Poradenským centrem za 28 let činnosti prošlo již 11 400 žen a 396 žen využilo azylového domu. (ROSA Centrum, 2022) Organizace ROSA vytvořila vzdělávací modul pro zdravotníky, který má za cíl rozšířit vědomosti o DN mezi zdravotníky a tím zefektivnit pomoc obětem domácího násilí, zabránit sekundární viktimizaci a snížit dopady DN na oběť. Vzdělávací modul obsahuje základní informace o DN. Zabývá se rolí zdravotníků při prevenci a pomoci obětem DN a také prevencí násilného chování vůči zdravotníkům. (STOP NÁSILÍ, 2022)

1.16.3.2 Bílý kruh bezpečí

Bílý kruh bezpečí (zkratka BKB) vznikl jako občanské sdružení v roce 1991. Od tohoto roku působí v oblasti prevence kriminality. Právníci, psychologové a sociální

pracovníci sdružení poskytují obětem pomoc, bezpečí, rady a informace ohledně nastalé situace. Pomoc je odborníky poskytována na bezplatné nonstop lince, v intervenčních centrech, centrále BKB a také online. Za rok 2021 využilo možnosti osobní konzultace v poradnách po celé ČR celkem 2524 lidí. Dále BKB organizuje přednášky, semináře, školení pro širokou veřejnost, Policii ČR, zdravotníky a další pomáhající. Konkrétně pro zdravotnický personál vytvořilo sdružení karty pro ulehčení práce v takto specifické situaci, jakou je domácí násilí. Sdružení také přináší podněty vládě k utváření zákonů ohledně problematiky násilí a kriminality. (Bílý kruh bezpečí, 2022)

1.16.3.3 Nomia

Nomia je poskytovatel služeb působící především v Královéhradeckém kraji. Psychologická poradna se zaměřuje zejména na rozvodové a porozvodové konflikty s násilím ve vztazích. Zároveň zaměstnanci pomáhají své klientele zorientovat se v systému tak, jak v místě jejich působení funguje. Dále pomáhá obětem i pachatelům domácího násilí a trestné činnosti. Nevynechává ani týrané, zneužívané a zanedbávané děti. Během devatenácti let Nomia poskytla pomoc více než 2 300 lidem, jak formou osobních konzultací, tak i online. Pomoc je poskytována formou psychologického poradenství, psychoterapie, sociální práce, ale také psychiatrických intervencí a trestně právního poradenství. (Nomia, 2022)

1.17 Vybrané výzkumy

Výzkumy zabývající se identifikací a odhalováním partnerského domácího násilí jsou především zahraniční.

Autoři Short, Alpert, Harris, Surprenant ve svém výzkumu „A Tool for Measuring Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence“ představují nástroj – dotazník pro měření znalostí, postojů a postupů zdravotníků v oblasti DN. Jedná se o tzv. PREMIS dotazník (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey). Dotazník se skládá ze 101 otázek. 11 otázek na začátku dotazníku zjišťuje sociodemografické charakteristiky respondentů. Zbýlých 90 otázek bylo rozděleno do 4 hlavní sekce. První sekce zkoumala: předchozí školení ohledně DN, vnímané znalosti o domácím násilí a připravenost. Druhá část byla zaměřena na skutečné znalosti. Ve třetí části hodnotili

zdravotníci stanoviska o DN týkající se postojů a přesvědčení pomocí sedmibodové škály od silně nesouhlasím po velmi souhlasím. Závěrečná část zkoumala praktické problémy – postupy a zásady. (Short a kol., 2006)

Některé průzkumy zjišťují postoje žen a zdravotníků ke screeningu žen ohledně DN ve zdravotnických zařízeních. Jedná se například o výzkum autorů Ramsay, Richardson, Carter, Davidson, Feder s názvem „Should health professionals screen women for domestic violence?“ z Velké Británie. Jednalo se o systematický přehled publikovaných kvantitativních studií. Výsledkem bylo, že 43–85 % respondentek považovalo screening ve zdravotnických zařízeních za přijatelný. Naopak dvě třetiny lékařů a téměř polovina sester na pohotovosti nesouhlasili se screeningem. Studie neměřila kvalitu života, výsledky duševního zdraví nebo potenciální poškození žen ze screeningových programů. (Ramsay a kol., 2002)

Podobným tématem se zabývá výzkum „Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions“ od skupiny autorů Waalen, Goodwin, Spitz, Petersen a Saltzman. Autoři vytvořili přehled publikovaných studií obsahujících původní výzkum s primárním zaměřením na screening IPV ze strany zdravotníků. Z jejich výzkumu vyplynulo, že překážkou v uskutečňování screeningu je nedostatečné vzdělání poskytovatelů péče, nedostatek času a nedostatek účinných intervencí. Další závěr byl, že pokládání specifických otázek je spjato se zvýšením míry identifikace. (Waaalen a kol., 2000)

Cílem výzkumu „Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers“ od autorů Cann, Withnell, Shakespear, Doll a Thomas bylo porovnat znalosti, postoje, reakce a úrovně detekce domácího násilí u různých zdravotnických pracovníků různých specializací. K výzkumu byl použit dotazník navržený autory ve spolupráci se specialisty z Oxfordshire Multi-Agency Groups on Domestic Violence. Dotazník obsahoval celkem 37 otázek. Zkoumá postoje a odborné odpovědi na danou problematiku. Obsahuje i otázky k posouzení znalostí, klinických zkušeností. Bylo využito i přímé dotazování při zkoumání problematiky identifikace obětí. Autoři zjistili, že většina zdravotnických pracovníků postrádá základní znalosti o problémech souvisejících s DN. Chybí jim povědomí o agenturách, které poskytují pomoc. Zdravotníci také uváděli nedostatky ohledně identifikace a komunikace s oběťmi DN. (Cann a kol., 2001)

Autoři Morse, Lafleur, Fogarty, Mittal a Cerulli se ve své výzkumné práci: „They Told Me To Leave”: How Health Care Providers Address Intimate Partner Violence“ zabývali mimo jiné i tvorbou bezpečnostního plánu. Výzkum čerpal informace ze strukturovaných rozhovorů s ženami a zdravotnickými pracovníky. Zjistili, že u poskytovatelů zdravotní péče je třeba zlepšit plánování bezpečnosti u pacientů, kteří prozradí, že jsou oběťmi DN. (Morse a kol., 2012)

O připravenosti sester starat se o ženu vystavenou domácímu násilí pojednává výzkum „Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care“ z roku 2012 od autorů Sundborg, Saleh-Statinn, Wändell, Törnkvist. Data pro výzkum byla sbírána pomocí dotazníku, určeného sestřím v primárních zdravotnických zařízeních. Dotazník obsahuje 29 otázek. Celkem 9 otázek zjišťovalo sociodemografické charakteristiky a osobní zkušenosti s DN. Zbývajících 20 otázek je zaměřených na posouzení znalostí sester o DN, připravenosti, vzdělání a schopnosti identifikovat DN. Ti zjistili u sester nedostatky v připravenosti. Pouze polovina sester se ptala žen na DN, a to pouze v případech, kdy byla žena fyzicky zraněná. Dále měly potíže se dotazovat na DN a chyběly jim potřebné znalosti. (Sundborg a kol., 2012)

V České republice na téma domácí násilí vznikají především bakalářské a diplomové práce. Bc. Pavlína Týmlová zpracovala diplomovou práci na téma „Problematika domácího násilí a postoj všeobecných sester“. Autorka práce využila kvantitativní výzkumné šetření. Byl sestaven dotazník na základě „Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím“, „Karty pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi intervence v případech domácího násilí“, „Karty pro sestry v primární péči“ a „Karty pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi“. Obsahoval 22 otázek, 3 otázky byl informační, zbylých 19 otázek zjišťovalo subjektivní názory respondentů a vědomosti. Z jejího šetření vyplynulo, že vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry znají zásady jednání s osobou ohroženou domácím násilím lépe než všeobecné sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním. Dále bylo zjištěno, že všeobecné sestry nejsou o problematice domácího násilí dostatečně informovány, ale mají zájem dále se v této problematice vzdělávat a považují znalost komunikace s osobou ohroženou DN za důležitou. (Týmlová, 2015)

V bakalářské práci „Odhalování domácího násilí při ošetřování pacienta/klienta“ od Michaely Vaňkové byl využit kvantitativní výzkum. Dotazník byl určen pro všeobecné

sestry pracující v nemocnicích i sociálních ústavech. Skládal se ze 17 otázek, které zkoumaly demografické údaje respondentů a vědomosti o problematice DN, informovanost o DN, četnost setkání s oběťmi DN v praxi, znaky DN. Z výzkumu vyplynulo, že pouhých 6 % respondentů ze zkoumaného souboru zná správný postup po odhalení DN. (Vaňková, 2012)

Dalším příkladem bakalářské práce na obdobné téma je práce „Domácí násilí – úloha poučeného zdravotnického personálu poskytujícího přednemocniční neodkladnou péči“ od autorky Marcely Halenkové. Autorka měla za cíl pomocí dotazníku a rozhovoru popsat a zanalyzovat zkušenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby s osobami, které byly vystaveny domácímu násilí. Dotazník obsahoval 19 otázek- 6 demografických otázek a 13 informativních otázek (vymezení pojmu a znaky DN, typická oběť, zdroj informací o DN, osobní konfrontace s DN). Z výsledků vyplynulo, že „pracovníci ZZS se snaží o optimální poskytování neodkladné přednemocniční péče o pacienta a interdisciplinární spolupráci. Problematiku domácího násilí lze v rámci výjezdů ZZS vnímat jako poměrně rozšířenou“. (Halenková, 2011, s. 201)

2 EMPIRICKÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce je věnována vlastnímu empirickému výzkumu, který byl proveden u zdravotních sester, které jsou zaměstnány na jedné ze tří klinik Fakultní nemocnice v Hradci Králové.¹

2.1 Cíle výzkumné části práce

U sester pracujících na jedné ze tří vybraných klinik Fakultní nemocnice v Hradci Králové (Chirurgické klinice, Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Porodnicko-gynekologické klinice) zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly mezi sestrami v tom, zda:

1. dokážou identifikovat *nejtypičtější* znaky, příznaky domácího násilí
2. dokážou určit, jaký je *vhodný způsob dotazování*
3. jsou dobře/špatně připraveny *sestavit bezpečnostní plán* pro ženu, která je obětí domácího násilí
4. jsou dobře/špatně připraveny *klást vhodné otázky* ohledně domácího násilí
5. jsou dobře/špatně připraveny *založit a vést dokumentaci* o historii domácího násilí na ženě, kterou ošetřují.
6. dokážou *identifikovat* znaky a příznaky domácího násilí na ženě, kterou ošetřují
7. jsou dobře/špatně připraveny *vhodně zareagovat* na znaky a příznaky domácího násilí

Zda existuje statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými sestrami, daný:

8. věkem zdravotníka
9. délkou zdravotnické praxe
10. typem kliniky, na které pracují.

¹ Souhlas s realizací výzkumu na vybraných klinikách Fakultní nemocnice v Hradci Králové dala Mgr. Dana Vaňková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz příloha 13).

2.2 Charakteristika výzkumu

2.2.1 Použité metody

K získání výzkumných dat byl zvolen kvantitativní přístup – a to dotazníkové šetření. Na základě získaných rešerší a poznatků z odborné literatury jsme zjistili, že zatím neexistuje český dotazník pro zdravotníky, který by měřil, zda zdravotníci dokáží rozpoznat a reagovat na příznaky domácího násilí na ženách. Našli jsme vyzkoušený dotazník autorů z Velké Británie (Ramsay a kol., 2012).

Dotazník je v originále určen praktickým lékařům pro dospělé a zdravotním sestřám, které v těchto ordinacích pracují. Ověřování tohoto dotazníku se uskutečnilo na souboru 183 praktických lékařů a 89 sester.

Oslovili jsme autory dotazníku a získali jejich souhlas s vytvořením zkrácené české verze. Při porovnávání výzkumných dat jsme využívali data získaná od zdravotních sester. Originální dotazník má 60 položek a vychází z dotazníku PREMIS. Lékaři a sestry odpovídají pomocí sedmistupňové škály (stupeň 1 = dobře připraven/a, stupeň 7= špatně připraven/a). Dále jsou v dotazníku výběrové odpovědi a 2 odpovědi otevřené. Originální dotazník je rozčleněn do pěti částí:

- socio-demografické údaje o respondentech
- připravenost zdravotníků na řízení pacientů s domácím násilím
- vnímané znalosti o DN
- praktické problémy
- názory na domácí násilí:
 - porozumění ženám prožívající DN
 - příprava personálu
 - sebereflexe
 - problémy na zdravotnickém pracovišti. (Ramsay a kol., 2012)

Námi upravený dotazník (viz příloha 14) byl anonymní, určený pro všeobecné a praktické sestry. Dotazník obsahoval 15 položek. Skládal se ze tří částí:

- socio-demografické údaje o respondentech (5 položek)
- znalosti, interakce, intervence (5 položek)

- připravenost zdravotníků na jednání s obětí (5 položek)

Sestry odpovídaly na jednu otevřenou otázku ohledně věku. Dále byly v dotazníku otázky uzavřené, přičemž v jedné otázce mohly vybrat více možností. Sestry odpovídaly pomocí sedmistupňové škály (1= dobře připraven, 7 = špatně připraven). V jedné otázce určovaly pořadí od 1. nejčastějšího po 3. nejčastější důvod.

2.2.2 Organizace výzkumného šetření

Sběr dat proběhl od prosince 2021 do konce ledna 2022. Místem uskutečnění dotazníkového šetření byla Fakultní nemocnice Hradec Králové. Pro dotazníkové šetření byly vybrány tři výše zmíněné kliniky, protože u nich byla vyšší pravděpodobnost, že se sestry při své ošetrovatelské péči o pacientky mohou setkat se ženami, které jsou obětí domácího násilí. Po domluvě s vrchními sestrami klinik bylo na jejich pracovištích rozdáno celkem 60 dotazníků, na každou kliniku 20 kusů. Celková návratnost činila 59 dotazníků tedy 98,33 %. Vyplněné dotazníky jsme překontrolovali. Získaná data jsme následně přepsali do předdefinované excelovské tabulky. Tabulku jsme předali RNDr. Evě Čermákové z Oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, která nám poskytla potřebné informace, konzultace a odborně data zpracovala. Pokud jde o statistické metody, kromě běžné popisné statistiky byla použita faktorová analýza (program NCSS), Fischerův přesný test, Pearsonův chí-kvadrát test, neparametrický Mann-Whitney test, neparametrická Kruskal-Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu.

2.3 Charakteristika zkoumaného souboru zdravotních sester

Pro výběr sester jsme stanovili tato kritéria:

- sestry pracují buď na chirurgické klinice, nebo pracují na porodnické a gynekologické klinice anebo sestry pracují na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (dále jen KARIM)
- bez ohledu na věk zdravotníků
- bez ohledu na stupeň vzdělání
- bez ohledu na počet let v zaměstnání
- ochota spolupracovat.

Jednalo se o dostupný výběr sester. Zjištěné výsledky tedy platí jenom pro tento zkoumaný soubor sester.

Položka A: pohlaví

Pohlaví	Počet
Muži	6
Ženy	53

Tabulka 1: pohlaví

Komentář: Náš zkoumaný soubor zahrnoval celkem 59 osob. Z toho bylo 53 žen (90 %) a 6 mužů (10 %).

Položka B: věk

Respondenti byli ve věkovém rozpětí 18-52 let, věkový průměr byl 35,32 let a medián 34 let.

Položka C: „Kolik let pracujete ve zdravotnictví

Délka praxe	Počet respondentů
0-5 let	19
6-20 let	18
21 a více let	22

Tabulka 2: délka praxe

Komentář: Délka praxe, která byla v našem dotazníku rozdělena do tří kategorií, byla téměř rovnoměrně zastoupená. První kategorii 0-5 let praxe označilo celkem 19 respondentů, druhou kategorii 6-20 let praxe označilo 18 respondentů a poslední kategorii 21 a více let praxe označilo 22 respondentů.

Položka D: „Na které klinice pracujete?“

Klinika	Počet respondentů
KARIM	20
Porodnická a gynekologická klinika	19
Chirurgická klinika	20

Tabulka 3: klinika

Komentář: Konkrétně z kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny odpovědělo 20 respondentů (33,90 %), z toho bylo 6 mužů a 14 žen. Za chirurgickou kliniku a kliniku porodnickou a gynekologickou odpovídaly pouze ženy, celkem 20 sester z kliniky

chirurgie (33,90 %) a 19 sester z porodnické a gynekologické kliniky (32,20 %). Zastoupení respondentů z jednotlivých klinik bylo rovnoměrné.

Položka E: „Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?“

Počet diagnostikovaných případů za 6 měsíců	Počet respondentů
Žádný	49
1-5	10
6-10	0
10-15	0
Více než 16	0

Tabulka 4: počet případů

Komentář: Za posledních 6 měsíců 10 zdravotníků diagnostikovalo 1-5 případů (17 %). 49 respondentů (83 %) odpovědělo, že za posledních 6 měsíců nediaagnostikovalo žádný případ. Varianty odpovědí 6-10 případů za 6 měsíců, 10-15 případů za 6 měsíců a více než 16 případů za 6 měsíců neoznačil žádný respondent.

2.4 Výsledky

2.4.1 Významnost rozdílů související s věkem respondentů

Věkové charakteristiky celého souboru respondentů pro jednotlivé otázky dotazníku se nacházejí v tabulce 1. Pro zpracování dalších výsledků byl použit průměr, medián, jako míra variability mezikvartilové rozpětí (1., 3. kvartil).

Položka E – případy DN	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
žádný	49	36,53	26,50	39,00	45,00
1-5	10	29,40	23,75	28,50	35,25
Položka F – nejtypičtější varovný znak	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
2. úzkost	26	35,96	28,00	34,00	45,75
3.zneužívání návykových látek	5	35,80	26,50	38,00	44,00
4.častá zranění	25	34,20	25,00	34,00	44,50
5.deprese	3	38,33	24,00	41,00	50,00
Položka G–1. nejčastější důvod	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
1.obava ze msty	16	35,38	25,25	33,00	45,75
2.finanční závislost	10	39,40	28,75	43,00	48,25
4.potřeby dětí	24	34,58	26,00	34,00	44,00
5.láska k partnerovi	6	33,00	25,25	31,50	41,00
6.osamění	3	32,00	24,00	32,00	40,00
Položka G–2. nejčastější důvod	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
1.obava ze msty	11	33,91	26,00	29,00	43,00
2.finanční závislost	25	37,12	27,50	40,00	45,00
3.náboženské přesvědčení	1	26,00	26,00	26,00	26,00
4.potřeby dětí	14	36,71	27,25	35,50	46,50
5.láska k partnerovi	3	27,33	18,00	25,00	39,00
6.osamění	5	32,20	24,00	29,00	42,00
Položka G–3. nejčastější důvod	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
1.obava ze msty	16	34,31	24,25	33,50	44,00
2.finanční závislost	12	31,42	25,00	27,50	42,00
3.náboženské přesvědčení	3	33,00	26,00	32,00	41,00
4.potřeby dětí	9	38,11	26,50	43,00	48,50
5.láska k partnerovi	10	36,50	29,75	35,50	45,00
6.osamění	9	39,00	28,00	43,00	49,50
Položka H – vhodný způsob dotazování	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
1.Jste obětí domácího násilí?	2	24,50	23,00	24,50	26,00
2.Zranil nebo ohrožoval Vás někdy partner?	3	40,33	29,00	43,00	49,00

3.Měla jste někdy strach ze svého partnera?	47	35,62	27,00	35,00	44,00
4.Udeřil nebo zranil vás někdy váš partner?	7	34,29	24,00	20,00	46,00
Položka I – nevhodný způsob dotazování	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
1.Jste oběť domácího násilí?	54	35,59	26,75	34,50	45,00
2.Zranil nebo ohrožoval Vás někdy partner?	1	44,00	44,00	44,00	44,00
3.Měla jste někdy strach ze svého partnera?	1	23,00	23,00	23,00	23,00
4.Udeřil nebo zranil vás někdy váš partner?	3	31,67	26,00	26,00	43,00
Položka J – akce provedené po odhalení DN	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
1. Poskytla oběti informace	38	34,95	26,00	34,00	44,00
2. Poradila ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů	34	35,15	25,75	34,00	45,00
3. Provedla bezpečnostní posouzení pro ženy	1	25,00	25,00	25,00	25,00
4. Provedla bezpečnostní posouzení pro děti týraných žen	1	18,00	18,00	18,00	18,00
5. Pomohla vytvořit ženě bezpečnostní plán	8	34,38	24,50	31,00	47,00
6. Odkázala na jiné organizace	35	34,63	26,00	33,00	44,00
Položka K – připravenost pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
velmi nepřípraven	9	37,33	28,00	39,00	47,00
nepřípraven	12	37,08	26,00	39,00	45,00
spíš nepřípraven	16	33,13	26,00	30,00	42,50
těžko říci	15	37,20	28,00	40,00	45,00
spíš připraven	4	28,50	21,00	25,50	39,00
přípraven	1	32,00	32,00	32,00	32,00
velmi připraven	2	34,50	18,00	34,50	51,00
Položka L – připravenost klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
nepřípraven	8	38,13	28,25	39,50	47,50
spíš nepřípraven	12	33,17	25,25	33,00	42,25
těžko říci	18	35,61	25,75	38,00	45,00
spíš připraven	17	35,65	25,50	34,00	46,50
přípraven	2	28,50	27,00	28,50	30,00
velmi připraven	2	38,50	26,00	38,50	51,00

Položka M – dokumentovat historii domácího násilí	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
velmi nepřípraven	3	32,00	24,00	29,00	43,00
nepřípraven	14	37,57	29,75	39,00	46,50
spíš nepřípraven	20	34,60	26,00	31,50	44,50
těžko říci	14	38,43	31,00	40,50	45,75
spíš připraven	7	29,29	21,00	26,00	43,00
přípraven	1	27,00	27,00	27,00	27,00
Položka N – identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
nepřípraven	3	37,33	29,00	40,00	43,00
spíš nepřípraven	4	32,25	26,00	27,00	43,75
těžko říci	18	37,22	25,00	42,00	45,00
spíš připraven	26	36,04	26,00	35,50	45,00
přípraven	7	29,86	23,00	29,00	32,00
velmi připraven	1	27,00	27,00	27,00	27,00
Položka O – vhodně reagovat na odhalení zneužívání	počet	průměr	1. kvartil	medián	3.kvartil
velmi nepřípraven	1	24,00	24,00	24,00	24,00
nepřípraven	4	40,00	31,00	41,50	47,50
spíš nepřípraven	6	32,17	26,00	29,50	39,50
těžko říci	28	36,54	26,50	39,50	45,00
spíš připraven	17	35,59	25,00	34,00	45,50
přípraven	2	26,00	20,00	26,00	32,00
velmi připraven	1	27,00	27,00	27,00	27,00

Tabulka 5: Věková charakteristika respondentů

Pro další zpracování výsledků pomocí neparametrického Mann-Whitney testu byly použity jen odpovědi, které mají četnost alespoň šest. Pro otázky se 3 a více odpověďmi s dostatečnou četností se testovala hypotéza shody věku mezi skupinami vůči alternativě, že alespoň dvě skupiny se od sebe statisticky významně liší. Byla použita neparametrická Kruskal-Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu.

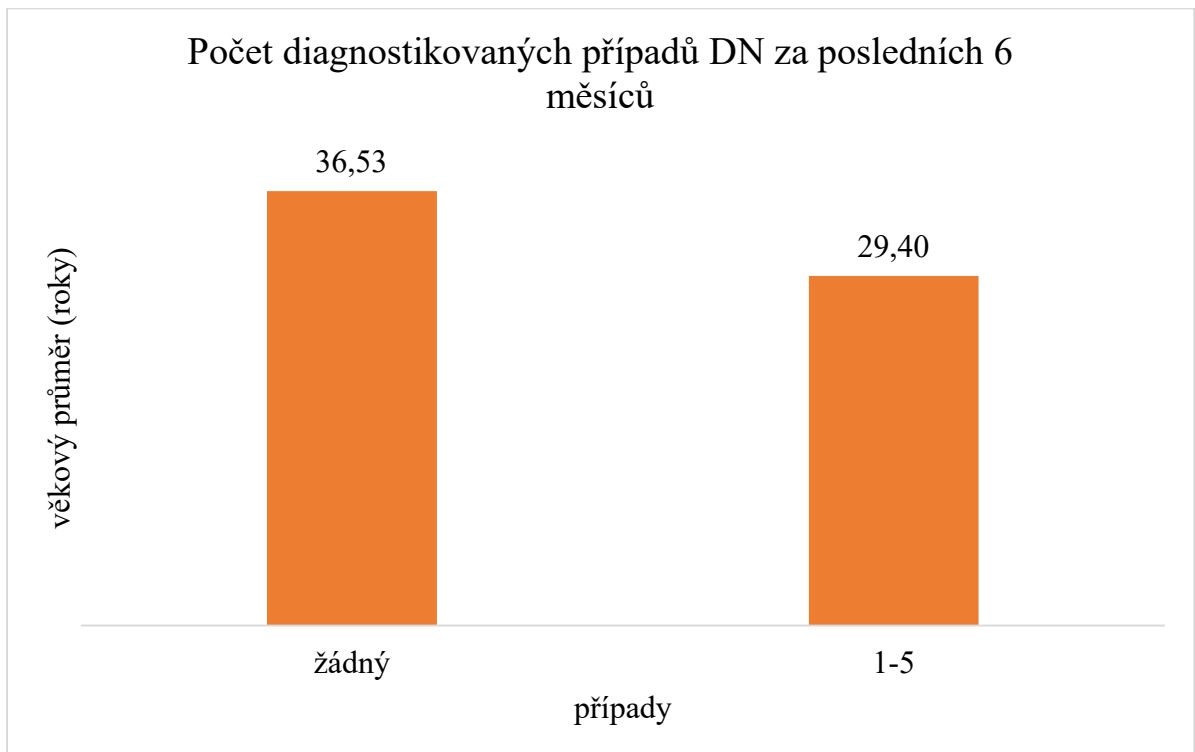
Položka	Hladina pravděpodobnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?	Metoda
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	0,04742	Ano	Mann-Whitney test
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtýpější znak.	0,37514	Ne	Mann-Whitney test

G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 1. nejčastější důvod	0,62476	Ne	Kruskal-Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,57916	Ne	Kruskal-Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,32013	Ne	Kruskal-Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:			
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	0,77669	Ne	Mann-Whitney test
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	0,65715 0,87188 0,84185 0,49661	Ne	Mann-Whitney test
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,70707	Ne	Kruskal- Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	0,15389	Ne	Kruskal- Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí	0,33621	Ne	Kruskal- Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	0,33621	Ne	Kruskal- Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání	0,69163	Ne	Kruskal- Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu

Tabulka 6: Významnost rozdílů související s věkem respondentů

Byl nalezen 1 statisticky významný rozdíl u otázky „Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?“ viz graf 1. U zbylých otázek neexistuje statisticky významný rozdíl a nebudou graficky zpracovány.

Položka E: „Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?“



Graf 1: Počet diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců podle věku respondentů

Komentář: Hypotéza nezávislosti, zda rozdělení jednotlivých parametrů závisí na věku, byla zamítnuta ($p=0,04742$). Důvodem byl vyšší věk respondentů, kteří nediaagnostikovali během poslední 6 měsíců žádný případ.

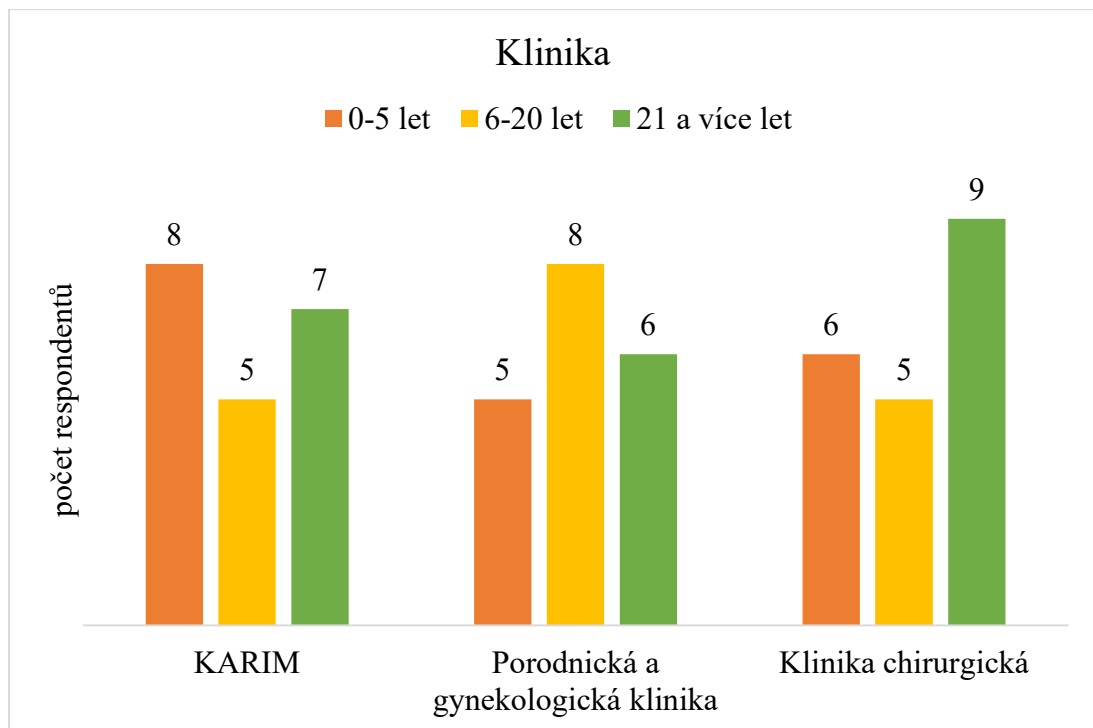
2.4.2 Významnost rozdílů související se délkou praxe

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 7.

Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
D. Na které klinice pracujete?	0,66974	Ne
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	0,1001	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,4405	Ne
G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... (vyberte tři nejčastější důvody a seřad'te je podle toho, jak je ženy obvykle uvádějí): 1. nejčastější důvod	0,6564	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,9116	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,2281	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	0,4286	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	0,4981	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=0,8938 J2 p=0,7096 J3 p=0,3427 J4 p=0,3427 J5 p=1,0000 J6 p=0,5193	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,8442	Ne
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	0,8618	Ne
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí	0,2558	Ne
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	0,3812	Ne
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání	0,8580	Ne

Tabulka 7: Významnost rozdílů související s délkou praxe

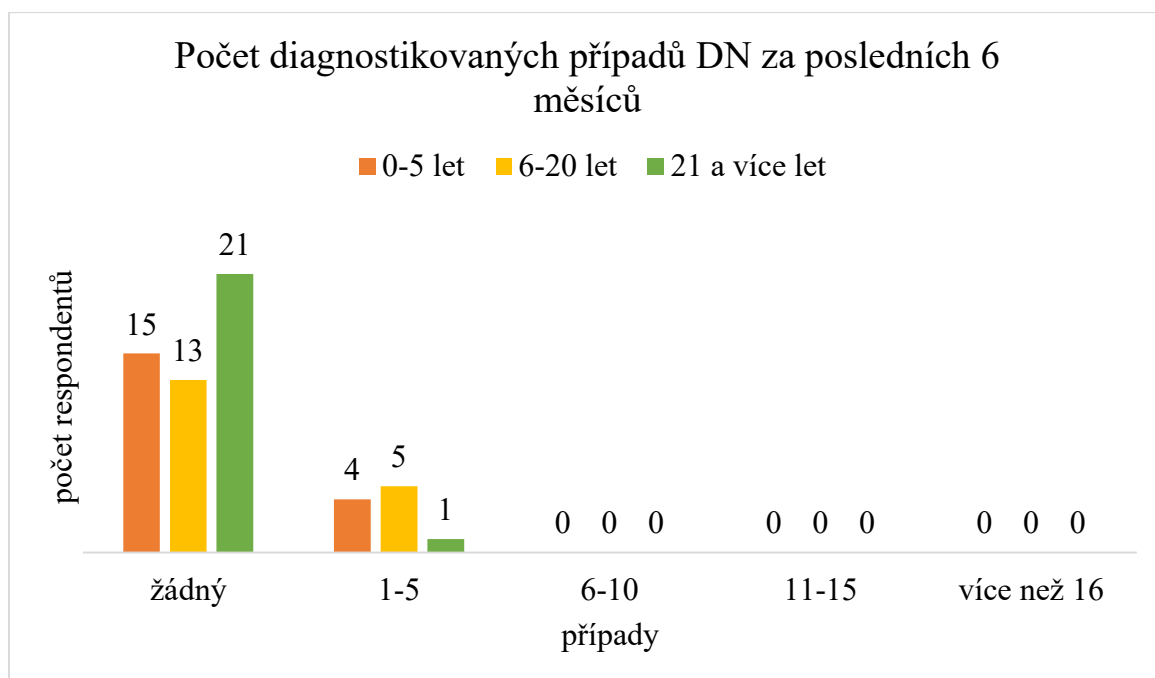
Položka D: „Na které klinice pracujete?“



Graf 2: Specializace kliniky podle délky praxe

Komentář: Skupina respondentů pracujících ve zdravotnictví 0-5 let nejčastěji odpovídala, že pracují na KARIM. Nejvyšší počet respondentů pracujících ve zdravotnictví 6-20 let pracuje na porodnické a gynekologické klinice. Skupina respondentů s nejdelší praxí více než 20 let pracuje nejčastěji na chirurgické klinice.

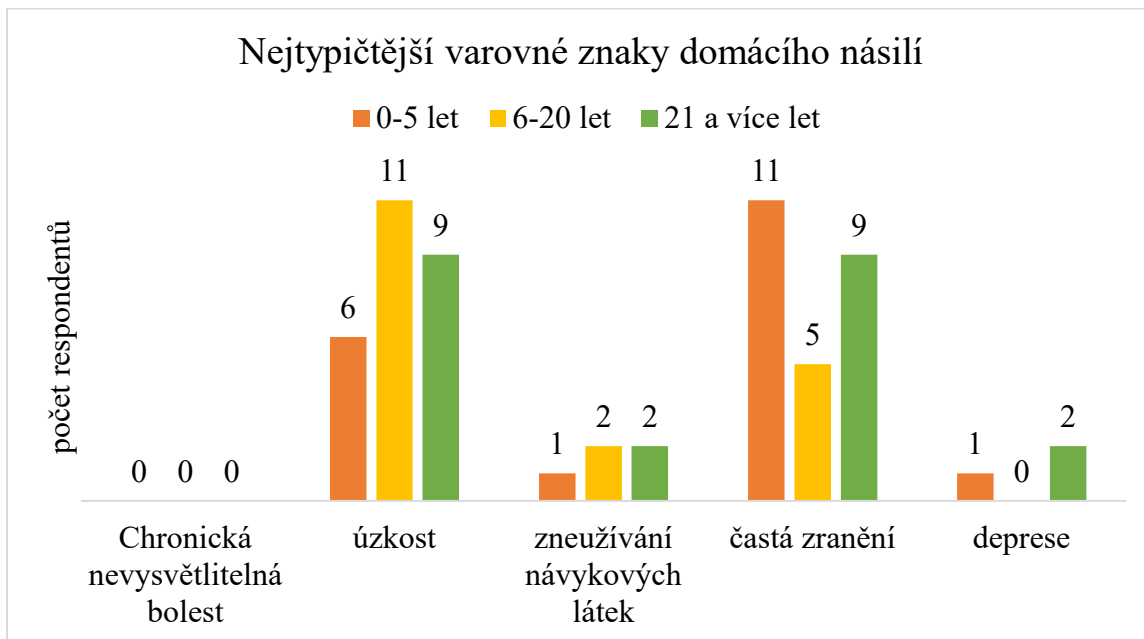
Položka E: „Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?“



Graf 3: Počet diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců podle délky praxe

Komentář: Ve skupině respondentů, kteří pracují ve zdravotnictví 0-5 let se vyskytlo 15 negativní odpovědí, nedialogovali v posledních 6 měsících žádný případ. A 4 z nich odpověděli, že diagnostikovali 1-5 případů za posledních 6 měsíců. Obdobně odpovídali i respondenti ve skupině 6-20 let praxe. Konkrétně 13 respondentů neodhalilo žádný případ a 5 respondentů odhalilo 1-5 případů DN za posledních 6 měsíců. Výsledky respondentů pracujících ve zdravotnictví 21 a více let se od předchozích dvou skupin liší. 21 respondentů odpovědělo, že neodhalili žádný případ. Pouze 1 respondent z této skupiny odpověděl, že diagnostikoval 1-5 případů v posledních 6 měsících. I přes tuto odlišnost rozdíl není statisticky významný.

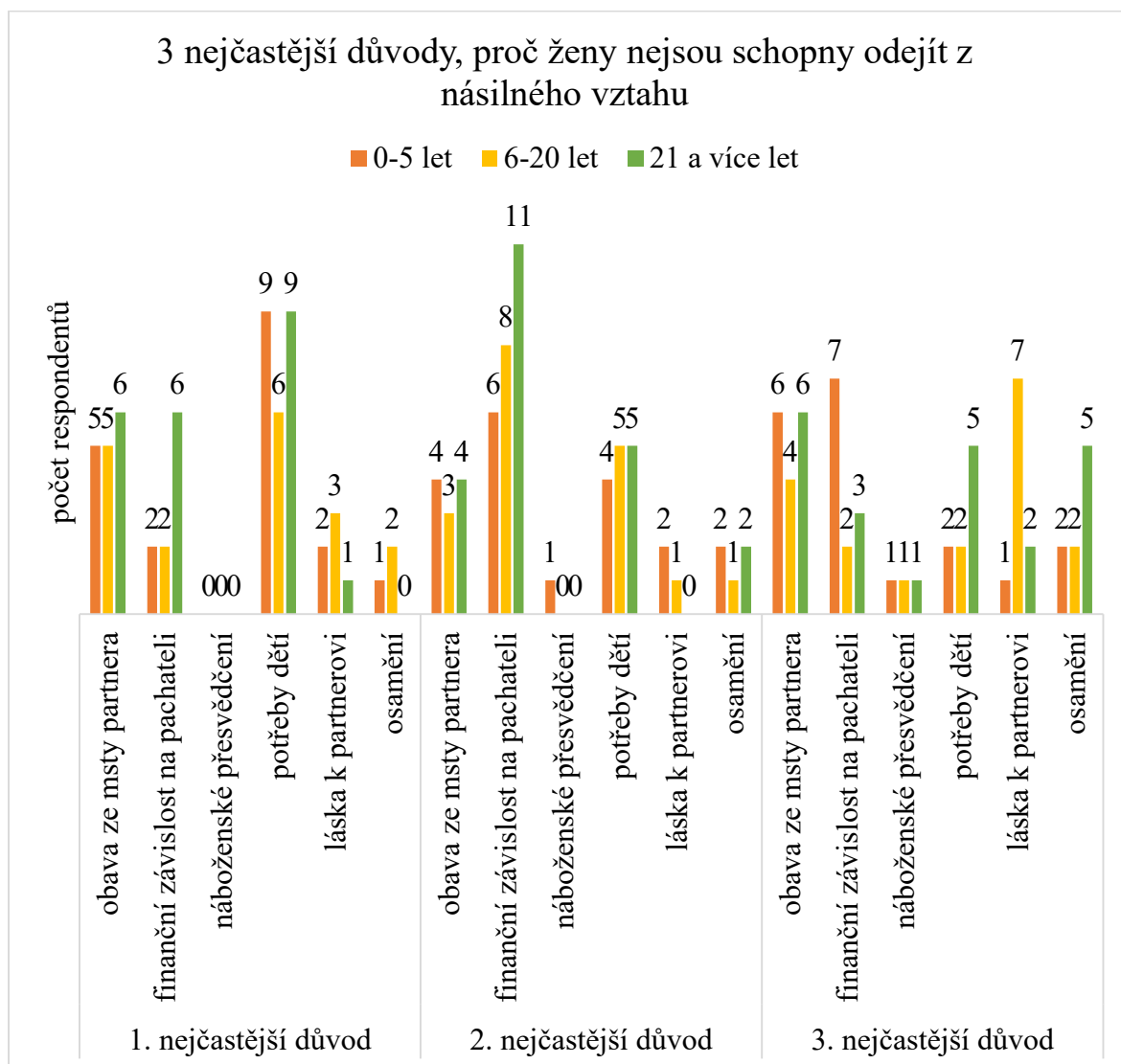
Položka F: „Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtýpčtější znak.“



Graf 4: Nejtýpčtější varovné znaky domácího násilí podle délky praxe

Komentář: Ve věkové skupině 0-5 let odpovědělo 11 respondentů, že nejtýpčtějším varovným znakem DN jsou častá zranění. 6 respondentů se domnívá, že nejtýpčtějším varovným znakem úzkost. Respondenti pracující 6-20 let ve zdravotnictví 11krát označili jako nejtýpčtější varovný znak odpověď úzkost, 5krát odpověděli častá zranění. Poslední skupina respondentů, kteří pracují ve zdravotnictví více než 21 let nejčastěji (9krát) označili dva nejtýpčtější varovné znaky DN, konkrétně úzkost a častá zranění. Znak chronická nevysvětlitelná bolest nebyl ani jednou vybrán. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly.

Položka G: „Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... (vyberte tři nejčastější důvody a seřadte je podle toho, jak je ženy obvykle uvádějí):“

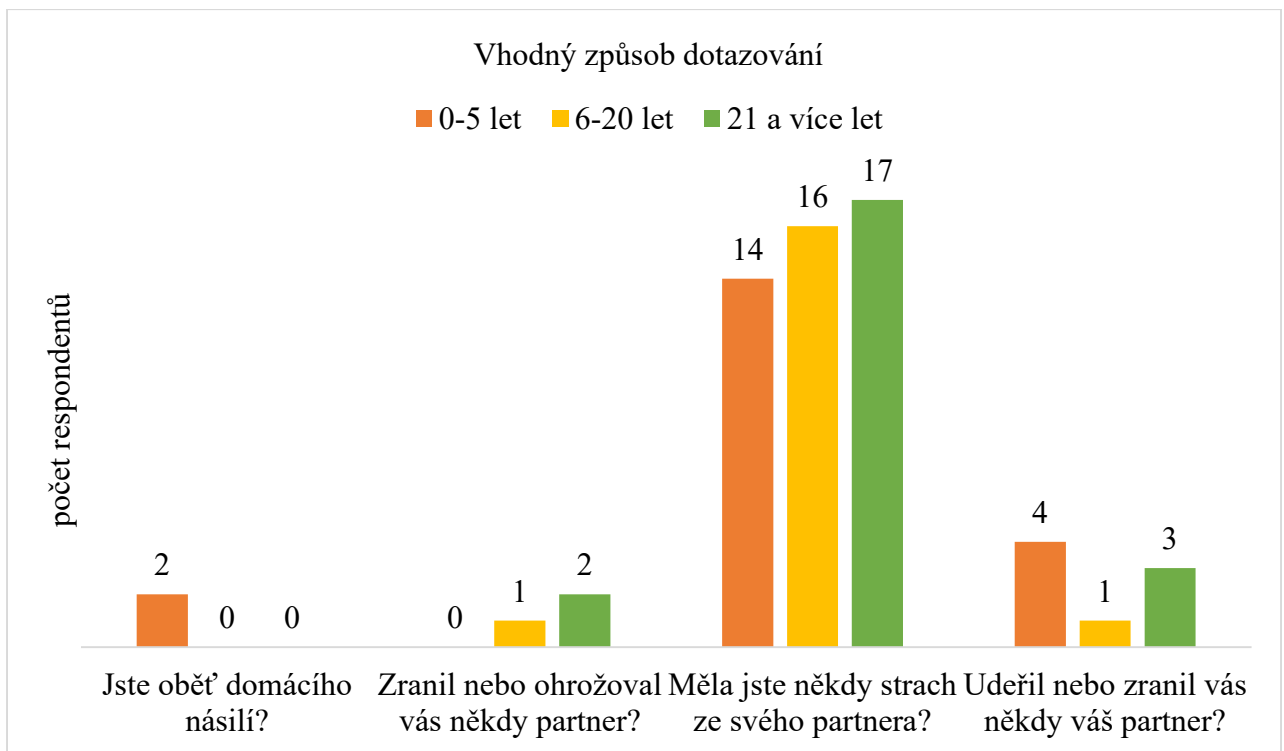


Graf 5: 3 nejčastější důvody, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu podle délky praxe

Komentář: Jako první nejčastější důvod, proč ženy nejsou schopné odejít z násilného vztahu, označily skupiny respondentů pracující ve zdravotnictví 0-5 let a více než 21 let shodně (9krát) odpověď potřeba dětí. V případě skupiny pracující ve zdravotnictví 6-20 let nebyla odpověď tak jednoznačná. 6 respondentů označilo odpověď potřeba dětí a 5 respondentů se domnívá, že nejčastějším důvodem je obava ze msty partnera. Druhý nejčastější důvod je shodně podle všech skupin respondentů finanční závislost na partnerovi. Nejvíce se respondenti rozcházejí ohledně 3. nejčastějšího důvodu. Respondenti pracující 0-

5 let 7krát označili finanční závislost na partnerovi a 6krát obavu za msty. Jednoznačně odpověděla skupina respondentů pracujících 6-20 let, 7krát označili lásku k partnerovi. Malé rozdíly mezi jednotlivými odpověďmi ohledně 3. nejčastějšího důvodu se vyskytly u skupiny pracujících více než 21 let ve zdravotnictví. Konkrétně 6 respondentů označilo obavu ze msty partnera a po pěti respondentech označilo potřeby dětí a osamění. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly.

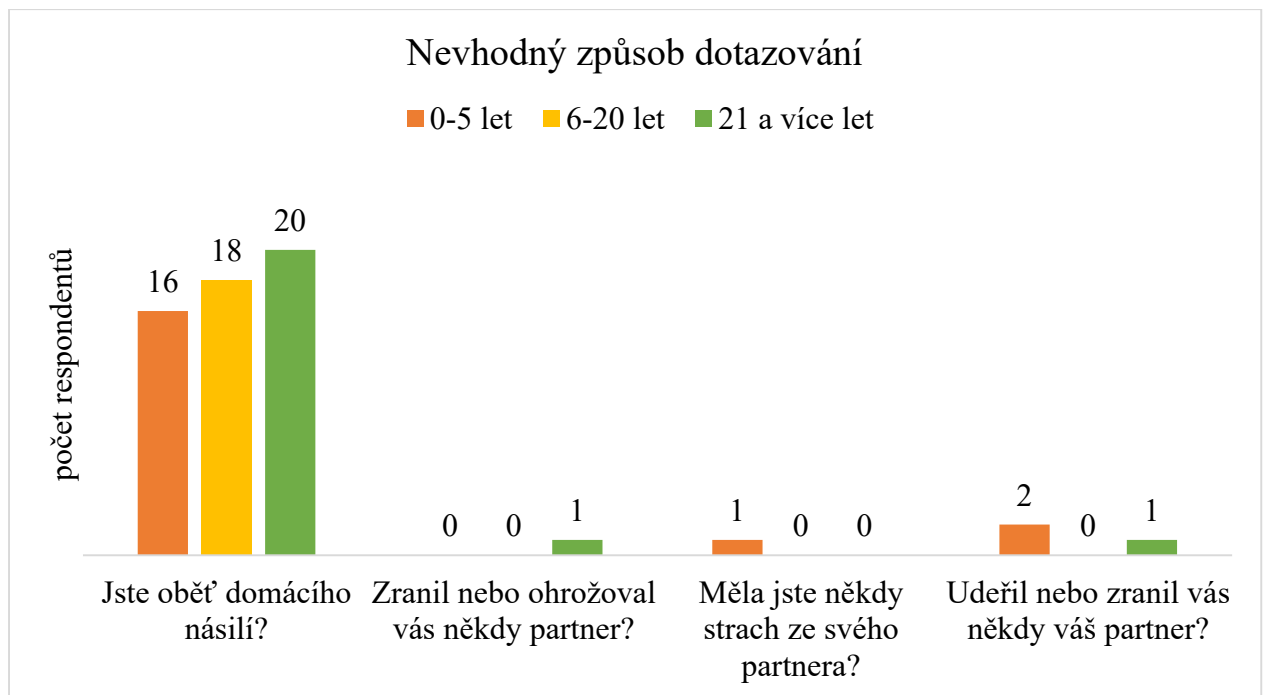
Položka H: „Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:“



Graf 6: Vhodný způsob dotazování podle délky praxe

Komentář: Všechny 3 skupiny respondentů se shodně domnívají, že vhodný způsob dotazování je: „Měla jste někdy strach ze svého partnera?“. Shoda poukazuje, že se zde nevyskytují žádné statisticky významné rozdíly.

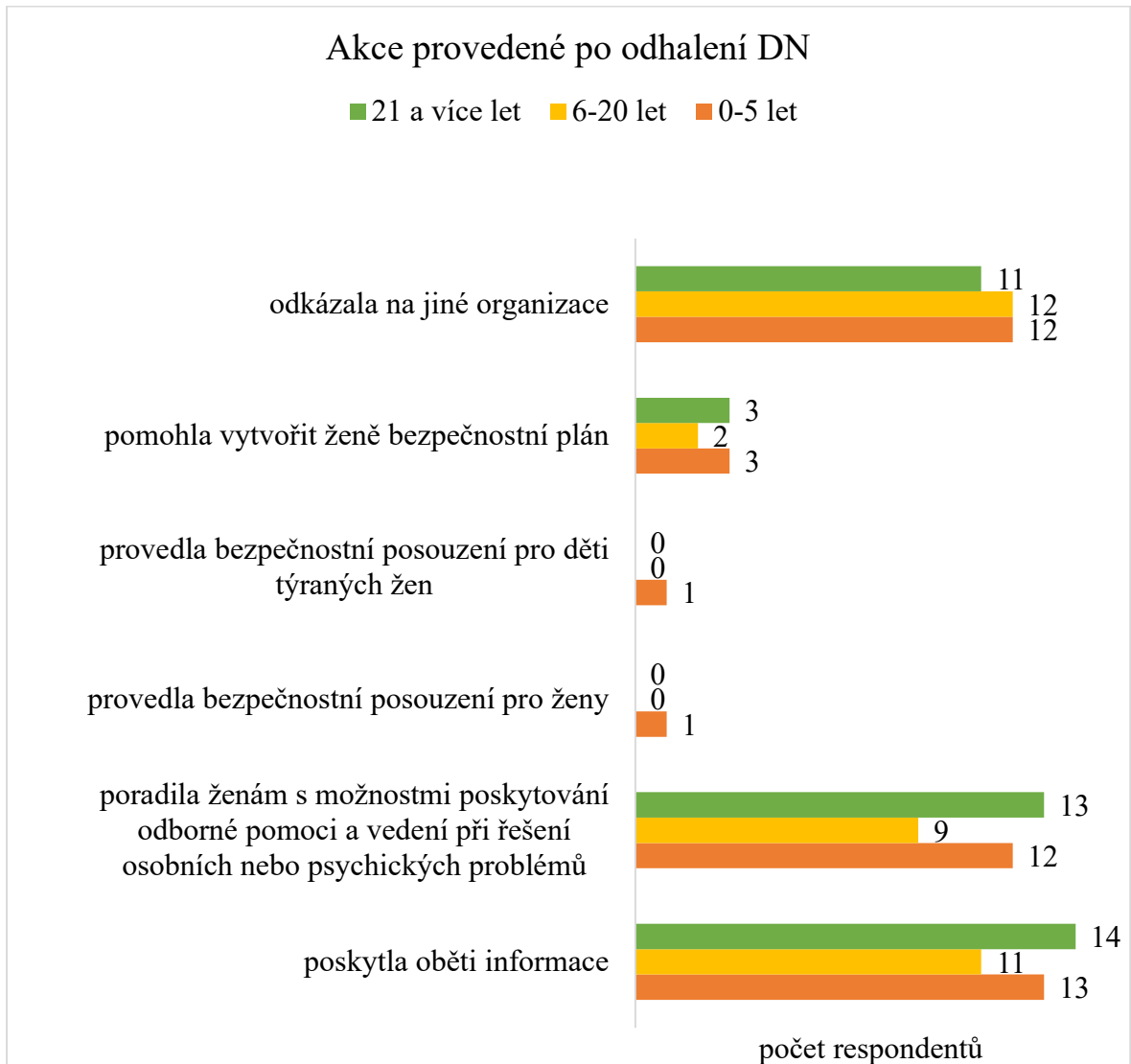
Položka I: „Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:“



Graf 7: Nevhodný způsob dotazování podle délky praxe

Komentář: Všechny 18 respondentů pracujících 6-20 let v nemocnici označilo za nevhodný způsob dotazování „Jste oběť domácího násilí?“. Podobná jednoznačnost se vyskytla i u zbylých dvou skupin, 0-5 let 16krát a 21 a více let 20krát. Na základě shodného označení nevhodného způsobu dotazování všemi třemi skupinami nedochází ke vzniku statisticky významných rozdílů.

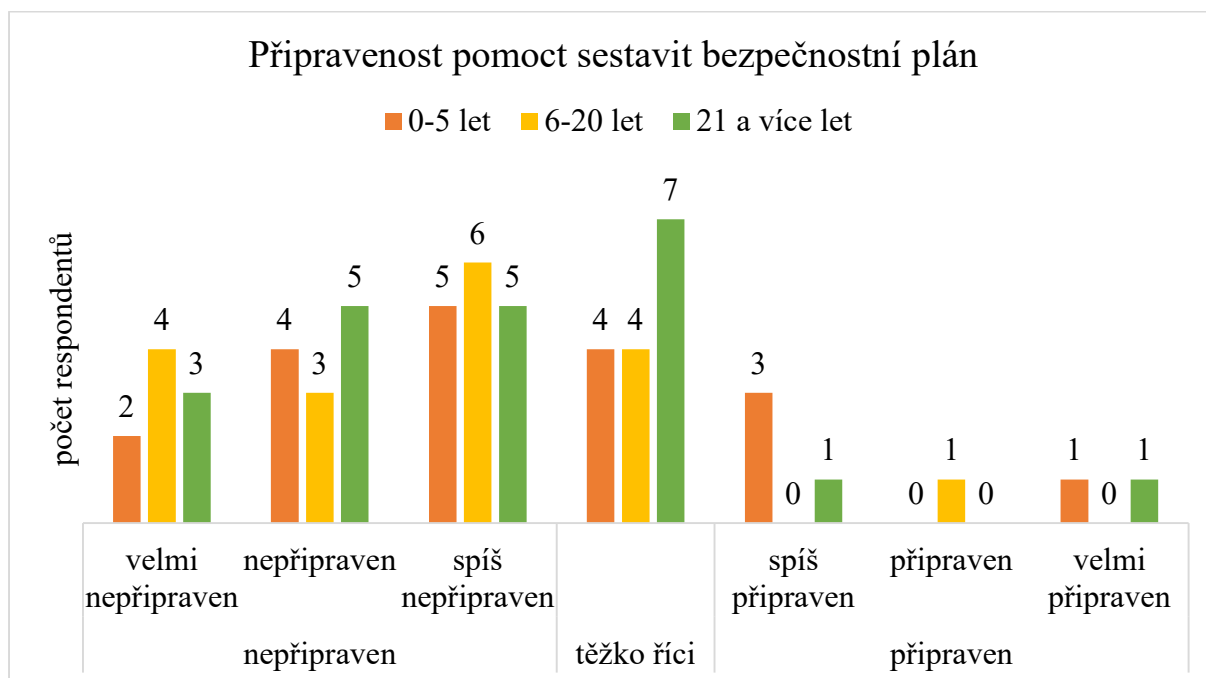
Položka J: „Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)“



Graf 8: Akce provedené po odhalení DN podle délky praxe

Komentář: Respondenti všech 3 skupin se shodli na 3 odpovědích. Respondenti by nejčastěji odkázali na jiné organizace, poradili ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů a poskytli oběti informace. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly.

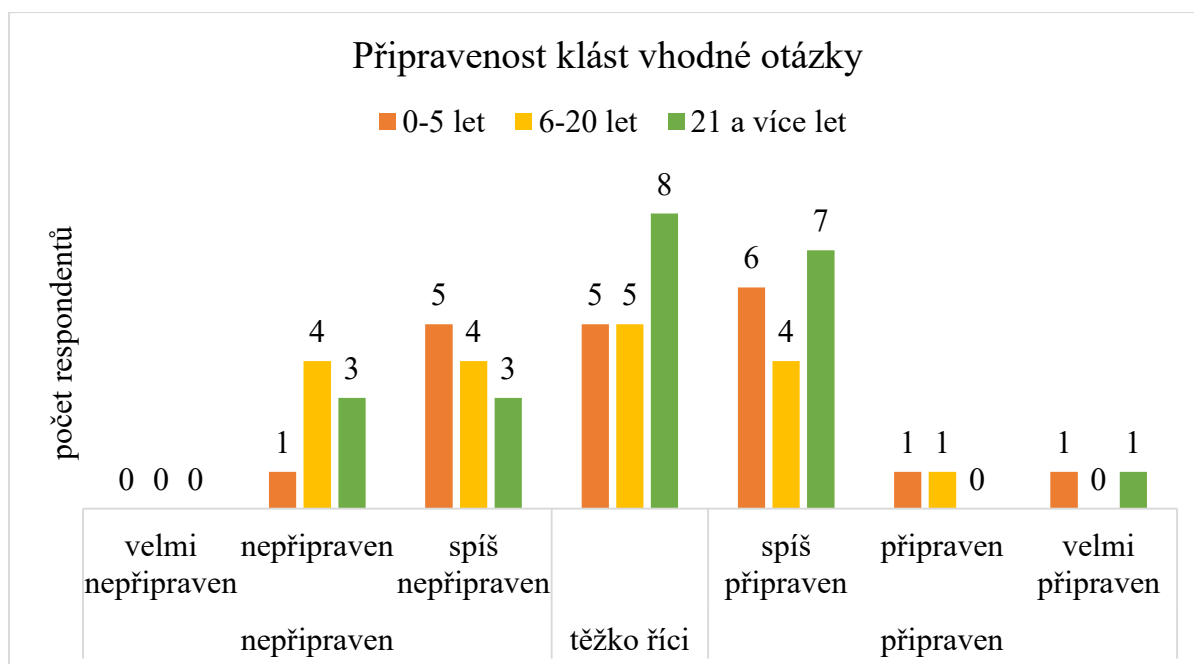
Položka K: „Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán?“



Graf 9: Připravenost pomoci sestavit bezpečnostní plán podle délky praxe

Komentář: Všechny 3 skupiny se shodly, že nejsou schopné pomoci sestavit bezpečnostní plán. V připravenosti pomoci sestavit bezpečnostní plán se neukázaly žádné statisticky významné rozdíly, které by souvisely s délkou praxe.

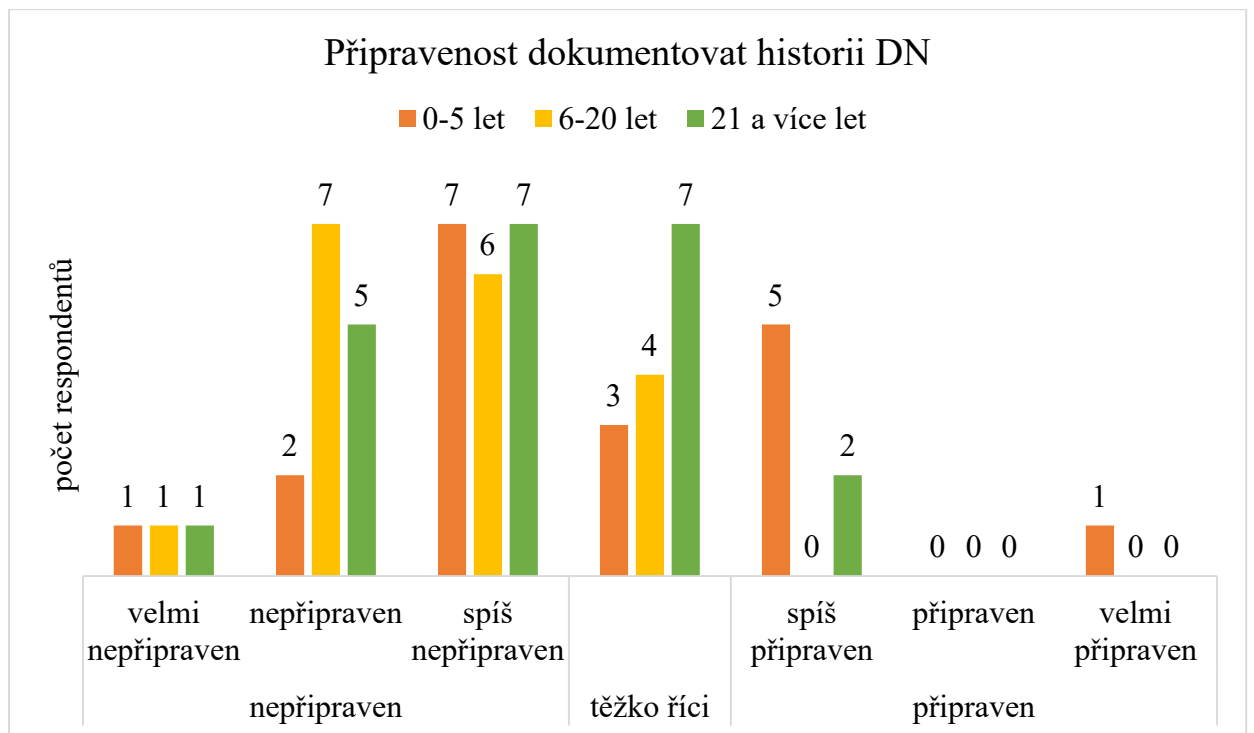
Položka L: „Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?“



Graf 10: Připravenost klást vhodné otázky podle délky praxe

Komentář: Ze skupin osob pracujících 0-5 let odpovědělo 6 respondentů, že jsou nepřípraveni, 5 respondentů nedokázalo posoudit připravenost. Většina (8 respondentů) odpověděla, že jsou připraveni. V případě respondentů pracujících 6-20 let naopak většina odpověděla, že nejsou připraveni klást otázky, 5 nedokázalo odpovědět a 5 je připraveno. Respondenti pracující více než 21 let 6krát odpověděli, že jsou nepřípraveny. Shodně po 8 respondentech odpověděli „těžko říci“ a „připraven“. I přes odlišnosti nevzniká zde statisticky významný rozdíl.

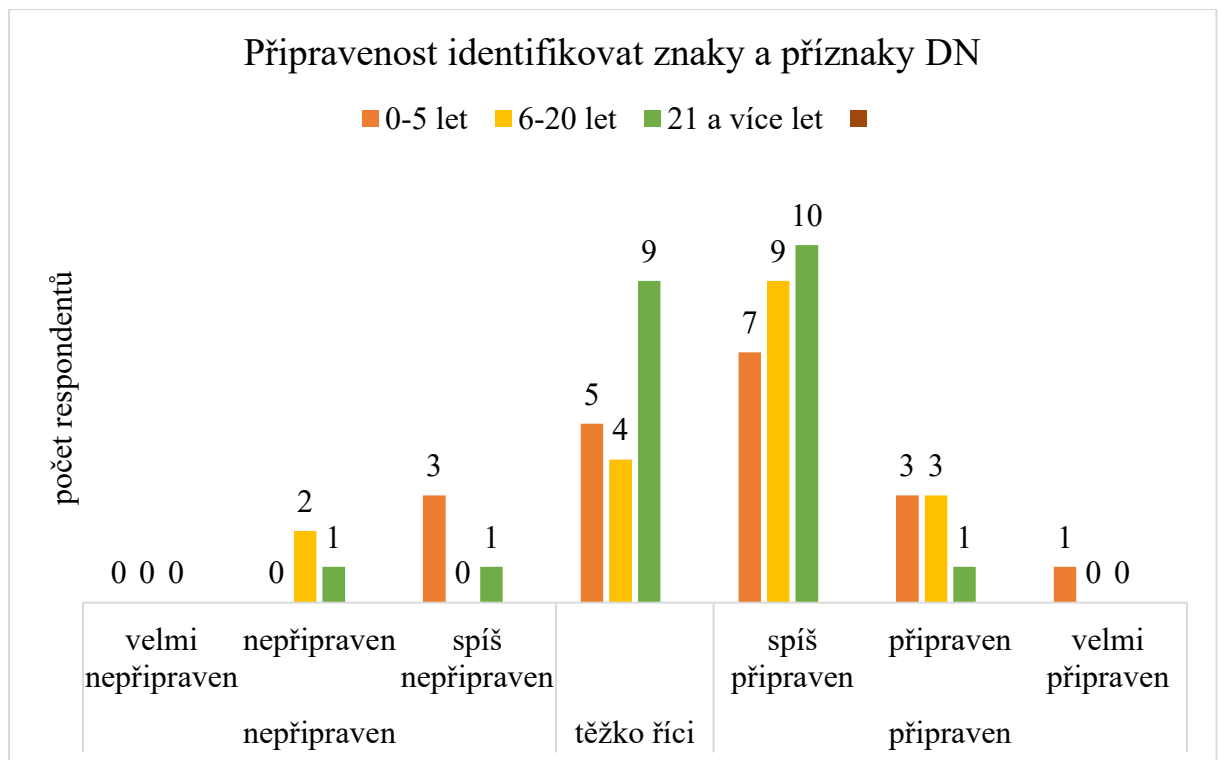
Položka M: „Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí?“



Graf 11: Připravenost dokumentovat historii DN podle délky praxe

Komentář: Všechny 3 skupiny se shodly, že nejsou připravené dokumentovat historii DN. Nevznikly žádné statisticky významné rozdíly, které by souvisely s délkou praxe.

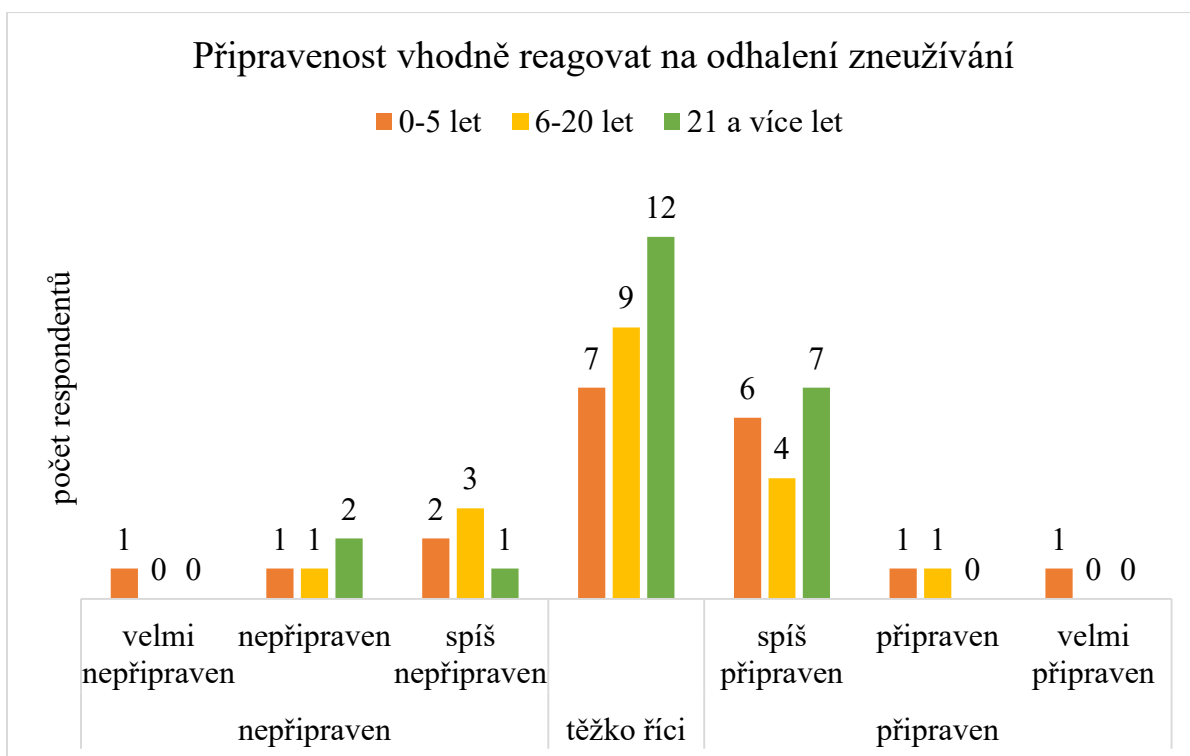
Položka N: „Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?“



Graf 12: Připravenost identifikovat znaky a příznaky DN podle délky praxe

Komentář: Všechny tři skupiny respondentů shodně označili, že jsou připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly.

Položka O: „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“



Graf 13: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání podle délky praxe

Komentář: Většina všech 3 skupin respondentů nedokáže posoudit, jestli jsou připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Zbylí respondenti se přiklání k tomu, že jsou připraveni vhodně reagovat. Nevznikly zde žádné statisticky významné rozdíly.

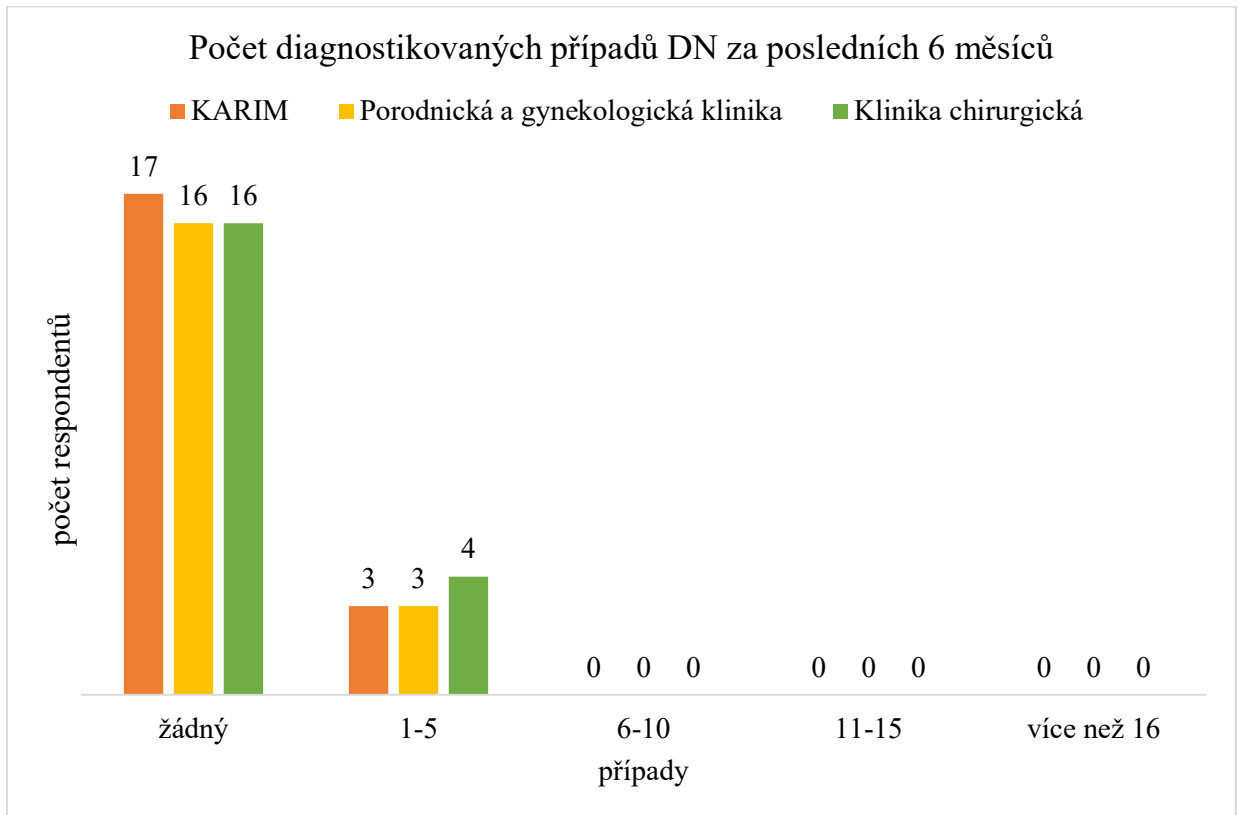
2.4.3 Významnost rozdílů související se specializací kliniky, na které pracují

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 8.

Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	1,0000	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,0538	Na hladině statistické významnosti
G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 1. nejčastější důvod	0,8276	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,3118	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,2726	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	0,3163	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	0,6840	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=0,4751 J2 p=0,9497 J3 p=0,3427 J4 p=0,3709 J5 p=0,8998 J6 p=0,8718	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,1806	Ne
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	0,0020	Ano
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí	0,9295	Ne
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	0,0774	Na hladině statistické významnosti
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání	0,0003	Ano

Tabulka 8: Významnost rozdílů související se specializací kliniky

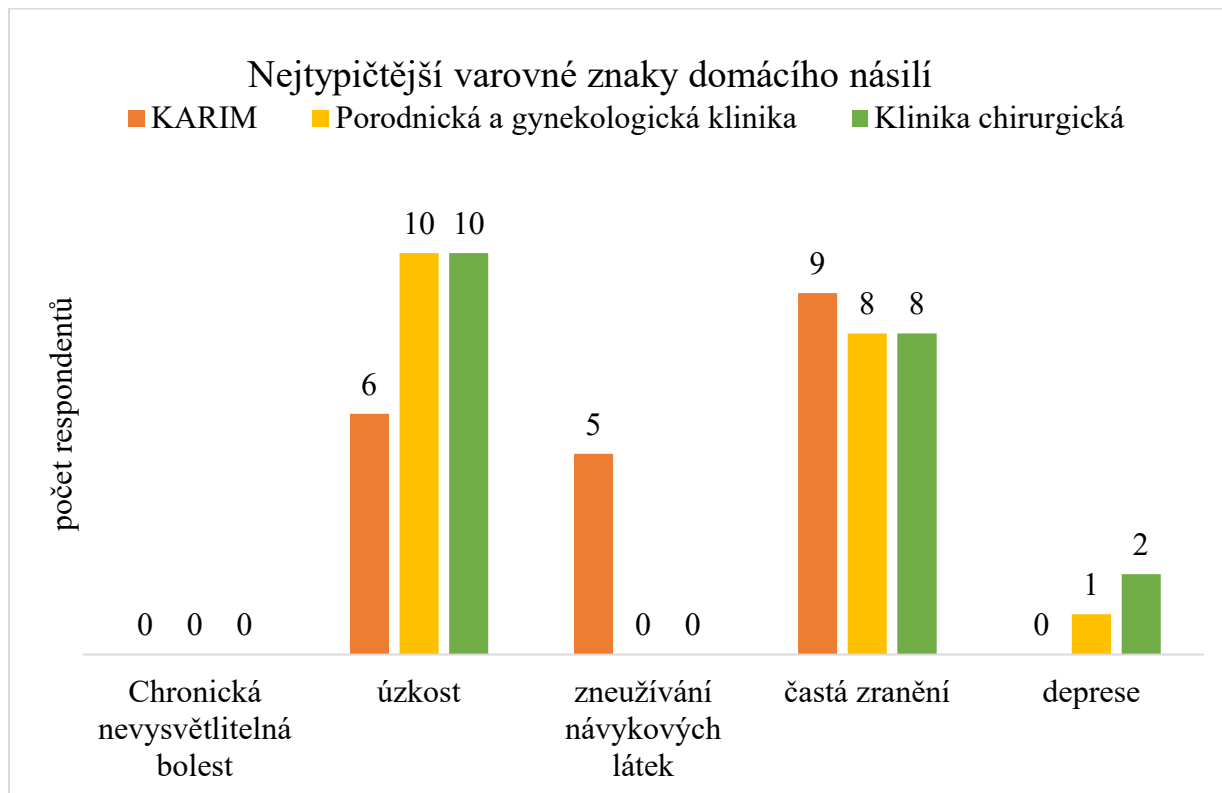
Položka E: „Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?“



Graf 14: Počet diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců podle specializace kliniky

Komentář: 3 respondenti z KARIM odpověděli, že v posledních 6 měsících diagnostikovali 1-5 případů. Zbylých 17 respondentů z KARIM odpovědělo, že se neseťkali s žádným případem. Stejný počet, 3 respondenti z kliniky porodnické a gynekologické odhalili 1-5 případů v posledních 6 měsících a 16 respondentů neodhalilo žádný případ. Respondenti z chirurgické kliniky 4krát odpověděli, že se setkali s 1-5 případy domácího násilí, 16krát se neseťkali s žádným. Nevyskytli se zde žádné statisticky významné.

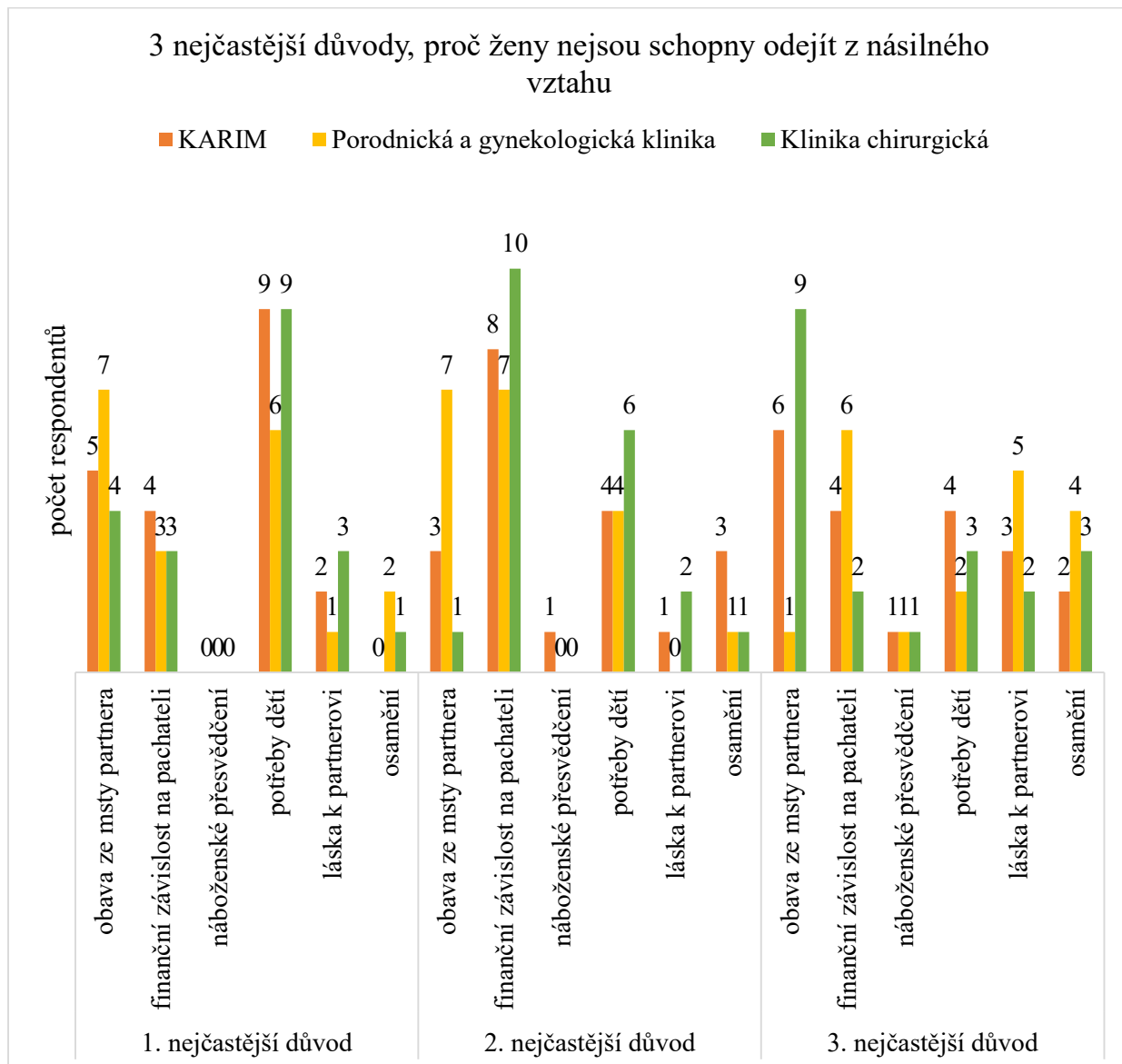
Položka F: „Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.“



Graf 15: Nejtypičtější varovné znaky domácího násilí podle specializace kliniky

Komentář: Respondenti z KARIM za nejtypičtější znak považují častá zranění, druhá nejčastější odpověď byla úzkost. Jako jediní respondenti z KARIM označili 5krát za nejtypičtější varovný znak zneužívání návykových látek. Naopak respondenti z kliniky porodnické a gynekologické a chirurgické kliniky shodně (po 10 respondentech) označili za nejtypičtější varovný znak úzkost. Druhou nejčastější odpovědí za obě kliniky (shodně po 8 respondentech) byla častá zranění. Ukázaly se statisticky významné rozdíly mezi klinikami na hladině statistické významnosti ($p=0,0536$) kvůli označení nejtypičtějšího varovného znaku – zneužívání návykových látek – pouze respondenty KARIM.

Položka G: „Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... (vyberte tři nejčastější důvody a seřadte je podle toho, jak je ženy obvykle uvádějí):“

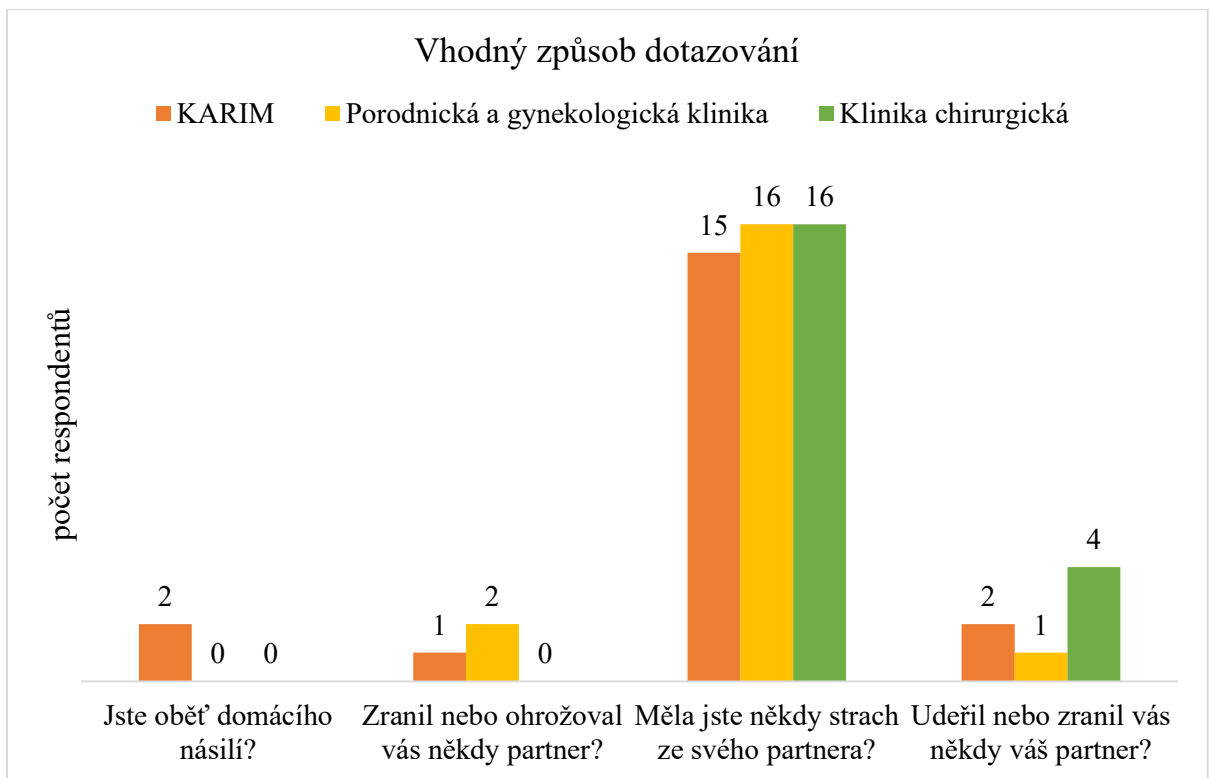


Graf 16: 3 nejčastější důvody, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu podle specializace kliniky

Komentář: Respondenti KARIM a chirurgické kliniky shodně považují za 1. nejčastější důvod, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu, potřeby dětí. Dotazovaní z kliniky porodnické a gynekologické jako 1. nejčastější důvod označili 7krát obavu ze msty partnera a 6krát potřeby dětí. 2. nejčastějším důvodem podle respondentů z KARIM a chirurgické kliniky je finanční závislost na partnerovi. V případě kliniky porodnické a gynekologické se o první příčku 2. nejčastějšího důvodu dělí 2 odpovědi – obava ze msty

partnera a finanční závislost na partnerovi (po 7 respondentech). Opět dotazování z KARIM a chirurgické kliniky odpovídají shodně. 3. nejčastější důvod je podle nich obava ze msty partnera. Respondenti z kliniky porodnické a gynekologické označili jako 3. nejčastější důvod finanční závislost na partnerovi. I přes jisté odchylky zde nevznikly žádné statisticky významné rozdíly, které by souvisely se specializací kliniky.

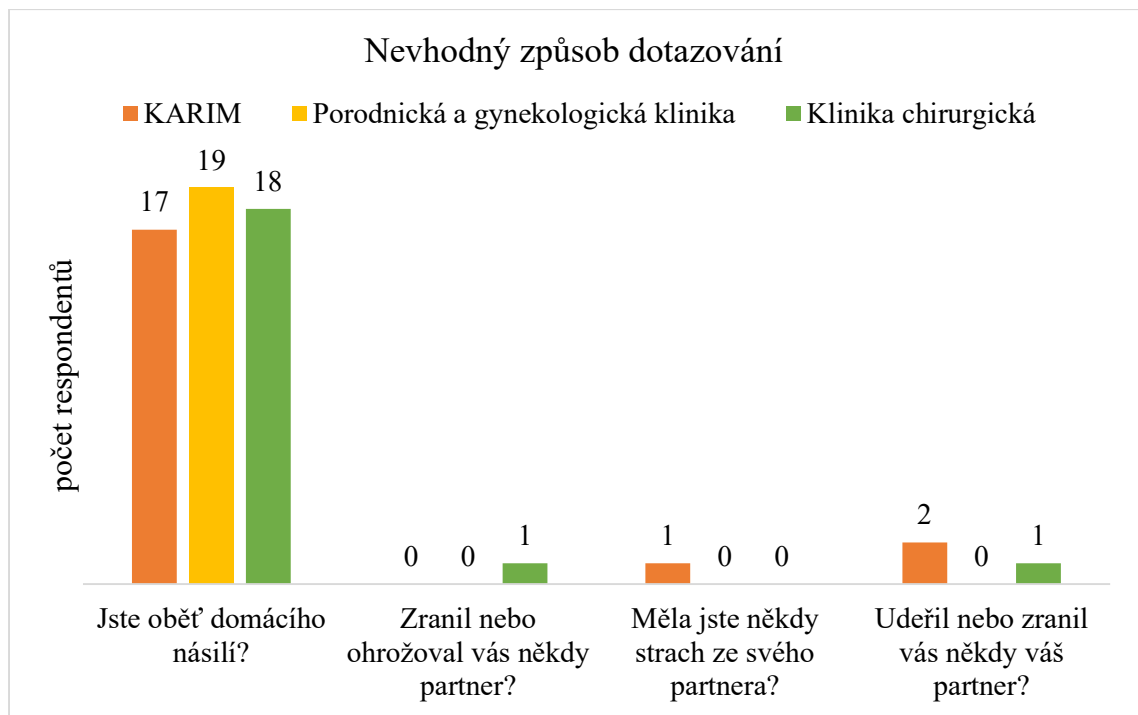
Položka H: „Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:“



Graf 17: Vhodný způsob dotazování podle specializace kliniky

Komentář: Nejvyšší počet respondentů ze všech 3 klinik si myslí, že vhodný způsob dotazování je „Měla jste někdy strach ze svého partnera?“. Není zde přítomný žádný statisticky významný rozdíl.

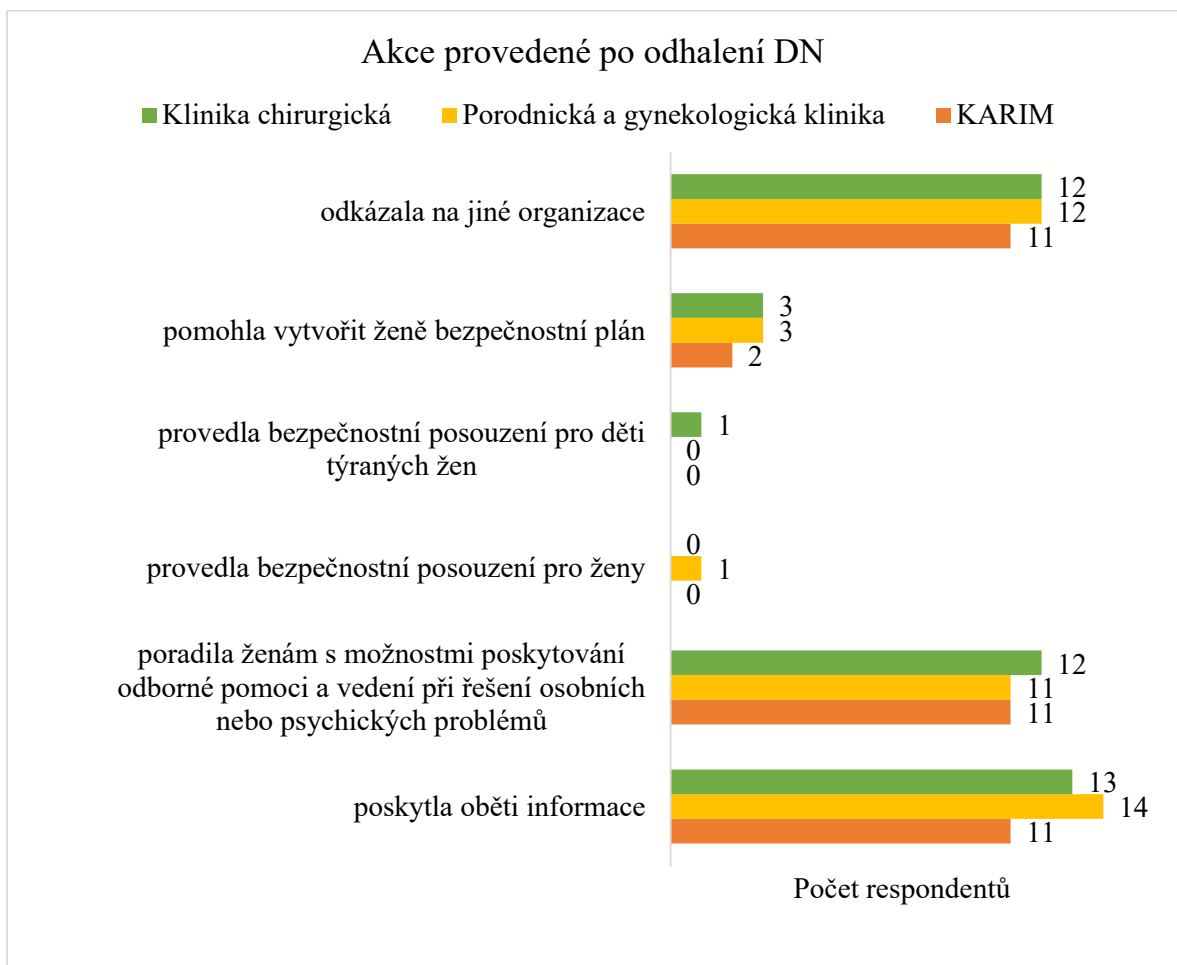
Položka I: „Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:“



Graf 18: Nevhodný způsob dotazování podle specializace kliniky

Komentář: Respondenti ze všech 3 vybraných klinik se shodli, že nevhodný způsob dotazování je: „Jste oběť domácího násilí?“. Nevznikly zde žádné statisticky významné rozdíly.

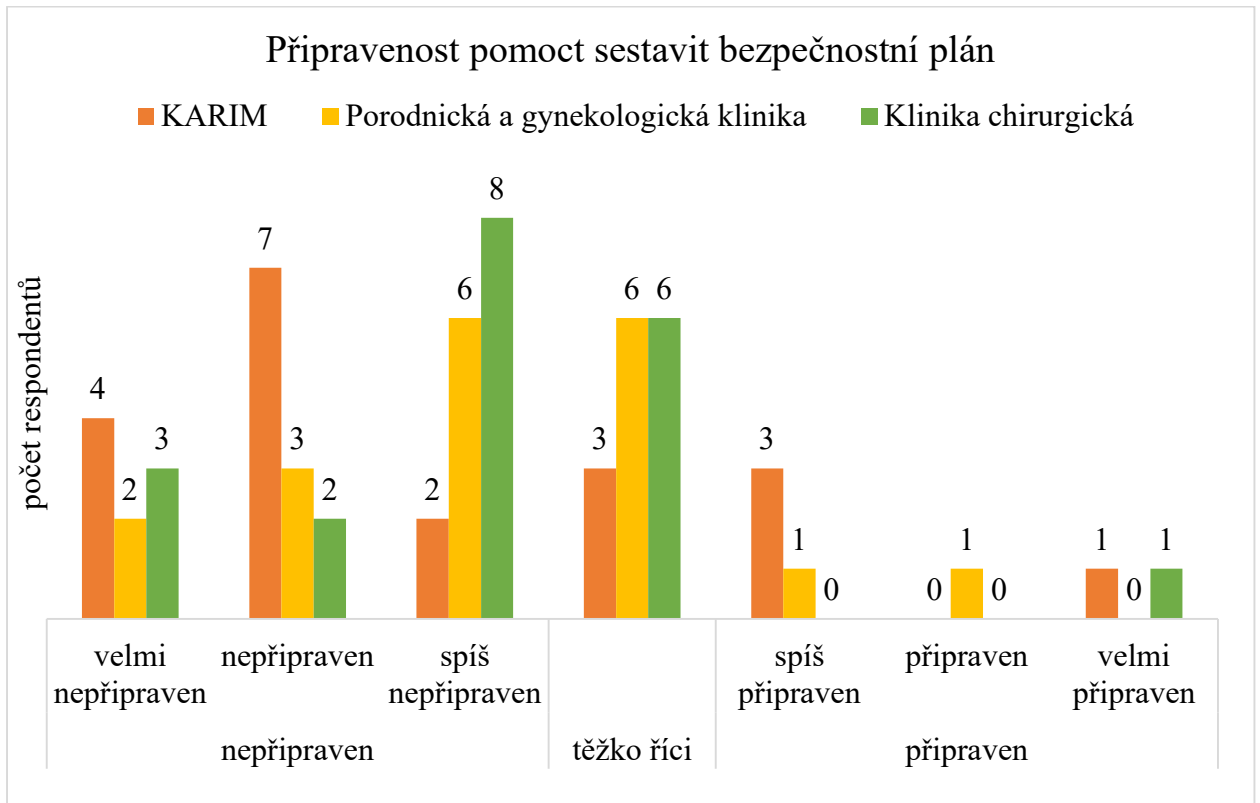
Položka J: „Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)“



Graf 19: Akce provedené po odhalení DN podle specializace kliniky

Komentář: Respondenti všech 3 skupin nejčastěji označili 3 odpovědi. Respondenti by nejčastěji odkázali na jiné organizace, poradili ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů a poskytli oběti informace. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly.

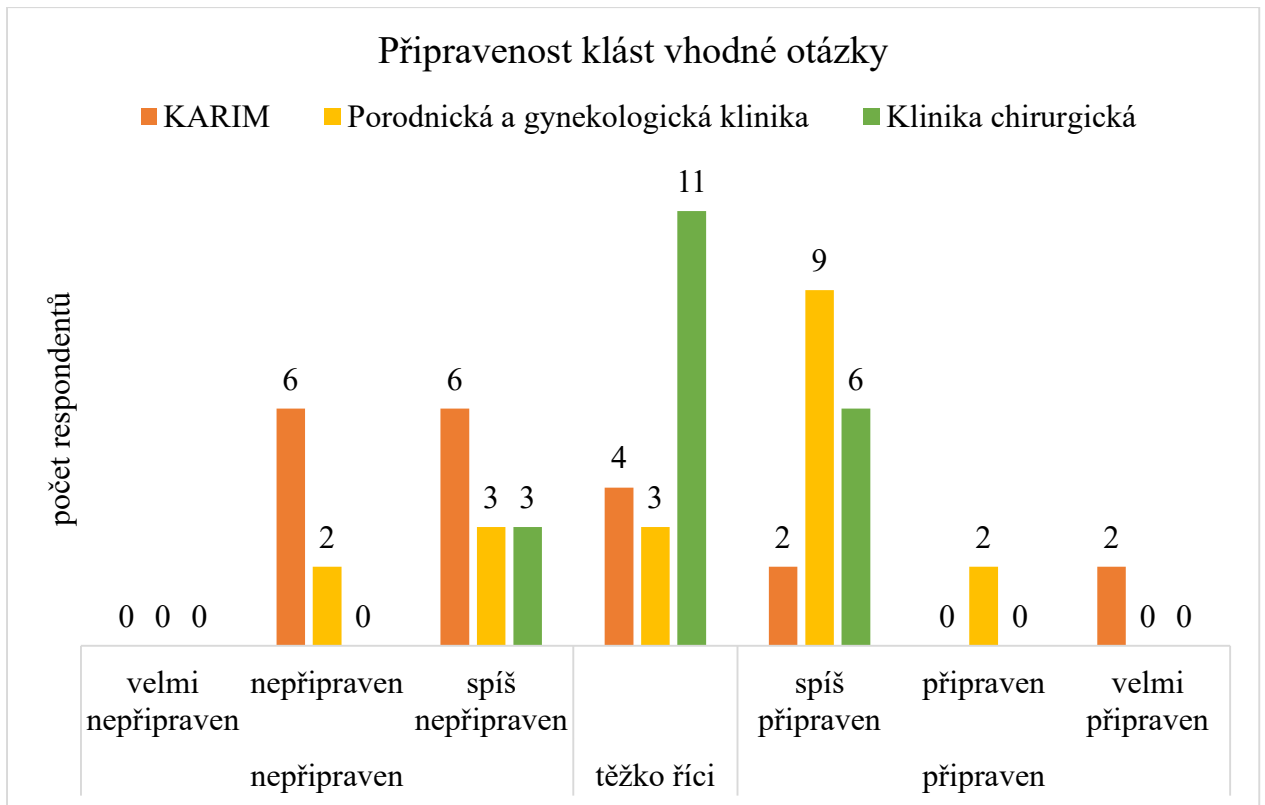
Položka K: „Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán?“



Graf 20: Připravenost pomoci sestavit bezpečnostní plán podle specializace kliniky

Komentář: Napříč všemi 3 klinikami nejčastěji respondenti shodně uvedli, že jsou nepřípraveni pomoci sestavit bezpečnostní plán. Nevznikly zde žádné statisticky významné rozdíly.

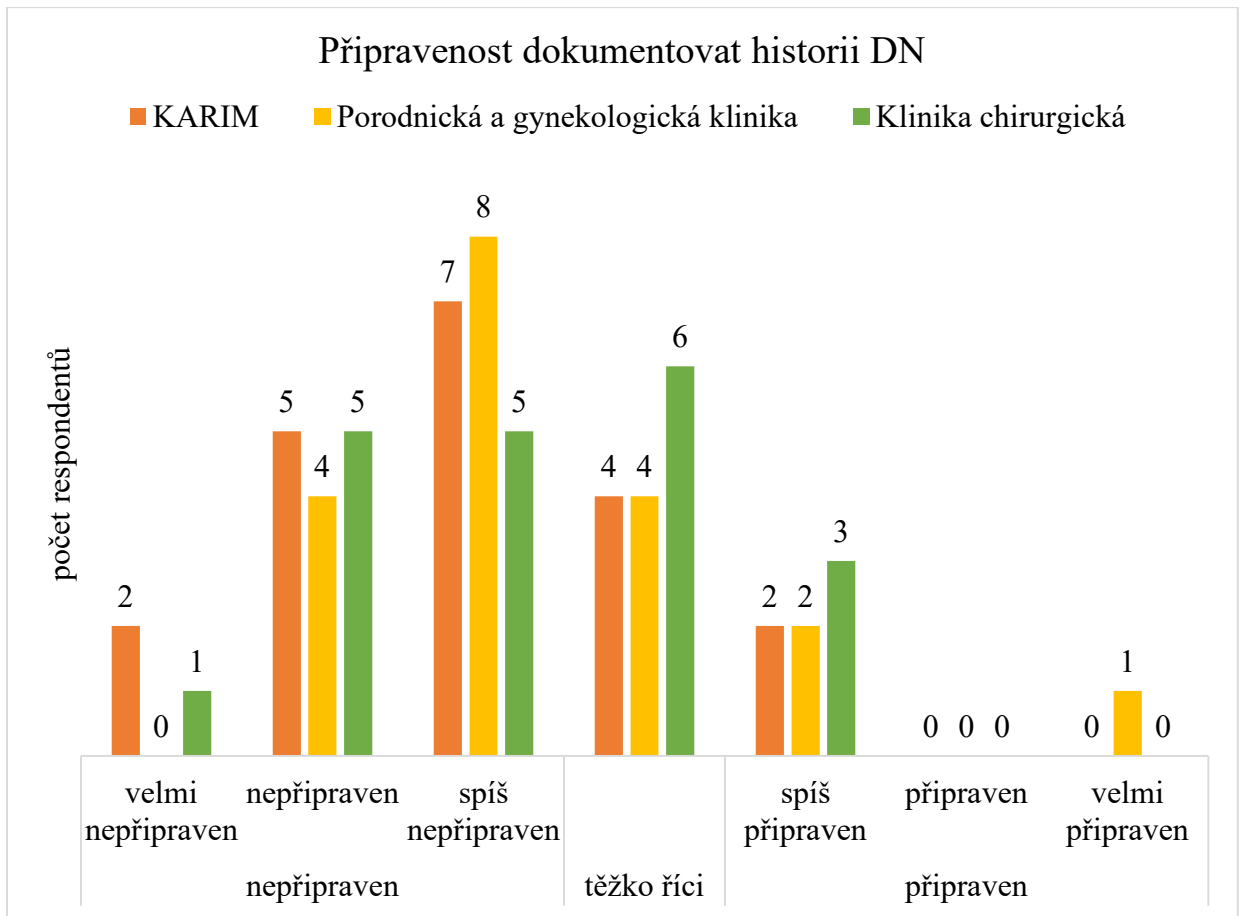
Položka L: „Jak jste připraveni klást vhodné otázky?“



Graf 21: Připravenost klást vhodné otázky podle specializace kliniky

Komentář: Většina respondentů z KARIM odpověděla, že je nepřípravena klást vhodné otázky. Nejvyšší počet respondentů (9) z porodnické a gynekologické kliniky označil, že je připraven klást vhodné otázky. 11 respondentů z chirurgické kliniky vybralo odpověď „těžko říci“. Hypotéza nezávislosti, zda rozdělení jednotlivých parametrů závisí na specializaci kliniky, byla zamítnuta ($p=0,002$). Důvodem byl vyšší počet odpovědí „nepřípraven“ na KARIM. Dále vyšší počet odpovědí „těžko říci“ na chirurgické klinice.

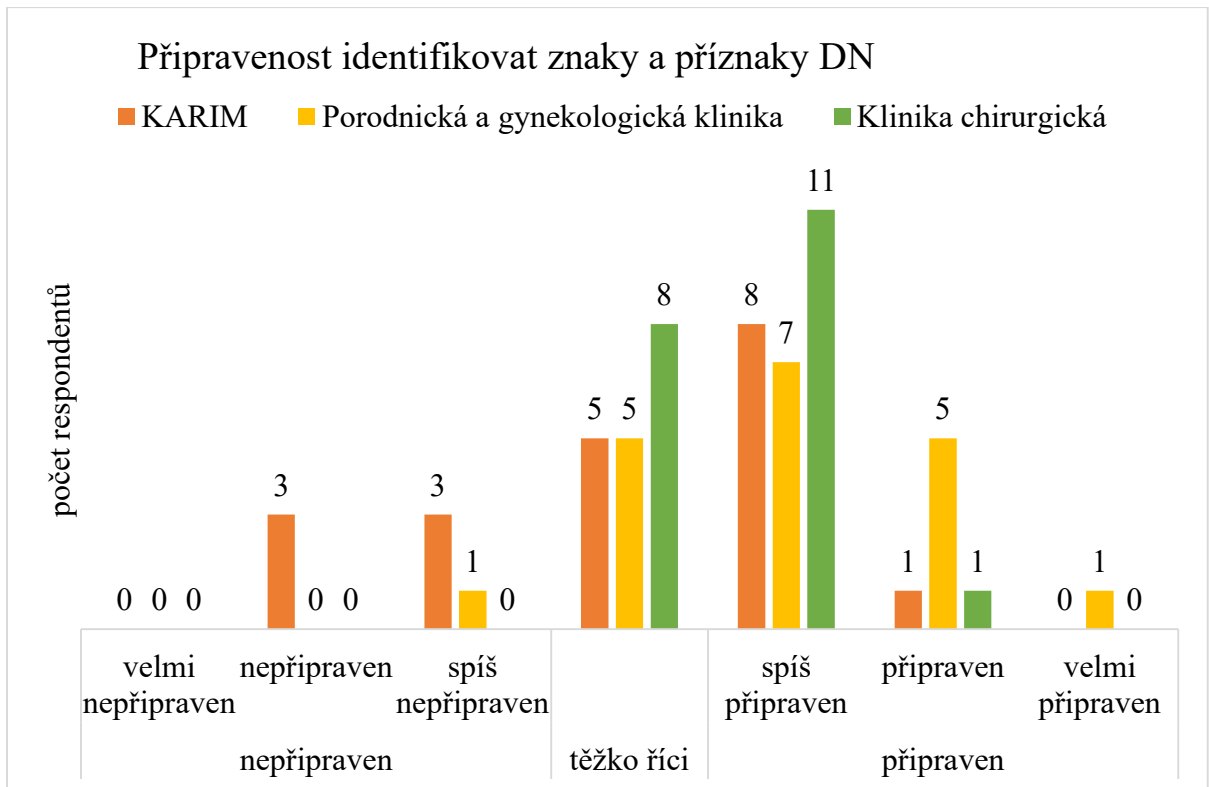
Položka M: „Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí?“



Graf 22: Připravenost dokumentovat historii DN podle specializace kliniky

Komentář: Většina respondentů ze všech 3 vybraných klinik shodně odpověděla, že nejsou připraveni dokumentovat historii domácího násilí. Nejsou zde žádné statisticky významné rozdíly.

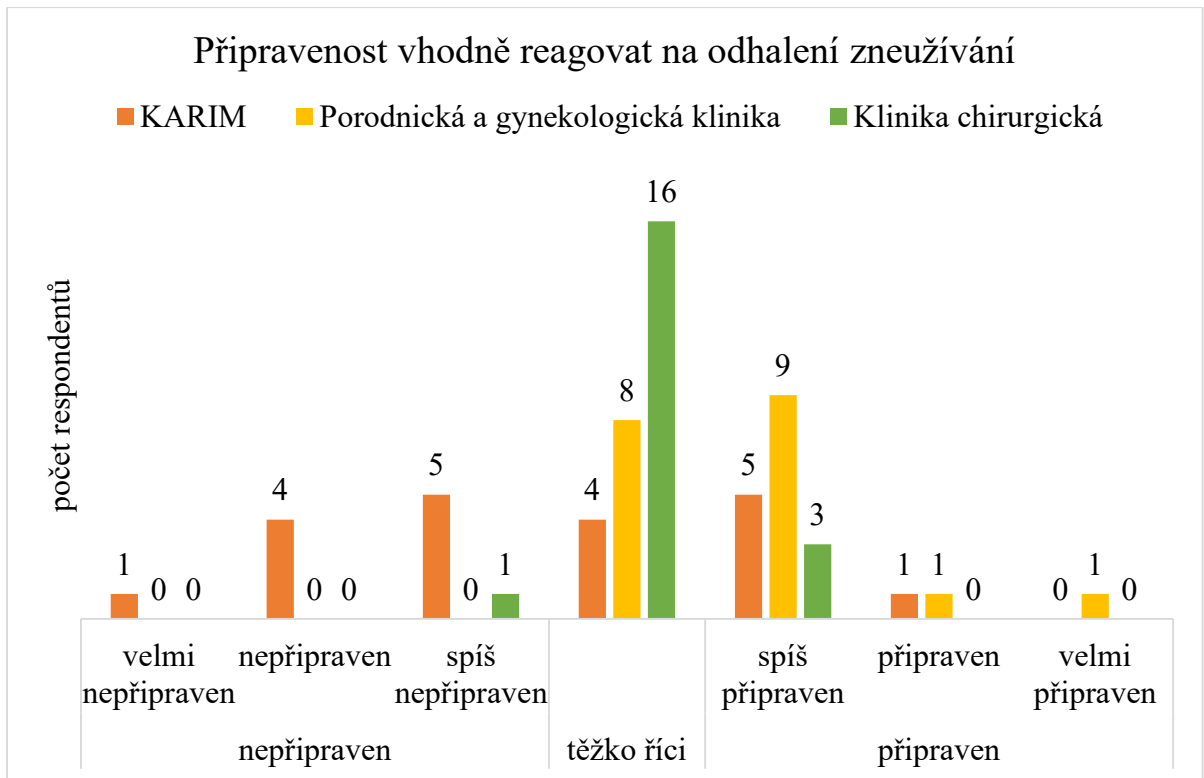
Položka N: „Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?“



Graf 23: Připravenost identifikovat znaky a příznaky DN podle specializace kliniky

Komentář: Nejvyšší počet respondentů ze všech 3 klinik nejčastěji odpověděl, že je připraven identifikovat znaky a příznaky DN. Odpovědi označené nižším počtem dotazovaným vykazují odlišnosti. Otázka N je na hladině statistické významnosti ($p=0,0774$). Důvodem vzniku rozdílu je vyšší počet odpovědí „nepřípraven“ na KARIM a také vyšší odpověď „přípraven“ respondentů z kliniky porodnické a gynekologické.

Položka O: „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“



Graf 24: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání podle specializace kliniky

Komentář: Respondenti z KARIM nejsou připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Naopak respondenti z porodnické a gynekologické kliniky se domnívají, že připraveni jsou. Jednoznačně odpovídali dotazovaní z chirurgické kliniky, kteří nedokážou posoudit, zda jsou připraveni. Jsou zde patrné rozdíly mezi klinikami. Hypotéza nezávislosti, zda rozdělení jednotlivých parametrů závisí na specializaci kliniky, je pro tuto otázku zamítnuta ($p=0,0003$). Což je způsobeno hlavně vyšším počtem odpovědí „nepřípraven“ a „spíš nepřípraven“ od respondentů KARIM a vyšším počtem odpovědí „těžko říci“ od respondentů z chirurgické kliniky.

2.4.4 Významnost rozdílů související s připraveností sester

V této kapitole budeme zjišťovat:

- zda existují charakteristiky, kterými by se vyznačovaly sestry, jež samy sebe hodnotí jako dobře připravené na práci s oběťmi domácího násilí (uvádějí hodnoty 5, 6, nebo 7 nabízené škály)
- zda existují charakteristiky, kterými by se vyznačovaly sestry, jež samy sebe hodnotí jako špatně připravené na práci s oběťmi domácího násilí (uvádějí hodnoty 1, 2, nebo 3 nabízené škály).

2.4.4.1 Významnost rozdílů související s připraveností sester pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán

Soubor dotazovaných, kteří jsou dobře připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán čítá 7 respondentů. Druhou skupinu respondentů, kteří jsou špatně připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán, čítá 37 respondentů. Zbýlých 15 respondentů odpovědělo „těžko říci“ a do tohoto porovnávání je nebudeme započítávat. Věkové charakteristiky obou skupin jsou shrnuty v tabulce 9 a v tabulce 10. K popisu je použit medián (50th percentile) a jako míra variability mezikvartilové rozpětí (1., 3. kvartil) – (25th, 75th percentile).

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
7	30,7	20	27	43

Tabulka 9: dobrá připravenost pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
37	35,43	26	34	44,5

Tabulka 10: špatná připravenost pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 11. Graficky zpracované budou jen položky se statisticky významným rozdílem.

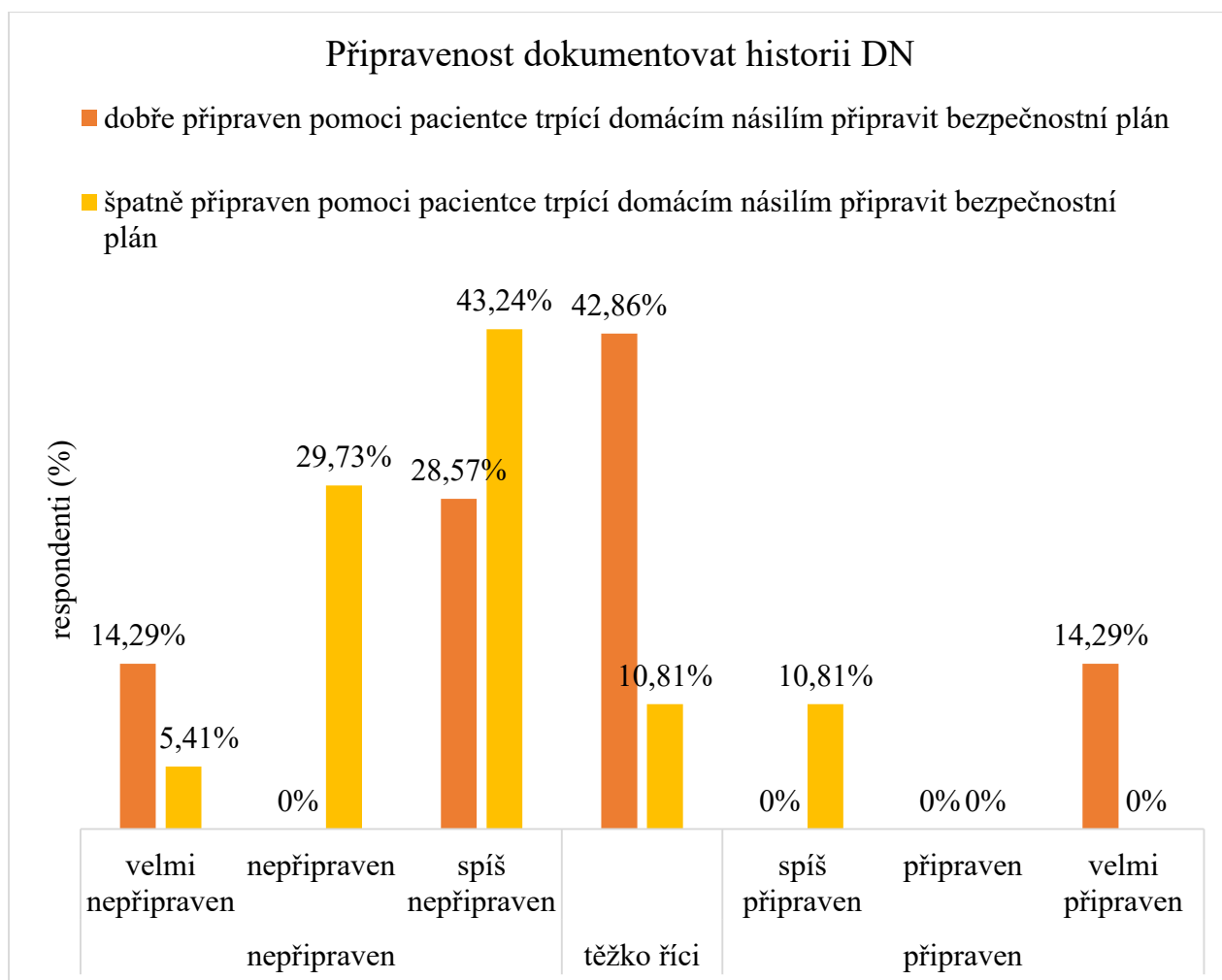
Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
A. Pohlaví	0,2384	Ne
B. Věk: viz tabulka 9 a tabulka 10		
C. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?	0,4630	Ne
D. Na které klinice pracujete?	0,4524	Ne
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	1,0000	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,6337	Ne
G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 1. nejčastější důvod	0,2231	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,2373	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,5313	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	0,5986	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	1,0000	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=0,4013 J2 p=0,4430 J5 p=0,3067 J6 p=0,6746	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán?		
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?	0,1493	Ne

M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí?	0,0234	Ano
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?	0,1209	Ne
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?	0,0033	Ano

Tabulka 11: Významnost rozdílů související s připraveností sester pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán

Z tabulky můžeme zjistit, že existují 2 statisticky významné rozdíly u otázek: „Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí?“ a „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“. Tyto rozdíly ilustruje graf 25 a graf 26.

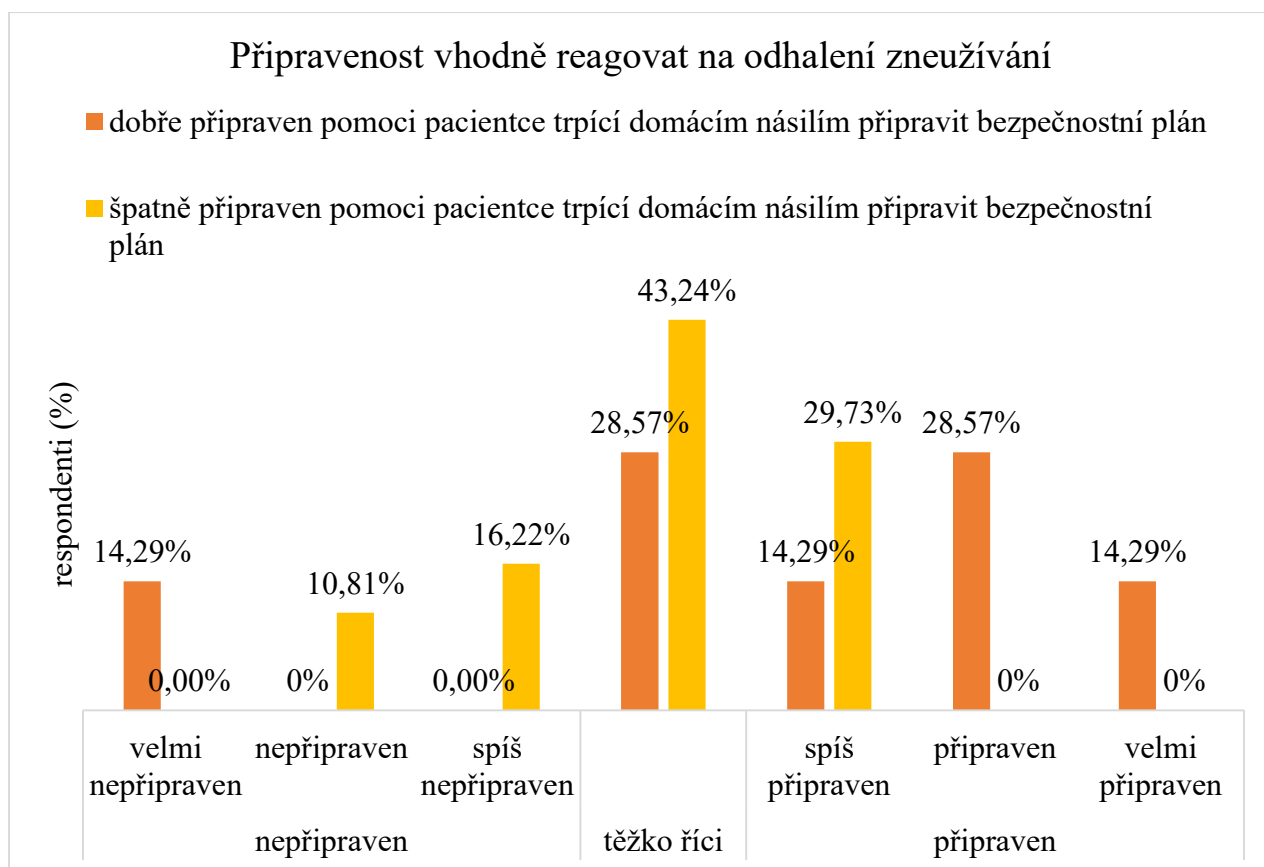
Položka M: „Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí?“



Graf 25: Připravenost dokumentovat historii DN v souvislosti s připraveností pomoci sestavit bezpečnostní plán

Komentář: U položky M existují statisticky významné rozdíly ($p=0,0234$). Pro respondenty dobře připravené pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán je charakteristické, že odpověděli „velmi připraven“ (14,29 %) a „těžko říci“ (42,86 %) na otázku: „Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí?“. Respondenti špatně připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán častěji označili, že jsou nepřípraveni dokumentovat historii domácího násilí.

Položka O: „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“



Graf 26: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání v souvislosti s připraveností pomoci sestavit bezpečnostní plán

Komentář: Pro položku O byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0033$). Respondenti dobře připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán častěji odpověděli, že jsou připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Respondenti špatně připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán na otázku „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“ častěji odpovídali, že jsou nepřípraveni.

2.4.4.2 Významnost rozdílů související s připraveností sester klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

Tento rozbor se týká připravenosti klást vhodné otázky ohledně domácího násilí. 21 respondentů je dobře připraveno klást vhodné otázky ohledně domácího násilí. A 20 dotazovaných odpovědělo, že je špatně připraveno klást vhodné otázky ohledně domácího násilí. Zbylých 18 respondentů odpovědělo „těžko říci“ a do tohoto porovnávání je nebudeme započítávat. Tabulka 12 a tabulka 13 obsahují věkové charakteristiky pro skupiny dobře a špatně připravených respondentů. K popisu je použit medián (50th percentile) a jako míra variability mezikvartilové rozpětí (1., 3. kvartil) – (25th, 75th percentile).

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
21	35,23	26	33	46,5

Tabulka 12: dobrá připravenost klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
20	35,15	26,5	37	43

Tabulka 13: špatná připravenost klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 14. Graficky zpracované budou jen položky se statisticky významným rozdílem.

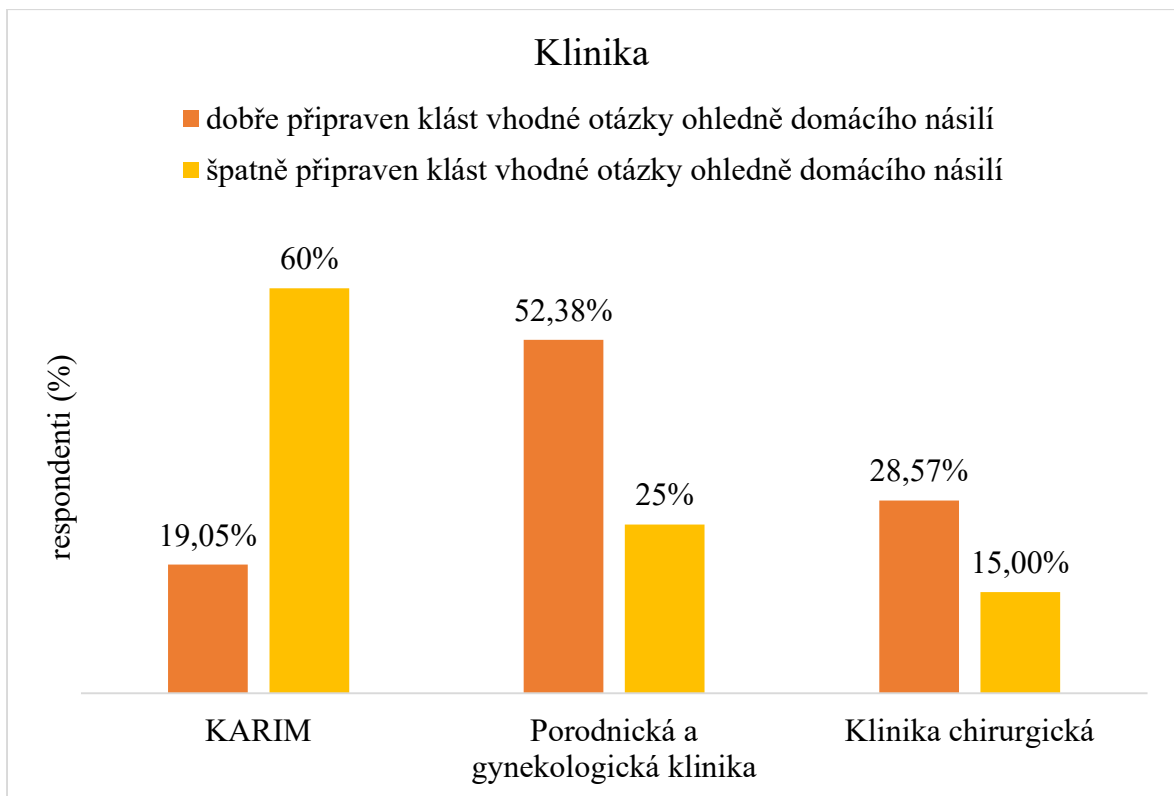
Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
A. Pohlaví	0,6060	Ne
B. Věk: viz tabulka 12 a tabulka 13		
C. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?	0,5799	Ne
D. Na které klinice pracujete?	0,0237	Ano
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	0,6965	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,1371	Ne

G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 1. nejčastější důvod	0,5997	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,3888	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,7005	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	1,0000	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	0,2317	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=0,5577 J2 p=0,0427 J3 p=0,4878 J5 p=1,0000 J6 p=0,8370	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,2311	Ne
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí		
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí	0,7690	Ne
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	0,0084	Ano
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání	0,0261	Ano

Tabulka 14: Významnost rozdílů související s připraveností sester klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

Byly nalezeny 3 statisticky významné rozdíly u 3 otázek. Konkrétně „Na které klinice pracujete?“ viz graf 27, „Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?“ viz graf 28 a „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“ viz graf 29.

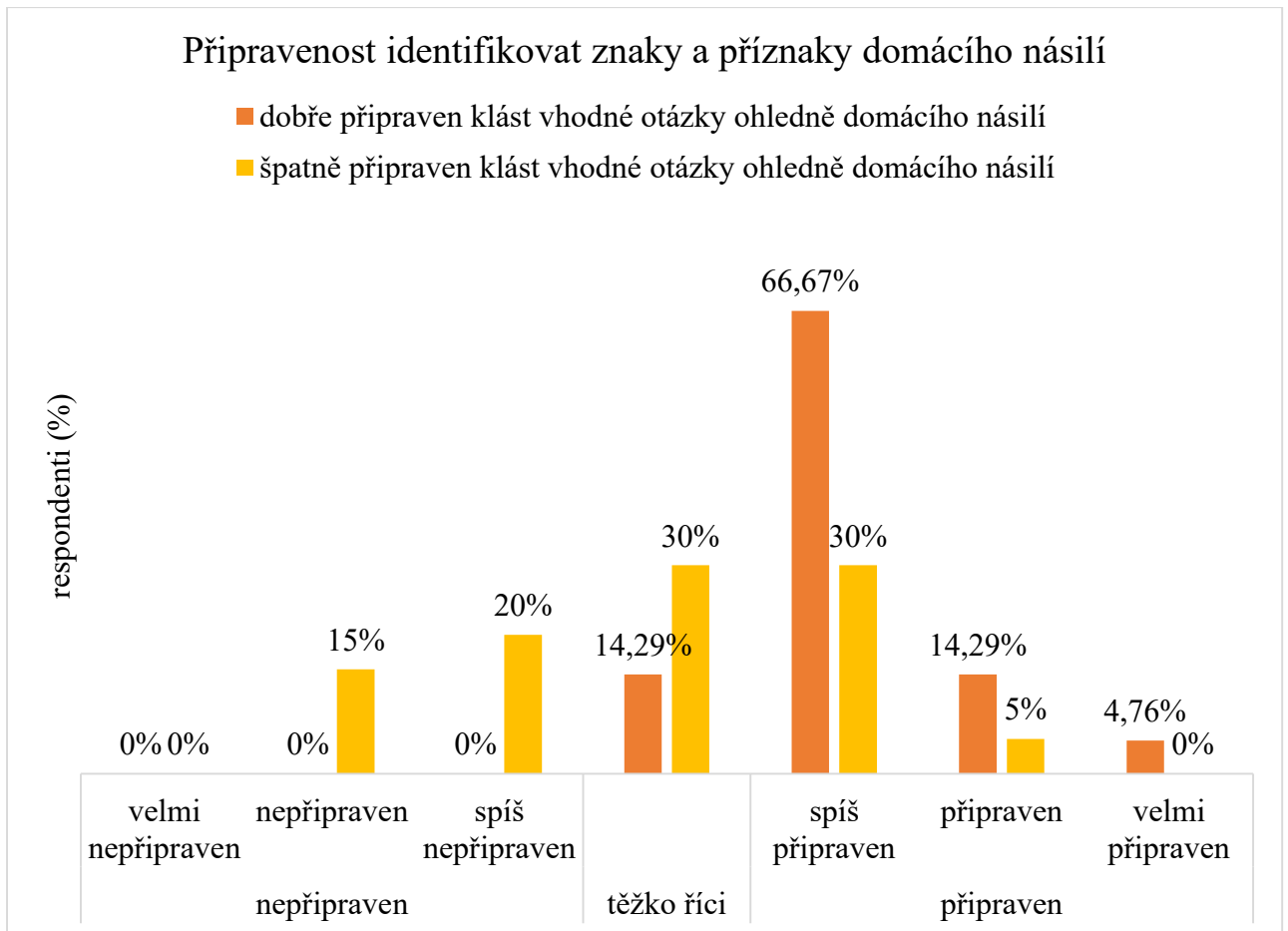
Položka D: „Na které klinice pracujete?“



Graf 27: Specializace kliniky v souvislosti s připraveností klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

Komentář: Pro položku D byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0237$). Respondenti dobře připraveni klást vhodné otázky ohledně DN jsou nejčastěji zaměstnanci porodnické a gynekologické kliniky. Pro respondenty špatně připravené klást vhodné otázky ohledně DN je charakteristické, že jsou zaměstnanci KARIM.

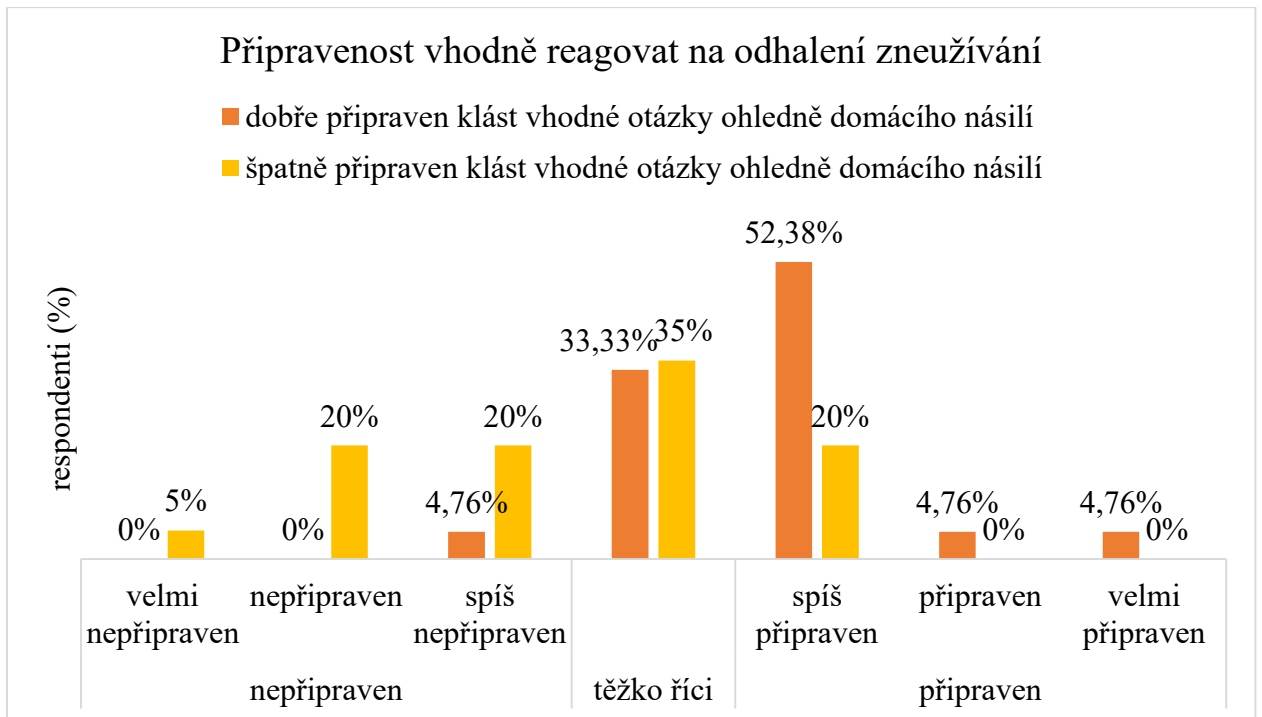
Položka N: „Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?“



Graf 28: Připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí v souvislosti s připraveností klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

Komentář: Existují statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 0,0084. Respondenti dobře připraveni klást vhodné otázky ohledně DN častěji odpověděli, že jsou připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí. Pro respondenty špatně připravené klást vhodné otázky ohledně DN je charakteristické, že častěji odpovídali, že jsou nepřípraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí.

Položka O: „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“



Graf 29: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání v souvislosti s připraveností klást vhodné otázky ohledně domácího násilí

Komentář: Pro položka O byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0261$). Respondenti dobře připraveni klást vhodné otázky ohledně DN častěji odpověděli, že jsou připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Respondenti špatně připraveni klást vhodné otázky ohledně DN častěji odpověděli „nepřipraven“ a „spíše nepřipraven“ na otázku „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“.

2.4.4.3 Významnost rozdílů související s připraveností sester dokumentovat historii domácího násilí

Soubor dotazovaných, kteří jsou dobře připraveni dokumentovat historii domácího násilí čítá 8 respondentů. Druhá skupina respondentů, kteří jsou špatně připraveni, čítá 37 respondentů. Zbylých 14 respondentů odpovědělo „těžko říci“ a do tohoto porovnávání je nebudeme započítávat. Věkové charakteristiky obou skupin jsou shrnuty v tabulce 15 a v tabulce 16. K popisu je použit medián (50th percentile) a jako míra variability mezikvartilové rozpětí (1., 3. kvartil) – (25th, 75th percentile).

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
8	29	22	26	39

Tabulka 15: dobrá připravenost dokumentovat historii domácího násilí

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
37	35,51	27	34	45

Tabulka 16: špatná připravenost dokumentovat historii domácího násilí

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 17. Graficky zpracované budou jen položky se statisticky významným rozdílem.

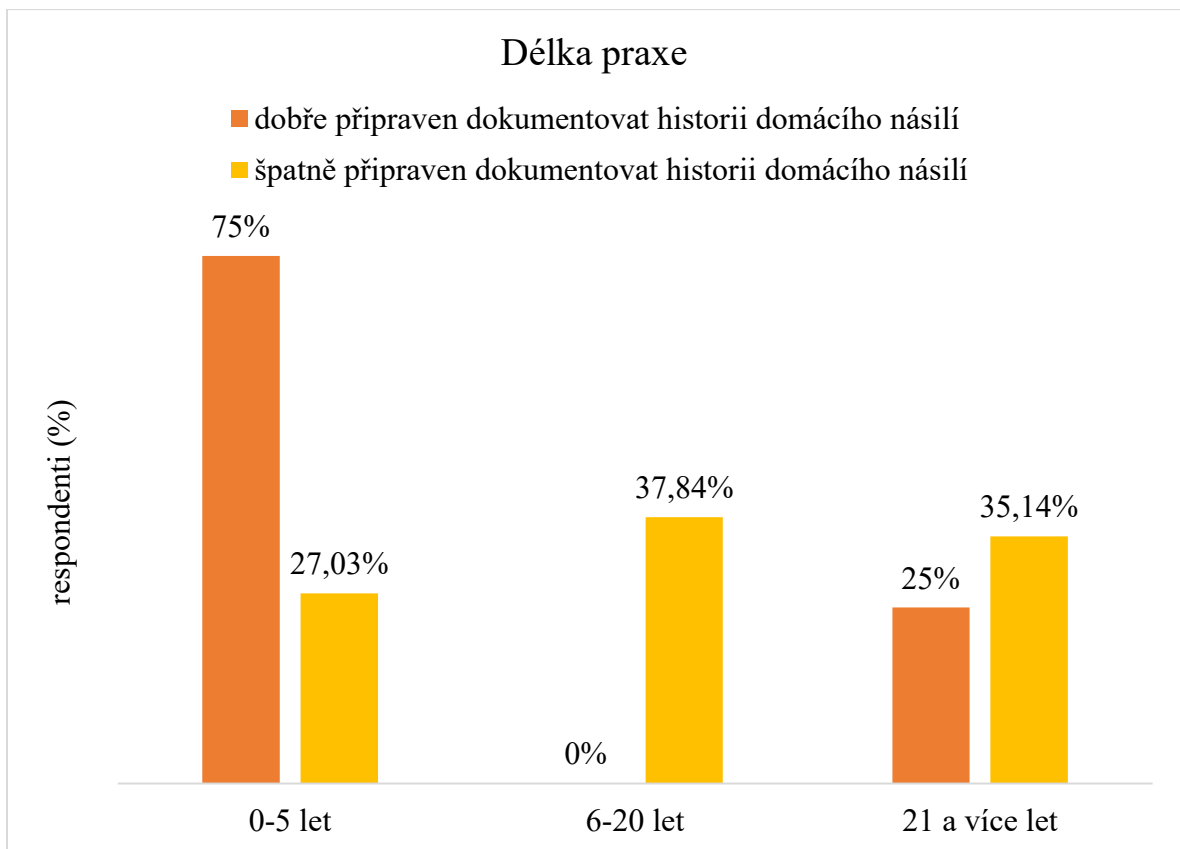
Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
A. Pohlaví	0,5675	Ne
B. Věk: viz tabulka 15 a tabulka 16		
C. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?	0,0217	Ano
D. Na které klinice pracujete?	0,7931	Ne
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	0,1792	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,8246	Ne
G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... (vyberte tři	0,0260	Ano

nejčastější důvody a seřad'te je podle toho, jak je ženy obvykle uvádějí): 1. nejčastější důvod		
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,1804	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,2588	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	0,3153	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	0,5567	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=1,0000 J2 p=1,0000 J3 p=1,0000 J4 p=1,0000 J5 p=0,0594 J6 p=0,4452	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,3463	Ne
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	0,0428	Ne
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí		
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	0,3411	Ne
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání	0,4715	Ne

Tabulka 17: Významnost rozdílů související s připraveností dokumentovat historii domácího násilí

Byly nalezeny 2 statisticky významné rozdíly u 2 otázek. Konkrétně „Kolik let pracujete ve zdravotnictví?“ viz graf 30, „Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože...“ viz graf 31.

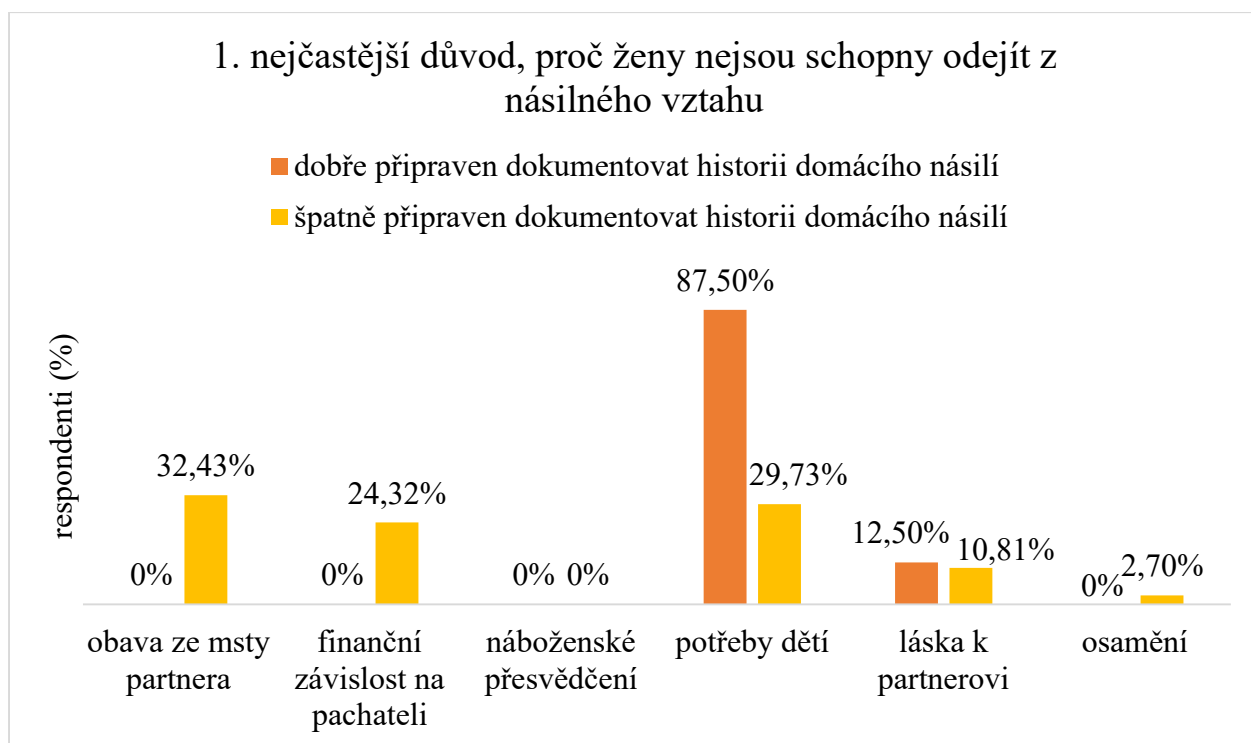
Položka C: „Kolik let pracujete ve zdravotnictví?“



Graf 30: Délka praxe ve zdravotnictví v souvislosti s připraveností dokumentovat historii domácího násilí

Komentář: Respondenti dobře připraveni dokumentovat historii DN nejčastěji pracují ve zdravotnictví 0-5 let. Mezi respondenty dobře připravenými dokumentovat historii DN se nenachází nikdo z pracujících 6-20 let ve zdravotnictví. Respondenti špatně připraveni dokumentovat historii DN jsou přibližně stejně rozděleni do všech 3 skupin podle délky praxe. Existuje zde statisticky významný rozdíl ($p=0,0217$)

Položka G: „Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože...“



Graf 31: Nejčastější důvod, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu v souvislosti s připraveností dokumentovat historii domácího násilí

Komentář: Podle respondentů dobře připravených dokumentovat historii DN jsou 1. nejčastějším důvodem, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu „potřeby dětí“ (87,50 %). Respondenti špatně připravení dokumentovat historii DN odpovídali, že 1. nejčastější důvody jsou „obava ze msty partnera“ (32,42 %) a „potřeby dětí“ (29,73 %), „finanční závislost na partnerovi“ (24,32 %).

2.4.4.4 Významnost rozdílů související s připraveností sester identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Tento rozbor se týká připravenosti identifikovat znaky a příznaky domácího násilí. 34 respondentů je dobře připraveno a 7 dotazovaných odpovědělo, že je špatně připraveno klást vhodné otázky ohledně domácího násilí. Zbýlých 18 respondentů odpovědělo „těžko říci“ a do tohoto porovnávání je nebudeme započítávat. Tabulka 18 a tabulka 19 obsahují věkové charakteristiky pro skupiny dobře a špatně připravených respondentů. K popisu je použit medián (50th percentile) a jako míra variability mezikvartilové rozpětí (1., 3. kvartil) – (25th, 75th percentile).

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
34	34,5	26	33,5	43,5

Tabulka 18: dobrá připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
7	34,42	26	29	43

Tabulka 19: špatná připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 20. Graficky zpracované budou jen položky se statisticky významným rozdílem.

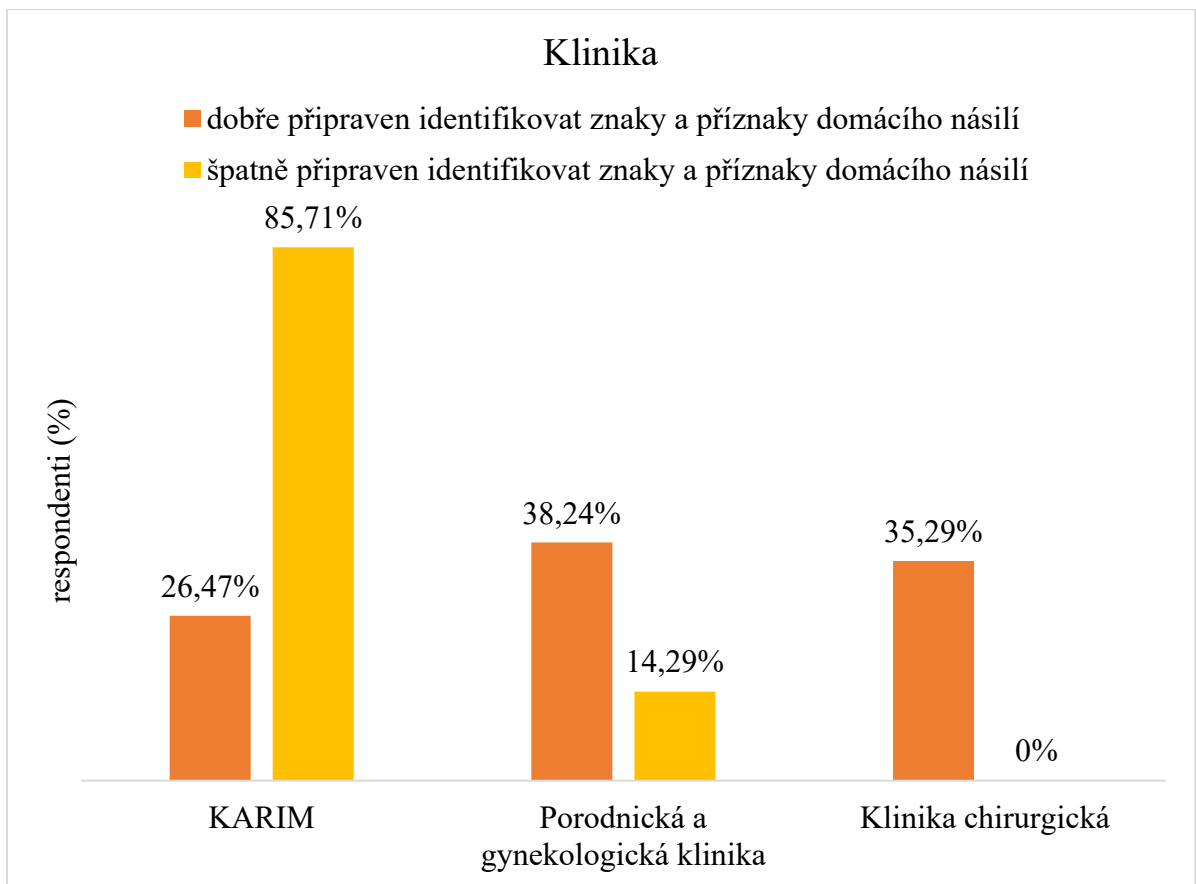
Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
A. Pohlaví	1,0000	Ne
B. Věk: viz tabulka 18 a tabulka 19		
C. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?	1,0000	Ne
D. Na které klinice pracujete?	0,0111	Ano
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	1,0000	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,0388	Ano
G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože...	0,4286	Ne

1. nejčastější důvod		
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	0,7290	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,7975	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	0,6059	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	1,0000	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=1,0000 J2 p=0,4215 J5 p=0,4386 J6 p=0,4192	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,1105	Ne
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	0,0005	Ano
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí	0,5139	Ne
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí		
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání	0,0001	Ano

Tabulka 20: Významnost rozdílů související s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Byly nalezeny 4 statisticky významné rozdíly u 4 otázek. Konkrétně „Na které klinice pracujete?“ viz graf 32, „Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.“ viz graf 33, „Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?“ viz graf 34, „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“ viz graf 35.

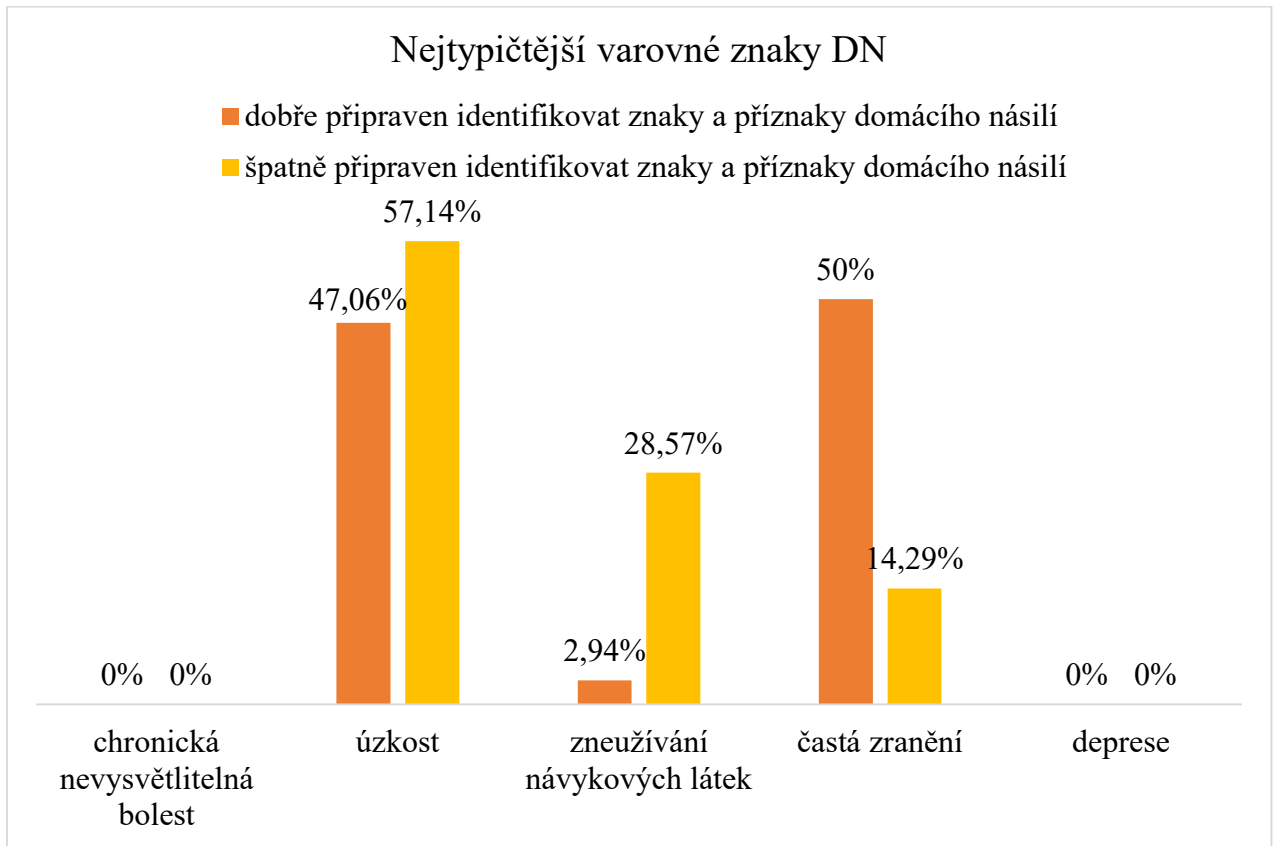
Položka D: „Na které klinice pracujete?“



Graf 32: Specializace kliniky v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Komentář: Pro položku D byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0111$). Pro respondenty špatně připravené identifikovat znaky a příznaky DN je charakteristické, že jsou zaměstnanci KARIM. Mezi respondenty špatně připravenými identifikovat znaky a příznaky DN se nenachází nikdo z kliniky chirurgie. Respondenti dobře připraveni identifikovat znaky a příznaky DN jsou nejčastěji zaměstnanci porodnické a gynekologické kliniky. Těsně za niky se nachází respondenti z chirurgické kliniky

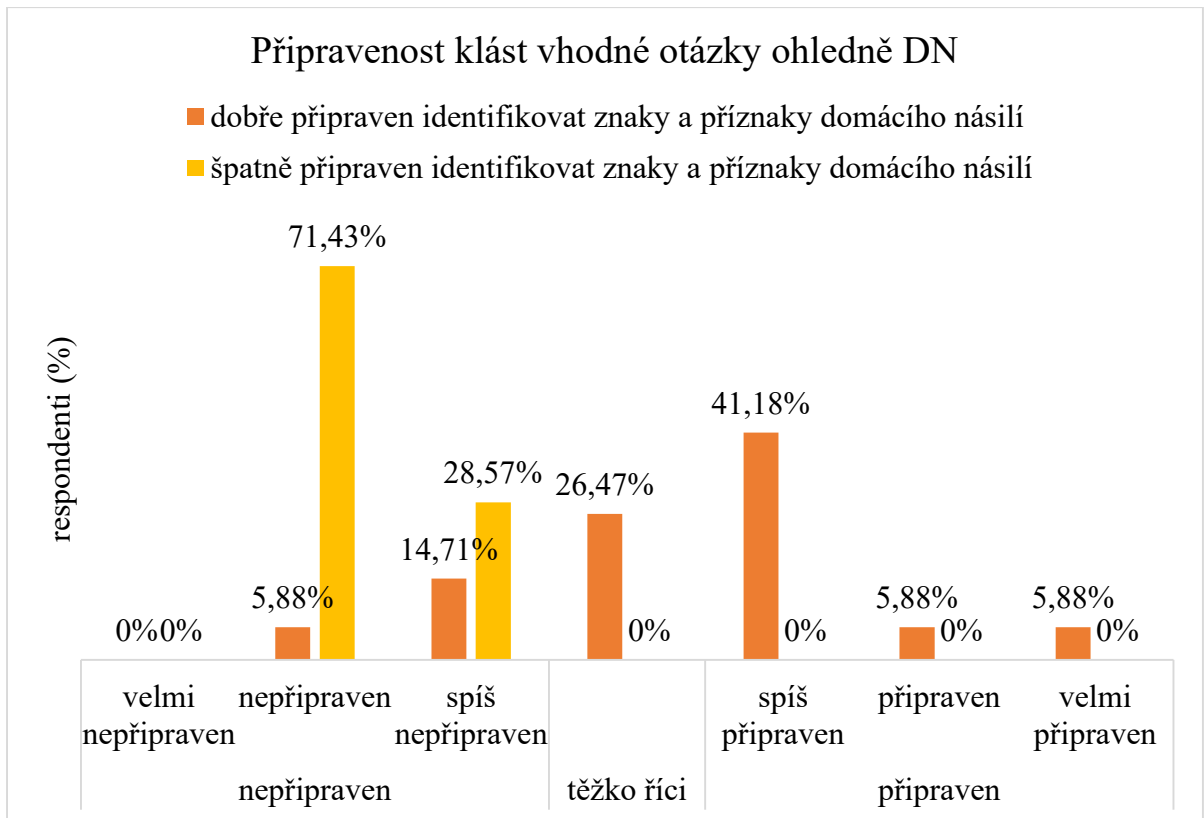
Položka F: „Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.“



Graf 33: Nejtypičtější varovné znaky v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Komentář: Respondenti dobře připraveni identifikovat znaky a příznaky DN nejčastěji označili „častá zranění“ jako nejtypičtější varovný znak DN. Respondenti špatně připraveni identifikovat znaky a příznaky DN nejčastěji označili „zneužívání návykových látek“. Existuje zde statisticky významný rozdíl ($p=0,0388$).

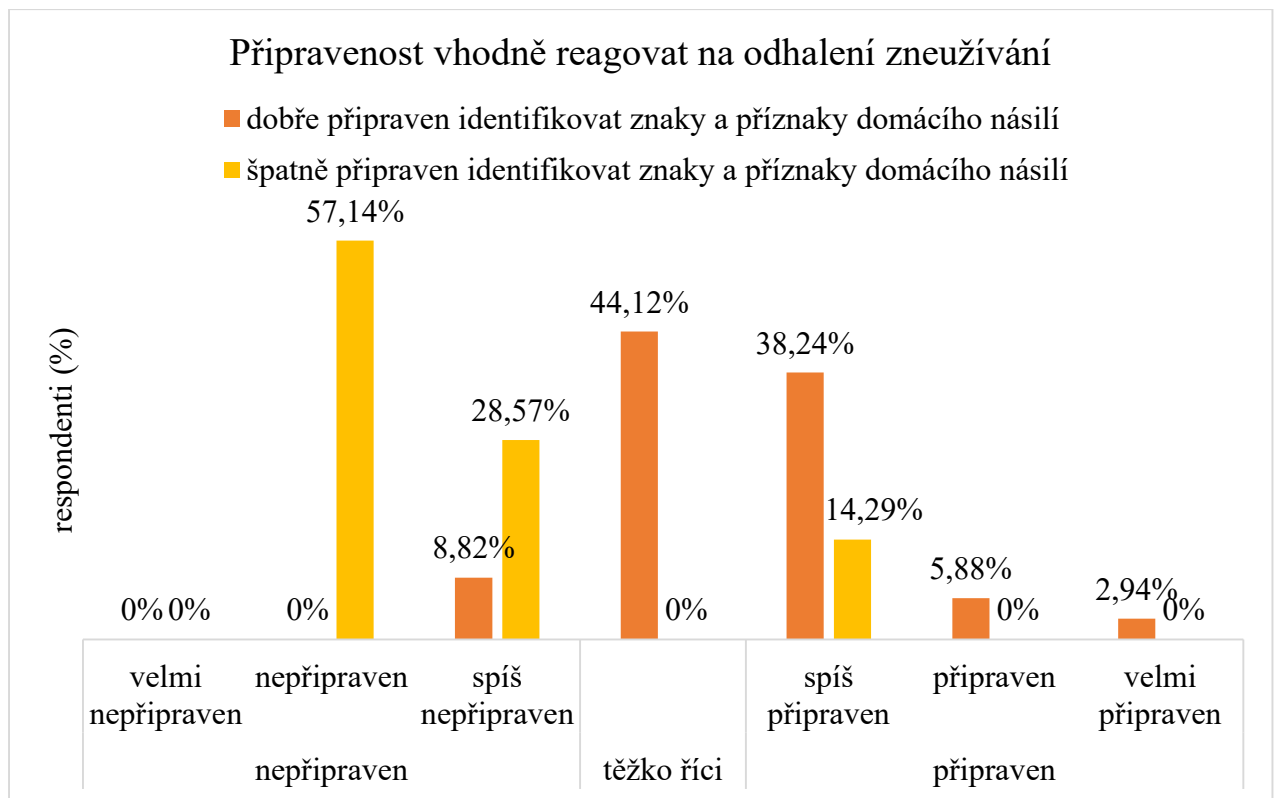
Položka L: „Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?“



Graf 34: Připravenost klást vhodné otázky ohledně DN v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Komentář: Existují statisticky významné rozdíly na hladině významnosti 0,0005. Respondenti dobře připraveni identifikovat znaky a příznaky DN častěji odpověděli, že jsou připraveni klást vhodné otázky ohledně DN. Pro respondenty špatně připravené klást vhodné otázky ohledně DN je charakteristické, že častěji odpovídali, že jsou nepřípraveni klást vhodné otázky ohledně DN.

Položka O: „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“



Graf 35: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí

Komentář: Pro položku O byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0001$). Respondenti dobře připraveni identifikovat znaky a příznaky DN častěji odpověděli, že jsou připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Respondenti špatně připraveni identifikovat znaky a příznaky DN častěji odpověděli „nepřípraven“ a „spíš nepřípraven“ na otázku „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“.

2.4.4.5 Významnost rozdílů související s připraveností sester vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Soubor dotazovaných, kteří jsou dobře připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání čítá 20 respondentů. Druhá skupina respondentů, kteří jsou špatně připraveni, čítá 11 respondentů. Zbýlých 28 respondentů odpovědělo „těžko říci“ a do tohoto porovnávání je nebudeme započítávat. Věkové charakteristiky obou skupin jsou shrnuty v tabulce 21 a v tabulce 22. K popisu je použit medián (50th percentile) a jako míra variability mezikvartilové rozpětí (1., 3. kvartil) – (25th, 75th percentile).

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
20	34,2	24,5	32,5	45

Tabulka 21: dobrá připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání

četnost	průměr	25. percentil	medián	75. percentil
11	34,27	26	30	43

Tabulka 22: špatná připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Z výsledků statistických testů pro jednotlivé položky dotazníku jsme pro větší přehlednost vytvořili zjednodušenou tabulku 23. Graficky zpracované budou jen položky se statisticky významným rozdílem.

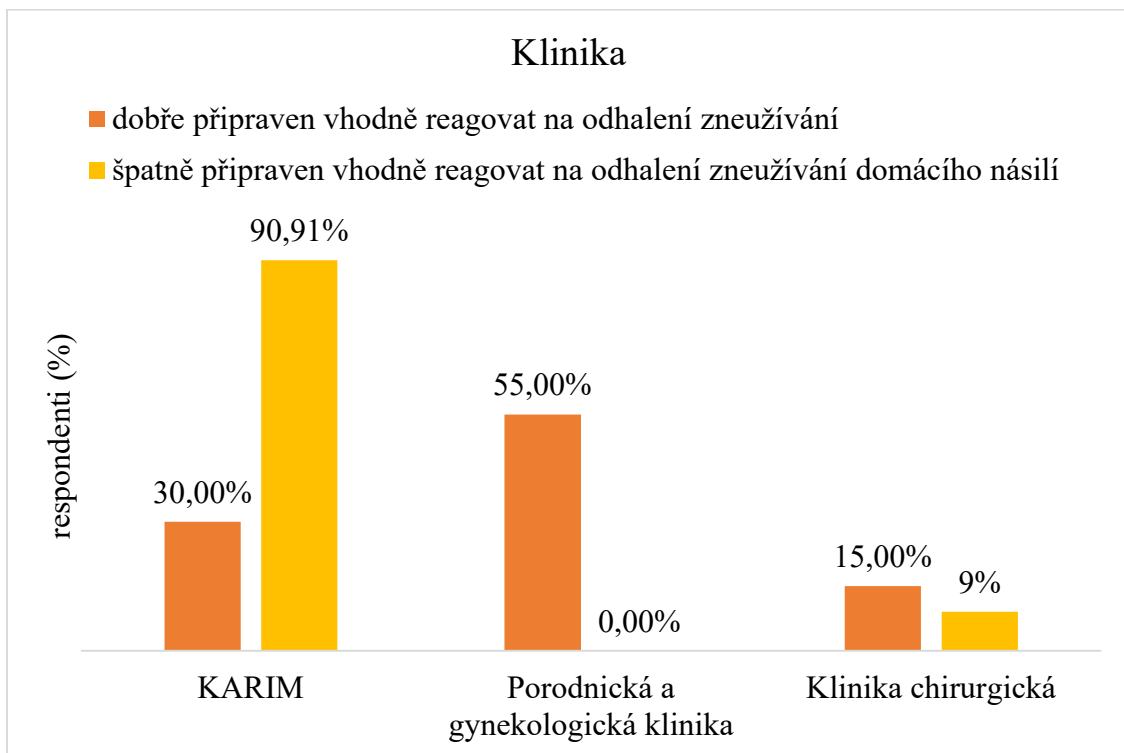
Položka	Hladina významnosti	Existuje statisticky významný rozdíl?
A. Pohlaví	0,6381	Ne
B. Věk: viz tabulka 21 a tabulka 22		
C. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?	0,8026	Ne
D. Na které klinice pracujete?	0,0012	Ano
E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?	1,0000	Ne
F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.	0,0328	Ano
G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože...	0,3712	Ne

1. nejčastější důvod		
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 2. nejčastější důvod	1,0000	Ne
Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... 3. nejčastější důvod	0,7898	Ne
H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:	1,0000	Ne
I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:	0,5914	Ne
J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)	J1 p=1,0000 J2 p=1,0000 J5 p=1,0000 J6 p=0,6979	Ne
K. Jak jste připraveni pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	0,4549	Ne
L. Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	0,0030	Ano
M. Jak jste připraveni dokumentovat historii domácího násilí	0,0516	Ne
N. Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	0,0203	Ano
O. Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání		

Tabulka 23: Významnost rozdílů související s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Byly nalezeny 4 statisticky významné rozdíly u 4 otázek. Konkrétně „Na které klinice pracujete?“ viz graf 36, „Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.“ viz graf 37, „Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?“ viz graf 38, „Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?“ viz graf 39.

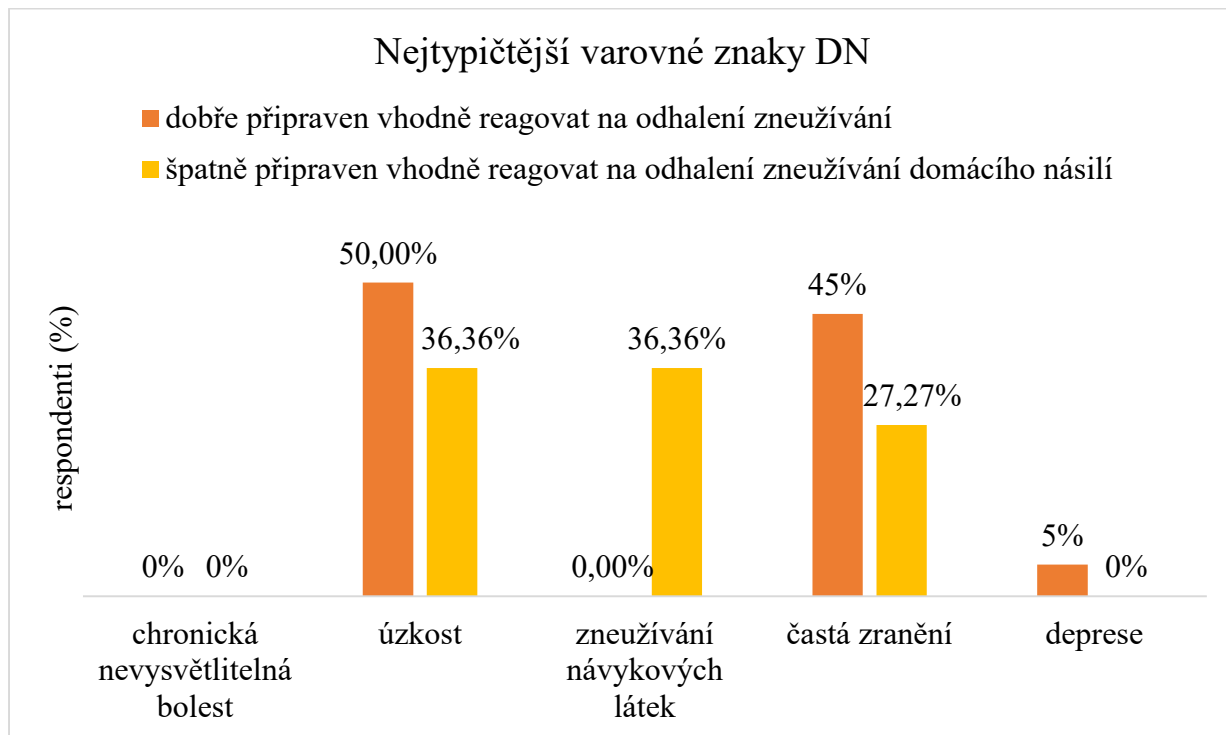
Položka D: „Na které klinice pracujete?“



Graf 36: Specializace klinik v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Komentář: Pro položku D byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0012$). Respondenti dobře připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání jsou nejčastěji zaměstnanci porodnické a gynekologické kliniky. Mezi respondenty špatně připravenými vhodně reagovat na odhalení zneužívání nejsou zaměstnanci porodnické a gynekologické kliniky. Je charakteristické, že respondenti špatně připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání, jsou zaměstnanci KARIM.

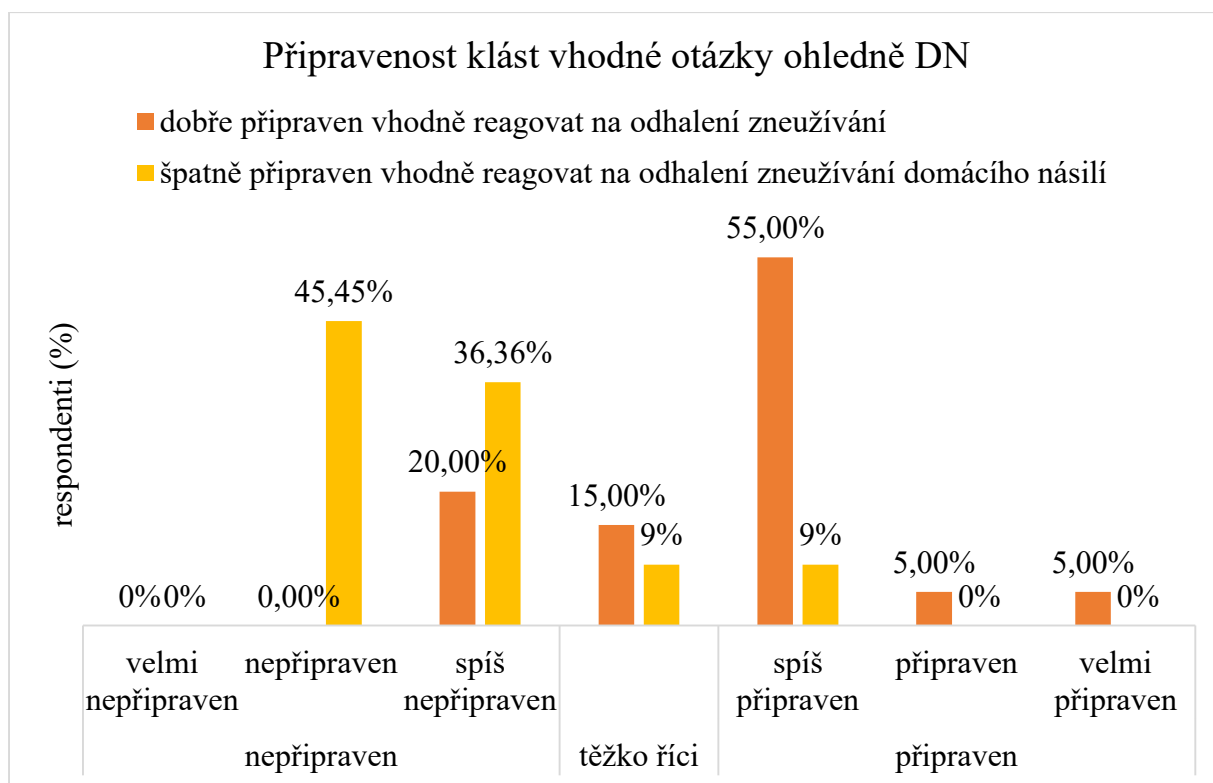
Položka F: „Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.“



Graf 37: Nejtypičtější varovné znaky DN v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Komentář: Pro položku F byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0328$). Respondenti dobře připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání nejčastěji označili „častá zranění“ a „úzkost“ jako nejtypičtější varovný znak DN. Respondenti špatně připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání nejčastěji označili „zneužívání návykových látek“.

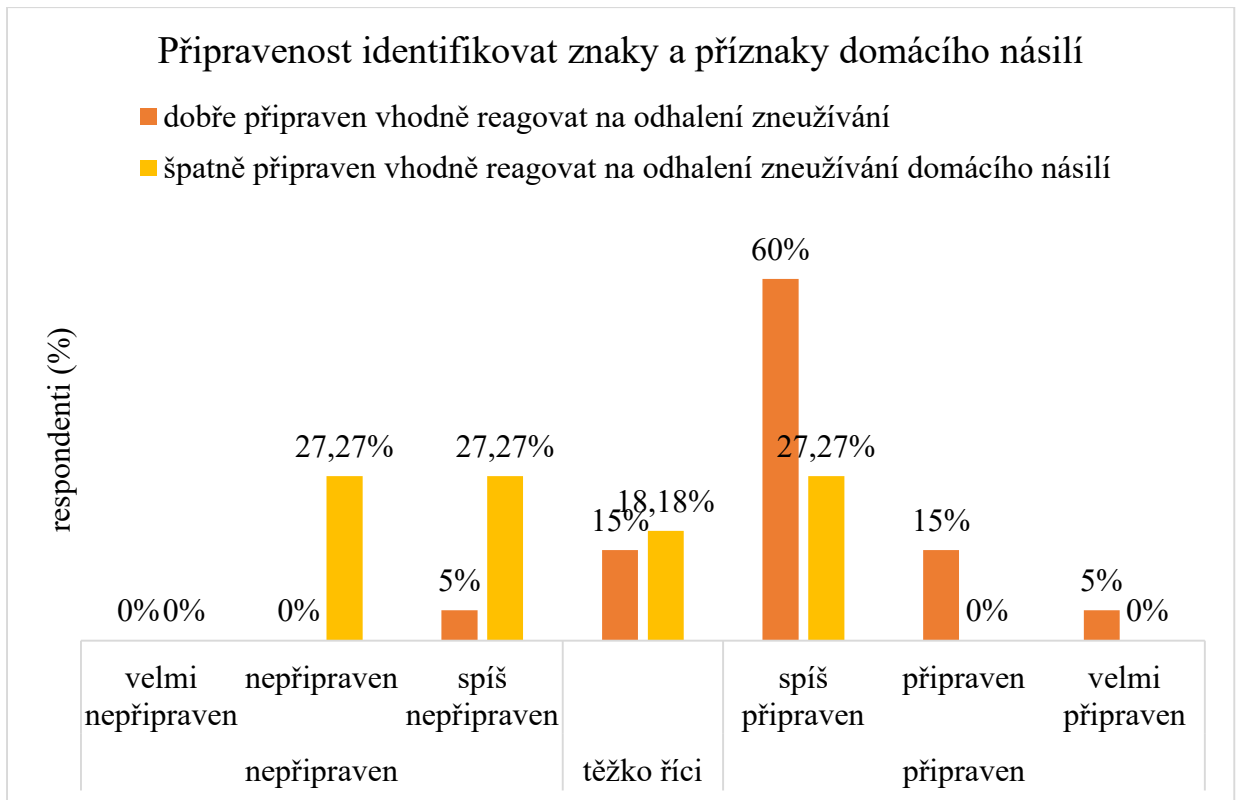
Položka L: „Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?“



Graf 38: Připravenost klást vhodné otázky ohledně DN v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Komentář: Položka L vykazuje přítomnost statisticky významných rozdílů ($p=0,0030$). Respondenti špatně připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání DN nejčastěji odpovídají „nepřipraven“ a „spíš nepřipraven“ na otázku „Jak jste připraveni klást vhodné otázky ohledně domácího násilí?“. Naopak respondenti dobře připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání DN nejčastěji odpovídají, že jsou připraveni klást vhodné otázky ohledně DN.

Položka N: „Jak jste připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí?“



Graf 39: Připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání

Komentář: Pro položku N byly nalezeny statisticky významné rozdíly ($p=0,0203$). Respondenti dobře připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání DN častěji odpověděli, že jsou připraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí. Respondenti špatně připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání častěji odpověděli, že jsou nepřípraveni identifikovat znaky a příznaky domácího násilí.

2.5 Diskuse

Populaci v České republice k roku 2021 utvářelo 5,34 milionu žen a 5,19 milionů mužů (Český statistický úřad, 2021). Údaje organizace ROSA (2020) uvádějí, že až 38 % (cca 2 miliony) žen zažilo některou formu násilí ze strany partnera. Za rok 2019 bylo celosvětově hlášeno 243 milionů případů násilných útoků ze strany partnera. Avšak necelých 40 % žen nahlásí případy násilí nebo vyhledají pomoc. (OSN, 2020) Proto hned v úvodu budeme prezentovat odpovědi k položce E: „Kolik případů domácího násilí jste diagnostikoval v posledních 6 měsících?“ (viz tabulka 4). Z celkové počtu 59 dotazovaných odpovědělo 10 respondentů, tedy 17 %, že v posledních 6 měsících diagnostikovali 1-5 případů domácího násilí. Procento odhalených případů je znepokojivé, ale jedná se jen o orientační údaj. Počet námi odhalených případů je minimální. Procento obětí DN bude ve skutečnosti ještě vyšší.

Zdravotníci se s oběťmi DN setkávají, aniž by si toho byli vědomi. Na originální dotazník z Velké Británie odpovědělo 89 sester a z toho 16,7 % vypovědělo, že diagnostikovaly DN v posledních 6 měsících (Ramsay a kol., 2012). Data originálního dotazníku jsou uvedena pro představu. Výzkumy byly provedeny v rozdílných sociokulturních podmínkách, nelze je mechanicky porovnávat.

Z výzkumu vyplynulo, že případy DN diagnostikovali spíše mladší respondenti (viz graf 1). Jejich průměrný věk byl 29,40 let. Lze předpokládat, že by tento jev mohl být podmíněn rozšířením povědomí mladší generace o problematice DN v důsledku větší medializace (sociální sítě, projekty pomáhajících organizací, veřejné vystupování celebrit), větších možností zisku informací (internet, vzdělávání, manuály, brožury), větší vnímavost a pozornost vůči znakům a rizikovým faktorům. Také by zde mohl být patrný vliv genderové rovnoprávnosti, vyšší důraz na lidská práva. Průměrný věk respondentů, kteří odpověděli, že odhalili žádný případ DN za posledních 6 měsíců, bylo 36,53 let.

I přesto, že nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl v počtu diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců v souvislosti s délkou praxe, pouze jeden respondent pracující ve zdravotnictví více než 21 let diagnostikoval 1-5 případů DN za posledních 6 měsíců (viz graf 3). Moje domněnka je, že respondenti pracující ve zdravotnictví více než 21 let neměli v době studia dostatečné materiály ke vzdělávání o problematice DN. Další faktor by mohl být, že DN nebylo považováno za veřejný problém,

tudíž nebylo dostatečné množství faktů a informací. A proto nemusí být respondenti zařazeni do této kategorie tolik vnímaví k určujícím znakům a rizikovým faktorům.

Dále budeme vyhodnocovat položku F. Položka F měla zjistit, jaký je podle zdravotníků nejtypičtější varovný znak DN. Zajímavý statistický rozdíl pro položku F vznikl v souvislosti se specializací kliniky (viz graf 15). Nejtypičtějším varovným znakem podle respondentů z kliniky porodnické a gynekologické a kliniky chirurgické je úzkost, následují častá zranění. Odpovědi respondentů z těchto dvou klinik jsou velmi obdobné. Tento trend by mohl být zapříčiněn podobným zdravotním stavem pacientů, kteří jsou schopní komunikace.

Na prvním místě u respondentů z KARIM figurovala častá poranění. Domnívám se, že na KARIM budou nejčastěji umístěny oběti ve vážném zdravotním stavu s fyzickým poraněním. Co se týká 2. a 3. nejčastější odpovědi, odpovědi respondentů jsou více variabilní. Dále 5 respondentů z KARIM, jako jediní uvedli, že nejtypičtějším znakem je zneužívání návykových látek a také méně často označili úzkost jako nejtypičtější znak. Domnívám se, že vzhledem ke spektru pacientů hospitalizovaných na KARIM, nejsou laboratorní testy na návykové látky ničím výjimečným oproti gynekologické a chirurgické klinice. Proto se respondenti z KARIM domnívají, že návykové látky mohou být nejtypičtějším znakem DN. Pacienti ležící na KARIM jsou často ve špatném zdravotním stavu, kdy nejsou schopni komunikovat. Také zde pacienti pobývají jen nezbytnou dobu, protože tato lůžka jsou velmi potřebná k péči o akutně nemocné. Je možné, že z tohoto důvodu respondenti z KARIM nedokážou hodnotit varovné znaky spojené s psychikou, jako je například úzkost, protože nemají příležitost navázat s pacientem potřebný vztah. Pokud budeme položku F hodnotit podle připravenosti identifikovat znaky a příznaky DN (graf 32), tak u dobře připravených sester bude nejtypičtějším znakem častá **zranění** (50 %), následované úzkostí (47,06 %). Naopak špatně připravené sestry, celkem 57,14 %, označily za nejtypičtější znak **úzkost**. Dále byly odpovědi na položku F zkoumány v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání (graf 36). Dobře připravené sestry vhodně reagovat na odhalení zneužívání nejčastěji označily úzkost (50 %) a častá zranění (45 %). Špatně připravené sestry označily 3 položky – úzkost, zneužívání návykových látek, častá zranění. Připravenost sester neovlivnila výběr nejtypičtějšího varovného znaku.

Položka G zjišťovala 3 nejčastější důvody, proč ženy nejsou schopny odejít ze vztahu, kde prožívají násilí. Prvním nejčastějším důvodem byly potřeby dětí, druhým nejčastějším

důvodem byla finanční závislost na pachateli a třetím důvodem byla obava ze msty partnera. Pokud stejně srovnáme odpovědi z originálního dotazníku, dostaneme shodné odpovědi ve shodném pořadí (Ramsay a kol., 2012).

U položek H a I měli respondenti vybrat vhodnou a nevhodnou formu dotazování. Správně určili nevhodný způsob dotazování „Jste oběť domácího násilí?“. Položka J zkoumala, jaké další akce by sestra učinila po odhalení DN. Jednalo se o jedinou položku, kde mohli respondenti vybrat více možností. Nejčastěji by odkázali na jiné organizace, poradili ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů a poskytli oběti informace. V originálním dotazníku se sestry shodly jen na dvou položkách – odkázaly na jiné organizace a poskytly oběti informace (Ramsay a kol., 2012). Proč neoznačily shodně i třetí odpověď „poradili ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů“ by mohlo být odůvodněné nedostatkem informací. Nevhodnou spoluprací s dalšími organizacemi, která může být způsobená odlišnými a protichůdnými zákony a předpisy. (Notko a kol., 2021) Tyto 3 položky nečinily dotazovaným problémy.

Odpovědi na položky K až O měly blíže zmapovat připravenost zdravotníků ohledně problematiky DN. Nejprve tyto položky orientačně porovnáme s originálním dotazníkem. Hned první položka poukázala na nepřipravenost sester pomoci sestavit bezpečnostní plán, konkrétně 64,7 % respondentů z našeho dotazníku a 75 % z originálního dotazníku. Pouhých 10 % z originálního a 11,9 % respondentů z našeho dotazníku uvedlo, že je připravených pomoci sestavit bezpečnostní plán. U položky L se zkoumala připravenost klást vhodné otázky. Respondenti v originálním dotazníku jsou ze 42 % nepřipraveni klást vhodné otázky 30 % respondentů se cítí připraveně. 33,9 % respondentů z našeho dotazníku je nepřipravených. A 35,6 % námi dotazovaných odpovědělo, že jsou připraveni. Celkově položka L dopadla lépe pro náš dotazník. Větší procentuální rozdíl nastal u položky M, která mapuje připravenost dokumentovat historii DN. 62,7 % respondentů z našeho dotazníku a 42 % respondentů z originálního dotazníku je nepřipravených dokumentovat násilí. Procento respondentů připravených identifikovat znaky DN bylo vyšší v našem dotazníku (57,6 %) než v originálním dotazníku (28 %). U položky O byly výsledky připravenosti u obou dotazníků téměř stejné, přibližně 40 %. Pokud tyto výsledky shrneme, zjistíme, že u položek K a O byly odpovědi stejné. U položek L a N byly lépe připraveni respondenti z našeho dotazníku. Respondenti originálního dotazníku byli lépe připraveni pouze na dokumentování historie DN. Výsledky výzkumu z Velké Británie od autorů Alshammari a

kol. (2018) zdůraznily potřebu školení a průběžného vzdělávání sester v oblasti této problematiky. Pekara a Němcová ve vědeckém časopisu Diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích (2019, s. 10) říkají, že: „Z hlediska doporučení do praxe je nutné efektivně vzdělávat budoucí zdravotníky na všech úrovních vzdělávacího systému. Je nutné zavést povinné hlášení násilných incidentů a aktivní podporu managementu zdravotnických zařízení. Je nezbytné využít sílu médií a snažit se o prevenci prostřednictvím odborných publikací a modelových kazuistik.“ Tato tvrzení podporují i moji domněnku o nutnosti lepšího vzdělávání.

Budeme polemizovat nad připraveností sester v souvislosti s klinikami. Položka L zkoumala připravenost sester klást vhodné otázky. Porovnání odpovědí u testované položky L (graf 21) podle pracoviště respondentů odhalilo mezi jednotlivými klinikami velké rozdíly. Pouze 4 dotazovaní z KARIM byli připraveni klást vhodné otázky. Domnívám se, že by zde mohla být souvislost se špatnou připraveností identifikovat znaky a příznaky DN. Na KARIM je 85,71 % sester špatně připravených identifikovat znaky a příznaky DN (viz graf 23). Oproti tomu 11 respondentů z porodnické a gynekologické kliniky se domnívá, že jsou připraveni pokládat vhodné dotazy. A jen 5 je nepřipravených. Tento nepoměr by mohl dle mého názoru vznikat v důsledku rozdílné zdravotního stavu pacientů na těchto klinikách. Pacienti KARIM bývají se stavech akutního ohrožení života, kdy je jim komunikace znemožněna ze zdravotních nebo léčebných důvodů. Zdravotníci z KARIM tudíž nemusí mít tolik praxe s komunikací s oběťmi DN a domácí násilí by mohli diagnostikovat na základě viditelných poranění či zdravotnické dokumentace. Naopak sestry pracující na gynekologii mají komunikaci se ženami o intimních problémech na denním pořádku. Respondentky z gynekologické kliniky by mohly mít i více školení o problematice násilí. Praxe v komunikaci o intimních problémech podporuje jejich připravenost klást vhodné otázky ohledně DN. Respondenti z chirurgické kliniky nejčastěji označovali možnost „těžko říct“. Chirurgická klinika je dle mého názoru takovým předělem mezi pacienty v akutním stavu z KARIM a čistě ženským osazenstvem z gynekologie. Chirurgická klinika má v péči širokou škálu zdravotních problémů pacientů. Zároveň zdravotní stav pacientů umožňuje personálu vhodnou komunikaci. I když personál chirurgické kliniky nemusí být tolik zvyklý ptát se na intimní problémy.

Obdobné rozložení respondentů rozdělených dle klinik bylo i u položky O „Jak jste připraveni vhodně reagovat na odhalení zneužívání?“ (graf 24). Největší podíl respondentů z KARIM (10 respondentů), odpovědělo, že nejsou připraveni vhodně reagovat na odhalení

zneužívání. Stejně jako u položky L možnost „těžko říci“ označilo nejvíce respondentů (16) z chirurgické kliniky. A 11 dotazovaných z gynekologické a porodnické kliniky se domnívá, že jsou dobře připraveni. Domnívám se, že odůvodnění by mohlo být obdobné jako u položky L. Výsledek je poměrně překvapí. Připravenost dle klinik je rozmanitá, i přesto že počet odhalených případů za posledních 6 měsíců je na jednotlivých klinikách stejný.

Zajímavý výsledek se objevil při porovnávání připravenosti dokumentovat historii domácího násilí ve vztahu s délkou praxe (graf 11). 75 % sester dobře připravených dokumentovat historii pracuje ve zdravotnictví 0-5 let. V úvahu připadá možnost, že sestřám se dostalo lepšího vzdělání v této problematice. Mají lepší přístup k technologiím a dokážou si potřebné informace obstarat. Sestry s praxí 21 a více let se mohou obávat z dokumentování DN, které neprovádějí tak často.

Následuje porovnání připravenosti sester v souvislosti s tím, zdali jsou dobře nebo špatně připravené pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán (graf 25). Jen 10,81 % sester špatně připravených pomoci připravit bezpečnostní plán a 14,29 % sester dobře připravených pomoci připravit bezpečnostní plán je připraveno dokumentovat historii DN. Takto nízké procento sester připravených dokumentovat DN může být způsobeno tím, že k dokumentaci DN nedochází tak často. Nebo sestry nemají potřebné informace, jak má být správně DN dokumentováno.

Při porovnání připravenosti sester vhodně reagovat na odhalení zneužívání (graf 26) bylo zjištěno, že 57,15 % sester dobře připravených připravit bezpečnostní plán, je připraveno vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Možná se dobře připravené sestry setkávají s vyšším počtem diagnostikovaných případů DN, což přispívá k lepší praxi ohledně vhodného reagování. Nejvíce sester (43,24 %) špatně připravených připravit bezpečnostní plán nedokázalo říct, zda jsou připravené či nepřipravené. Mohlo by připadat v úvahu, že sestry, které jsou špatně připravené připravit bezpečnostní plán neodhalí tolik případů DN, aby byli připravené vhodně reagovat na odhalení DN. Dále zde může hrát roli i charakter, věk a psychika respondentů.

Dále budeme porovnávat připravenost sester identifikovat znaky a příznaky DN v souvislosti s dobrou nebo špatnou připraveností klást vhodné otázky (graf 28). K identifikování DN je důležitá dobrá připravenost klást vhodné otázky (Ševčík a Špatenková a kol., 2011). Z tohoto důvodu mě nepřekvapuje, že téměř 86 % sester dobře připravených klást vhodné otázky je připravených identifikovat znaky a příznaky DN.

Aby sestry podpořily svou připravenost pomoci obětem DN mohou se vzdělávat pomocí kurzů (webinář – Domácí násilí vedený Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví) (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2021). Existuje i vzdělávací program akreditovaný MPSV „Domácí násilí – úvod do problematiky“, který byl vytvořený organizací ACORUS, z. ú. (ACORUS, 2022). Zejména neziskové organizace (ROSA, Bílý kruh bezpečí) ve spolupráci s odborníky vytvářejí vzdělávací materiály. Například vytvořily metodické karty: „Karta pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi: Včasná detekce domácího násilí a kontakt s jeho obětí“, „Karta pro sestry v klinické ošetrovatelské praxi: Intervence sester v případech domácího násilí“, „Karta pro sestry v primární péči: Včasná detekce domácího násilí a kontakt s jeho obětí“ (Bílý kruh bezpečí, 2011). Sestry pracující ve FN HK mohou pomoci oběti DN, tím, že jí kontaktují oddělení sociální péče ve FN HK. Pomoc sociální péče je určena pro pacientům lůžkové i ambulantní části, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci. Obětem DN mohou nabídnout sociálně právní poradenství, sociální intervence, pomoc s jednáním se státními i neziskovými institucemi. (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2022)

Soubor respondentů byl na základě domluvy s vrchními sestrami jednotlivých klinik složen ze sester dle jejich výběru. Nebylo mi umožněno respondenty oslovit osobně a podpořit jejich motivaci k důslednému vyplnění dotazníku.

Závěr

Bakalářská práce pojednává o celosvětovém a stále aktuálním problému, který je komplikovaný jak z odborného, tak lidského hlediska. Domácí násilí v dohledné době zcela nevymizí, ale četnost výskytu by se dala snižovat lepšími preventivními programy, zejména pomocí vyšší informovanosti široké veřejnosti. Účelem této práce bylo zjistit míru připravenosti sester rozpoznat u žen, které přišly do zdravotnického zařízení se zdravotními problémy, že se jedná o problémy spojené s domácím násilím; diagnostikovat jeho dopady a pomoci takové oběti.

Cílem teoreticko-přehledové části bylo popsat problematiku domácího násilí: uvést definici pojmu domácí násilí, jeho znaky, formy, teorie vzniku domácího násilí, dynamiku, mýty o DN, následky DN, popis pachatele, oběti. V současné době vstupuje do hry také domácí násilí související s pandemií Covid-19, kdy některé rodiny musí trávit izolaci doma. Naše práce se zaměřila na zdravotníky, včetně jejich správné komunikace s pacientkami a dodržování doporučených postupů, jak správně reagovat na zjištěné domácí násilí.

Cílem navazující empirické části bylo, zjistit připravenost a schopnost sester diagnostikovat DN, identifikovat znaky, vhodně komunikovat, vhodně reagovat a vést dokumentaci. Zjistit, zda existují významné rozdíly mezi sestrami v závislosti na věku zdravotníka, délce odborné praxe a zaměření kliniky.

Výzkumným nástrojem byl dotazník, který se skládal ze tří částí: socio-demografických údajů o sestrách, o jejich znalostech, interakci, intervenci a připravenosti na práci s oběti domácího násilí. Z našeho výzkumu vyplynulo, že za posledních 6 měsíců 17 % sester diagnostikovalo 1-5 případů. Případy častěji odhalovaly mladší sestry (průměr 29,40 let), které pracují ve zdravotnictví 0-20 let. Počet diagnostikovaných případů dle klinik byl přibližně stejný. Nejtypičtější varovné znaky podle sester byly: projevy úzkosti a častá zranění. Podle sester ženy nejčastěji uvádějí, že nemohou odejít ze vztahu kvůli dětem, finanční závislosti na pachateli a kvůli obavě ze msty partnera. Pokud se sestry dotazovaly na domácí násilí, nejčastěji volí otázku: „Měla jste někdy strach ze svého partnera?“ za nevhodný způsob dotazování považují otázku: „Jste obětí domácího násilí?“. V případě, že sestry odhalí DN, nejčastěji poskytnou oběti informace, odkážou oběť na jiné organizace, nebo poradí ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů. Byly nalezeny rozdíly mezi sestrami podle specializace

kliniky. Odlišovaly se zejména sestry z KARIM. Jako jediné označily za nejtypičtější varovný znak DN zneužívání návykových látek. Sestry z KARIM převládaly v *nepřipravenosti* klást vhodné otázky a vhodně reagovat na odhalení zneužívání. Pokud vyhodnotíme připravenost sester, zjistíme, že většina z nich byla připravena pouze identifikovat znaky/příznaky domácího násilí. Nejvíce nepřipraveny byly pomoci pacientce připravit bezpečnostní plán a dokumentovat historii domácího násilí.

Při porovnání výsledků našeho výzkumu s originálním výzkumem autorů z Velké Británie (Ramsay a kol., 2012) lze zjistit, že procento respondentů, kteří diagnostikovali násilí za posledních 6 měsíců, je stejné, 17 %. Výsledky těchto dvou výzkumů provedených shodným dotazníkem se shodovaly i v případě položky G, kde sestry měly vybírat tři nejčastější důvody, proč ženy nejsou schopny odejít ze vztahu, kde prožívají násilí. Prvním nejčastějším důvodem byly potřeby dětí, následovala finanční závislost na pachateli a konečně obava ze msty partnera. Rozdíl nastal u položky F, kdy respondenti v britském dotazníku považují za nejtypičtější varovný znak kromě úzkosti a častých zranění i deprese. Určování vhodných a nevhodných otázek ohledně DN nečinilo respondentům z našeho i originálního výzkumu problém. Jako nevhodnou formu dotazování správně určili otázku „Jste obětí domácího násilí?“. V případě akcí uskutečněných po odhalení DN by respondenti našeho výzkumu kromě odkázání na jiné organizace a poskytnutí informací navíc oproti originálu poradili ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů. Připravenost respondentů se mezi jednotlivými výzkumy odlišovala. Pouhých 11,9 % respondentů z našeho výzkumu a 10 % respondentů z originálního výzkumu bylo připraveno pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán.

Vyšší procento připravených respondentů uvádí ve svém výzkumu Morse a kol. (2012). Morse a kol. uvádějí, že 31 % respondentů je připravených pomoci sestavit bezpečnostní plán. Procento respondentů našeho výzkumu je u položky L „Klást vhodné otázky ohledně domácího násilí“ přibližně stejně rozděleno do 3 kategorií: nepřipraven, těžko říci, připraven. Výsledky výzkumu od Sundborg a kol. (2012) poukazují na vyšší procento respondentů nepřipravených klást vhodné otázky. Stejně tomu je i v případě originálního dotazníku od autorů Ramsay a kol. (2012). Pokud porovnáme položku M zkoumající dokumentování historie DN, respondenti z našeho výzkumu předčí v nepřipravenosti respondenty z originálního výzkumu téměř o 20 %. Naši respondenti uváděli, že jsou připraveni na identifikaci znaků a příznaků DN. Oproti tomu respondenti

výzkumu od autorů Sundborg a kol. (2012) uváděli, že jsou nepřipraveni, stejně jako respondenti výzkumu autorů Ramsay a kol. (2012). Na položku O „Vhodně reagovat na odhalení zneužívání“ bylo procento respondentů našeho výzkumu a výzkumu autorů Ramsay a kol. (2012) přibližně stejné.

Z naší bakalářské práce vyplývá, že problematika domácího násilí není ojedinělou záležitostí, Celkem 16 % zdravotníků se setkala s obětí domácího násilí. Můžeme předpokládat, že se jedná pouze o zlomek reálně existujících problémů. Je tedy potřebné systematicky edukovat zdravotníky o domácím násilím. Ale to nestačí, je důležité připomínat laické veřejnosti závažnost a nebezpečnost domácího násilí. Neboť i osoba blízká může rozpoznat násilí a poradit oběti na koho se obrátit v takto vážné situaci.

Bakalářská práce je určena zejména pro zdravotníky, ale i veřejnost, kteří se blíže zajímají o problematiku domácího násilí. Může jim posloužit jako stručný zdroj informací, případně je odkázat na jinou literaturu nebo organizace.

Abstrakt

Autor:	Petra Teuberová
Instituce:	Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci Králové Ústav nelékařských studií
Název práce:	Domácí násilí páchané na ženách
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	142
Počet příloh:	14
Rok obhajoby:	2022
Klíčová slova:	domácí násilí, diagnostika, pomoc, zdravotnictví

Bakalářská práce „Domácí násilí páchané na ženách“ se zabývá problematikou týrání žen. Jedná se o celosvětový problém, který je třeba pomocí vzdělávání a informovanosti minimalizovat. Teoretická část práce se zabývá definicí domácího násilí, znaky, formou, dynamikou, následky DN, charakteristikou oběti i pachatele, změnami vzniklými během pandemie COVID-19. Pak následovala pomoc, prevence se zaměřením na zdravotnictví a zdravotníky. Na teoretickou část poté navazuje část výzkumná. U výběrového souboru sester bylo zmapováno: jak časté je odhalování obětí domácího násilí, jaká je připravenost sester diagnostikovat DN, jak jsou připravené pomoci obětem domácího násilí. Výzkum probíhal formou dotazníku. Předlohou byl vyzkoušený dotazník z Velké Británie od autorů Ramsay a kol. (2012). Výzkumu se účastnilo celkem 59 zdravotních sester ve věkovém rozmezí 18-52 let, pracujících ve FN HK na chirurgické klinice, KARIM a porodnické a gynekologické klinice. K vyhodnocení dat byl použit program NCSS, Fischerův přesný test, Pearsonův chí-kvadrát test, neparametrický Mann-Whitney test, neparametrická Kruskal-Wallisova jednofaktorová analýza rozptylu. Byly zjištěny významné statistické rozdíly v souvislosti s věkem respondentů, se specializací klinik a s připraveností sester. Celkem 17 % sester diagnostikovalo oběť DN za posledních 6 měsíců. Sestry dokázaly určit vhodné otázky, vhodné akce po odhalení DN. Dále uváděly, že jsou připraveny klást vhodné otázky ohledně DN a také, že jsou připraveny identifikovat znaky a příznaky DN.

Abstract

Author:	Petra Teuberová
Institution:	Charles University Fakulty of Medicine in Hradec Králové Department of non-medical studies
Title:	Domestic violence againts women
Supervisor:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Number of pages:	142
Number of attachments:	14
Year of defense:	2022
Keywords:	domestic violence, diagnostics, help, healthcare

The bachelor's thesis "Domestic violence against women" deals with the issue of abuse of women. This global problem should be minimized through education and awareness. The theoretical part of the thesis deals with the definition of domestic violence, signs and symptoms, form, dynamics, consequences of domestic violence, the characteristics of the victim and the perpetrator, the changes that occurred during the COVID-19 pandemic. Then followed help, prevention with a focus on health care and health care providers. The research part was followed. The sample of nurses found out: how common is the detection of victims of domestic violence, how are nurses prepared to diagnose domestic violence, how are the nurses prepared to help victims of domestic violence. The research took the form of a questionnaire. This questionnaire was based on the questionnaire from Great Britain by Ramsay et al. (2012). 59 nurses aged from 18 years to 52 years have participated in the survey. They work at the University Hospital in Hradec Králové in the Department of Surgery, Department of Anaesthesiology, Resuscitation and Intensive Care, Obstetrics and Gynecology. NCSS program, Fischer's exact test, Pearson's chi-square test, nonparametric Mann-Whitney test, nonparametric Kruskal-Wallis one-way analysis of variance were used to evaluate the data. Significant statistical differences were found in relation to the age of the respondents, the specialization of clinics and the readiness of nurses. 17 % of nurses have been diagnosed victim of domestic violence in the last 6 months. The nurses were able to determine appropriate questions, appropriate actions after the revelation of domestic violence. Further, they stated that they were prepared to ask appropriate questions about domestic violence and also that they were prepared to identify the signs and symptoms of domestic violence.

Zdroje

- ACORUS. Domáci násilí – úvod do problematiky. ACORUS, z. ú. [online]. 2022 [cit. 2022-04-07]. Dostupné z: <http://www.acorus.cz/cz/vzdelavani/vzdelavaci-programy/K1.html>
- ALSHAMMARI, Kafi Fraih; MCGARRY, Julie; HIGGINBOTTOM, Gina Marie Awoko. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: an integrative review of the literature. *Nursing open*, 2018, 5.3: 237-253.
- ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- ASOCIACE PRACOVNÍKŮ INTERVENČNÍCH CENTER ČR, Z.S. Počet vykázaní v ČR (součet kraje) – 01.01.-30.11.2021 [online]. 2021 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: http://www.domaci-nasili.cz/?page_id=255
- BAKER, N. L., Buick, J. D., Kim, S. R., Moniz, S., & Nava, K. L. (2013). Lessons from examining same-sex intimate partner violence. *Sex Roles: A Journal of Research*, 69(3-4), 182–192. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0218-3>
- BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ. O nás. *Bílý kruh bezpečí* [online]. [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/o-nas/>
- BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ. Lékaři, zdravotní sestry. *Bílý kruh bezpečí* [online]. 2011 [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/pro-odborniky/lekari-zdravotni-sestry/>
- BURIÁNEK, Jiří, Marcela PIKÁLKOVÁ a Zuzana PODANÁ. *Abused, battered, or stalked: violence in intimate partner relations gendered*. 1. edition. Prague: Charles University in Prague, Karolinum Press, 2015. ISBN 978-80-246-3163-9.
- CAMPBELL, Jacquelyn C. *Health consequences of intimate partner violence* [online]. *The Lancet*, 13 April 2002, 1331-1336 [cit. 2022-01-31]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- CANADIAN WOMEN'S FOUNDATION [online]. Signal for help. Toronto, 14. 1. 2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://canadianwomen.org/signal-for-help/>
- CANN, K., et al. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public health*, 2001, 115.2: 89-95.

CIMRMANNOVÁ, Tereza, ed. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

ČECH, Ondřej, et al. *Domácí násilí z pohledu pracovníků v oblasti sociálních služeb*. Vydání 1. České Budějovice: Theia, 2011. ISBN 978-80-904854-0-2.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. ICN-Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. *Česká asociace sester* [online]. 2017 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>

ČESKÁ REPUBLIKA. Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. In: *Věstník MZČR*. 2008, částka 6, s. 2-7. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2146/6399/ZDRAVOTNICTVITISK%2006-08.indd.pdf>

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4747–4748. Dostupný také z: https://zdravotni.praha.eu/public/81/9b/8c/1333561_225893_2011_374.pdf

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Pohlaví. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/pohlavi>

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Moderní psychologie pro právníky: [domácí násilí, stalking, predikce násilí]*. Vydání 1. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2207-8.

DALIGAND, Liliane a Véronique BEDIN. *Násilí v partnerských vztazích*. Vydání první. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0718-4.

Diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích: Psychická odolnost a zvládání stresu v pomáhajících profesích [online]. 3. PALESTRA, SPOL. S R.O., 2019 [cit. 2022-04-07]. ISSN 2570-7612.

DOHNAL, David, et al. *Analýza výskytu a latence domácího násilí v partnerských vztazích*. Vláda České republiky [online]. Praha, březen 2017 [cit. 2022-01-31]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Analýza-vyskytu-a-latence-DN_final.pdf

ELLIOTT, L., NERNEY, M., JONES, T. et al. Barriers to screening for domestic violence. *J GEN INTERN MED* 17, 112–116 (2002). <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10233.x>

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ. Sociální péče ve FN HK. Fakultní nemocnice Hradec Králové [online]. 2022 [cit. 2022-04-06]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/socialni-pece/socialni-pece-ve-fnhk>

HALENKOVÁ, Marcela. *Domácí násilí - úloha poučeného zdravotnického personálu poskytujícího přednemocniční neodkladnou péči*. 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Mareš, Jiří.

HAVLOVÁ, Květa. Postup při podezření na domácí násilí. *Zdraví.euro.cz* [online]. 2012 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/jobzurnal/postup-pri-podezreni-na-domaci-nasili-463234>

HIRT, Miroslav a František VOREL. *Soudní lékařství II. díl*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0268-6.

HOKR MIHOLOVÁ, Petra, Jitka ONDRUŠKOVÁ a David DOHNAL. *Ekonomické dopady domácího násilí v oblasti zdraví*. Vyd. 1. Praha: proFem, 2016. ISBN 978-80-904564-4-0.

HOLÁ, Irena, Martina JEŽKOVÁ, Helena KOMÍNKOVÁ, et al. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Druhé přepracované vydání. Brno: Spondea, 2016. ISBN 978-80-270-1120-9.

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ. Mimořádný webinář – Domácí násilí. INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ [online]. 2021 [cit. 2022-04-07]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/56974-mimoradny-kurz-domaci-nasili>

JAKOBSEN, Barbora a Marius RÅKIL, ed. *Násilí je možné zastavit: terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích*. Praha: Nadace Open Society Fund Praha, 2017. ISBN 978-80-87725-40-5.

KADEŘÁVKOVÁ, Lenka. Domáci násilí v ČR: lékaři poprvé získali manuál. *Terapie* [online]. 2017 [cit. 2022-04-06]. Dostupné z: <https://terapie.digital/nazory/tema/domaci-nasili-v-cr-lekari-poprve-ziskali-manual.html?authToken=null>

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

KRUG, EG et al., *World report on violence and health* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2022-01-31], 2002. ISBN ISBN 92 4 154561 5.

KUTEK, Lukáš. Domáci násilí a terapeutická práce s násilníky byla témata pražské konference. *Florance* [online]. 2017, (1-2) [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/1/domaci-nasili-a-terapeuticka-prace-s-nasilniky-byla-temata-prazske-konference/>

LEPPÄKOSKI, Tuija, Aune Flinck, Eija Paavilainen. Assessing and Enhancing Health Care Providers' Response to Domestic Violence, *Nursing Research and Practice*, vol. 2014, Article ID 759682, 8 pages, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/759682>

MACHALOVÁ, Tatiana. *Domáci násilí - filosofická analýza pojmu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 81 s. ISBN 9788021067653.

MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

MORSE, Diane S., et al. "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2012, 25.3: 333-342.

NICKLAS, Eric; MACKENZIE, Michael J. Intimate partner violence and risk for child neglect during early childhood in a community sample of fragile families [online]. Springer, Journal of Family Violence, 2013, 28.1: 17-29. DOI 10.1007/s10896-012-9491-8

NOMIA. Poradna pro oběti násilí a trestné činnosti. Nomia [online]. [cit. 2022-02-21]. Dostupné z: <https://nomiahk.cz/poradna/>

NOTKO, Marianne, et al. Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. Journal of interprofessional care, 2021, 1-9.

NYKLOVÁ, Blanka, Dana Moree. 2021. Násilí na ženách v souvislosti s covid-19. ISBN 978-80-7330-380-8. [cit. výzkumná zpráva].

O'DOHERTY L, HEGARTY K, RAMSAY J, DAVIDSON LL, FEDER G, TAFT A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI: [10.1002/14651858.CD007007.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3)

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. 1993. Declaration on the Elimination of Violence against Women. Dostupné z: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>.

OSN. Každá třetí žena nebo dívka na světě zažije násilí. Oranžová kampaň OSN chce tuto pandemii zastavit. OSN.cz [online]. Praha, 2020 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/kazda-treti-zena-nebo-divka-na-svete-zazije-nasili-oranzova-kampan-osn-chce-tuto-pandemii-zastavit/>

PAVLÍKOVÁ, Iva. Právní minimum pro zdravotníky: Projekt: 595 – Stop násilí pro zdravotnictví. STOP NÁSILÍ [online]. ROSA, 2016 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/03/10-Pr%C3%A1vn%C3%AD-minimum-pro-zdravotn%C3%ADky.pdf>

POLÁK, Peter. *Kriminologické možnosti riešenia domáceho násilia*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2018. ISBN 978-80-7598-237-7.

PRAŠKO, Ján. Posttraumatické stresové poruchy - I. díl: Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi*. Solen medical education, 2001, (4), 157-160.

RAMSAY, Jean, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 2012, 62.602: e647-e655.

RAMSAY J, RICHARDSON J, CARTER Y H, DAVIDSON L L, FEDER G. *Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review* BMJ 2002; 325 :314 doi:10.1136/bmj.325.7359.314

ROSA CENTRUM. Domáci násilí je problém a věnuje se mu málo pozornosti, myslí si drtivá většina obyvatel Česka. ROSA centrum pro ženy [online]. Praha, 2020 [cit. 2022-04-02]. Dostupné z: <https://www.rosacentrum.cz/domaci-nasili-je-problem-a-venu-je-se-mu-malo-pozornosti-mysli-si-drtiva-vetsina-obyvatel-ceska/>

ROSA CENTRUM. Domáci násilí za COVID-19: Je to o lidech. *ROSA centrum pro ženy* [online]. 2020 [cit. 2022-02-18]. Dostupné z: <https://www.rosacentrum.cz/domaci-nasili-za-covid-19-je-to-o-lidech/>

ROSA CENTRUM. Domů - ROSA Centrum. ROSA Centrum [online]. [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.rosacentrum.cz/>

ROSA CENTRUM. Každý může díky mobilní aplikaci pomoci obětem domácího násilí. *STOP NÁSILÍ* [online]. 6. 3. 2020 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.stopnasili.cz/kazdy-muze-diky-mobilni-aplikaci-pomoci-obetem-domaciho-nasili/>

SHORT, Lynn M., et al. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*, 2006, 30.2: 173-180. e19.

STOČESOVÁ, Veronika a David ČÁP. *Psychoterapeutická práce s původci domácího násilí: zvládání vzteku, agrese a násilných projevů*. Vydání první. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1655-1.

STOP NÁSILÍ [online]. Vzdělávací modul. ROSA – centrum pro ženy, z.s. [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.stopnasili.cz/pro-zdravotnictvi/vzdelavaci-modul/>

SUNDBORG, Eva M., et al. Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC nursing*, 2012, 11.1: 1-11.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.*, doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ, et al. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Vydání I. Praha: GRADA, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

TÝMLOVÁ, Pavlína. *Problematika domácího násilí a postoj všeobecných sester*. Plzeň, 2015. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Lenka Kroupová

ÚLEHLOVÁ, Dagmar, et al. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-502-0.

VANÍČKOVÁ, Eva, Jiří HANÁČEK, Jindřiška KRPÁLKOVÁ, Hana PAPEŽOVÁ, Zdeňka PROKOPOVÁ, Jana ŠEBLOVÁ a Petra VITOUŠOVÁ. *Domácí a genderově podmíněné násilí: manuál pro lékaře*. Praha: UK - 3. LF, 2017. ISBN 978-80-87878-30-9.

VAŇKOVÁ, Michaela. *Odhalování domácího násilí při ošetrování pacienta/klienta*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012, 63 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/20181>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Kutnohorská, Jana.

VELIKOVSKÁ, Martina. *Psychologie obětí trestných činů: proces viktimizace, status oběti a jeho význam, prevence a vyrovnávání se s viktimizací, reálné případy z policejní praxe*. 1. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2016. ISBN 978-80-247-4849-8.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. *Úmluva Rady Evropy o prevenci a potírání násilí vůči ženám a domácímu násilí: mýty a fakta*. Praha, září 2018 [cit. 2022-01-31]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_OPZ/Vystupy_projektu/brozura_IU.pdf

VOŇKOVÁ, Jiřina a Ivana SPOUSTOVÁ. *Domáci násilí z pohledu žen a dětí: právní stav k 1.1.2016*. 3. přepracované vydání. Praha: proFem, 2016. ISBN 9788090456457.

VOŇKOVÁ, Jiřina a Ivana SPOUSTOVÁ. *Domáci násilí v českém právu z pohledu žen*. 2., přeprac. vyd. Praha: proFem, 2008. ISBN 978-80-903626-7-3.

VOŇKOVÁ, Jiřina a Radka MACHÁČKOVÁ, et al. *Domáci násilí: právní minimum pro lékaře*. Vyd. 1. Praha: proFem, 2003. ISBN 80-239-2106-1.

WAALEN, Jill, et al. Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *American journal of preventive medicine*, 2000, 19.4: 230-237.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook*. World Health Organization. (2014). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>

WORLD HEALTH ORGANIZATION & PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 2012. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Seznam grafů

Graf 1: Počet diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců podle věku respondentů.....	52
Graf 2: Specializace kliniky podle délky praxe	54
Graf 3: Počet diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců podle délky praxe .	55
Graf 4: Nejtypičtější varovné znaky domácího násilí podle délky praxe	56
Graf 5: 3 nejčastější důvody, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu podle délky praxe.....	57
Graf 6: Vhodný způsob dotazování podle délky praxe.....	59
Graf 7: Nevhodný způsob dotazování podle délky praxe.....	60
Graf 8: Akce provedené po odhalení DN podle délky praxe.....	61
Graf 9: Připravenost pomoci sestavit bezpečnostní plán podle délky praxe	62
Graf 10: Připravenost klást vhodné otázky podle délky praxe	63
Graf 11: Připravenost dokumentovat historii DN podle délky praxe	64
Graf 12: Připravenost identifikovat znaky a příznaky DN podle délky praxe.....	65
Graf 13: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání podle délky praxe.....	66
Graf 14: Počet diagnostikovaných případů DN za posledních 6 měsíců podle specializace kliniky	68
Graf 15: Nejtypičtější varovné znaky domácího násilí podle specializace kliniky	69
Graf 16: 3 nejčastější důvody, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu podle specializace kliniky	70
Graf 17: Vhodný způsob dotazování podle specializace kliniky.....	72
Graf 18: Nevhodný způsob dotazování podle specializace kliniky	73
Graf 19: Akce provedené po odhalení DN podle specializace kliniky.....	74
Graf 20: Připravenost pomoci sestavit bezpečnostní plán podle specializace kliniky	75
Graf 21: Připravenost klást vhodné otázky podle specializace kliniky	76
Graf 22: Připravenost dokumentovat historii DN podle specializace kliniky	77
Graf 23: Připravenost identifikovat znaky a příznaky DN podle specializace kliniky.....	78
Graf 24: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání podle specializace kliniky	79
Graf 25: Připravenost dokumentovat historii DN v souvislosti s připraveností pomoci sestavit bezpečnostní plán.....	83
Graf 26: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání v souvislosti s připraveností pomoci sestavit bezpečnostní plán.....	84

Graf 27: Specializace kliniky v souvislosti s připraveností klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	87
Graf 28: Připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí v souvislosti s připraveností klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	88
Graf 29: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání v souvislosti s připraveností klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	89
Graf 30: Délka praxe ve zdravotnictví v souvislosti s připraveností dokumentovat historii domácího násilí	92
Graf 31: Nejčastější důvod, proč ženy nejsou schopny odejít z násilného vztahu v souvislosti s připraveností dokumentovat historii domácího násilí	93
Graf 32: Specializace kliniky v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	96
Graf 33: Nejtypičtější varovné znaky v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	97
Graf 34: Připravenost klást vhodné otázky ohledně DN v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	98
Graf 35: Připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání v souvislosti s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	99
Graf 36: Specializace klinik v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání	102
Graf 37: Nejtypičtější varovné znaky DN v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání	103
Graf 38: Připravenost klást vhodné otázky ohledně DN v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání	104
Graf 39: Připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí v souvislosti s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání	105

Seznam tabulek

Tabulka 1: pohlaví	46
Tabulka 2: délka praxe.....	46
Tabulka 3: klinika	46
Tabulka 4: počet případů	47
Tabulka 5: Věková charakteristika respondentů.....	50
Tabulka 6: Významnost rozdílů související s věkem respondentů.....	51
Tabulka 7: Významnost rozdílů související s délkou praxe	53
Tabulka 8: Významnost rozdílů související se specializací kliniky	67
Tabulka 9: dobrá připravenost pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán.....	80
Tabulka 10: špatná připravenost pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán.....	80
Tabulka 11: Významnost rozdílů související s připraveností sester pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	82
Tabulka 12: dobrá připravenost klást vhodné otázky ohledně domácího násilí.....	85
Tabulka 13: špatná připravenost klást vhodné otázky ohledně domácího násilí.....	85
Tabulka 14: Významnost rozdílů související s připraveností sester klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	86
Tabulka 15: dobrá připravenost dokumentovat historii domácího násilí	90
Tabulka 16: špatná připravenost dokumentovat historii domácího násilí	90
Tabulka 17: Významnost rozdílů související s připraveností dokumentovat historii domácího násilí.....	91
Tabulka 18: dobrá připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí.....	94
Tabulka 19: špatná připravenost identifikovat znaky a příznaky domácího násilí.....	94
Tabulka 20: Významnost rozdílů související s připraveností identifikovat znaky a příznaky domácího násilí.....	95
Tabulka 21: dobrá připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání.....	100
Tabulka 22: špatná připravenost vhodně reagovat na odhalení zneužívání.....	100
Tabulka 23: Významnost rozdílů související s připraveností vhodně reagovat na odhalení zneužívání	101

Seznam příloh

Příloha 1: Dynamika DN

Příloha 2: Fyzické dopady – oblast hlavy a krku

Příloha 3: Fyzické dopady – zadní část těla

Příloha 4: fyzické dopady – přední část těla

Příloha 5: Fyzické dopady – fotografie

Příloha 6: Gesto pomoci

Příloha 7: Tabulka – intervenční centra

Příloha 8: Práva pacienta

Příloha 9: Dokumentace případů domácího násilí

Příloha 10: Screeningové metody využívané v USA

Příloha 11: Screeningový dotazník

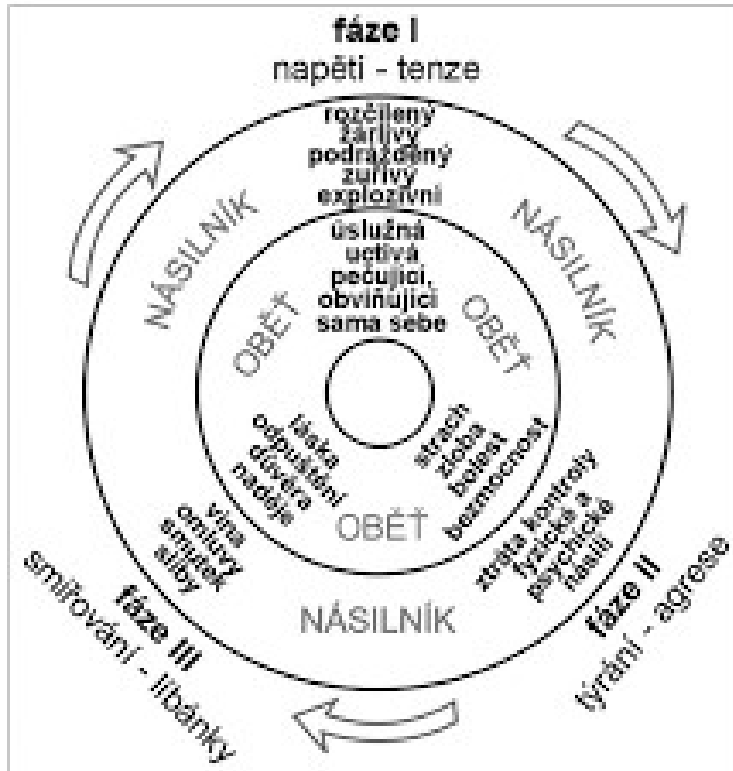
Příloha 12: Krátký screeningový BREF dotazník

Příloha 13: Žádost o povolení výzkumného šetření ve FN HK

Příloha 14: Dotazník „Domácí násilí páchané na ženách“

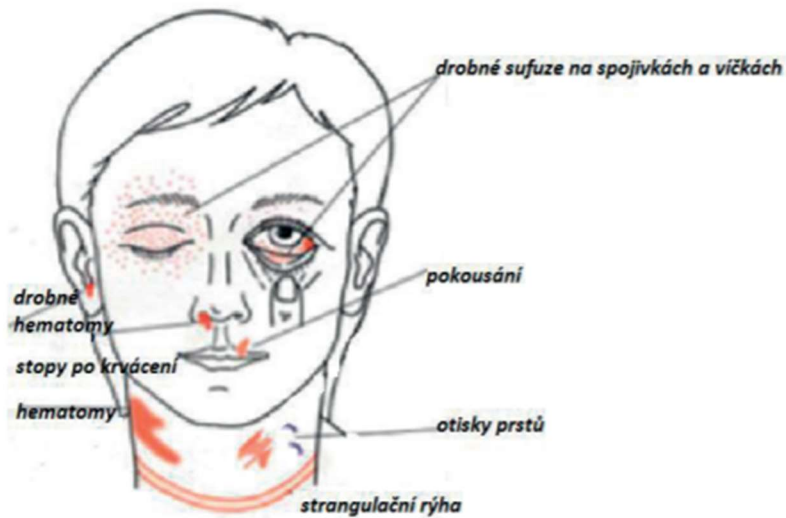
Přílohy

Příloha 1: Dynamika DN



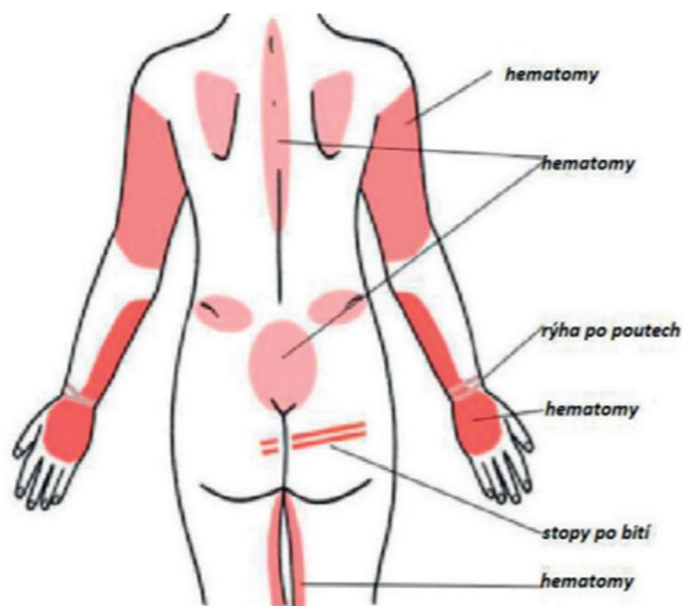
Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 2: Fyzické dopady – oblast hlavy a krku



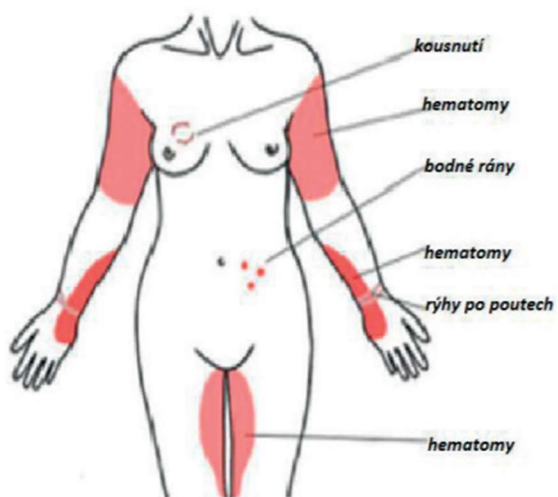
Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 3: Fyzické dopady – zadní část těla



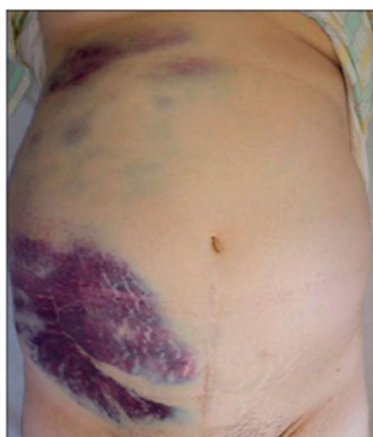
Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 4: fyzické dopady – přední část těla



Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 5: Fyzické dopady – fotografie



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



Stopy po vláčení a smýkání oběti



Stopy po pálení cigaretou, starší defekty jsou již téměř zhojeny

Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 6: Gesto pomoci



Zdroj: CANADIAN WOMEN'S FOUNDATION [online]. Signal for help. Toronto, 14. 1. 2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://canadianwomen.org/signal-for-help/>

Příloha 7: Tabulka – intervenční centra

<u>IC Brno – tel.: 739 078 078</u>	<u>IC Ostrava – tel.: 597 489 207, 739 449 275</u>
<u>IC České Budějovice – tel.: 386 323 016</u>	<u>IC Pardubice – tel.: 466 260 528</u>
<u>IC Havířov – tel.: 596 611 239</u>	<u>IC Plzeň – tel.: 777 167 004</u>
<u>IC Hradec Králové – tel.: 774 591 383</u>	<u>IC Praha – tel.: 281 911 883</u>
<u>IC Kladno – tel.: 605 765 883</u>	<u>IC Sokolov – tel.: 359 807 001</u>
<u>IC Liberec – tel.: 482 311 632</u>	<u>IC Ústí nad Labem – tel.: 475 511 811</u>
<u>IC Nymburk – tel.: 775 561 847</u>	<u>IC Vysočina – tel.: 567 215 532</u>
<u>IC Olomouc – tel.: 774 406 453</u>	<u>IC Zlín – tel.: 577 018 265</u>

Zdroj: ASOCIACE PRACOVNÍKŮ INTERVENČNÍCH CENTER ČR, Z.S. Počet vykázaní v ČR (součet kraje) – 01.01.-30.11.2021 [online]. 2021 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: http://www.domaci-nasili.cz/?page_id=255

Příloha 8: Práva pacienta

§ 28

(1) Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.

(2) Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.

(3) Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo

a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,

b) zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak,

c) vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,

d) být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče (dále jen „vnitřní řád“),

e) na

1. nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,

2. nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“),

3. přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence; tím není dotčen [§ 47 odst. 1 písm. b\)](#),

f) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,

g) znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky,

h) odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,

i) přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak,

j) přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odeprít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,

k) na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

(4) Pacient s omezenou svéprávností nebo který je nezletilý, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba podle [odstavce 3 písm. e\)](#), uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. V tomto případě se postupuje podle [§ 35 odst. 5.](#)

(5) Práva pacienta uvedená v [odstavci 3 písm. c\), e\), i\) a j\)](#) nemůže uplatnit pacient, kterému je poskytována záchytná služba nebo který je povinen se podrobit odbornému lékařskému vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Tento pacient rovněž nemůže při uplatňování práva podle [odstavce 3 písm. h\)](#) odmítnout přítomnost příslušníka Policie České republiky, příslušníka Vojenské policie, strážníka obecní policie nebo příslušníka Vězeňské služby České republiky (dále jen „Vězeňská služba“), který na žádost poskytovatele poskytuje součinnost při poskytování záchytné služby nebo při vyšetření podle věty první.

Zdroj:

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4747–4748. Dostupný také z: https://zdravotni.praha.eu/public/81/9b/8c/1333561_225893_2011_374.pdf

Příloha 9: Dokumentace případů domácího násilí

Vyplňuje lékař

DOKUMENTACE PŘÍPADŮ DOMÁCÍHO NÁSILÍ

(PŘÍLOHA LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY)

ZÁZNAM LOKACE ZRANĚNÍ PŘI PRVNÍM KONTAKTU S NEMOCNÝM

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: _____

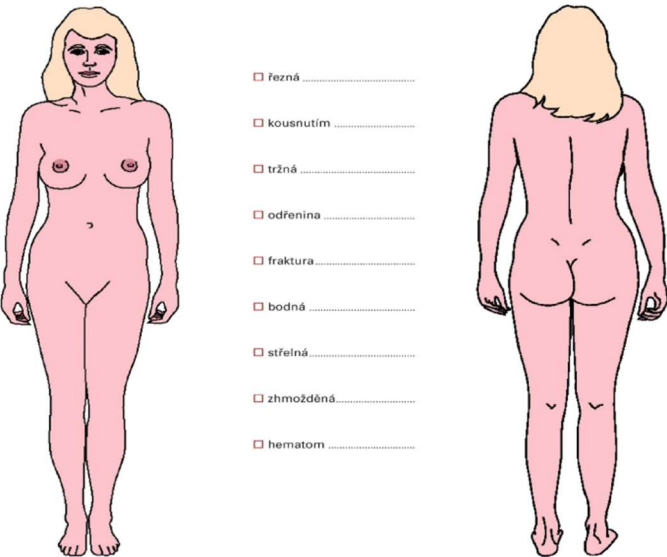
Příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Bydliště: _____

Datum návštěvy: _____

Čas návštěvy: _____



- řezná
- kousnutím
- tržná
- odřenina
- fraktura
- bodná
- stělná
- zhmožděná
- hematom

Vyplňuje lékař

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA O DOMÁCÍM NÁSILÍ

2. strana

ÚDAJE O ÚRAZE:

Datum: _____

Čas: _____

Jméno násilníka: _____

Mechanismus vzniku úrazu: _____

Hlavní potíže: _____

Nynější symptomy: _____

Objektivní vyšetření – podrobný popis: _____

FYZICKÁ ZJIŠTĚNÍ

(Křížkem označte příslušnou kategorii)

	Hematom	Odřenina	Tržná rána	Krvácení	Řezná rána	Bodná rána
Hlava						
Uši						
Nos						
Tváře						
Ústa						
Krk						
Ramena						
Horní končetina						
Hruď						
Zád						
Břicho						
Genitálie						
Hýždě						
Dolní končetina						

Podpis lékaře: _____

Vyplňuje sociální pracovník nemocnice

FORMULÁŘ PRO SCREENING A DOKUMENTACI DOMÁCÍHO NÁSILÍ

Jméno: _____

Příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Název zdravotnického zařízení: _____

Je pacientka těhotná?
 ANO NE

(Odpovědi označte křížkem.)

ODHADNUTÍ BEZPEČÍ PACIENTA/TKY

ANO NE Je zde nyní násilník přítomen jako doprovod?

ANO NE Má pacient/ka strach ze svého partnera?

ANO NE Bojí se pacient/ka jít domů?

ANO NE Stalo se fyzické násilí v poslední době brutálnější?

ANO NE Vystavuje partner děti fyzickému násilí?

ANO NE Byli děti svědky násilí v rodině?

ANO NE Je pacientovi/tce vyhrožováno zabitím? Kým:

ANO NE Vyhrožuje pacient/ka sebevraždou?

ANO NE Je v domácnosti pacienta/ky zbraň?

ANO NE Je agresor abusérem alkoholu či jiné drogy?

ANO NE Byl s pacientem/tkou probrán bezpečnostní plán?

ODKAZY

Poskytnutí telefonních čísel krizových linek

Kontakt na právní služby

Poskytnutí telefonních čísel azylových domů

Odkazy na jiné organizace

Jiné odkazy

NAHLÁŠENÍ

Případ oznámen Policií ČR

Nahlášení orgánu sociálně-právní ochrany dětí

FOTOGRAFIE

ANO NE Byly pořízeny fotografie?

Jméno sociálního pracovníka: _____
Podpis: _____

Zdroj: ČESKÁ REPUBLIKA. Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. In: Věstník MZČR. 2008, částka 6, s. 2-7. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/2146/6399/ZDRAVOTNICTVI-tisk%2006-08.indd.pdf>

Příloha 10: Screeningové metody využívané v USA

Tool	Questions	Scoring	Sensitivity and specificity
HITS (hurt, insult, threaten, scream)	How often does your partner: 1. Physically hurt you? 2. Insult or talk down to you? 3. Threaten you with harm? 4. Scream or curse at you?	Score each item using 1 to 5 on a Likert scale as follows: never (1); rarely (2); sometimes (3); fairly often (4); frequently (5) Scores for this inventory range from 4 to 20 A score of greater than 10 is considered positive for partner violence	Sensitivity: 30 to 100 percent Specificity: 86 to 99 percent
WAST and WAST-SF	1. In general, how would you describe your relationship? 2. Do you and your partner work out arguments with... 3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself? 4. Do arguments ever result in hitting, kicking, or pushing? 5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does? 6. Does your partner ever abuse you physically? 7. Does your partner ever abuse you emotionally? 8. Does your partner ever abuse you sexually?	Item 1 uses a Likert scale as follows: a lot of tension, some tension, no tension Item 2 uses a Likert scale as follows: great difficulty, some difficulty, no difficulty Items 3 to 8 use a Likert scale as follows: often, sometimes, never WAST scoring: cutoff for what constitutes a positive score not available—clinical judgment is recommended WAST-SF consists of the first two questions only; positive if "a lot of tension" and/or "great difficulty"	WAST Sensitivity: 47 percent Specificity: 96 percent WAST-SF Sensitivity: 92 to 93 percent Specificity: 56 to 68 percent
Partner Violence Screen	1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone within the past year? If so, by whom? 2. Do you feel safe in your current relationship? 3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?	Positive response to any question denotes abuse	Sensitivity: 35 to 71 percent Specificity: 80 to 94 percent

WAST = Women Abuse Screening Tool; WAST-SF = Women Abuse Screening Tool—Short Form.

Zdroj: CRONHOLM, Peter F., et al. Intimate partner violence. American family physician, 2011, 83.10: 1165-1172.

Příloha 11: Screeningový dotazník

Screeningový dotazník:

1. Máte z dětství osobní zkušenost s tělesným týráním?
2. Byla jste sexuálně zneužita?
3. Byla jste znásilněna?
4. Byla jste v dětství vystavena psychickému násilí?
5. Ve svých partnerských vztazích jste se setkala s násilím, nebo se cítila zraněná, partner vám vyhrožoval nebo jste se ho bála?
6. Žijete v současné době ve vztahu, kde jste zraňována, je vám vyhrožováno nebo máte strach?
7. Jestliže ano - opakuje se to, jak dlouho trvá, eskaluje násilí, svěřila jste se někomu, jsou v rodině děti, byla jste již v minulosti lékařem

Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 12: Krátký screeningový BREF dotazník

Krátký dotazník pro vyhodnocení akutního nebezpečí (BREF)

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

Zdroj: MARVÁNOVÁ VARGOVÁ, Branislava a et al. Intervence v případech domácího násilí: Manuál pro zdravotníky. *STOP NÁSILÍ* [online]. Praha: ROSA – centrum pro ženy, z.s., 2016, 08/2016 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/08/rosaMANUAL.pdf>

Příloha 13: Žádost o povolení výzkumného šetření ve FN HK

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

v Hradci Králové, 29.11.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové

Vážená paní Vaňková,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší fakultní nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Petry Teuberové, narozené 23. 2. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je získat přehled o zkušenostech sester s rozpoznáváním a pomoci pacientkám, na kterých je nebo bylo páchané domácí násilí, případně mají sestry podezření, že se jedná o oběť domácího násilí.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., funkce vedoucího práce.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí


S pozdravem

Petra Teuberová
Brzice 11, 55205 Hoříčky

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Email: mares@lfhk.cuni.cz,
telefon: +420 495 816 426
Ústav preventivního lékařství
Adresa: Šimkova 870, 50003 Hradec Králové
Email: prevents@lfhk.cuni.cz
Telefon: +420 495 816 244

Vyjádření vedení instituce:
 Souhlasím

Datum: 6.12. 2021


Podpis a razítko

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha 14: Dotazník „Domácí násilí páchané na ženách“

Název: Domácí násilí páchané na ženách

Autoři:

Jean Ramsay, Clare Rutterford, Alison Gregory, Danielle Dunne, Sandra Eldridge, Debbie Sharp and Gene Feder

Publikováno 28. srpna 2012

Pracoviště:

Academic Unit of Primary Health Care, School of Social and Community Medicine, Canynge Hall, 39 Whatley Road, Bristol, BS8 2PS.

Přeložila: Petra Teuberová

Datum: 22. 11. 2021

Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

Dobrý den,

jmenuji se Petra Teuberová a jsem studentkou 3. ročníku na Lékařské fakultě Univerzity Karlovi v Hradci Králové - obor všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Cílem mé práce je získat přehled o zkušenostech sester s rozpoznáváním a pomocí pacientkám, na kterých je nebo bylo páchané domácí násilí, případně mají sestry podezření, že se jedná o oběť domácího násilí. Dotazník je zcela anonymní a veškeré získané údaje budou použity pouze pro účely této práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním Vámi poskytnutých dat.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

Petra Teuberová

Není-li uvedeno jinak, zakroužkujte Vámi vybranou odpověď. Pokud budete chtít svou odpověď změnit zakřížkujte starou odpověď a novou odpověď zakroužkujte.

- A. Pohlaví
 - 1. Muž
 - 2. Žena
- B. Věk:
- C. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
 - 1. 0 – 5
 - 2. 6 – 20
 - 3. 21 a více
- D. Na které klinice pracujete?
 - 1. Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
 - 2. Porodnická a gynekologická klinika
 - 3. Chirurgická klinika
- E. Kolik případů domácího násilí jste diagnostikovala v posledních 6 měsících?
 - 1. Žádný
 - 2. 1-5
 - 3. 6-10
 - 4. 11-15
 - 5. Více než 16
- F. Mezi varovné znaky domácího násilí na ženě, kterého se dopouští partner patří: vyberte pouze jeden nejtypičtější znak.

1. Chronická nevysvětlitelná bolest
2. Úzkost
3. Zneužívání návykových látek
4. Častá zranění
5. Deprese

G. Žena není schopná odejít ze vztahu, kde zažívá násilí, protože... (vyberte tři nejčastější důvody a seřadte je podle toho, jak je ženy obvykle uvádějí):

<ol style="list-style-type: none"> 1. Obava ze msty partnera 2. Finanční závislost na pachateli 3. Náboženské přesvědčení 4. Potřeby dětí 5. Láska k partnerovi 6. Osamění 	<p>Uveďte jen číslo nabízené varianty:</p> <p>První místo:</p> <p>Druhé místo:.....</p> <p>Třetí místo:.....</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

H. Vyberte, co je vhodný způsob dotazování:

1. Jste oběť domácího násilí?
2. Zranil nebo ohrožoval vás někdy partner?
3. Měla jste někdy strach ze svého partnera?
4. Udeřil nebo zranil vás někdy váš partner?

I. Vyberte, co je nevhodný způsob dotazování:

1. Jste oběť domácího násilí?
2. Zranil nebo ohrožoval vás někdy partner?
3. Měla jste někdy strach ze svého partnera?
4. Udeřil nebo zranil vás někdy váš partner?

J. Pokud bylo odhaleno domácí násilí, jaké další akce jste učinila? (můžete označit více možností)

1. Poskytla oběti informace
2. Poradila ženám s možnostmi poskytování odborné pomoci a vedení při řešení osobních nebo psychických problémů
3. Provedla bezpečnostní posouzení pro ženy
4. Provedla bezpečnostní posouzení pro děti týraných žen
5. Pomohla vytvořit ženě bezpečnostní plán
6. Odkázala na jiné organizace

Jak jste připravena provést následující: ohodnoťte každou otázku dle stupnice

otázka	1. Velmi nepřipraven	2. Nepřipraven	3. Spíš nepřipraven	4. Těžko říci	5. Spíš připraven	6. Připraven	7. Velmi připraven
K. Pomoci pacientce trpící domácím násilím připravit bezpečnostní plán	1	2	3	4	5	6	7
L. Klást vhodné otázky ohledně domácího násilí	1	2	3	4	5	6	7
M. Dokumentovat historii domácího násilí	1	2	3	4	5	6	7
N. Identifikovat znaky a příznaky domácího násilí	1	2	3	4	5	6	7

O.	Vhodně reagovat na odhalení zneužívání	1	2	3	4	5	6	7
----	----------------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---