

Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky

Tato publikace vznikla za podpory
Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci projektu
“Problematika domácího násilí z pohledu zdravotnictví“.
Identifikační č. projektu: 30/16/RPZP.

Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky

Vydavatel: Spondea, o. p. s., Sýpka 25, 613 00 Brno
druhé přepracované vydání, Brno, 2016, 128 stran

Autorské zpracování: Mgr. Irena Holá – právnička
Mgr. Martina Ježková – psychologka
Mgr. Helena Komínková, zdravotní sestra
Mgr. Martina Kotková – psychologka
Mgr. Jana Levová – ředitelka organizace Spondea, o.p.s.
Mgr. Eva Pospíchalová – sociální pedagožka
Mgr. Olga Štěpánková – psychologka
Mgr. Zdeněk Trávníček, PhDr. – rodinný mediátor a terapeut
PhDr. Dagmar Úlehlová – speciální pedagožka, zdravotní sestra

Jazyková korektura: Mgr. Anna Grušová

Grafická úprava: Ing. Petr Přenosil

ISBN: 978-80-270-1120-9

Úvod	6
Předmluva	7
Slovníček pojmů	9
1. Úvod do problematiky domácího násilí	10
1.1 Základní informace o domácím násilí	10
1.1.1 Definice domácího násilí	10
1.1.2 Historický kontext domácího násilí	11
1.1.3 Znaky a formy domácího násilí	12
1.1.4 Mýty o domácím násilí	13
1.1.5 Příčiny domácího násilí	14
1.2 Dynamika domácího násilí	16
1.2.1 Vztahová dynamika v násilném vztahu	17
1.2.2 Syndrom naučené bezmoci	18
1.2.3 „Chybný odhad rizika“	19
1.3 Dopady domácího násilí na ohrožené osoby	23
1.3.1 Fyzické následky domácího násilí	23
1.3.2 Psychické následky domácího násilí	24
1.3.3 Posttraumatická stresová porucha	26
1.3.4 Stockholmský syndrom, syndrom týrané ženy	28
2. Problematika domácího násilí z pohledu zdravotnické péče	32
2.1 Osoba ohrožená domácím násilím ve zdravotnickém zařízení	32
2.1.1 Etické aspekty práce	32
2.1.2 Psychologické faktory zdraví a nemoci	36
2.1.3 Interakce pacienta s lékařem	37
2.1.4 Role sestry při plánování další péče	37
2.1.5 Sběr informací	38
2.1.6 Dokumentace	39
2.2 Specifika práce s osobami ohroženými domácím násilím	40
2.2.1 Základy komunikace	40
2.2.2 Komunikace s pacientem v krizi, krizová intervence	42

2.2.3	Obecné zásady práce s osobou ohroženou domácím násilím	47
2.2.4	Specifika práce se ženou ohroženou domácím násilím	48
2.2.5	Specifika práce s mužem ohroženým domácím násilím	50
2.2.6	Specifika práce se seniorem ohroženým domácím násilím	52
	Ageismus	53
	Formy domácího násilí páchaného na seniorech	55
2.2.7	Specifika práce s dítětem ohroženým domácím násilím	59
	Dítě jako svědek a jako oběť domácího násilí	59
	Syndrom CAN	60
	Charakteristické znaky dítěte žijícího v rodině, v níž dochází k domácímu násilí	63
	Násilí mezi adolescenty	65
2.2.8	Specifika práce s celou rodinou zasaženou domácím násilím	68
2.2.9	Specifika práce s handicapovanými osobami ohroženými domácím násilím	80
	Komunikace se specifickými skupinami pacientů	82
2.2.10	Specifika práce s osobami z jiného sociokulturního prostředí ohroženými domácím násilím	85
2.3	Specifika práce s osobami, které nezvládají svou agresi	89
2.3.1	Typologie osob dopouštějících se domácího násilí	89
2.3.2	Osoba nezvládající agresi ve vztazích	91
2.4	Podpora zdravotnických pracovníků	98
2.4.1	Zvládání pracovní zátěže, prevence syndromu vyhoření	98
2.4.2	Supervize	100
3.	Legislativa a přístup k řešení domácího násilí	105
3.1	Právní normy nejvyšší právní síly upravující problematiku domácího násilí	106
3.2	Zákonná a podzákonná úprava domácího násilí	107
3.2.1	Trestní právo	108
3.2.2	Oprávnění policie a intervenční centra	113
3.2.3	Občanské soudní řízení	114
3.2.4	Přestupkové právo	115
3.3	Aspekty domácího násilí v sociálně právní ochraně dětí	116
3.4	Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím	118

Manuály (vložené listy)

- 1 První kontakt s pacientem ohroženým domácím násilím, vedení rozhovoru
- 2 Vedení rozhovoru s dítětem
- 3 Akutní ošetření pacienta ohroženého domácím násilím, kterého přivezla RZS
- 4 Ambulantní ošetření pacienta ohroženého domácím násilím, který přichází až několik hodin po útoku, zranění popírá, bagatelizuje
- 5 Ošetření pacienta ohroženého domácím násilím, kterého doprovází násilná osoba
- 6 Mapka těla pro zakreslení zranění, odkaz na Věstník MZ č. 6/2008
- 7 Důležité kontakty

Vážené kolegyně a kolegové,
dostává se vám do rukou publikace, která vznikla z iniciativy Intervenčního centra Brno a Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Spondea, o. p. s. jako provozovatel Intervenčního centra Brno spolupracuje s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO) od svého založení, tj. od roku 1998.

Text, který je druhým, přepracovaným vydáním, má ambici stát se studijní oporou i praktickou pomůckou všem zdravotnickým pracovníkům, lékařům i nelékařům, učitelkám SZŠ a VZŠ, studentům středních, vyšších i vysokých škol a všem, kteří mají zájem o téma pomoci osobám ohroženým domácím násilím. K přepracování nás vedla potřeba doplnit materiál o nové skutečnosti, zkušenosti a postupy, které vycházejí z naší praxe v oblasti pomoci ohroženým osobám při řešení domácího násilí.

Pojem domácí násilí je fenomén, který se do povědomí veřejnosti dostával pomalu, v České republice proběhlo první reprezentativní šetření domácího násilí v roce 2001. Zlom nastal k 1. lednu 2007, kdy řešení problematiky domácího násilí získalo legislativní rámec. Vznikla intervenční centra podle terminologie zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dalším zákonem, který řešení dané problematiky ovlivnil, byl zákon č. 135/2006 Sb., kterým se měnily některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím.

Podstatou přístupu k řešení problematiky domácího násilí zavedeného v roce 2007 je možnost Policie České republiky vykázat na deset dní násilnou osobu z obydlí, kde žije společně s napadenou osobou, a to proto, aby se zamezilo dalšímu násilí.

Zákon na ochranu před domácím násilím vychází z pravidel, jaká existují v zemích, které jsou nám blízké z hlediska právní kultury i jiných společenských charakteristik. Inspirací pro experty připravující příslušná legislativní opatření byl zejména rakouský model. Zákon je neutrální k tomu, kdo je původcem násilí, a kdo jeho obětí. Vychází z obecných znaků domácího násilí, tj. opakování a stupňování závažnosti násilného jednání, které směřuje proti životu, zdraví, svobodě nebo lidské důstojnosti. Ohrožený člověk zpravidla potřebuje okamžitou reakci a účinný zásah, aby se především zamezilo násilí v budoucnosti. Proto zákon doplňuje policejní opatření následnou pomocí sociální a právní. Výrazným rysem zákona je důraz na předcházení domácímu násilí. Před jeho platností totiž bylo v případě domácího násilí možné zasáhnout až v okamžiku, kdy došlo k závažnému útoku nebo dokonce ke zranění. Na základě legislativy platné od roku 2007 může policie zasáhnout do partnerského vztahu, v němž dochází k násilí, tak, že násilnou osobu vykáže na přiměřenou dobu ze společného obydlí. Napadená osoba tedy získá dostatek času na to, aby si bez psychického či jiného nátlaku ujasnila situaci, v níž se nachází, a uspořádala své plány do budoucna.

Na základě rozhodnutí o vykázání může osoba ohrožená násilným chováním blízké osoby získat pomoc intervenčního centra. Pracovníci intervenčního centra ohroženou osobu kontaktují, pomohou jí zorientovat se v její situaci, informují ji o možnostech dalšího řešení této situace,

poskytnou sociální, právní a psychologické poradenství, zprostředkují návazné odborné služby a v případě potřeby zprostředkují i azylové ubytování.

Mimo hlavní činnost intervenčního centra, což je přímá práce s osobami ohroženými domácím násilím, je koordinace spolupráce subjektů v rámci jednotlivých krajů, které mohou být účinnými pomocníky pro ohrožené osoby a také bojovníky na poli prevence proti domácímu násilí. Instituce, jejichž zástupci se pravidelně v jednotlivých sekcích setkávají, jsou kromě zdravotnických zařízení také Policie ČR, odbory sociálně právní ochrany dětí, městská policie, přestupkové, sociální a zdravotní odbory měst a obcí, azylová ubytovací zařízení, poradny, probační a mediační služba, státní zastupitelství, soudy... a další podle možností a potřeb jednotlivých regionů.

V této knize budeme používat odbornou terminologii, kterou do problematiky domácího násilí vnesl Zákon č. 135/2006 Sb., na ochranu před domácím násilím. Zde se místo označení obětí domácího násilí hovoří o **osobě ohrožené domácím násilím**. Nové označení se začalo používat kvůli negativní konotaci slova oběť.

Původní význam slova oběť je náboženský úkon spočívající v „odevzdání/obětování“ cenných předmětů (obětin), zvířat nebo lidí bohům, duchům mrtvých či jiným nadpřirozeným bytostem.¹

Označení obětí domácího násilí příliš evokuje bezmoc a pasivitu člověka, který uvízl ve spleti domácího násilí. Neříkáme, že se tak mnohdy nestane, avšak při práci s ohroženými osobami je nutné ukazovat a vést osoby ohrožené domácím násilím k zodpovědnosti za vlastní život a postupně je přivádět k aktivitě, aby dokázaly svou situaci řešit. Chceme, aby oběť přestala být obětí a začala brát život do vlastních rukou.

Pachatele domácího násilí označujeme jako **násilnou osobu**. Tak je označován v úředním záznamu o vykázání, tak o něm hovoří zákon.

Pokud se takový člověk rozhodne své chování a jednání měnit a vyhledat odbornou pomoc, hovoříme o něm jako o osobě nevládající svou agresi. Termín **osoba nevládající agresi** označuje původce či původkyni násilí a vyjadřuje postoj, že odsouzeníhodná není celá osoba, která se dopouští násilí, nýbrž její násilné, agresivní chování. Problém tedy nespočívá v tom, že je někdo „násilník“, „agresor“, „násilná osoba“, ale v tom, že nemá pod kontrolou svou agresivitu, jejíž projevy jsou patologické a společensky nepřijatelné. To, že agresivní a násilné chování je pojímáno pouze jako jeden ze segmentů v chování člověka, otevírá potenciál pro změnu, zatímco zobecňující diagnostikování ve smyslu „násilník“, „agresor“ či „násilná osoba“ vede k uzavírání možnosti změny, ke stigmatizaci a kriminalizaci konkrétního člověka.

V předložené publikaci se také čtenář může setkat s pojmy **klient** i **pacient**. Zatímco pojem pacient se používá v rámci zdravotnické terminologie, v sociální oblasti a v poradenství je tatáž osoba klientem. Osoba ohrožená domácím násilím tedy může být jak pacientem, tak klientem např. intervenčního centra.

¹ <https://cs.wikipedia.org/wiki/Oběť>

1. Úvod do problematiky domácího násilí

1.1 Základní informace o domácím násilí

Domácí násilí znamená nejen to, že se odehrává mezi dvěma lidmi, kteří sdílejí společnou domácnost, ale především to, že se ho vůči sobě dopouští osoby, mezi kterými je blízký vztah. Ať už v této souvislosti mluvíme o násilí partnerském nebo mezigeneračním, důsledky násilného chování mají z psychologického hlediska podstatně závažnější následky než v případě násilí spáchaného cizím člověkem.

1.1.1 Definice domácího násilí

Definice a označení negativního společenského jevu, kdy dochází k násilí mezi intimními partnery či v rodině, je mnoho. My se v této publikaci budeme držet definice, která pochází z důvodové zprávy k zákonu č. 135/2006 Sb., Zákonu na ochranu před domácím násilím, jehož vyhlášení spustilo činnost Intervenčních center jako míst odborné pomoci osobám ohroženým domácím násilím.

Důvodová zpráva charakterizuje domácí násilí jako opakované násilné jednání nebo vyhrožování takovým jednáním, v jehož důsledku dochází k nebezpečnému útoku proti životu, zdraví, svobodě nebo lidské důstojnosti, nebo hrozí, že k němu dojde, a toto jednání se odehrává mezi osobami v rodinném nebo obdobném vztahu, které spolu žijí v bytě nebo domě. Přitom lze jasně identifikovat osobu násilnou i osobu ohroženou, proti níž útok směřuje.

V literatuře se setkáváme i s mnoha různými pojmenováními tohoto jevu. Např. intimní násilí (intimate violence), zneužívání partnerem (partner abuse). V České republice se nejvíce vžil termín domácí násilí (domestic violence), který původně v anglosaské literatuře pojmenovával jen násilí mezi partnery, nejčastěji mezi mužem a ženou. Dnes se často bere termín domácí násilí jako synonymum termínu násilí v rodině, které zahrnuje i další možné formy týrání. Ševčík vnímá domácí násilí jako podmnožinu násilí v rodině a zahrnuje sem „všechny projevy fyzického, sexuálního a psychického násilí páchaného mezi jednotlivými členy rodiny (partnery, předky a potomky, sourozenci), které se týká

všech rodinných vztahů, a to mezi dospělými (rodiči) a dětmi, mezi dětmi navzájem, mezi partnery (manžely), mezi dospělými (rodiči) a prarodiči. Druhou samostatně vydělovanou podmnožinou násilí v rodině je týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (syndrom CAN), zahrnující jakékoli vědomé nebo nevědomé aktivity, jichž se dopouští dospělý (rodič, vychovatel, jiná osoba) na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte.“²

A ačkoliv má naše publikace v názvu Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky, budeme se věnovat problematice násilí v jeho širších souvislostech, přesněji násilí v rodině a všem jeho formám.

1.1.2 Historický kontext domácího násilí

Problematika domácího násilí byla v naší společnosti dlouho tabu, teprve několik posledních let se otevírá diskuse týkající se tohoto závažného jevu, který je velmi nebezpečný pro nízkou možnost společenské kontroly a vysokou toleranci k pachatelům násilí „za zavřenými dveřmi“. Tento postoj má kořeny v patriarchálním uspořádání společnosti. Poslušnost žen vůči mužům je kodifikována už v Novém zákoně, v Pavlově listu Efezským. Trestání „neposlušných“ žen většina kultur celá staletí tolerovala a partnerské násilí bylo vždy, až na zcela extrémní případy, považováno za soukromou záležitost, do které nelze zasahovat.

Svatý Pavel píše v listu Efezským o podřízenosti žen (Ef 5,21-33): „...v poddanosti Kristu se podřizujte jedni druhým: ženy svým mužům jako Pánu, protože muž je hlavou ženy, jako Kristus je hlavou církve, těla, které spasil. Ale jako církev je podřízena Kristu, tak ženy mají být ve všem podřízeny svým mužům...“

Jak uvádí Šárka Gjuričová³, tato nadřazená role se později ve středověku stala součástí práva a manžel sňatkem přebíral nad ženou poručnictví i právo na výchovu ženy a s tím i možnost fyzických trestů. Jak uvádějí dobové prameny, některé ženy se těmto metodám bránily a dovolávaly se spravedlnosti u soudu.

2 Ševčík, D., Špatenková, N. a kol., Domácí násilí, kontext, dynamika a intervence. Praha: Portál 2011, s. 24.

3 Gjuričová, Š. a kol., Podoby násilí v rodině. Praha: Vyšehrad 2002.

Je zaznamenán případ jisté Doroty z Milčína, která v roce 1482 před pražským soudem žalovala svého muže za ublížení na těle způsobené ránou sekyry do hlavy a žádala také rozvod manželství. Církevní soud rozhodl pro zachování manželství, ale připomněl, že muž nemá bít ženu železnými nástroji, ale její špatnost může trestat prutem, holí, důtkami nebo taháním za vlasy.⁴

Později vztah mezi mužem a ženou získal více partnerský charakter, ale i přes sílící emancipační snahy v období renesance zůstal respekt vůči právu otce a manžela dlouho zachován. Teprve feministické hnutí 60. a 70. let 20. století v Evropě a USA přispělo k tomu, že se pohled na tento tradiční model začal pomalu měnit.

1.1.3 Znaky a formy domácího násilí⁵

Domácí násilí je považováno za nebezpečnější než jiné formy násilí vzhledem k okolnostem, za kterých je pácháno. Jedním z důvodů je skutečnost, že mezi oběma aktéry, tj. násilnou i ohroženou osobou, existuje intimní vztah a násilí se odehrává v prostředí domova, který tak ztrácí svoji základní funkci – zajistit bezpečí. Důsledky pro psychiku ohrožené osoby jsou více devastující než v případě, kdy je agresorem někdo zvenku. Pod psychickým nátlakem agresora nezřídka vzniká mezi ním a obětí ambivalentní vztah, kdy ohrožená osoba ztrácí motivaci potrestat agresora a dlouho věří, že se její násilný partner změní.

Zcela specifickým znakem domácího násilí je to, že jednotlivé incidenty se opakují a mají zhoršující se tendenci.

Znaky domácího násilí:

- je pácháno v soukromí „za zavřenými dveřmi“ blízkou osobou
- role násilníka a oběti jsou neměnné
- nejedná se o jednorázovou epizodu, násilí trvá nějakou dobu, má svoji historii
- násilí eskaluje, každý další útok je nebezpečnější

4 Gjuričová, Š. a kol., Podoby násilí v rodině. Praha: Vyšehrad 2002.

5 více informací na <http://www.ic-brno.cz/>

Formy domácího násilí:

- **Psychické násilí** = nadávky, obviňování, pokořování a ponižování, zesměšňování ve společnosti, vyhrožování fyzickým násilím, zastrašování, odepírání spánku či potravy, různé zákazy omezující svobodné rozhodování, znevažování a podceňování, zesměšňování, citové vydírání (např. sebevraždou)... V jednotlivých případech domácího násilí se tato forma útisku vyskytuje pokaždé, k fyzickým útokům ale nemusí vždy dojít.
- **Fyzické násilí** = bití, facky, kopance, bodání, škrcení, rány pěstí, popálení, či jiné fyzické útoky, ohrožování zbraní, apod. Může být namířeno přímo proti týrané osobě nebo proti osobám jí blízkým, ale také např. vůči jejímu zvířeti, oblíbeným věcem...
- **Sexuální zneužívání** = znásilnění, sexuální zneužití, donucení k sexu, k sexuálním praktikám, které druhý partner odmítá, a to násilím nebo výhrůžkami, nebo odmítání sexu spolu s ponižujícími komentáři ke vzhledu partnera.
- **Sociální izolace** = bránění v návštěvách rodiny či přátel, sledování telefonátů, pronásledování, nečekané „kontrolní“ návštěvy či telefonáty.
- **Ekonomická kontrola** = omezování přístupu k penězům, neposkytování peněz na provoz domácnosti, snaha zakázat partnerovi chodit do práce.
- **Pronásledování – stalking** = dlouhodobé, opakující se a stupňující se sledování a obtěžování oběti, které vybočuje z normy a výrazně zasahuje do jejího osobního života i do okruhu jejích blízkých. Může mít podobu neustálého telefonování, posílání sms, postávání před domem, před školou, před pracovištěm, vyhrožování, zastrašování, vydírání, navádění dětí, ničení osobních věcí, drobné útoky na oběť nebo její blízké. Jedná se většinou o tzv. ex-partner stalking, kterému předcházela násilný vztah.

1.1.4 Mýty partnerského násilí

V současnosti znamená slovo mýtus tradiční vyprávění, které legitimizuje společenské uspořádání.

Bohužel ve spojitosti s problematikou domácího násilí se mezi lidmi traduje velmi mnoho mýtů. Dlouho byla za největší mýtus o domácím násilí považována představa, že se jedná **pouze o soukromou věc, do které ostatní lidé nemají zasahovat**. Poslední a nejrozsáhlejší výzkum vnímání domácího násilí, který provedla společnost SocioFactor ve spolupráci s Asociací pracovníků intervenčních center ČR a který byl publikován v říjnu 2016, ukázal, že veřejné mínění odmítá některá klíše a stereotypní představy o domácím násilí. Jeden z autorů, D. Topinka přímo uvádí, že: „Zejména veřejnost odmítá představu, že domácí násilí je soukromý problém zúčastněných, do jehož řešení není vhodné zasahovat zvenčí. Mínění veřejnosti naopak ukazuje, že stát a společnost jsou vnímány jako důležitý prvek pomoci osobám ohroženým domácím násilím.“⁶

Další mýty rozšířené v povědomí společnosti se mohou týkat například toho, zda se násilí ohrožené osobě líbí nebo ne, zda domácí násilí nalezneme jen v sociálně slabých a problémových rodinách, zda za vznik domácího násilí může alkohol či jiné drogy atd. Přetrvávání těchto dříve ustálených mýtů potvrzuje i poslední výzkum společnosti SocioFactor: „Ve společnosti zjevně existuje silné zastoupení názoru o tendenci některých žen vybírat si za své partnery agresory, byť tyto ženy tak mohou činit zcela nevědomě. Nemale procento respondentů je také přesvědčeno o určitém spolupodílu oběti na její situaci.“

1.1.5 Příčiny domácího násilí

Jak uvádí Bednářová, vznik domácího násilí je podmíněn mnoha faktory, nelze jednoznačně stanovit jednu konkrétní příčinu, vždy se jedná o souhrn více vlivů.⁷

- **Společnost** = tolerantní postoj společnosti vůči DN, patriarchální náhled na rodinu, tabuizace DN a lhostejnost okolí.
- **Rodinná výchova** = transgenerační přenos násilných vzorců jednání, identifikace s agresivními vzory chování (např. dominantní násilnický otec může vyvolat u dívek tendence ztotožnit se s rolí oběti)

6 Topinka, D., Domácí násilí z perspektivy aplikovaného výzkumu základní fakty a výsledky. Ostrava: 2016, s. 39.

7 Bednářová, Z. a kol., Domácí násilí: Manuál ke kurzům. Praha: Acorus, 2003.

- **Osobnostní charakteristiky násilníka** = zvýšená agresivita, závislost na návykových látkách, anomální osobnost, psychické problémy či psychiatrické onemocnění.
- **Sociální situace vyvolávající stres** = ztráta zaměstnání, sociální izolace, finanční problémy.

Na poli sociálních věd vzniklo mnoho teorií, které se snaží pochopit a vysvětlit příčiny domácího násilí. Nejprve to byly **jednofaktorové teorie**, které ale neuchopovaly problematiku domácího násilí komplexně, v celé její šíři. Vysvětlovaly příčiny domácího násilí pouze z jednoho hlediska. Jedná se například o:

- **biologicko-genetické teorie** = předpokládající existenci predispozic k agresivnímu chování,
- **sociologické teorie** (korespondující s feministickými přístupy) = domácí násilí je produktem typicky mužské společnosti, násilí souvisí s uplatňováním moci a kontroly ve společnosti,
- **psychologické teorie** = hledají příčiny DN v povahových zvláštnotech pachatele, v poruše jeho osobnosti, nebo v nedostatku láskyplné péče a nemožnosti si vytvořit pevné vazby v dětství či jako reakce na stres v rodinném soužití.

V dnešní době jsou pro objasňování příčin vzniku domácího násilí dominantní **multifaktorové modely**, které propojují jednofaktorové přístupy do integrujícího modelu. Mezi nejznámější patří kauzální model D.G. Duttona, který pracuje se čtyřmi strukturálními rovinami zdrojů a příčin domácího násilí:⁸

- **makrosystémové příčiny** = domácí násilí je ve společnosti podporováno a udržováno převládající patriarchální hierarchií hodnot, která je založena na nadvládě a dominanci mužů. Makrosystém vytváří rámec, příznivé klima udržující potenciál domácího násilí,
- **exosystémové příčiny** = exosystém tvoří životní a sociální okolí jedinců, které je ovlivňuje. Jde o působení formálních a neformálních struktur a životních situací, se kterými se konkrétní osoba setkává na své životní cestě. Konkrétní faktory, které přispívají ke zneuží-

8 srov. Čechová, J. a kol., Pomoc obětem domácího násilí: Příručka určená pomáhajícím profesím. I.díl. Brno: Liga lidských práv, 2006.

vání uvnitř rodiny, jsou např. nezaměstnanost, nízký příjem, nízká vzdělanost, nedostupnost sociální sítě. Exosystém tak může generovat spouštěče i tlumiče domácího násilí,

- **mikrosystémové příčiny** = mikrosystém je reprezentován rodinou a riziky plynoucími z rodinného života jako jsou: soukromí rodiny a mechanismy sociální kontroly, předepsané role v rodině, způsob ovlivňování členů rodiny. Partneři znají svá bolavá místa, vědí, jak se navzájem zranit i utěšit, znají své reakce a chování v zátěžových situacích. To, že se domácí násilí odehrává v soukromí, komplikuje uplatnění mechanismů sociální kontroly,
- **ontogenetické příčiny násilí** = vycházejí především z individuálních charakteristik pachatele a ohrožené osoby a jejich vzájemné interakce. Předpokladem je, že pachatel domácího násilí prošel specifickým ontogenetickým vývojem, pravděpodobně se naučil díky mechanismům sociálního učení řešit stresující a omezující situace agresivním chováním.

Genderová teorie

Podle Čechové se tato teorie vzniku domácího násilí zabývá výhradně domácím násilím páchaným muži na ženách. Dalšími projevy násilí páchaného na ženách ve společnosti je obchod se ženami, sexuální obtěžování, nucená prostituce, znásilnění, sexuální zneužívání v dětském věku, ženská obřízka. Tato teorie dává domácí násilí do souvislosti s postavením žen ve společnosti, s přetrvávajícím patriarchálním modelem rodiny. Domácí násilí vnímá jako jeden z mnoha projevů diskriminace žen. Faktory vzniku domácího násilí jsou celospolečenské, nikoli individuální (pobyt žen na mateřské dovolené, ekonomická závislost na partnerovi, nižší příjmy v zaměstnání, používání ženského těla v reklamě atd.).⁹

1.2 Dynamika násilí

Domácí násilí není jednorázovým aktem, má nejen svou historii, ale i cyklicky se opakující etapy. První projevy násilí bývají nenápadné a vět-

⁹ srov. Čechová, J. a kol., Pomoc obětem domácího násilí: Příručka určená pomáhajícím profesím. I.díl. Brno: Liga lidských práv, 2006.

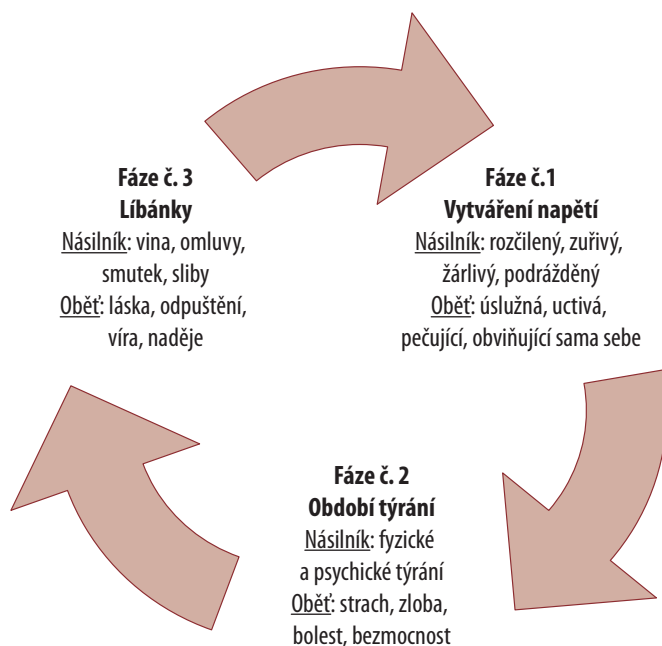
šina ohrožených osob nedokáže přesně určit, kdy se poprvé násilí ve vztahu objevilo. Počáteční nadměrná pozornost, vyzvedávání z práce, touha trávit volný čas jen s partnerem/kou, může nejprve imponovat, než přeroste v nadměrnou kontrolu všeho a vždy. Po nějaké době však ohrožená osoba zjišťuje, že nemá žádné přátele, žádné funkční sociální vazby, nenavštěvuje ani svoje příbuzné, je úplně izolována. Zde se otevírá volné pole působnosti pro násilí, což končí úplným ovládnutím a podmaněním partnera/ky.

1.2.1 Dynamika v násilném vztahu

Průběh každého vztahu i násilných projevů v něm se liší, přesto existují společné rysy násilí, fáze, které se opakují a které shodně popisuje většina ohrožených osob. Tato období jsou – díky své cyklické podobě – označována jako „kruh domácího násilí“ nebo také „spirála násilí“, což zohledňuje dynamiku násilí, tedy vzrůstající agresivitu a brutalitu útoků.

Domácí násilí prochází třemi fázemi:

- **fáze vytváření napětí** – bezprostředně předchází období týrání, agresor bývá rozčilený, žárlivý, impulzivní a ohroženou osobu kritizuje. Ohrožená osoba se v této fázi snaží násilníkovi vyhovět, aby se ještě více nerozčílil, obviňuje sama sebe, že partnera vyprovokovala, snaží se vyhnout konfliktu,
- **období týrání** – agresor nad sebou ztrácí kontrolu, propuká konflikt, ať už jde o napadení nebo psychický teror. V této fázi je ohrožená osoba bezmocná, má strach a často se nedokáže násilí bránit nebo se vzepřít,
- **období usmiřování** – nazýváno také fází lásky nebo líbánek. Násilník se za své chování omlouvá, cítí vinu za svůj útok a slibuje, že už se nebude opakovat. Ujišťuje ohroženou osobu o svých citech, partner druhému partnerovi odpouští, kruh se uzavírá, aby mohl začít znovu.



Obrázek č. 1 – Fáze domácího násilí se opakují, mění se však intenzita týrání a délka trvání jednotlivých fází. V rozvinutém domácím násilí již zcela chybí fáze usmiřování, prodlužuje se fáze vytváření napětí a útoky jsou velmi časté.

1.2.2 Syndrom naučené bezmoci

Autorem teorie o naučené bezmoci je americký psycholog Martin Seligman, který v roce 1975 po předchozím výzkumu klasického podmiňování při pokusech se psy poprvé popsals tento fenomén.¹⁰

Tyto pokusy klasického podmiňování spočívaly v tom, že psi dostávali slabé elektrické šoky, část z nich byla předtím určitou dobu připoutána a byl jí zamezen útek před těmito nepříjemnými podněty. Poté byli všichni psi uzavřeni do klece a do části podlahy byl vpouštěn tentýž elektrický proud. Ti psi, kteří nebyli dříve připoutáni jednoduše nebezpečnou část podlahy přeskočili a utekli, ale ti, kteří byli předtím

¹⁰ více v Nakonečný, M. Sociální psychologie. Praha: Academia, 2000.

připoutání, nedokázali z klece utéct, ale raději zůstali v bezpečné polovině bez elektrických šoků.

Později byla teorie sociálního učení použita jako příměr lidského chování, kdy oběť raději vyhoví agresorovi, než aby se bránila, a volí strategii přizpůsobení. Teorii naučené bezmoci nelze chápat jako jednoznačnou odpověď na otázku: „Proč ohrožené osoby v násilném vztahu zůstávají?“ Etické důvody nedovolují výsledky pokusů na psech ověřit na chování lidí, přestože částečně teorie bezmocnosti na chování lidí přenesena byla, ale výsledky výzkumů se ukázaly jako rozporné. Teorie naučené bezmocnosti se částečně potvrdila, částečně ne. U některých osob se po navození pocitu bezmoci výkon naopak zvýšil. Proto Martin Seligman společně se svými spolupracovníky i kritiky původní teorii přepracoval s využitím atribuční teorie.¹¹

Atribuce znamená, že lidé se nedívají na svět kolem sebe jako na sled náhodných událostí, ale tomu, co se děje, přisuzují význam. Přisuzování významů a příčin dění kolem sebe se týká také chování, a to jak vlastního, tak i chování cizích lidí, které si vysvětlujeme na základě svých názorů, emocí i předchozích zkušeností.

Problém domácího násilí je podstatně složitější, a o syndromu naučené bezmoci mluvíme pouze v nejzávažnějších případech násilí, kdy oběti jde skutečně o život a jedinou možnou strategií přežití je přizpůsobit se agresorovi.

1.2.3 „Chybný odhad rizika“

Domácí násilí obvykle začíná skrytě, formou psychického nátlaku na budoucí ohroženou osobu. Ve většině případů se po různé dlouhé době přidává také násilí fyzické. Útoky jsou nejprve vedeny proti lidské důstojnosti, posléze proti zdraví a nakonec mohou vyústit v útoky proti lidskému životu.¹²

11 Baštecká, B., Goldman, P., Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha: Portál 2001.

12 čerpáno ze školení pracovníků Intervenčních center Bílého kruhu bezpečí, Praha 3.–4. 4. 2008.

Útoky proti lidské důstojnosti sledují dva cíle:

- oběť sociálně izolovat
- minimalizovat její sebevědomí

Tyto útoky lze na počátku vztahu snadno zaměnit za projevy lásky, většina ohrožených osob sděluje naprosto stejné indicie z tohoto období. Partner je neustále doprovázel, nechtěl je pouštět za přáteli do společnosti, chtěl, aby spolu byli doma a povídali si, byl přehnaně starostlivý a pozorný. Později se přidaly rady ohledně domácnosti a požadavky, kterým se snažila budoucí oběť vyhovět. Postupně se ze slušně formulovaných žádostí stávaly povely, příkazy doprovázené nadávkami, jejichž neuposlechnutí bylo sankcionováno. O pravidlech soužití se násilník nedomlouvá, sám je určuje a vyžaduje jejich striktní dodržování.

Již na počátku vztahu bývá přítomna žárlivost, která v kombinaci s alkoholem či jinou závislostí zvyšuje riziko útoku. V tomto stadiu násilná osoba svoji oběť opakovaně hrubě uráží, ponižuje, zesměšňuje a omezuje. Nejde pouze o vztah muž – násilník, žena – ohrožená osoba, stejně tak může být v roli ohrožené osoby muž nebo některý z rodičů a násilníkem může být žena nebo děti.

Místem pomoci bývá v tomto stadiu manželská poradna, psychologická poradna, praktický lékař, širší rodina, blízcí lidé. Nepodceňujeme žádost o radu.

Správná reakce pracovníka: ptát se, jak dlouho tato situace již trvá, dotazovat se na konkrétní nadávky, příkazy a podobu ponižování, vyjádřit obavu, že by mohlo jít o počínající domácí násilí. Motivovat pacienta k vyhledání odborné pomoci či policie, aby nezůstával s problémem sám. Upozornit na riziko zhoršování násilí, stupňování agresivity.

Při prvním setkání s pacientem je důležité odlišit domácí násilí od jiných forem rodinných problémů a krizí, a to zejména:

- *přímým dotazováním pacienta – klíčové jsou dotazy na formy násilí, jak vypadá fyzické napadení, co se při útoku skutečně děje, zda jsou to facky, kopance, škracení, kroucení rukou, pokud jde o nadávky, jak přesně znějí, kdy došlo k prvnímu a poslednímu útoku, který útok byl nejhorší, jak se v průběhu let měnilo chování násilné osoby, co bezprostředně předchází útoku, zda lze vytušit, kdy útok přijde, co pacient dělal během útoku, zda se snažil utéct nebo se jinak ochránit, kde byly*

děti, zda hlásil útok na policii, jaké měl zranění. Otázky klademe citlivě, nenaléháme, nevyzvídáme.

- *pomocí tří diferenciálně diagnostických kritérií:*
 - *Startér násilí – domácí násilí není vyprovokované chováním pacienta, ale incidentu vždy něco předchází, ptáme se tedy: „Co předcházelo útoku?“*
 - *Opakování násilí – neboť domácí násilí není jednorázový incident, ale má svoji historii, dynamiku, může se stupňovat anebo být stále častější – ptáme se, kdy násilí začalo, jak dlouho trvá a jaký je současný stav.*
 - *Pocit pacienta – časté jsou pocity studu, že se to děje zrovna „mně“, pocity viny, že za to „mohu já“ a nakonec pocit strachu, že se násilí bude opakovat.*

Pět vět, které sestavily osoby ohrožené domácím násilím jako kouzelnou formulaci pomoci:¹³

- 1. Bojím se o vaše bezpečí.*
- 2. Bojím se o bezpečí vašich dětí.*
- 3. Bude se to zhoršovat.*
- 4. Jsme připraveni pomoci vám, až budete schopen/ schopna odejít.*
- 5. Zasloužíte si něco lepšího.*

Útoky proti zdraví

Po jisté době již násilné osobě nestačí k ovládnutí blízké osoby příkazy a urážky a sahá k fyzickému násilí. Nemusí to být ovšem pravidlem, v některých vztazích se fyzické násilí neobjeví nikdy. Podle výzkumů v ČR se fyzické násilí objevuje ve vztazích poměrně brzy a velmi intenzivně. Při prvním fyzickém útoku (nejčastěji úder otevřenou dlaní, úder pěstí, sražení na zem, kopání, tahání za vlasy) je většina ohrožených osob bezradná, neboť tuto podobu násilí nečekala, nemá ještě žádnou zkušenost, neví jak reagovat, co říkat.

Správná reakce: Tak dost, tohle do našeho vztahu nepatří, bude-li se to opakovat, zavolám policii, odejdu. Nesmí to ovšem být jen plané vyhrožování, ohrožená osoba by skutečně měla jednat.

¹³ <http://bkb.juristic.cz/80342/old>

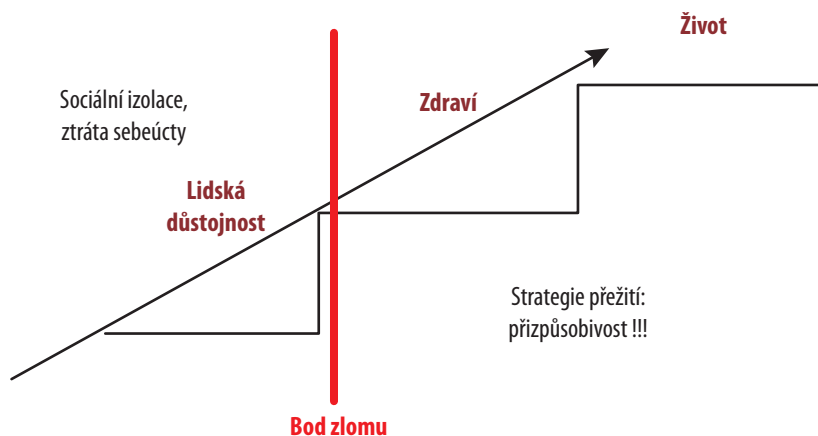
Bodem zlomu je první opakovaný fyzický útok, ohrožená osoba již tuto situaci jednou zažila, nejde tedy o prvotní šok a agresor čeká, jaká bude reakce. Pokud ohrožená osoba nic neudělá, není pro agresora rozdíl mezi třetím, čtvrtým nebo desátým útokem. Kolo násilí se roztočí, agresor již nezná hranice. Období relativního klidu jsou střídána výbuchy násilí, období usmiřování se zkracuje nebo je nahrazeno mlčením. Pokud týraná osoba ze vztahu včas neodejde, je její jedinou strategií pro přežití přizpůsobit se, podřídít se náladám násilné osoby, plnit její požadavky, snažit se předejít násilí slepou poslušností. Týraní lidé jsou obvykle velmi vstřícní, i při jednání na úradech se vším souhlasí, nevyjadřují vlastní názor, vinu hledají a nacházejí v sobě. Ohrožené osoby postupně ztrácejí víru v možnost řešení své situace a úkolem pomáhajících institucí je pomalu otevírat jejich zúženou perspektivu.

Podpora by mohla být zaměřena takto: „ Existují různé cesty, jak dojít k řešení vaší situace, jednou z cest je ta vaše – cesta rezignace a přizpůsobení se, další cestou je odchod z násilného vztahu – k rodičům, kamarádům, do azylového domu, krátkodobé odloučení, odpočinek, trestní oznámení, rozvod.“ Vždy musíme přihlídnout k tomu, v jakém stádiu domácího násilí se ohrožená osoba nachází.

Problémem, který ztěžuje práci odborníků s ohroženou osobou, je skutečnost, že tato osoba je ochotna spolupracovat těsně po útoku, potom postupně ztrácí odhodlání situaci řešit. Své dilema, zda odejít nebo zůstat, řeší ve dvou rovinách – rozumové a emocionální. Dokud ho nevyřeší na obou těchto úrovních, nenalezne sílu k náročné cestě z násilného vztahu ven. Je to cesta těžká, dlouhá a plná ztrát, na konci však čeká život bez bolesti a strachu.

Útoky proti životu – pokud se domácí násilí neřeší, může trvale oscilovat na hranici nebezpečných útoků, jejichž následkem bývá zranění ohrožené osoby. Může se však nečekaně proměnit v útok proti životu. Proto je dlouhodobě skrývané domácí násilí tolik nebezpečné.

V některých vztazích může zůstat domácí násilí po celou dobu na úrovni útoků proti lidské důstojnosti, jen občas dojde k útoku proti zdraví. Nebezpečná je prudká eskalace a rychlý vývoj, který může skončit smrtí ohrožené osoby.



Obrázek č. 2 – Eskalace domácího násilí

1.3 Dopady domácího násilí na ohrožené osoby

1.3.1 Fyzické následky domácího násilí

Jedním z druhů domácího násilí je fyzické násilí, při němž dochází k fyzické újmě. Fyzickou újmou rozumíme narušení fyzické integrity počínaje lehčími zraněními a konče těžkým ublížením na zdraví, v krajním případě i usmrcením.¹⁴ Může jít o velmi různorodé a rafinované fyzické útoky od strkání, fackování, bití pěstmi, tahání za vlasy, pálení, kopání, smýkání, ohrožování zbraní nebo nožem, házení předmětů, znehybňování oběti např. přivazováním, zatlačováním do kouta. Ze své praxe známe i případ, kdy násilná osoba polévala desku toalety kyselinou a líčila tak past na ohroženou osobu. Následky takových útoků jsou pak zřejmé, od modřin, oděrek a pohmožděnin až po zlomeniny, otřesy mozku a jiná vážná zranění, při nichž je nutná hospitalizace. V praxi jsou popsány i případy, kdy násilné osoby se zdravotnickým vzděláním či zběhlé v profesi dotýkající se problematiky domácího násilí, ubližují ohroženým osobám tak, aby vzniklé zranění nebylo na první pohled viditelné. Např. napadají ohrožené osoby tak, aby jim způsobily hematomy ve vlasové části hlavy atd.

¹⁴ srov. Čírtková, L., Červinka, F., Forenzní psychologie. 1. vyd. Praha: SUPPORT, 1994.

Násilí = „násilím obecně rozumíme špatné nakládání, tělesné útoky, pohrůžky obdobným násilím, nebo jednáním, které působí újmu na fyzickém, sexuálním, nebo psychickém zdraví, jde o agresi jedné osoby proti druhé (nebo se to týká více osob), jejímž cílem je ublížit, poškodit, poranit nebo zabít.“¹⁵

Trauma = zkušenost mimo jakoukoliv normu, která ohrožuje psychickou a fyzickou integritu jednotlivce nebo skupiny osob.

1.3.2 Psychické následky domácího násilí

Násilí páchané na ohrožených osobách nebývá bez následků. Zejména ve Spojených státech amerických byly prováděny výzkumy, které prokázaly traumatizující dopad násilných činů. V předchozí kapitole jsme vyjmenovali následky domácího násilí fyzické povahy. Násilí však nezanedbává jen tyto následky. Současně s fyzickým zraněním je častá i tzv. emocionální újma. Často od našich klientů slyšíme, že jakékoliv fyzické zranění se skoro vždy zahojí, daleko horší a složitější bývá pro ně vyrovnat se s faktem, že jim ubližuje osoba blízká v rámci rodinného kruhu. Čírtková a Červinka ve své knize uvádějí, že „...tyto rány emocionální povahy jsou těžko objektivně postižitelné, protože se odvíjejí v prožívání oběti a souvisejí s jejím osobnostním založením, mohou být značně ničivé a obtížně odstranitelné, mohou mít rozmanitou podobu např. nespavost, úzkostné stavy, fobie, snížená pracovní výkonnost apod.“¹⁶

Jak už jsme uvedli v kapitole 1.1.3, domácí násilí mívá mnoho forem. Přes tuto svou různorodost můžeme definovat tři společné aspekty, které prožité násilí má:

- subjektivně vnímané ohrožení života nebo ohrožení vlastní psychické a fyzické integrity a/nebo jiných osob,
- intenzivní pocity strachu, bezmoci a hrůzy,
- mimořádná úroveň fyzického a psychického stresu.

Všechny tři výše uvedené aspekty jsou de facto charakteristikami traumatu.

15 Voňková, J., Huňková, M. a kol., Domácí násilí v českém právu z pohledu žen. 1. vyd. Praha: Profem, 2003, s. 11.

16 Čírtková, L., Červinka, F., Forenzní psychologie. 1. vyd. Praha: SUPPORT, 1994, s. 172.

Rozlišujeme:

- **Trauma typu I.** = traumatická zkušenost s jasným začátkem a koncem, vymezená událost (př. přírodní katastrofa, automobilová nehoda...).
- **Trauma typu II.** = chronická traumatizace, sled událostí (př. holocaust, domácí násilí, ...).

Jaké jsou vaše zkušenosti s tím, co se děje v našem těle při enormní stresové zátěži, při traumatu?

V ohrožení se spouští v našem těle vegetativní a neurovegetativní systémy na základě schémat zděděných po předcích.

Známe 2 typy **aktuální** stresové reakce:

1. reakce typu ALFA

- *krev se člověku nahrne do svalů, zvýší se svalový tonus, zrychlí se tep srdce, dechová frekvence*
- *převažuje sympatikus – reakce má podobu „úniku či boje“*
- *objeví se psychomotorický neklid, až neúčelná aktivita*
- *je patrná výrazná mimika, gesta (křik, pláč, vztek) i nepatřičné emoce*
- *nastupuje zrychlený proud řeči, někdy až slovní salát*
- *objevuje se „horký pot“, může se objevit pomočení, slinění, zvracení*
- *mění se prožitek času, všechno má rychlý spád*
- *zúží se zorné pole*
- *pozornost je velice povrchní, těkavá*
- *dochází k narušení tzv. osobního prostoru, osoby vyhledávají větší blízkost*
- *snižuje se těžiště, lidé mají tendenci se schovávat*
- *narušuje se schopnost smysluplné komunikace*
- *objevují se výpadky paměti až amnézie*

2. reakce typu BETA („mrtvý brouk“, „ztuhnutí“)

- *jde v podstatě o „zabrzdnou“ energii*
- *zde převažuje parasympatikus, tato reakce je vývojově starší, nebo se objeví pokud trvá přímé ohrožení, jemuž není možné se vyhnout*
- *je charakterizována konformním chováním, lidé jsou nenápadní, pasivní, pohybují se jako roboti*

- mají stažený výraz ve tváři, tzv. „spadlá mimika“
- polévá je „studený pot“, mají studené končetiny („sáhla na mě smrt“)
- nastává distorze času, čas se zpomaluje
- lidé přestávají rozumět tomu, co se jim říká, hůř chápou svou situaci
- častý je mutismus, ale komunikace velmi často probíhá v duchu
- mohou se objevit stavy derealizace a depersonalizace
- časté jsou mdloby
- typický je flashback

Platí, že:

Tyto symptomy jsou většinou **normálními** reakcemi lidí na **nezvyklé** životní situace.

- **BETA** reakce mají tendence přecházet do **ALFA** reakcí.
- Méně obvyklé je, když **ALFA** reakce přechází do **BETA** reakce, je to znak špatného ošetření traumatu, možnost rozvoje **PTSP** (posttraumatické stresové poruchy).
- K traumatizovaným lidem se musí přistupovat pomalu, ne ze zadu, doporučuje se „zacházet s klientem jako s plachým koněm“.

Z dlouhodobého hlediska se v důsledku prožitých traumat u osob ohrožených domácím násilím objevují neurotické projevy, jako jsou fobie, úzkostné stavy, poruchy spánku a další potíže. Často se tyto osoby musí léčit na psychiatrii, nejčastěji mají diagnostikovanou úzkostně depresivní poruchu. Také psychosomatická onemocnění jsou velmi častá, zejména žaludeční onemocnění, migrény, ekzémy, nechutenství apod. Následky domácího násilí mohou vyústit až v **posttraumatickou stresovou poruchu**.

Pravděpodobnost, že se rozvine posttraumatická stresová porucha, je tím vyšší, čím větší pocit bezmoci ohrožené osoby zažívají a čím menší sociální podpory se jim dostane.

1.3.3 Posttraumatická stresová porucha – PTSP

Pro posttraumatickou stresovou poruchu jsou charakteristické následující znaky:

1. Osoba byla vystavena traumatické události a prošla jedním nebo obojím z následujících:

- prošla nebo byla svědkem události, při které došlo k úmrtí nebo při které hrozila smrt nebo vážné zranění,
- reagovala intenzivním strachem, beznadějí nebo zděšením.

(U dětí to může být vyjádřeno neorganizovaným nebo neobvyklým chováním.).

2. Traumatická událost je stále znovu prožívána následujícími způsoby:

- opakující se neodbytné úzkostné vzpomínky na událost, včetně obrazů, myšlenek nebo pocitů. (U dětí se může objevit opakující se hra, kterou své trauma vyjadřují),
- opakující se úzkostné sny o události. (U dětí to mohou být děsivé sny bez rozpoznatelného obsahu),
- osoba jedná nebo se cítí, jako by se traumatická událost opakovala (iluze, flashbacky...),
- postižený pociťuje silnou úzkost, pokud je vystaven něčemu, co připomíná traumatickou událost.

3. Osoba se neustále vyhýbá podnětům připomínajícím traumatickou událost a její obecná schopnost reagovat na podněty se snížila. Jsou přítomny tři nebo více příznaků z následujících:

- snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům nebo konverzaci spojené s traumatem,
- snaha vyhnout se aktivitám, místům nebo lidem, kteří vyvolávají vzpomínky na trauma,
- neschopnost vzpomenout si na důležitou věc ohledně traumatu,
- nápadně zmenšený zájem o vykonávání důležitých činností,
- pocit odcizení nebo odloučení od ostatních,
- omezení citového rozsahu (např. neschopnost cítit lásku),
- změněný pohled na budoucnost (např. postižený neočekává kariéru, sňatek, děti).

4. Příznaky poruchy rytmu aktivity (které nebyly přítomny před traumatem). Vyskytuje se dva nebo více z následujících:

- neschopnost odpočívat, potíže s usínáním a spánkem,
- podrážděnost, precitlivělost nebo výbuchy vzteku, neklid,
- potíže s koncentrací, těkání po okolí,
- tenzní prožívání, přehnaná ostražitost,
- přehnané úlekové reakce,
- paranoidní vnímání,
- zvýšené pocení, záněty šlach, bolesti zad, hlavy, zubů, svalů.

5. Příznaky trvají déle než 1 měsíc

Příznaky významně zasahují do společenského nebo pracovního života postiženého.

1.3.4 Stockholmský syndrom, syndrom týrané ženy

Syndrom týrané ženy

Čírtková ve své knize uvádí, že „...důsledky domácího násilí na oběť mají specifickou povahu. Viktimizace v podobě domácího násilí produkuje totiž příznačný soubor následných mentálních a behaviorálních reakcí obětí. Setkáváme se u nich s jevy, které u obětí jiných kriminálních činů nenalzáme. Markantní je například přetrvávající vazba k agresorovi, setrvávání ve vztahu s ním, zatajování závažnosti a příčin zranění, popírání viktimizace. Tyto typické důsledky domácího násilí jsou pro pozorovatele zvenčí málo srozumitelné.“¹⁷ Souhrnně se pro označení všech těchto specifických příznaků používá pojem **syndrom týrané ženy**. Jeho autorkou je americká psychologka dr. Lenore Walkerová, která koncem 70. let minulého století vedla rozhovory se 1500 ženami – oběťmi domácího násilí – a zjistila, že tyto ženy popisují velmi podobné vzorce násilí, které na nich páchal jejich partner. V roce 1979 publikovala knihu *Týraná žena (The Battered Woman)*, v níž poprvé popsala psychologický profil oběti domácího násilí.

Od počátku zavedení pojmu syndrom týrané ženy do odborné literatury a každodenní praxe, prošel pojem několika revizemi a doplněními a přibližně „...od roku 1992 bývá syndrom často charakterizován jako forma posttraumatické stresové poruchy, čímž se může například vysvětlit, proč týraná oběť v důsledku předcházející viktimizace reaguje na

17 Čírtková, L., *Moderní psychologie pro právníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, s. 26.

novou situaci jako na život ohrožující. Osoba bez syndromu týrané ženy by to neučinila.¹⁸

Je důležité zdůraznit, že syndrom týrané ženy není automatickým následkem jakéhokoliv domácího násilí. Nemusí se nutně projevit u každé jeho oběti. Na jeho vzniku se podílí:

- typ/vzorec domácího násilí,
- typ previktimní osobnosti (jaký byl člověk před začátkem násilí),
- reakce sociálního okolí.

Vznik syndromu je spojen s dlouhodobým chronickým domácím násilím, především s typem označovaným jako intimní či partnerský terorismus. Rozvoj syndromu týrané ženy posilují také nevhodné reakce v sociálním okolí, jako např. přehlížení a bagatelizace problému nebo neefektivní pokusy o pomoc. Vyšší zranitelnost a předpoklad, že se syndrom rozvine, se předpokládá také u nezralé osobnosti, které chybí předcházející zkušenosti ze zdravých partnerských vztahů.¹⁹

Syndrom týrané ženy, tak jak ho chápeme dnes, nepředstavuje přesný diagnostický termín začleněný do oficiálních diagnostických systémů např. do MKN-10. Momentálně má status viktimizačního syndromu obdobně jako syndrom týraného a zneužívaného dítěte (CAN) či syndrom znásilněné („rape trauma syndrom“). Downs a Fischer tvrdí, že „existence takového syndromu u člověka dokládá, že daná osoba se stala obětí určitého druhu násilí a že její duševní stav a mentální pochody jsou touto traumatizací pozměněné (poškozené).“²⁰ Znamená to tedy, že následky vážného týrání jedince jsou různé a syndrom týrané ženy se může projevat různými příznaky. Rozdíly v obrazu traumatické reakce na týrání jsou podmíněny výše uvedenými faktory, tj. typem domácího násilí, previktimní osobností a sociálním kontextem. Dále se na tom podílejí kulturní kontext a společenské normy. Neexistuje proto jediný „správný“ profil týrané osoby.

Dnes také již často hovoříme o tzv. syndromu týrané osoby, jelikož obětí násilí se nemusí stát jenom žena, ale jakákoliv osoba.

18 Čírtková, L., *Moderní psychologie pro právníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, s. 26.

19 tamtéž

20 Downs, Fischer in Čírtková, L., *Moderní psychologie pro právníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, s. 28.

Přestože se reakce jedinců na týrání liší, lze vymezit základní oblasti psychiky, ve kterých se změny v důsledku traumatizace domácím násilím projevují:

- změny v emocionálních reakcích = typické jsou pocity studu, viny, strachu, smutku, zablokování vlastních negativních emocí, extrémní laskavost...
- změny v postojích a hodnocení vlastní osoby, ostatních lidí, světa = objevuje se sebeobviňování, nedůvěra v možnosti řešení, generalizovaná víra, že svět je nebezpečné místo, naučená bezmoc...
- symptomy distresu a dysfunkcí psychických procesů = např. deprese, úzkostnost, flashbacky, poruchy spánku, snížená imunita, disociativní poruchy...

Mezi další typické příznaky syndromu týrané osoby patří **minimalizace následků**, kdy týraná osoba bagatelizuje svá zranění a zlehčuje nebezpečnost útoků, dále **snížená akceschopnost („agency“)**, která se projevuje popíráním možností záchrany a neefektivními pokusy o ukončení domácího násilí, týraná osoba má z násilníka extrémní strach, který ochromuje její spolupráci s krizovými centry i policií. Dále se mohou objevit suicidální myšlenky, sklon ke zneužívání léků, alkoholu, somatické potíže.

Stockholmský syndrom

V souvislosti s problematikou domácího násilí a přesnějšiho pochopení situace žen žijících v násilných vztazích se často v odborné literatuře zmiňuje tzv. **Stockholmský syndrom**. Pomocí tohoto jevu se odborníci snaží vysvětlit chování a jednání, které se velmi často vyskytuje u ohrožených osob. Tím máme na mysli jejich tendenci setrvávat v násilných vztazích, omlouvat chování násilné osoby a bagatelizovat toto násilí ve vztahu.

Poprvé si tohoto chování všiml a popsal americký psychiatr Frank Ochberg, který pracoval pro FBI a provedl hloubkovou studii velmi medializovaného vyloupení Kreditní banky v centru Stockholmu 23. srpna 1973. Jan-Erik a Clark Olssonovi se pokusili vyloupit banku a jako rukojmí zadrželi čtyři zaměstnance. Vyjednávání trvalo 130 hodin. Nikdo nebyl zraněn a po propuštění projevovala rukojmí náklonnost vůči pa-

chatelům a nevoli vůči policistům. Čtveřice rukojmích dokonce odmítla svědčit u soudu proti pachatelům a na veřejnosti je obhajovala. Několik měsíců po události se jedna ze zadržovaných bankovních úřednic s J. E. Olssonem zasnoubila.²¹

Od té doby je určitá tendence podobné případy, kdy existuje pozitivní vztah mezi pachatelem a obětí, označovat jako takzvaný Stockholmský syndrom. Ten bývá nejčastěji definován jako „emoční vazba, pouto vzájemné závislosti mezi únoscem a zajatcem, které se rozvine, když vás někdo ohrožuje na životě, zvažuje, zda vás zabije, ale nakonec to neudělá.“²²

Voňková ve své knize uvádí, že proto, aby se Stockholmský syndrom mohl rozvinout, musí být splněny **čtyři podmínky**:

1. Život oběti je v ohrožení.
2. Oběť je přesvědčena, že ze stávající situace není úniku.
3. Oběť je izolována od lidí.
4. Oběť pocituje přechodnou náklonnost k násilníkovi.²³

Nemyslíme si, že se u každé ohrožené osoby, která se s domácím násilím setkala, rozvine tento syndrom. V naší praxi jsme ho pravděpodobně mohli vidět pouze v jednom případě, kdy dotyčná žena dělala vše proto, aby proti manželovi bylo trestní stíhání zastaveno, a nedovedla si svou budoucnost bez manžela představit, i když ve vztahu docházelo k vážnému fyzickému násilí. Myslíme si, že to, co ohrožené osoby ve vztahu s násilnými partnery udržuje především, je logický a přirozený strach z násilí a z jeho následků, strach o děti, obava z nedostatku finančního zajištění pro sebe a pro děti a z budoucnosti plné nejistot a samoty. Stockholmský syndrom se nejčastěji rozvine tam, kde život oběti je zcela vydán na milost či nemilost do rukou násilníka, který rozhoduje o veškerých aspektech života oběti a oběť se tak právem obává o svůj život. Takové násilí a ohrožení se samozřejmě může vyskytnout také v partnerském vztahu, není však tak časté.

21 PSYCHOLOGIE DNES č. 11/2006.

(pozn.: archiv časopisu je dostupný také online na adrese <http://psychologie.studovna.cz>.)

22 srov. Symonds, M., Victim responses to terror, Annals of the New York Academy of Sciences 1980.

23 srov. Voňková, J., Huňková, M. a kol., Domácí násilí v českém právu z pohledu žen. 1. vyd. Praha: Profem, 2003.

2. Problematika domácího násilí z pohledu zdravotnické péče

2.1 Osoba ohrožená domácím násilím ve zdravotnickém zařízení

Při poskytování ošetrovatelské i lékařské péče hraje klíčovou úlohu odpovědnost zdravotnických pracovníků. Základní předpoklady pro poskytnutí dobré péče jsou znalosti a dovednosti, trpělivost, poctivost, skromnost, naděje a odvaha. Vzdělaný zdravotnický pracovník by měl být samostatný, rozhodný i odpovědný. Odpovědnost hraje významnou úlohu v životě každého člověka a je jedním ze znaků zralé osobnosti. U zdravotnických pracovníků zahrnujeme odpovědnost do souboru tzv. klíčových kompetencí, které tvoří základ dobré praxe.²⁴

Ústředním bodem moderního ošetrovatelství je člověk se svými individuálními problémy a potřebami, které jsou vyvolány či pozměněny onemocněním a jeho doprovodnými znaky. Úlohou sestry je tyto problémy identifikovat, stanovit stupeň jejich závažnosti a najít nejhodnější způsob jejich řešení. Takto koncipovaná péče však předpokládá osobní odpovědnost sestry a aktivní zapojení jak pacienta samotného, tak případně i jeho rodiny do ošetrovatelského procesu.²⁵

2.1.1 Etické aspekty práce

Podle **Etického kodexu práv pacientů** má pacient právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.²⁶ Dodržování práv pacientů je také jedním z ustanovení **Etického kodexu zdravotnických pracovníků nelékařských oborů**. Pracovník se v něm mimo jiné zavazuje „že je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu

24 srov. Krátká, A., Odpovědnost jako základ dobré praxe. Článek v časopise Ošetrovatelství – Teorie a praxe moderního ošetrovatelství. Vydala Lékařská fakulta UK v Hradci Králové. 2001, s. 36, ISSN 1212-723X.

25 srov. Staňková, M., Základy teorie ošetrovatelství, Praha: REGLETA, s. r. o., 1997.

26 www.pacienti.cz/clanek.php?id=14, plné znění Etického kodexu práv pacientů

zdraví a zmírňování utrpení, ...“²⁷ Lékaři by se měli řídit Stavovským předpisem ČLK č. 10 Etický kodex.²⁸

Práva pacientů jsou také uzákoněna. Dne 1. 4. 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (**zákon o zdravotních službách** – dále jen „ZoZS“) ve znění pozdějších předpisů, který v § 28 upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

Podle § 28 ZoZS²⁹ má pacient právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, k němuž poskytne svobodný **informovaný souhlas**, má právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí, má právo zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení, má právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby, kterou sám určí, a být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehraných z veřejného zdravotního pojištění. Dále má znát jména odborných pracovníků, kteří se účastní poskytování zdravotních služeb, má právo odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, má právo přijímat návštěvy, duchovní církvi a náboženských společností, právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a další práva. Odstavec 4 pak uvádí, že pacient s omezenou svéprávností nebo nezletilý, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyl přítomen např. zákonný zástupce, pěstoun, opatrovník, uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. V tomto případě se postupuje podle § 35 ZoZS odst. 5, kde je stanoveno, že má-li poskytovatel podezření, že pacient je zneužíván nebo týrán, popřípadě, že je ohrožován jeho zdravý vývoj vyloučí např. zákonného zástupce, pěstouna, opatrovníka apod., zejména jde-li o vyšetření, které má vyloučit známky zneužívání nebo týrání.

27 www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/371-vestnik-72004.html, plné znění Etického kodexu zdravotnických pracovníků nelékařských oborů

28 www.lkcr.cz

29 § 28 odstavec 1, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Problematika domácího násilí je obsažena ve výuce v rámci specializačního vzdělávání všeobecných sester. Například v modulu, který je zaměřený na geriatrii u specializace „Ošetrovatelská péče v interních oborech“, je součástí výuky téma: „Problematika týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka. Formy týrání a zneužívání seniorů, diagnostika, věková diskriminace, možnosti řešení ze strany zdravotníků, svépomocné skupiny a intervenční centra.“

V rámci specializační přípravy dětských sester je problematika zahrnuta v modulu „Pediatrie a pediatrická ošetrovatelská péče“ pod tématem „Sociální pediatrie a patologie“ a probírají se tu témata např. Úmluva o právech dítěte, programy dlouhodobého zvyšování zdravotního stavu dětí, rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti, odpovědnost rodičů za děti, ohrožené dítě, dítě se zdravotním znevýhodněním, handicapované dítě, chronicky nemocné dítě, náhradní péče o děti, týrané, zanedbávané a zneužívané dítě (syndrom CAN), nebo sociálně – právní ochrana dítěte.

Ve specializačním vzdělávání „Ošetrovatelská péče v psychiatrii“ je součástí přednášek téma „Specifické otázky dětské psychiatrie“ a zahrnuje problematiky: Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě, charakteristiky týrajících a týraných, znalecké posuzování, právní důsledky, Münchhausenův syndrom by proxy, suicidalita v dětském věku, specializovaná ošetrovatelská péče o týrané dítě: fyzikální vyšetření sestrou, hodnotící techniky, posouzení potřeb dítěte, stanovení ošetrovatelských problémů, plán ošetrovatelských intervencí.

Problematika domácího násilí je také součástí specializačního vzdělávání Komunitní ošetrovatelská péče se zaměřením na téma Komunitní péče o dítě – programy kontinuálního zvyšování zdravotního stavu dětí a posuzování potřeb dítěte v komunitě, ohrožené dítě, dítě se zdravotním znevýhodněním, handicapované a chronicky nemocné dítě, náhradní a institucionální péče o děti týrané, zanedbávané a zneužívané – syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) a sociálně – právní ochrana dítěte.

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně zařazuje pro mediky pátých ročníků přednášky realizované ve spolupráci s Intervenčním centrem Brno v rámci praktického předmětu Rodinné lékařství. Přednáška se zaměřuje na informaci o sociální práci s ohroženými osobami a o možnostech pomoci v ČR, dále na schopnost rozpoznání probíhající

cího domácího násilí u pacientů a na dovednost komunikace s osobami ohroženými násilím v rodině.

Informovaný souhlas

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ZoZS ve znění pozdějších předpisů, uvádí, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem.

ZoZS – § 31 uvádí, že poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu i všech jeho změnách. Pacient se také může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu. Může určit osoby, jimž lze poskytovat informace o jeho zdravotním stavu nebo naopak vyslovit zákaz o podávání těchto informací.

Informace o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb příslušného zdravotnického oddělení, tento pracovník zapíše do zdravotnické dokumentace záznam o podání informace.

Je důležité, aby platila zásada, že sestra provádí poučení pacienta v oblastech ošetrovatelské péče. Naproti tomu lékař by měl poučit pacienta o léčbě a lékařských odborných intervencích, operačních zákrocích apod. Je hrubou chybou, pokud poučení pacienta probíhá pouze formou předání letáků nebo formulářů k podpisu, například v čekárně, aniž by byl pacient osobně informován. Pokud poučí pacienta lékař, vždy je důležité, aby pacient podepsal tzv. informovaný souhlas. Pokud poučí pacienta sestra, měl by pacient podepsat tzv. **edukační záznam** – tam je uvedeno datum, stručný obsah sdělení, podpis sestry a podpis pacienta. Podepsaný informovaný souhlas, případně nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče, stejně jako edukační záznam je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace.

Zdravotnický pracovník by se měl v kontaktu s osobou ohroženou domácím násilím vyvarovat, aby jí svým necitlivým jednáním ještě víc neuškodil. Ve zdravotnických profesích se poškození zdraví vzniklé negativním působením léčebného zásahu nazývá **iatrogenie**. V psychologii a sociální práci se poškození klienta nevhodným způsobem péče

nazývá **sekundární viktimizace**.³⁰ Je to druhotné zraňování a vystavování pacienta nadbytečné psychické zátěži např. v průběhu vyšetřování, kdy oběť trestného činu se stává ještě i obětí vyšetřování. Jedná se např. o opakované výpovědi, nedůvěra v to, co člověk říká, obviňování („ty jsi ho svedla“), nebo přenášení zodpovědnosti na poškozeného.

2.1.2 Psychologické faktory zdraví a nemoci

Pacientovy představy o tom, co s ním ze zdravotního hlediska není pořádku, mají vliv na to, jak svůj zdravotní stav přijímá a jak ho interpretuje.³¹

Lidé nepřijímají vývoj svého zdravotního stavu stejně. Někteří lidé mnohé zdravotní problémy přecházejí, protože se jim zdají být nedůležité. Proto také zpočátku nevnímají příznaky nějakého onemocnění. Na druhé straně existují lidé, kteří jsou velmi citliví a okamžitě reagují na sebemenší podnět. To znamená, že změní-li se nějak zdravotní stav nebo se objeví určité příznaky, první skupina lidí tuto skutečnost přejde jako nedůležitou. Druhá skupina velmi rychle na změnu zareaguje a ač ne novou situaci řešit.

Lidé v negativním emocionálním stavu způsobeném krizí, tísní, depresi, se vyznačují zvýšenou citlivostí k vlastnímu zdravotnímu stavu. Takovou osobou může být i osoba ohrožená domácím násilím. Ve stresovém stavu se u ní může objevit řada nepříznivých fyziologických příznaků, které pak vnímá jako příznaky nějakého onemocnění.

J. Křivohlavý uvádí, že do ordinací praktických lékařů přichází mnoho lidí, kteří se domnívají, že mají somatické onemocnění, a to je příčinou jejich obtíží. Ve skutečnosti však u nich jde o psychické a emocionální potíže. Mnoho těžkých psychických stavů je spojeno se somatickými příznaky. K **somatizaci** dochází v případě, kdy se člověk dostane do stresové situace, kterou není schopen vlastními silami řešit a zvládnout. Do stresové, životně náročné situace se člověk může dostat i tehdy, je-li je ohroženo jeho sebevědomí a jeho kladné sebehodnocení, což bývá typickým znakem osob ohrožených domácím násilím.

Při kontaktu s pacientem je potřeba si uvědomit, že dostat se do **role pacienta** přináší kromě fyzických i psychické změny. Takováto změna

30 www.slovník-cizich-slov.cz

31 srov. Křivohlavý, J., Psychologie nemoci, Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2002.

má i své sociální důsledky. To, že je někdo „nemocný“ má dopad i na jeho rodinu, na zaměstnavatele, spolupracovníky a další osoby, s nimiž je pacient v sociálním styku.

2.1.3 Interakce pacienta s lékařem

J. Křivohlavý uvádí, že „vstupem pacienta do ordinace a osobním setkáním s lékařem se vytváří mezi nimi určitá sociálně-psychologická atmosféra“.³² Aktivizuje se i určitá míra vzájemné důvěry. Především je to důvěra pacienta v lékařovu ochotu pomoci mu, a to nejen somaticky, ale i psychicky. Pacient nežádá jen, aby ho lékař vyslechl a porozuměl jeho obtížím. Přeje si, aby mu lékař poskytl i určitou psychologickou podporu a věnoval dostatek času.

Důležitým vztahovým aspektem interakce je přenos a protipřenos. **Přenos** ilustruje situace, kdy např. pacientka „vidí“ v lékaři svého partnera a chová se k němu tak, jak se chová ke svému partnerovi. Pokud by tedy byl pacientčin vztah k partnerovi napjatý, může být napjatý i její vztah k lékaři.

Protipřenos je vztahový prvek, který vyjadřuje lékařův postoj při interakci s pacientem. I lékař může v pacientovi „vidět“ svého partnera, svého otce, apod., a jeho chování vůči této osobě určuje i jeho chování k pacientovi.

Reflexí vztahových prvků při interakci s pacientem se zabývá kromě jiného také supervize (viz kap. 2.3.2).

2.1.4 Role zdravotní sestry při plánování další péče

Odpověď na otázku „*Kdo je můj pacient?*“, je první fází ošetrovatelského procesu. Během této fáze sestra hodnotí aktuální fyzický i psychický stav pacienta pomocí rozhovoru, pozorování, testování či měření s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Hodnocení pacienta má dvě části: ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu pacienta. V další fázi ošetrovatelského procesu sestra tyto informace vytrídí,

32 Křivohlavý, J., Psychologie nemoci, Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002, s. 66.

verbalizuje současné i potencionální problémy pacienta, stanoví pořadí jejich priorit a identifikuje potřeby pacienta („*Co trápí pacienta?*“).

Ve třetí fázi po dohodě s pacientem plánuje sestra další ošetrovatelskou péči a navrhuje vhodná opatření pro dosažení dohodnutých cílů. („*Co mohu pro pacienta udělat?*“)

Poslední fázi ošetrovatelského procesu je zhodnocení efektu poskytnuté individuální péče. („*Pomohla jsem mu?*“)³³

2.1.5 Sběr informací

Přijde-li pacient do zdravotnického zařízení, nejdůležitějším úkolem přijímajícího pracovníka je sepsat pacientovu **anamnézu**, to znamená zjistit jeho subjektivní emoce, seznámit se s rodinnou anamnézou, dosavadním životem pacienta, jeho zaměstnáním a aspekty dalšího vývoje. Při získávání anamnestických údajů je důležité pozorně sledovat chování pacienta, zda nevysílá signály o tom, že jej něco trápí, že si s něčím neví rady, nebo že naopak něco zatajuje.

Při sběru anamnestických dat bychom si měli položit otázku, jestli jsme se dozvěděli, co pacienta přimělo navštívit zdravotnické zařízení, jaké má pacient očekávání, případně čeho se bojí, jak je pacient motivován zvládat danou situaci, koho z rodiny považuje za svou největší oporu apod. Čím podrobnější informace o pacientovi získáme, tím lepší a osobnější přístup můžeme volit při vlastní ošetrovatelské péči.

Zejména sestry v primární péči mohou včas odhalit domácí násilí. Základním předpokladem je vytvořit vztah důvěry mezi sestrou a pacientem, což vyžaduje dost času a soukromí při rozhovoru. Je potřeba mít na paměti, že mnohé osoby ohrožené domácím násilím se za to, co se jim děje, stydí nebo mají strach o tom hovořit, proto je velmi obtížné získat anamnestické údaje o násilí a vyžaduje to od zdravotníka trpělivost. V ambulantních provozech se pacient může na zdravotníka obrátit přímo a sdělit, že je ohrožený domácím násilím nebo že je takto ohrožena blízká osoba, může požádat o ošetření. Na druhou stranu pacient může při ošetření fabulovat a ze strachu z dalšího napadení násilnou osobou tvrdit, že ke zranění došlo např. pádem na kluzké podlaze, apod.

33 srov. Staňková, M., *Základy teorie ošetrovatelství*, Praha: REGLETA, s. r. o., 1997.

2.1.6 Dokumentace

Poskytovatel zdravotní péče je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle ZoZS. Způsob vedení zdravotnické dokumentace, její nezbytný obsah a rozsah je zakotven v § 53 – § 69 ZoZS.³⁴

Důležité je **popsat do dokumentace přesně to, co pacient sdělil**. Znamená to použít přesně jeho slova.

Formulace by měla být následující: „Dle slov pacienta ke zranění došlo tak a tak... stalo se to při takové příležitosti...“, nikoli pouze poznačit, že je pacient zraněný, nebo zapsat to, co pacient sám řekne, jako pouhé konstatování.

V případě zranění je potřeba si všímat starších podlitin, škrábanců a vše zaznamenat. Doporučuje se pacienta řádně prohlédnout a zranění zakreslit do mapky těla (viz Manuál č. VIII.), eventuálně doplnit, zda povaha zranění odpovídá pacientovu vysvětlení. Žádoucí je popsat, jak pacient působí, v jakém je psychickém stavu, jak vypadá jeho oblečení (např. potřhané šaty, apod.) Zápis do dokumentace musí být přesný a podrobný.

Byla-li k události přivolána policie, je nutné zaznamenat jméno vyšetřujícího policisty a všechny provedené úkony. Uvedený záznam by měl pacient po ošetření dostat do rukou, neboť je to důležitý materiál pro další řešení případu.

Pokud si zdravotnický pracovník neví s popisem události či s postupem rady, může se obrátit přímo na odborné instituce zabývající se problematikou domácího násilí (viz Manuály).

34 zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

2.2 Specifika práce s osobami ohroženými domácím násilím

2.2.1 Základy komunikace

Dovednost komunikovat s pacientem je součástí profesionálního vybavení zdravotnického pracovníka. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu.

Při každém setkání člověka s člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k **interakci** mezi lidmi. **Komunikace** je nástrojem interakce. Díky komunikaci dochází k výměně informací, pocitů, zkušeností. Interakce je pak vše, co se mezi komunikujícími lidmi děje.

Speciální verbální komunikační dovedností je **naslouchání**. Je to aktivní složka rozhovoru. Naslouchání neznamená jen slyšet, ale také pochopit a porozumět. Zdravotnický pracovník potřebuje vědět, jak pacientovi je, jak se cítí, čeho se obává, apod., tyto údaje mohou naznačit cestu k úspěšnému zvládnutí pacientových problémů a krizí.

K umění naslouchat patří **empatie**. Empatií se rozumí schopnost vcítit se, díky níž je možné udělat si představu o tom, o co se protějšku jedná. Empatický vztah zdravotnického pracovníka k pacientovi mu umožňuje porozumět tomu, co pacient prožívá.

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáme s rozhovorem:

- **terapeutickým,**
- **informačním,**
- **edukačním.**³⁵

Terapeutický rozhovor je umění pomáhat slovem, při němž významnou roli hrají pocity pacienta. Je třeba jim naslouchat aktivně, protože jde o dva paralelní procesy, které se navzájem ovlivňují. Důležité je nedávat najevo lhostejnost k pocitům pacienta, ale naopak je sdílet. Akceptovat pocity druhého člověka znamená dávat mu najevo, že chápeme jeho prožitky. Je to podmínkou, aby i nadále o nich mluvil a tím zmírnil své vnitřní napětí, což zmírní jeho úzkost a tazateli pomůže získat jeho důvěru.

35 srov. Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing, a. s., 2006.

V **informačním rozhovoru** je třeba klást důraz na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Jedná se o rozhovor, nikoli monolog zdravotnického pracovníka! Zdravotnický pracovník může podávat pacientovi informace o tom, jak bude např. probíhat další řešení jeho situace. Na druhé straně pacient většinou sděluje informace o sobě, např. při anamnéze.

Nezbytnou součástí **edukativního rozhovoru** je práce s motivací pacienta. Jde o to, aby byl pacient sám zapojen do léčby, aby se sám podílel na řešení své situace. V edukativním rozhovoru je vhodné klást otázky, jsou lepší než věty oznamovací, neboť to, co člověk sám vysloví jako odpověď, si i lépe zapamatuje. Otázky mohou být otevřené, tedy takové, na které lze odpovědět celou větou. Nebo uzavřené, které jsou zaměřené pouze na upřesnění informace a odpovědí je ano nebo ne.

Při vedení rozhovoru se vyskytují dvě role: role hovořícího a role naslouchajícího. Při každém kontaktu se do těchto rolí dostávají oba, zdravotnický pracovník i pacient. Avšak ten, kdo momentálně mlčí, může komunikovat mimoslovně.

Ve zdravotnictví se zejména sestry angažují v tzv. **pomáhajícím rozhovoru**. „Jde o rozhovor, který má řadu charakteristik přátelského rozhovoru dvou lidí, ale zároveň se od něj odlišuje – a to tím, že při tomto rozhovoru je cílem pomoc pacientovi. Mohli bychom tento rozhovor nazvat také podpůrným“.³⁶ Důležité je zjistit, jak co nejlépe hovořit s pacientem, aby rozhovor směřoval ke společnému cíli. Předpoklady úspěšného rozhovoru jsou respekt a tolerance.

V podpůrném rozhovoru je potřeba ujasnit si cíl, najít vhodné místo a čas, být empatický ke sdělení pacienta, podporovat pacienta v jeho úspěších do ničeho ho nenutit, spíše navrhnout řešení, vyjadřovat se jasně, srozumitelně a pravdivě, neslibovat nesplnitelné, respektovat osobnost pacienta a vyhýbat se komunikačním překážkám, které brání vzájemnému porozumění.³⁷

36 Bartošíková, I., in: Jobánková, M. a kol., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 3. vyd., Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, s. 188.

37 srov. Bartošíková, I., in: Jobánková, M. a kol., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 3. vyd., Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003.

2.2.2 Komunikace s pacientem v krizi, krizová intervence

Nezřídka se stane, že zdravotníci musí umět komunikovat i s pacienty, kteří se nacházejí v akutní krizi, jsou v šoku. V našem případě se jedná o pacienty, kteří byli fyzicky napadeni rodinným příslušníkem, či jiným způsobem byla ohrožena jejich fyzická integrita a napadení bylo natolik vážné, že ohrožené osoby byly nuceny vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Je vhodné, aby lékař či zdravotní sestra byli seznámeni se zásadami krizové intervence, aby svými nekompetentními intervencemi krizový stav dále nezhoršovali. Jinak platí zásada, že vedení krizové intervence patří do rukou odborníka, který prošel specializovaným výcvikem.

V odborné literatuře je k dispozici mnoho definic, které se pokoušejí co nejdůstojněji vymezit pojem krize. Z elektronických verzí vybíráme následující:

- krize je důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, ani za pomoci blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase s přijatelnými ztrátami (*Vymětal*),
- krize je subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny (*René Thom*),
- je to emoční rozrušení, často doprovázené pocity zmatku, úzkosti, deprese, hněvu a dezorganizace ve vztazích a v sociálním fungování (*Halpern*).³⁸

Krize je tedy okamžik, kdy dosud používané strategie z různých důvodů přestaly fungovat. Okamžik, kdy můžeme hledat nová řešení, ale také kdy se mohou dostavit pocity selhání a zmatku, bránící v aktivním přístupu k vlastní existenci.

Vývoj krizového stavu dle D. Vodáčkové často probíhá v následujících fázích:³⁹

- **1. fáze** = člověk vnímá ohrožení, reaguje zvýšenou úzkostí, která by měla mobilizovat akci – buď svépomocnou, nebo hledání pomoci u druhých. Pokud úzkost přetrvává dlouho (hodiny až několik dnů), následuje další fáze.

38 <http://www.zdenhan.estranky.cz/>

39 Vodáčková, D. a kol., Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Remedium, 2002, str. 39.

- **2. fáze** = neúspěch vyrovnávacích mechanismů vede k pocitu zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Můžeme reagovat ochromením⁴⁰ či pokusem řešit situaci zcela nahodile.
- **3. fáze** = okamžik, kdy se člověk pokouší o předefinování krize, aby v novém kontextu mohl použít známé strategie. V tomto okamžiku je nejvíce přístupný krizové intervenci a aktivní změně.
- **4. fáze** = všechny předchozí pokusy selhaly. Člověk pak zažívá závažnou psychologickou dezorganizovanost, objevují se změny v emocionální i kognitivní oblasti, panické stavy. Zásah odborné pomoci je zde nezastupitelný.

Ke zvládnutí krize používáme zdroje vnitřní a vnější. Pouze flexibilní používání obou těchto strategií může vést ke kvalitnímu zvládnutí závažné krizové situace.

Právě odmítání vnější pomoci často vede osoby ohrožené domácím násilím k tomu, že se svým problémem zůstávají samy. Neschopnost svěřit se s bolavým prožitkem je pak vede k naprosté bezmoci. Naopak spoléhání se pouze na vnější zdroje pomoci bez vlastní aktivity vede ohrožené osoby do další závislosti. Navíc v situaci, kdy odpovědnost za sebe plně přenesou na druhé, může být okolí nadměrně přetíženo a v návaznosti na to neschopno poskytnout přiměřenou pomoc.

Vnitřní zdroje při řešení krize

V krizové situaci můžeme použít strategie, které v minulosti vedly ke zvládnutí situace. K výhodným postupům patří, umíme-li se zorientovat v pocitech svých i pocitech zúčastněných lidí, umíme-li naslouchat vlastním potřebám. Výhodou je schopnost sdělovat a umět sdílet, aktivně vyhledávat řešení k problému, čerpat ze zkušeností jiných.

Vnější zdroje při řešení krize

Zahrnují jednak pomoc přicházející ze vztahové sociální sítě – rodina, sousedé, přátelé. U dětí také učitelé, trenéři. Pomoc můžeme hledat také u nějaké komunity, k níž se připojíme, a to jak s pozitivním, tak s možným negativním dopadem. Další oblastí je odborná pomoc, která

40 ochromení = zmrznutí jako jeden z trojice překonávání překážek – fight, flight, frozen

má dle povahy problematiky různé podoby. Obecně se může jednat o využití telefonické krizové intervence, o formu ambulantní, hospitalizační, může být zprostředkována terénní krizová pomoc či pomoc klientovi v jeho přirozeném prostředí.

Pro účely této publikace se zaměříme na zásady krizové intervence při prvních kontaktech s pacientem tváří v tvář. Uvádíme standardní postup v rámci osobní krizové intervence podle D. Vodáčkové:⁴¹

1. **Zajištění základních fyziologických potřeb** = u lidí v krizi je často narušeno vnitřní prostředí organismu. Aby se cítili v bezpečí, je třeba, aby měli dostatečný přísunu tekutin, ale také možnost použití WC, aby měli dostatek tepla, případně čerstvého vzduchu, v dosahu by měli mít papírové kapesníky.
2. **Podání základních informací** = upřesnit, kde se nachází, co se nyní může stát, stanovit časový horizont. Tímto se redukuje možná nejistota z návštěvy neznámého prostředí a začíná se budovat důvěra mezi pacientem a zdravotníkem. I. Bartošiková upozorňuje na to, že máme pacientovi umožnit volně a opakovaně se ptát, protože pacient může mít ve stresující situaci tendenci nezpracovávat informace dostatečně rychle nebo informace zapomínat⁴².
3. **Zjištění základních dat o pacientovi** = i když po něm v rámci zařízení musíme vyžadovat některé osobní údaje, zdůrazníme, že s nimi budeme zacházet diskrétně. Krizový pracovník by svými otázkami neměl uspokojovat svoji přirozenou zvědavost, ale citlivě mapovat situaci.
4. **Kontrakt** = dohoda s pacientem o tom, jaké služby mu můžeme poskytnout.
5. **Započetí rozhovoru a základní orientace v situaci** = zaměříme se na údaje, které jsou podstatné vzhledem ke konkrétní situaci. V případech domácího násilí je to například přítomnost dětí u útoku a otázka jejich současného bezpečí, nebo předchozí ošetření v souvislosti s domácím násilím. Zjistíme, co konkrétně vedlo k tomu, že se pacient rozhodl vyhledat zdravotnické zařízení.

41 Vodáčková, D. a kol., Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Remedium, 2002.

42 srov. Bartošiková, I. a kol., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000.

Dostaneme-li se do situace, kdy pacient začne příliš podrobně líčit svou situaci, je na místě rozhovor více strukturovat, například slovy: „To, co říkáte, je skutečně velmi závažné. Ale pokusme se teď to nějakým způsobem zhodnotit, abychom co nejrychleji našli pro vás vhodné řešení. Takže teď se vás zeptám na věci, které s vaším příběhem souvisejí.“

6. **Očekávání a zakázka** = zjištění, co přesně pacient očekává od naší služby. V případě akutního ošetření poranění je to samozřejmě jasné. Přesto se můžeme právě v souvislosti s domácím násilím dostávat k dalším jednotlivostem problému, které mohou nasměrovat další pomoc. Pacient například požaduje bezpečí, úkryt, ale třeba také to, aby někdo násilné osobě domluvil, změnil ji. Formulace zakázky v sobě nese také náboj možné změny, protože se zaměřuje do otevřené budoucnosti.
7. **Vytvoření katastrofického scénáře** = tato část krizové intervence je vhodná tam, kde pacient cítí potřebu stále přemítat nad možným nepříznivým vývojem událostí – „no jo, ale co když on teď půjde a zapálí barák, co když se nebude chtít rozvést, co když se skutečně zabije“. Speciálně v případech domácího násilí mívají tyto obavy reálný základ. Zde je nutné pacienta zklidnit – tempem své řeči, soustředěním se na dech, na kontakt se zemí, s podložkou. Tím, že společně s pacientem pojmenujeme to nejhorší, co se může stát, nabude situace konkrétní, ohraničený prostor, se kterým se dá pracovat. Snažíme se dát tedy nebezpečí konkrétní podobu, proti němu pak můžeme vyzdvihnout zdroje pomoci a bezpečí.
8. **Zkušenosti s podobnou situací v minulosti, přítomné vyrovnávací strategie** = pomohou lépe zmapovat možnosti pomoci, případně vytipovat již v minulosti nefunkční řešení a již je neopakovat. Např. v minulosti se pacientka po útoku vrátila domů, podařilo se jí situaci zklidnit, ale za týden došlo k ještě silnějšímu útoku.
9. **Doporučení** = v této fázi je pacientům v krizovém stavu nutno dodat konkrétní informace. Nejdříve se zaměříme na aktuální stav, do kterého můžeme zahrnout jen několik příštích hodin či dní. Je dobré rozlišit věci, které se musí řešit ihned a věci, které mohou chvíli počkat. Většina pacientů v krizovém stavu uvítá, když si tyto informace může zapisovat. Pacienty s problematikou domácího

násilí se snažíme směřovat na organizace, které se těmito problémy zabývají. Také je vybavíme telefonními čísly a kontakty.

10. **Závěr rozhovoru** = poté, co dostal pacient jasné, konkrétní instrukce, co může udělat v následujících dnech, krizovou intervenci ukončujeme. Je vhodné znovu empaticky ocenit jeho komunikaci o problému. V případě, že pacient byl příliš uzavřený, zdánlivě pomoc odmítá, je vhodné vyjádřit plný respekt jeho postoji, přesto však znovu upozornit na možnost opět se obrátit na naše zdravotnické zařízení, případně pomáhající služby, o nichž jsme pacienta informovali.

Během krizové intervence se u pacientů často objevují velmi silné emoce. Podle D. Vodáčkové bychom měli být schopni s nimi pracovat tak, abychom je pacientovi pomohli vyjádřit i zpracovat⁴³. Tím opět posílíme jeho pocit bezpečí. Silné emoce se dostávají zpravidla na začátku rozhovoru, jejich zpracování umožní lépe se pak věnovat dalším tématům, která je třeba řešit.

- **Pláč** = emoce, která slouží především k uvolnění napětí, k vyjádření zármutku, ztráty. Při krizové intervenci je nutno dát plačícímu pacientovi prostor a potvrzení: „vidím, že pláчете... tady můžete plakat...“ Zcela nevhodné je pláč bagatelizovat, potlačovat, ale také k němu pacienta povzbuzovat.
- **Strach, úzkost** = v ordinaci je zvládáme především praktickým přístupem. Pacientovi umožníme dostat se do postavení, kdy se cítí být co nejméně ohrožen – např. schoulený, u dveří atd. U dětí je možné zvětšit pocit bezpečí i fyzickým kontaktem – položit ruku na rameno, být hodně nablízku – samozřejmě jen v případě, že je to dítěti příjemné. Úzkost zvládáme také tím, že sami vystupujeme velmi rozvážně, klidně, důvěryhodně. Zdravotníkům se doporučuje, aby sami seděli pevně, v pozici vyjadřující přijetí pacienta a zároveň vlastní schopnost situaci zvládnout. Rozhovor vhodně strukturuje, pomáháme pacientovi tak, že jej pečlivě informujeme o tom, co se bude dít teď, za 10 minut, za půl hodiny... Můžeme vytvářet katastrofický scénář, ale ne pro bagatelizaci problému, jen abychom hledali řešení i v krajních situacích.

43 srov. Vodáčková, D. a kol., Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Remedium, 2002.

- **Panická úzkost** = při vysoce ohrožujícím nebezpečí může u pacienta dojít až k panice, projevuje se zcela zmateným chováním, roztržitým myšlením. Stejně jako u pacientů zaplavených strachem je důležité podporovat jejich vlastní stabilitu.

D. Vodáčková vyjmenovává tři hlavní prvky při práci s panickou úzkostí:

1. Obnova uzemnění – obnova kontaktu se zemí. „Zastavte se. Sedněte si. Oběma chodidly se dotýkejte země.“
2. Obnova tělového centra – vrátit pozornost zpět k tělu, koncentrace na dech, použití tzv. břišního dýchání – pacient si má představit, že se nadechuje centrem svého těla.
3. Obnova ohniska pozornosti – soustředit pacienta nejprve na přesné prožívání přítomnosti, zde můžeme sami zdůraznit prvky bezpečí.⁴⁴

2.2.3 Obecné zásady práce s osobou ohroženou domácím násilím

Zdravotnický pracovník by měl vždy při komunikaci s pacientem ohroženým domácím násilím zaujmout ohleduplné, promyšlené a kvalifikované stanovisko. „To znamená pacienta nelitovat, ale soucítit s ním, naslouchat, nic nevyčítat, vzniklou situaci nehodnotit, ale snažit se ji pochopit, poskytnout kvalifikovanou radu o tom, kde může pacient v případě potřeby získat další pomoc.“⁴⁵

Prostor pro rozhovor s pacientem by měl být samozřejmostí. Měli bychom s osobou ohroženou domácím násilím jednat s citem a respektem, informovat ji o nezbytných vyšetřeních. Měli bychom dbát na to, aby do ordinace se zraněným pacientem nevstupoval i doprovod, může to být právě násilná osoba, před kterou by pacient o původu svých zranění či obtížích nehovořil.

Důležité je nespěchat. Osoby ohrožené domácím násilím totiž většinou samy od sebe nesdělí žádné informace o svém problému. Promluví tehdy, jestliže jim položíme jednoduché přímé otázky, a to příjemným

44 srov. Vodáčková, D. a kol., Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Remedium, 2002.

45 Haškovcová, H., Manuál ek o násilí, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, s. 63.

nekonfliktním tónem. Ptáme se např.: *Stalo se někdy, že vás někdo blízký uhodil či jinak fyzicky napadl, nebo že vám vyhrožoval? Děje se to nyní? Cítíte se doma bezpečně?*

Na začátku rozhovoru musíme dát pacientovi čas, aby se vyrovnal se skutečností, že se někdo další seznámil s jeho problémem. Pokud se při zjišťování anamnézy pacient o násilí nezmíní a my máme přesto podezření, bylo by chybné rezignovat. Hovor je dále potřeba vést standardním způsobem, věnovat se tématům, která pacient považuje za důležitá. Může být totiž vyděšený nebo v posttraumatickém šoku. Teprve během dalšího hovoru je vhodné se vracet k tématu partnerského vztahu, sledovat reakce pacienta a empaticky na ně reagovat.

Pokud pacient stále popírá násilí, o jehož existenci jsme přesvědčeni, měli bychom pacienta informovat o tom, kde může hledat další pomoc, předat mu kontakty na příslušná odborná pracoviště a propagační materiály. Je naší povinností následně své podezření poznamenat do zdravotnické dokumentace.

Pomůckou pro zdravotnické pracovníky při komunikaci s osobami ohroženými domácím násilím by mohl být pro lékaře i sestry materiál Bílého kruhu bezpečí⁴⁶ popisující, jak postupovat v případech domácího násilí. Pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky ve vztahu k problematice domácího násilí a k problematice syndromu týraného dítěte jsou k dispozici ve Věstníku MZ z roku 2008.⁴⁷

2.2.4 Specifika práce se ženou ohroženou domácím násilím

Po zavedení nové legislativy proti domácímu násilí si praktici v přímém kontaktu s živými případy domácího násilí všimli, že řeší mnohem různorodější projevy násilí. Původní stereotypní představa o hluboce traumatizované oběti vzala za své. Dříve utvářely představu o osobách ohrožených domácím násilím především týrané ženy v azylových domech. Tam vznikl stereotyp o traumatizované a bezmocné, akce neschopné oběti. Ačkoliv tento typ obětí nikterak nezpochybňujeme, dnes se zdá, že jde o zjednodušení jevu.⁴⁸ Je zapotřebí přesnější diferenciacie podob

46 <http://www.domacinasili.cz>

47 srov. Věstník MZ, 2008, částka 6.

48 Čírtková, L., Moderní psychologie pro právníky. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., 2008.

či variant domácího násilí. Aktuální studie usilují o komplexnější přístup a snaží se přitom postihnout celistvé podoby jevu. Objevuje se několik nových klasifikací. Například finská autorka Piispa nabízí propracovanější a v praxi nejvíce používanou klasifikaci opřenu o empirický výzkum. Přihlížela k délce trvání násilí a rozlišila čtyři nejčastější varianty:

- **epizoda v minulosti** = nejméně závažný vzorec, domácí násilí má pouze ojedinělý, epizodický výskyt, není spojen s výraznějšími poruchami osobnosti násilníka, oběť není traumatizována a celkem svobodně se rozhoduje pro odchod ze vztahu či pokračování v něm,
- **psychické týrání** = domácí násilí je založeno výlučně na psychickém týrání, vyskytuje se vzácněji, objevuje se devalvující, urážlivá či zraňující komunikace, odmítání komunikace, ignorování, upírání možnosti podílet se na spolurozhodování, obviňování a manipulace, zastrašování a vyhrožování, ničení oblíbených věcí atd,
- **krátká historie násilí** = jde o častější vzorec, jehož cyklus je rozložen, domácí násilí se koncentruje do občasných krátkých úseků, po kterých následují dlouhá období klidu, k násilným incidentům může docházet například jednou za půl roku,
- **partnerský terorismus** = nejzávažnější podoba násilí, jde o dlouhodobé a chronické násilí, které vážně traumatizuje oběť a psychicky poškozují i děti, které v rodině vyrůstají, podle současných poznatků se ho výhradně dopouštějí muži, kombinují různé formy násilí, které bývá spojeno s vážnějším narušením osobnosti pachatele⁴⁹

Co je pro osoby ohrožené domácím násilím typické?

- *mají snížené sebevědomí a sebehodnocení*
- *mají nedůvěru ve své schopnosti a dovednosti*
- *dívají se na sebe očima agresora*
- *často jsou nejisté a nerozhodné*
- *trpí častými pocity viny a pocity bezmoci a beznaděje*
- *popírají násilí ve vztahu před ostatními lidmi, stydí se za ně*
- *bagatelizují násilí, nevidí reálnou hrozbu nebezpečí*
- *mají veliký strach z násilníka, který je paralyzuje cokoliv dělat*

49 Piispa (2002) in Čírtková, L., Moderní psychologie pro právníky. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., Praha, 2008, s. 12–13.

2.2.5 Specifika práce s mužem ohroženým domácím násilím

Podle L. Čírtkové⁵⁰ veškeré výzkumy do 90. let shodně potvrzují, že většinovými oběťmi domácího násilí jsou ženy (92–98 % z celkového počtu obětí). Podle výzkumných údajů a statistik poradenských center se počet mužských obětí domácího násilí pohybuje mezi 2–5 %. Koncem 90. let se však tento obraz začíná měnit. Objevují se studie, které začínají zpochybňovat jednosměrnost domácího násilí.

Stereotypní vnímání muže jakožto jedince silného pohlaví či hlavy rodiny, může vést k obavám mužů mluvit o tom, že se stali obětí domácího násilí ze strany své partnerky. Proto je pravděpodobné, že mužských obětí domácího násilí je více než udávaných 2–5 %, pouze se o tom ostýchají hovořit.

Za všechny můžeme jmenovat výzkumnou studii T. Van Dijka⁵¹ a jeho týmu, publikovanou v roce 1998. Výzkum byl proveden v roce 1997 na přibližně tisícovce náhodně vybraných obyvatel Holandska, z nichž bylo 516 mužů a 489 žen. Z celkového počtu se jako oběť fyzického domácího násilí cítilo 35 % mužů a 34 % žen. Zatímco u fyzického násilí je poměr obou pohlaví velmi těsný, psychické týrání přiznalo více žen (30 %), než mužů (26 %). Otázkou ovšem zůstává, zda tato procenta odpovídají skutečnosti, neboť výzkumy dále prokázaly, že muži psychické i fyzické týrání tají častěji než ženy.

Pokud zohledníme pouze kritérium intenzity násilí měřené závažností újmy, kterou pachatel přivodí své oběti, je mezi oběťmi 60 % žen. Také sexuální zneužívání partnerem přiznalo 30 % žen a 13 % mužů. V tomto smyslu výzkum nezpochybnil základní tezi o tom, že domácím násilím jsou nejvíce ohroženy ženy.⁵²

Podobná data o psychickém násilí poskytuje i český výzkum „Bezpečnostní rizika 1999“⁵³, který mapoval násilí v rodině a v partnerských vztazích. Výzkum zjistil, že „se soustavným srážením sebedůvěry nebo

50 Čírtková, L., Vybrané výzkumy a teorie domácího násilí. Policista. (červenec 2002), roč. 6, č. 7, vložená příloha.

51 Van Dijk, T. a kol., A National Study of nature, Size and Effects of domestic Violence in the Netherlands. In Čírtková, L., Vybrané výzkumy a teorie domácího násilí. Policista. (červenec 2002), roč. 6, č. 7, vložená příloha.

52 Voňková, J., Huňková, M., Domácí násilí v českém právu z pohledu žen. Praha: proFem o. p. s., 2004.

53 In Buriánek, J. a kol., Domácí násilí na mužích a seniorech. Vydání 1. Praha/Kroměříž: Triton, 2006.

slovním ponižováním (ze strany partnera nebo partnerky) se setkalo 22 % mužů a 25 % žen.“

Pokud se stanou oběti domácího násilí muži, musí překonávat celou řadu stereotypů, především skutečnost, že jsou společností vnímáni jako jedinci silnějšího pohlaví a jako hlavy rodiny, nebo že muž je ze své přirozenosti spíše agresorem než obětí.

Posuzujeme-li charakteristiku mužských obětí, nacházíme shodu s oběťmi ženskými: týraní muži také doufají, že se vše urovná, chtějí zachovat rodinu, bojí se, že přijdou o děti, jsou fixováni na své trýznitelky a jejich chování omlouvají, hledají vinu v sobě, a i když jsou fyzicky zdatní a mohli by se bránit, použijí síly jen zřídkakdy.⁵⁴

Výzkum prováděný pod vedením Jiřího Buriánka⁵⁵

V České republice zatím není téma domácího násilí páchaného na mužích dostatečně zpracováno. Chybí odborná literatura věnovaná tomuto jevu. Výzkum věnovaný přímo mužským obětem domácího násilí realizoval v roce 2004 kolektiv autorů v čele s Jiřím Buriánkem. Jedná se o první výzkum (pilotní sondu) v České republice, zaměřený výhradně na násilí partnerek vůči partnerům. Výzkum byl proveden v Jihočeském kraji na souboru populace mužů starších 18 let.

Z celkem 458 respondentů 30 % zažilo ve vztahu slovní agresí ve formě nadávek, 4 % mužů uvedla, že partnerské hádky vyústily ve fyzické napadení.

Zkušenost s domácím násilím závisí na věku a stupňuje se spíše ve středním období života. Muži jsou psychickou formou násilí zasaženi zhruba stejně často jako ženy, jsou ale vůči němu celkově odolnější. Muži nejčastěji uváděli tyto příklady psychického násilí: žárlivost partnerek na jiné ženy, žárlivost na mimo domácí aktivity mužů a snaha o kontrolu partnerova chování. Násilné chování partnerky je často podmíněno rizikovými faktory, jako jsou alkohol, drogy, agresivita na veřejnosti.

Domácí násilí zasahuje všechna sociální prostředí a jeho výskyt a podoba zřejmě záleží více na osobnostních charakteristikách partnerky

54 Badinterová, E., Tudy cesta nevede: Slabé ženy, nebezpeční muži a jiné omyly radikálního feminismu. Praha: Karolinum, 2004.

55 srov. Buriánek, J. a kol., Domácí násilí na mužích a seniorech. Vydání 1. Praha/Kroměříž: Triton, 2006.

a na průběhu manželských krizí a konfliktů, než na výši vzdělání a sociálním postavení.

Od mužů se neočekává, že se stanou oběťmi, což je dáno i genderovou socializací mužů, která probíhá jinak než u žen. Důraz je kladen na agresivitu, sílu a soutěživost.

Stejně jako ženy, ani muži nechtějí říci svému okolí, že je jejich partnerka fyzicky týrala. Proto často o své situaci neinformují polici ani další instituce. Většina lidí touží po tom, aby jejich domov působil jako domov klidné, normální rodiny.

V zásadě se práce s muži jako osobami ohroženými domácím násilím neliší od práce se ženami, stále platí, že pracovník by měl být trpělivý a empatický profesionál, který na ohroženou osobu netlačí a respektuje její rozhodnutí.

Z desetileté praktické zkušenosti s pomocí osobám ohroženým domácím násilím vyplývá, že muži se na pomáhající instituce obracejí s odlišnou zakázkou než ženy. Muži sami sebe nevnímají ani tak jako oběti násilí, ale potřebují pomoc související se strachem bránit se násilí, kterému je partnerka vystavuje. Muži podle své genderové socializace vidí možnou obranu v použití fyzické síly, což vůči své partnerce považují za nepřijatelné. K odborné pomoci muže přivádí strach z toho, že se jednoho dne neovládnu, přestanou násilí trpně snášet, začnou se bránit a partnerce ublíží. Práce s mužem, který přichází s touto zakázkou, je pak zaměřena na získání dovedností, jak se začít bránit včas, ne až v okamžiku incidentu, a způsobem, který je společensky přijatelný.

2.2.6 Specifika práce se seniorem ohroženým domácím násilím

Nejpočetněji zastoupenou skupinou hospitalizovaných osob ve zdravotnických zařízeních jsou senioři. Stárnutí je fyziologický proces, týká se všech živých tvorů i rostlin a představuje vyvrcholení životního cyklu jedince. Rychlost stárnutí je jednak geneticky zakódována, jednak ji ovlivňuje životní styl jedince, prostředí, v němž se pohybuje, práce, kterou vykonává, prožitý stres a další faktory.⁵⁶ Stárnutí představuje

56 srov. Mlýnková, J., *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727, s. 13.

neodvratný fyziologický děj, směřující od narození až do stáří, jenž je poslední ontogenetickou periodou lidského života.⁵⁷

Nejčastěji užívaná věková kategorizace je dle Světové zdravotnické organizace. WHO doporučuje tzv. patnáctiletou periodizaci stáří:

- 60–74 let – rané stáří
- 75–89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost⁵⁸

V současné době je často také užívané členění stáří podle Mühlpachra:

- 65–74 let – mladí senioři
- 75–84 let – staří senioři
- 85 let a více – velmi staří senioři⁵⁹

Ageismus

Jedná se o fenomén věkové diskriminace, který vychází z anglického slova age – věk (stáří). Poprvé byl tento pojem použit ředitelem amerického Národního institutu pro stárnutí Robertem N. Butlerem koncem šedesátých let 20. století.⁶⁰ Ten ageismus definoval jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, setrvávající na svých myšlenkách a způsobech chování, staromódní v morálce a dovednostech. Mladší generace díky ageismu vidí starší generaci jako něco, co se od ní podstatně liší, a nedokáže se se staršími lidmi identifikovat jako s lidskými bytostmi.⁶¹

Podobně vznikají některé mýty o stáří, například: staří lidé žijí jen v rozvinutých zemích, jsou všichni stejní, nemají čím přispět společnosti

57 srov. Weber, P., Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7, s. 15.

58 srov. Pacovský, V., Geriatrická diagnostika. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-85526-32-8, s. 12–13.

59 srov. Mühlpachr, P., Gerontopedagogika. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2, s. 21.

60 srov. Pokorná, A., Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. ISBN 978-802-4732-718, s. 69.

61 srov. Vídovičová, L., Rabušič, L., Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. 2005. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2005, s. 54.

a jsou pro společnost ekonomickou zátěží.⁶² Bohužel k rozšíření tohoto povědomí přispívají často média.

Jak uvádí Z. Kalvach⁶³, problematice týrání seniorů je věnováno 10 x méně publikací, než je tomu u dětí s totožným problémem. Pokud jde o případy, kdy se obětí domácího násilí stává starý člověk, nastává problém nejen legislativní, ale také etický a morální. Komplikovanost vyplývá především z obtížnosti rozpoznat násilí, například proto, že u starých lidí bývá běžné, že několik dní nevycházejí ven z bytu nebo domu. Proto ani nikdo z okolí často netuší, že se v rodině starého člověka něco nedobrého děje.

Podle Z. Kalvacha⁶⁴ jsou rizikovou skupinou mezi seniory zejména ženy a vdovy ve věku 70–80 let, senioři s nižším než středoškolským vzděláním, důchodci na hranici chudoby, ale nejen ti, dále potom senioři s fyzickým či mentálním postižením a ti, kdo žijí ve společné domácnosti s dalšími příbuznými.

Násilí na seniorech nahrává anonymita velkých měst, ztráta osobních vztahů a převaha ekonomických zájmů v sociálním prostředí. Dalším zdrojem agresivity mohou být:⁶⁵ špatné rodinné vztahy (na agresi se podílí agresor i ohrožená osoba), nemoc agresora (drobná mozková poškození, epilepsie), trvalé osobnostní založení agresora (vliv výchovy a dědičnosti). V souvislosti s posledním zmíněným zdrojem agresivity hovoříme o agresivní psychopatii.

Mezi faktory zvyšující nebezpečí násilí proti seniorům patří:

- celkově špatný zdravotní stav
- poruchy kognitivních a komunikativních schopností (syndrom demence)
- ztráta soběstačnosti
- sociální izolace
- soužití s agresorem a závislost na něm

62 srov. Tošnerová, T., Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0, s. 7.

63 srov. Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004.

64 srov. Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004.

65 srov. Buriánek, J. a kol., Domácí násilí na mužích a seniorech. Vydání 1. Praha/ Kroměříž: Triton, 2006.

K násilí na seniorech ovšem nedochází jen v domácnostech, ale také ve zdravotnických či sociálních zřízeních. Příčinou tohoto násilí může být např. syndrom vyhoření u ošetřovatelského personálu, nízká úroveň zájmu o klienta a o ochranu jeho práv a důstojnosti v dlouhodobé ústavní péči, diskriminační tendence ve společnosti.

Nejčastěji bývají senioři obětmi agrese svých dětí, vnoučat a jejich partnerů, s nimiž sdílí společnou domácnost. I v tomto případě má domácí násilí vysokou latenci. Jako některé ze spouštějících mechanismů se uvádějí pocity viny, fyzická i psychická závislost na agresorovi, strach, stud, zvýšená nedůvěra, zvýšená úzkost, emoční nevyrovnanost, vysoká míra sugestibility apod., což bývají důsledky změn psychiky ve stáří. Agresor snadno zneužije člověka, který vzhledem ke svému u věku nemá možnost se bránit a snaží se vždy ve všem vyhovět. U mnoha těchto ohrožených osob se setkáváme s tvrzením, že jim nezáleží na tom, jak se k nim ostatní chovají, protože už nebudou dlouho žít, což je tvrzení, které agresorovi dokonale nahrává. Staří lidé bývají k agresorovi citově připoutáni a omluví mu prakticky cokoliv. Velmi významným faktorem je také strach starších lidí, že jsou v mladé domácnosti na obtíž, a tudíž mají snahu se co nejvíce přizpůsobit stávajícím podmínkám. Tím snadno přijímají roli oběti, která je jim v rodině přisouzena.⁶⁶

Senioři se stydí za to, že se na nich násilí dopouští vlastní příbuzní, a proto o tom raději mlčí. Existují případy, kdy senioři zapírají, že je na nich pácháno násilí, neboť se bojí ztratit blízkou osobu, přestože ona osoba je týrá. Pocity zahanbení, že vychovali dítě, které je k nim nyní agresivní, považují za naprosté životní selhání. V neposlední řadě jde také o silně zakořeněný pocit, že i když o svém trápení promluví, nikdo jim nedokáže pomoci.

Formy domácího násilí páchaného na seniorech

Senioři velmi často zapírají, že se na nich jejich okolí dopouští fyzického násilí. Příčinou je jednak již výše zmiňovaný stud, že jako rodiče a vychovatelé zklamali, jednak skutečnost, že jsou na agresorech zcela závislí. Dalším důvodem je strach ze stupňování agresivity. Pokud senior navíc trpí nějakým handicapem, je prakticky nemožné, aby se mohl bránit. V těchto případech je často pečovatel či lékař jediným člověkem,

66 <http://www.rodina.cz/clanek6023.htm>

který může pomoci. Jako cizí a nezávislá osoba vstupuje do domácnosti seniora upoutaného na lůžko a na základě prohlídky nemocného a dotazů může mnohé odhalit. Diagnostika zanedbávání starých lidí je ale stále nedostatečná a podceňovaná. Vhodnou metodou je ohleduplné kladení otázek.

Jde např. o otázky:

- *Cítíte se doma bezpečně?*
- *Ublížíje vám někdo?*
- *Máte neshody se svým okolím?*
- *Musíte dlouho čekat na jídlo nebo pití?*
- *Jak přesně došlo k těmto poraněním?*

Tyto otázky by měly být kladeny bez přítomnosti druhé osoby, pokud se tato osoba odmítá vzdálit, už to by mělo být alarmující.

V případě podezření na týrání seniora je nutné zajistit sociální šetření v místě bydliště a dohled profesionálních pečovateli.

Podoby fyzického týrání u seniorů:⁶⁷ nejasné pády a úrazy, podlitiny a popáleniny neobvyklého typu a na neobvyklém místě, stopy po popruzích a otisky prstů na kůži, dehydratace, podvýživa, dekubity, nedostatečná hygiena, opakovaně chybné podávání léků.

Psychické násilí u seniorů mívá podobu vydírání, agresor hrozí seniurovi přestěhováním či umístěním do domova pro seniory či nějakého ústavu, zdůrazňuje jeho bezmocnost, považuje ho za nadbytečného, méněcenného a zdůrazňuje, že je mu pouze na obtíž. Agresoři ničí předměty, na kterých je senior citově závislý – fotografie, dárky, památeční předměty, starožitnosti. Výjimkou nejsou vulgární nadávky, záměrné přesouvání předmětů denní potřeby, aby je senior nemohl najít na známém místě, což posiluje jeho obavu, že už si vůbec nic nepamatuje. Psychicky týraní seniorky trpí poruchami spánku, jsou rezignované a zmatené, depresivní a úzkostní, vyhýbají se přímému slovnímu i očnímu kontaktu.

67 Čížmáriková, I., Sestra a lékař v praxi: Násilie na senioroch. Roč. 7, č. 3–4, 2008.

Ekonomické násilí páchané na seniorech hodně souvisí s názorem, že rodiče mají své děti živit a finančně jim vypomáhat, což v mnoha rodinách vede k tomu, že je tento druh výpomoci považován za normu. Pokud se senior tomuto názoru vzepře, přichází trest. Velké množství takto ohrožených starých lidí raději poslušně odevzdává část svého důchodu či celoživotních úspor, jen aby tak předešli zlobě či fyzickému napadení. Ekonomického násilí se mohou dopouštět i pečovatelé docházející pravidelně do domácnosti seniora. Na ekonomické zneužívání ukazují nejasné ztráty peněz či šperků a cenných osobních věcí, nejasné výdaje, výdaje, které jsou v rozporu s přesvědčením starého člověka (splácení půjček), dokonce dochází i k přepisování vlastnických práv.

Ke zhoršování vztahu s příbuznými či pečovateli mohou přispívat některé charakterové vlastnosti starých lidí, jako např. přílišné vyžadování pozornosti, prosazování vlastního názoru, poučování, soustavná nespokojenost. Autoři Švestková a Stolín⁶⁸ píší o tzv. sociální dědičnosti, kdy se dítě ke svým rodičům v dospělosti chová stejně despoticky, jako se jeho rodiče chovali k němu. Zjednodušeně lze říci, že toto chování v sobě mají zakódováno a že nemusí být vždy vědomé. Takto jednající jedinci se řídí modely chování, které mají zažité jako zcela normální. K posouzení násilí v rodině je dobré poznat, jak vypadalo soužití v minulosti, co se v rodině událo, co by mohlo být příčinou současného zneužívání.

Po telefonické domluvě se k nám na konzultaci dostavila starší žena, velmi plačtivá a na první pohled vystrašená. Její problémy začaly v momentě, kdy se přestěhovala do bytu ke svému synovi v dobré vůli, že mu bude vypomáhat v domácnosti a starat se o vnoučata. Syn, který nepracoval, ji neustále napadal, okřikoval ji a věnoval se pouze svým zálibám a odpočinku. O vnoučata se starala klientka výhradně sama, vstávala k nim i v noci, když byla sama nemocná. Syn naváděl i svoji ženu, aby s jeho matkou nemluvila a nechala péči o domácnost na ní. Po matce chtěl stále více peněz za bydlení, celé dny ji sledoval a přesvědčoval se, jak uklízí, natáčel ji na kameru, dělal naschvály, rozsypal mouku na uklizenou podlahu, zakazoval matce vycházet z jejího pokoje. Toto chování se stupňovalo až k fyzickému napadání matky, zákazu používat pračku a společné prostory v bytě, nakonec syn dokonce zakázal své

68 in Buriánek, J. a kol., Domácí násilí na mužích a seniorech. Vydání 1. Praha/ Kroměříž: Triton, 2006.

matce setkávat se s vnoučaty. Situace byla pro klientku neúnosná, proto navštívila psychiatra, který jí dal kontakt na Intervenční centrum. Tam klientce doporučili vyhledat lékařské ošetření (neboť jí syn těsně před návštěvou v Centru poranil ruku) a pořídit si fotodokumentaci zranění. Dále ji nasměřovali na Policii ČR, Skupinu domácí násilí⁶⁹ a doporučili vyhledat i právní pomoc, protože chtěla dostat zpět investice, které vložila do synova bytu. Nyní je klientka v bezpečí, žije u své dcery a se synem vše řeší prostřednictvím svého právníka.

Důležitou součástí **komunikace se seniory** je naslouchání, a jednou z technik aktivního naslouchání je udržování očního kontaktu a práce s mimikou obličeje. Seniora vždy povzbudí úsměv zdravotnického pracovníka, ať již jako signál pochopení či signál povzbuzení pro další sdělení. Musíme si také uvědomit, že senior pomaleji komunikuje, obzvláště je-li unavený. Aby byla komunikace s ním účinná, musíme se přizpůsobit jeho tempu a rytmu.

Při komunikaci se seniorem používáme hlavně nedirektivní rozhovor, tedy rozhovor, kdy je iniciativa na pacientovi. Během rozhovoru dáváme pacientovi najevo, že ho akceptujeme a že mu rozumíme. Vhodnou technikou je **parafrázování**, to znamená, že opakujeme vlastními slovy to, co nám pacient sdělil. Prostřednictvím této techniky si ověřujeme, zda jsme pacientovi správně porozuměli a současně mu tím dáváme najevo, že si udržuje naši pozornost.

Další možnou technikou je **zrcadlení**, kdy zdravotnický pracovník opakuje slovy pacienta část toho, co slyšel, čímž pacient dostává prostor, aby se na dané téma ještě víc rozpovídal.⁷⁰

Při komunikaci se seniory ohroženými domácím násilím bychom si měli pamatovat, že je pro ně velmi obtížné násilí pojmenovávat, že mají tendenci násilníka omlouvat a hledat „logické důvody“ pro existenci násilí. Uchylují se k tomu především tehdy, jsou-li násilníky jejich vlastní děti nebo vnoučata.

69 Skupina domácí násilí Služby kriminální policie a vyšetřování vznikla v roce 2005 v Brně. Jedná se o speciálně vyškolené policisty v oblasti problematiky domácího násilí.

70 srov. Minibergerová, L., Dušek, J., Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.

2.2.7 Specifika práce s dítětem ohroženým domácím násilím

Dítě jako svědek a jako oběť domácího násilí

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) jsou všechny děti, které vyrůstají v rodině s přítomností násilí, řazeny mezi děti týrané. Tento postoj stále více zaujímá také policie, která v případě vykazání násilné osoby ze společného obydlí označuje také děti za osoby ohrožené, a ty pak získávají status, který jim zaručuje speciální ochranu. Od roku 2017 by tento náhled na děti měl být upraven v novele zákona o policii ČR.

Podle výsledků reprezentativního sociologického výzkumu domácího násilí v ČR, realizovaný společností SocioFactor ve spolupráci s Asociací pracovníků intervenčních center ČR, připouští polovina dotázaných přítomnost dětí u projevů partnerského násilí.⁷¹

Dítě jako svědek domácího násilí

Jedná se o situaci, kdy je dítě přítomno domácímu násilí, ale ono samo není terčem přímých fyzických či verbálních útoků. Nicméně z předchozího odstavce vyplývá, že i takové dítě je obětí. U dětí žijících v rodinách, v nichž dochází k domácímu násilí, bývají v různé míře narušeny základní potřeby, jejichž naplnění je nutné k jejich zdravému vývoji.

Dítě jako oběť domácího násilí

V užším slova smyslu jde o děti, na něž násilný rodič či jiný člen domácnosti přímo útočí a tyto útoky spadají do některé kategorie definující domácí násilí.

Fyzické násilí – jeho možné podoby jsou uvedeny v podkapitole o syndromu CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) jako aktivní formy fyzického násilí.

Psychické násilí (resp. aktivní forma psychického týrání) na dětech se dokazuje poněkud obtížněji. Nicméně i jeho podoba může dosáhnout rozměrů, které dítě celoživotně poškodí. Děti jsou ponižovány, dehonestovány, je jim velmi vulgárně nadáváno. Záměrně dostávají informace, které je vysoce traumatizují. Agresor jim vyhrožuje smrtí či usmrcením

71 srov. Topinka, D., Domácí násilí z perspektivy aplikovaného výzkumu základní fakty a výsledky. Ostrava: 2016, s. 60.

někoho blízkého, případně sebevraždou. Děti silně omezuje v kontaktech s přáteli či s rodinou. Může ubližovat i jejich domácím zvířatům nebo ničit hračky.

V rodině s výskytem domácího násilí násilný partner dítě často používá jako zbraň. Ohrožené osobě agresor vyhrožuje, že v případě, že od něho odejde, přijde o dítě. V mnoha případech, kdy dítětem manipuluje proti ohrožené osobě, rozvíjí se u něj tzv. **syndrom zavrženého rodiče**.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN)

Psychické, fyzické a sociální poškození dítěte a jeho vývoje, k nimž dochází v důsledku jakéhokoli nenáhodného ubližujícího jednání vychovatelů, se označuje jako **syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**. Anglický termín je **Child Abuse and Neglect**, se v češtině vžil jako zkratka **Syndrom CAN**.

Chápání tohoto syndromu se stále vyvíjí, od původního pojetí jako přímého fyzického týrání dětí až ke dnešnímu pojetí, kdy pod syndrom zahrnujeme nedostatečné uspokojení základních potřeb dítěte. Světová zdravotnická organizace nyní považuje děti, které jsou vystaveny domácímu násilí, za týrané. Syndrom CAN je tedy nadřazeným pojmem pro pojem děti jako oběti domácího násilí. Dá se předpokládat, že obsah termínu se bude i v budoucnu dále vyvíjet.

V současné době v České republice stále probíhá diskuze na téma fyzického trestání dětí jejich zákonnými zástupci. To, co bylo před deseti lety ve výchově běžně používané, se během několika dalších let může stát společensky zcela nepřijatelné.

Pro studijní účely můžeme násilí na dětech rozdělit do několika kategorií. Mějme však na paměti, že v konkrétních případech se většinou jedná o soubor různých prvků násilí, jejichž poměr se mění dle okolností.

	Pasivní forma	Aktivní forma
Fyzické týrání, zanedbávání a zneužívání	Nedostatečné uspokojování základních potřeb v oblasti výživy, pohybu, zdravotní péče, hygieny...	Fyzické útoky směrem k dítěti.
Psychické týrání, zanedbávání a zneužívání	Nedostatečné uspokojování psychických potřeb jistoty, blízkosti a bezpečí; duševní a citová zanedbanost	Ponižování, nadávky, zastrašování, šikana, nadměrné omezování a kontrola
Sexuální zneužívání	Vystavování dítěte nevhodným sexuálními podnětům	Pohlavní zneužití, dotýkání se dítěte na intimních místech či intimním způsobem, nucení dítěte k takovéto aktivitě.

Tabulka č. 1 – Klasifikační tabulka různých forem násilí na dětech⁷²

Jako zvláštní formy CAN J. Dunovský uvádí Münchausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání.

Münchausenův syndrom by proxy

V ne příliš častých případech se stává, že rodič či vychovatel dítěte záměrně zkresluje zdravotní stav dítěte, simuluje (předstírá) či agravuje (nepravdivě zesiluje) existující příznaky různých onemocnění. Dítě je pak opakovaně vystavováno různým zatěžujícím vyšetřením a léčbě, a tím je ovlivňován jeho přirozený vývoj.

72 Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol., Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. 1. vyd. Praha: Portál, 1995, s. 19.

Ve zdravotnickém zařízení se mohou objevit děti, u kterých došlo k různým fyzickým zraněním, způsobeným **aktivní formou týrání** (pohmoždění, rány, krvácení, mnohočetná zranění, apod.).

Při **pasivní formě týrání** dětí se setkáváme s následujícími jevy:

- porucha v prospívání neorganického původu – zde je nutné nejdříve pečlivě vyloučit jiné faktory, které mohou prospívání dítěte ovlivňovat – genetické, hormonální, metabolické poruchy či různá chronická onemocnění,
- nedostatek zdravotní péče,
- nedostatky ve vzdělání a výchově – které se projevují jako výchovná zanedbanost,
- nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany,
- děti vykořisťované – nucené k práci.

Dítě s CAN v ordinaci

Je-li podezření, že dítě, které máme v ordinaci, trpí syndromem CAN, je třeba je velmi pečlivě vyšetřit a učinit podrobný zápis. Dále je potřeba se řídit základními pravidly při poskytování krizové intervence. Při zjišťování příčin je vhodné s dítětem mluvit bez přítomnosti osoby, která dítě do zařízení přivedla – předejdeme tak alespoň částečně zkreslením, která mohou vyplývat z dětských pocitů viny, studu, strachu. Je-li však dítě ve stavu, kdy se odmítá odloučit od doprovázející osoby, je na místě především dát přednost jeho pocitu bezpečí před diagnostickým zhodnocením příčin poškození.

Abychom dítěti ulehčili jeho situaci, můžeme přiměřeně věku začít sami: Někdy se stává, že někdo, koho máme rádi, nám ublíží. Moc to bolí a je těžké o tom mluvit. Je to u tebe podobné? (více viz Manuál V.).

Při krizových intervencích není možné postupovat dle jednotného klíče. Někdy se dítě chce vypovídat, jindy je spíše zaražené a tlačit jej k rozhovoru v okamžiku, kdy se necítí zcela bezpečně, by mohlo vést k další (sekundární) traumatizaci. Z postoje zdravotnických pracovníků by dítě vždy mělo vycítit zájem a účast. Není však dobré, aby dítě dostalo informaci, že to, co se mu stalo, je tak strašné, že to nemohou unést ani

dospělí. V tom případě by se dítě cítilo ještě víc osamělé a ještě méně schopné čelit následkům svého traumatu.

Charakteristické znaky dítěte žijícího v rodině s výskytem domácího násilí

Někteří lidé se umí vypořádat s nepříznivými situacemi v životě bez větších problémů, jiní nikoliv. U dětí je důležité, do jaké míry jsou od raného dětství uspokojovány jejich potřeby.

„Potřeby dítěte se v různých fázích vývoje mění. Několik základních potřeb je však trvalých, a ty vyžadují své plné uspokojení, nemá-li být vývoj dítěte narušen. Obecně platí, že míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte. Přitom čím je dítě mladší, tím bývá závažnost tohoto postižení těžší a zahrnuje více struktur a funkcí rychle se vyvíjejícího organismu.“⁷³

Dlouhodobě nedostatečnou příležitost k uspokojování některé ze základních psychických potřeb, zejména stabilního vřelého citového vztahu a potřeby stimulace, J. Langmajer a Z. Matějček⁷⁴ definují jako **psychickou deprivaci**.

Na to, jak se dítě s traumatizující situací vyrovná, má vliv jeho věk. Dle J. Elliota⁷⁵ má dítě mladší pěti let tendenci pohlížet na traumatizující událost jako na něco, co samo způsobilo. Může tedy např. vnímat zneužívání jako akt, za který je zodpovědné. Toto chápání může být pro dítě zdrojem pocitu viny a může se stát spouštěčem jeho různých problémů v současném i pozdějším životě.

Je zřejmé, že vyrůstat v rodině, kde je běžné násilí, poškozuje vývoj dítěte. Dochází k tomu nejen proto, že dítě násilí přihlíží, ale i tím, že v nevhodné rodinné atmosféře se mu nedostává řádné rodičovské péči.

Děti reagují svým chováním a prožíváním na prostředí, ve kterém žijí. Snaží se mu přizpůsobit tak, aby je co nejméně zasáhlo. Vzhledem k tomu, že domácí násilí vytváří patologické prostředí, není možné pro děti najít zdravý přístup, který by jim situaci umožnil bezproblémově zvládnout. Proto si děti vytvářejí různé strategie, které jsou z dlouho-

73 Dunovský, J., Eggers, H. a kol., Sociální pediatrie, 1. vyd., Praha: Avicenum, 1989, s. 34.

74 srov. Langmajer, J., Matějček, Z., Psychická deprivace v dětství, 3. doplněné vydání, Praha: Avicenum, 1974.

75 srov. Elliot, J., Place, M., Dítě v nesnázích, 1. vyd., Praha: Grada, 2002.

dobého hlediska neadaptivní a často vedou k dalším problematickým zážitkům.

Děti se musí nějakým způsobem vyrovnat s těmito emocemi (volně podle ROSA⁷⁶):

- Ambivalence – násilnou osobu děti mají rády jako rodiče, zároveň však nenávidí jako rušící a násilný prvek.
- Smutek – nad sebou, nad situací.
- Vztek.
- Pocity viny – dítě se domnívá, že za situaci může ono, ne agresor či oběť.
- Strach – z dalšího vývoje událostí, z ublížení, ze smrti.
- Úzkost – bez konkrétního obsahu.

Na základě těchto emocí děti vytvářejí následné strategie či stavy, kterými se snaží tyto pocity překonat:

- Deprese – osamělost, ztráta radosti ze života, ztráta naděje.
- Regrese – návrat do nižších vývojových stadií a zařazení strategií, které tehdy přinášeli uspokojení – např. rytmické pohyby, sací reflex.
- Apatie – netečnost, rezignace, stažení se z nebezpečného světa, aby již nemohl ublížovat.
- Problémy v chování – hyperaktivita, agresivita – snaha upoutat pozornost a neschopnost získat cokoliv jinou cestou.
- Poruchy příjmu potravy – anorexie, bulimie, přejídání jako náhradní uspokojování afektivních potřeb.
- Psychosomatické problémy – v tělesné rovině ventilují své psychické problémy.
- Problémy se spánkem – noční můry, strach z toho, co bude, až bude spát, nespavost.
- Disociativní amnézie – částečná ztráta paměti na psychicky příliš zatěžující události
- Enuréza, enkopréza, balbuties

76 srov. Tátové a mámy, chráňte své děti před násilím. 1. vyd. ROSA, 2007.

D. Krejčířová uvádí, že u malých dětí můžeme jejich ambivalentní postoje ke světu vidět i v ordinaci, kdy dítě jakoby chodí v kruzích, není schopno se k nám přiblížit přímo, chvílemi couvá, pak se zase přiblíží, mohou se objevit záchvaty vzteku bez předchozího varování⁷⁷. Je to vyjádření dětského strachu či stresu, který vyvolává blízkost milované násilné osoby. Dítě pak touží po rodičovské ochraně, kterou nutně potřebuje, zároveň se však násilného rodiče bojí.

Na podkladě těchto psychických stavů se v déletrvajícím období může rozvinout celá škála psychických onemocnění: od závislosti na psychotropních látkách, poruch příjmu potravy, neurotických a úzkostných poruch až po afektivní a psychotické poruchy.

Mezi děvčaty a chlapci často shledáváme typické rozdíly v reakci na domácí násilí. Zatímco dívky se ve svých reakcích spíše stahují ze světa a snaží se být co nejméně nápadné, v reakcích chlapců se často objevuje výbušné, „zlobivé“ chování. U těchto dětí to v dospělosti vede k tomu, že přejmou role oběti a násilníka. Tento model samozřejmě neplatí u všech dětí stejně, je mnoho chlapců, kteří přejímají model trpícího rodiče a naopak je mnoho dívek, které jdou ve svém chování do vzpoury a jsou připraveny používat na svoji obranu násilí.

Násilí mezi adolescenty

Nově se pozornost začíná věnovat také násilí, které se vyskytuje mezi adolescentními partnery – tzv. *dating violence*. Mezi hlavní charakteristické rysy patří snaha o naprostou kontrolu všech sociálních vazeb, které ohrožená osoba má, nejlépe zákaz všech kontaktů s vrstevníky. Postupně se ve vztahu objevují nadávky, ponižování, pomluvy, fyzické útoky. Násilná osoba většinou zachovává typický vzorec chování, kdy po útoku následují omluvy, vynahrazování. V těchto situacích se však násilné osoby většinou staví do role obětí – ať už jako oběť příliš velké lásky a žárlivosti, či oběť přílišného tlaku ve škole, v rodině, případně přímo napadené osoby. Na ohroženou osobu tak vyvíjejí další nátlak, protože jen ona může násilníkovi pomoci z jeho psychických problémů.

Násilí mezi adolescenty se velmi často vyvíjí na základě jejich zkušenosti s domácím násilím, kdy většinou chlapci přijímají násilí vůči partnerce jako fungující model, který jim dovolí získat alespoň nějakou

77 srov. Řičan, P., Krejčířová, D., Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997.

kontrolu nad důležitým vztahem, nad světem. Komplementárně dívky v těchto vztazích často opakují svůj rodinný model, kdy matka - týraná žena se naučila fungovat v takovém vztahovém uspořádání, kdy ji partner přísně kontroluje a zakazuje obrátit se někam pro pomoc. Dívky také věří tomu, že jejich partner má neomezenou moc a ze vztahu tedy uniknout nelze, pokus o to by situaci pouze zhoršil.

V ohrožení se však mohou ocitnout i mladí lidé, kteří s násilím ve vztahu doposud kontakt neměli.

Komunikace s dítětem jako svědkem či obětí domácího násilí

Komunikace s dětmi, které vyrůstají v rodině, kde se vyskytuje násilí, je obdobná jako s dětmi, které se staly oběťmi týrání či zneužívání. Prvotní intervence se tedy musí zaměřit na aktuální situaci, v první řadě je důležité zamezit dalšímu násilí a vytvořit pro dítě bezpečný prostor.

V ošetrovatelské praxi je podstatné umožnit dětem vyrovnat se s násilím, které viděly. Je potřeba dát dítěti prostor, aby o tom hovořilo, aby mohlo vyjádřit své pocity. Důležité je vysvětlit dítěti, že za to, co se doma děje, nenese zodpovědnost. Aby mohl zdravotnický pracovník poučit dítě o bezpečnostním plánu, je nutné mezi sebou a dítětem navázat vztah důvěry.

Základními zásadami pro práci s dětmi je:⁷⁸

- naučit dítě v případě akutního ohrožení zavolat tísňové číslo 112, ukryt se, nebo utéci k sousedům,
- ujistit děti, že násilí skutečně není jejich vina, že není jejich zodpovědnost je zastavit nebo ochránit ohroženého rodiče, tudíž by se neměly snažit do násilného konfliktu zasahovat, protože násilný rodič by mohl svou agresi zaměřit i na ně,
- nechat děti vyjádřit svůj strach, své pocity, zlobu a zklamání nad tím, co se děje v jejich rodině, ujistit je, že je v pořádku, pokud mají stále rády násilného rodiče.
- učit děti hledat nenásilná řešení konfliktů.

78 Pokorná, D., in: Marvánová-Vargová, B., Pokorná, D., Toufarová, M., Partnerské násilí, Praha: LINDE nakladatelství s. r. o., 2008, s. 98.

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

Dítě nemusí být jenom svědkem násilí, může být samo i jeho obětí. S týranými a zneužívanými dětmi je potřeba hovořit velmi citlivě. Některé formy týrání či zneužívání nejsou zjevné, dítě musí mít především pocit jistoty, že se svěřuje se svým problémem na správném místě. Mnoho týraných a zneužívaných dětí se totiž izoluje od okolí. Uzavírá se do svého nitra, což sťažuje pomoc okolí. Pokud s těmito dětmi dospělí jednají jako s méněcennými nebo dávají najevo nedůvěru, o to více se dítě do sebe uzavírá.

Zkoumáme-li sexuální zneužívání dětí, můžeme přitom najít určité procento tzv. falešných výpovědí, odborná literatura uvádí kolem 8 %.⁷⁹ Ovšem stejně jako je potřeba myslet na falešné výpovědi, je třeba myslet i na falešná popření, které souvisejí se strachem dítěte, se zklamáním, se studem.

Co může zdravotnický pracovník udělat, pokud má podezření na týrání či zneužívání dítěte?

V rámci vyšetření je nezbytné posoudit mechanismy vzniku poranění a do diagnostické rozvahy zahrnout i možnost tzv. neúrazového mechanismu vzniku poranění, např. týrání. Varovnými signály jsou:⁸⁰

- osoba doprovázející dítě popisuje neochotně či nelogicky, jak k úrazu došlo, zejména v případech, pokud bylo ošetření vyhledáno opožděně,
- mechanismus vzniku poranění neodpovídá vývojovým možnostem dítěte,
- obraz poranění neodpovídá svým rozsahem popisované události,
- dítě při odůvodňování vzniku poranění uvede jinou verzi než doprovod.

79 Říčan, P., Krejčířová, D., Dětská klinická psychologie, 3. vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1997, s. 209.

80 srov. Špeciánová, Š., Ochrana týraného a zneužívaného dítěte, Praha: LINDE nakladatelství s. r. o., 2003.

Vždy je nutné vše pečlivě poznamenat, popsat, jak k případnému zra-
nění došlo, co dítě vypovídalo, jak se u popisu události chovalo. Pokud
pracuje zdravotnický pracovník v zařízení lůžkového typu či v rámci po-
likliniky, měl by se obrátit na nadřízenou osobu. Zdravotnické zařízení
totiž může mít osobu pověřenou pro komunikaci s orgány sociálně-práv-
ní ochrany dítěte, osobu, která je kompetentní v daných situacích činit
konkrétní opatření.

Postup lékařů primární péče při podezření na syndrom CAN je uve-
den ve Věstníku MZ⁸¹, uvedená ustanovení a postupy jsou závazné pro
všechny zdravotnické pracovníky.

**Pamatujte, že jednou z nejhrošších věcí, kterých se může zdravot-
nický pracovník dopustit, je nic nedělat.**

*Při rozhovoru s dítětem nezapomeňte, že:*⁸²

Násilí není vina dítěte.

Za násilí nemohou ani sourozenci.

Za násilí je odpovědný ten, kdo se ho dopouští.

Je velmi dobře, že se dítě rozhodlo o situaci s někým mluvit.

*Nikdo nemá právo se k dítěti chovat násilně, ani v rodině, ani když je
silnější, ani když je to rodič.*

*Násilí dítě nemůže zastavit samo, ale jen s pomocí okolí, proto je tak
důležité, že se svěřilo.*

2.2.8 Specifika práce s celou rodinou ohroženou domácím násilím

Text této kapitoly vznikl pro publikaci „Mlčení bolí. Postřehy z desetileté
praxe intervenčních center.“ od kolektivu autorů, která vyšla v roce 2016.
Text je upraven a krácen. Publikace vznikla v rámci projektu „Zlepšení
praxe při prevenci, identifikaci a potírání domácího násilí prostřednic-
tvím profesní specializace“ podpořený nadací Open Society Fund Praha
z programu Dejme (že)nám šanci, který je financován z Norských fondů.

Podle statistik intervenčních center se domácí násilí vyskytuje zhru-
ba v každé páté rodině, kde jsou přítomny i děti. Domácí násilí tak není

81 Věstník MZ, částka 3, část 8, Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu CAN, s. 35–42,
květen 2008.

82 <http://www.stopnasili.cz/verejnost/dn-pro-pedagogy-a-vychovne-poradce/jak-podporit-dite.htm>

problémem pouze partnerským, ale dotýká se celé rodiny. Prozatím však není systémový přístup při práci s rodinou, kde dochází k domácímu násilí, v České republice obvyklý. Péče je nabízena především osobám ohroženým, a případně dětem jako svědkům násilí, ale možnosti pomoci pro osoby násilné jsou značně omezené. Místo prevence a práce na změně chování jsou používána spíše represivní opatření. Zahraniční zkušenosti ale ukazují, jak velká změna může nastat, pokud je problematika domácího násilí řešena z perspektivy systémového přístupu⁸³.

Cílem této kapitoly je proto představit teoretická východiska pro práci s celou rodinou, kde se vyskytuje domácí násilí a popsat vliv domácího násilí na rodičovskou roli. Celá kapitola vychází z přesvědčení, že, aby mohlo dojít k trvalé změně, je nutné zapojit do ozdravného procesu všechny členy rodiny, kde k domácímu násilí dochází.

Systémový přístup k problematice domácího násilí

Jak popisují Simon a Stierlin⁸⁴, základní premisou systémového přístupu je, že celek je víc než jen pouhá suma jeho částí. To znamená, že, i když je rodina tvořena jednotlivými členy, je nutné ji vnímat v kontextu všech vztahů a procesů, které se mezi těmito členy odehrávají. Kratochvíl⁸⁵ v rámci systémového přístupu zdůrazňuje význam cirkulární kauzality, kdy následky ovlivňují zpětně původní děje. Přeneseno na problematiku domácího násilí to tedy znamená, že reakce jednotlivých členů rodiny na násilné chování ovlivňují toto chování i pravděpodobnost jeho dalšího výskytu v budoucnosti. Pokud má dojít k eliminaci domácího násilí v rodině, nestačí, aby došlo ke změně chování jednoho člena rodiny, ale aby i ostatní změnilí své zažití vzorce. Zautomatizované vzorce chování, i když jsou patologické, není možné bez vědomé snahy změnit. Pokud se tedy o změnu snaží pouze ohrožená osoba, ale osoba násilná není ochotná či schopná změnu akceptovat, bývají takové pokusy neúspěšné a pro ohroženou osobu značně frustrující. Stejný princip ale platí i v případě, kdy se o změnu chování snaží osoba násilná. Pokud navštěvuje program pro osoby nezvládající agresi a mění své

83 Cooper, J., Vetere, A., *Domestic Violence and Family Safety: A systemic approach to working with violence in families*. London: Whurr Publishers, 2005.

84 Simon, F. B., Stierlin, H., *Slovník rodinné terapie*. Praha: Konfrontace, 1995.

85 Kratochvíl, S., *Manželská terapie*. Praha: Portál, 2005.

chování, ale jeho okolí stagnuje a není schopné tuto změnu přijmout, je těžké prolomit zažitý patologický vzorec. V praxi to pak může vypadat tak, že ohrožená osoba je natolik navyklá na násilné chování, že ho může do jisté míry i sama podnitit.

Výzkumně se právě tomuto tématu věnovali holandsí odborníci Kuijpers, Van der Knaap a Winkel⁸⁶, kteří zjistili, že násilí v rodině není ovlivňováno vždy jen vlastnostmi agresivního člena rodiny, ale také vlastnostmi oběti. Na základě těchto zjištění vznikl názor, že pro prevenci opakovaného násilí je důležité zabývat se osobními charakteristikami oběti i agresora. Smysl práce s ohroženou osobou na jejích vlastních charakteristikách a způsobech chování potvrzuje i Bednářová (2009), podle které dochází u osob ohrožených domácím násilím k opakovanému vstupu do násilných vztahů.

Simon a Stierlin⁸⁷ zmiňují, že v rámci rodinného systému je užitečné rozlišovat i mezi jednotlivými subsystemy (např. rodičovský, sourozenecký). V rámci těchto subsystemů totiž platí jiná pravidla než v systému celé rodiny. Rodiče se k sobě chovají jinak než děti a i jejich komunikace je na jiné úrovni. Toto je třeba mít na paměti především, když uvažujeme o domácím násilí z hlediska vztahů v rodině – jako násilí mezi partnery, rodiči a dětmi (ať už je osobou ohroženou rodič nebo dítě) nebo mezi sourozenci. Vnímání problematiky domácího násilí jako problému jedince a patologie jeho osobnosti je tak do značné míry omezené a mohlo by vést k neúspěchu při odborné intervenci. Ostatně i ze zkušeností s prací s danou cílovou skupinou v rámci intervenčních center se ukazuje, že sami klienti vnímají komplexní péči jako velmi důležitou a často mají zájem o péči pro všechny členy rodiny.

Osoba ohrožená domácím násilím v roli rodiče

Plaňava⁸⁸ popisuje základní funkce, které by měla každá rodina naplňovat, a jednou z těchto funkcí je i funkce reprodukční a výchovná. Spadá sem narození dítěte, jeho zajištění a následná výchova v rámci

86 Kuijpers, K. F., Van Der Knaap, L.M., Winkel, F. W., Victim's Influence on Intimate Partner Violence Revictimization: An Empirical Test of Dynamic Victim-Related Risk Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 2012, roč. 27, č. 9.

87 Simon, F. B., Stierlin, H., *Slovník rodinné terapie*. Praha: Konfrontace, 1995.

88 Plaňava, I., *Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk, 2000.

dané společnosti. Rodiče jsou těmi, kteří tvoří základní normativní pojetí vztahů v rodině i v širším sociálním prostředí dítěte. Na jejich příkladech se dítě učí, jaké chování je vhodné, akceptovatelné a co se naopak dělat nesmí. Rodina, kde dochází k násilí, ponižování či vyhrožování, je pro dítě nevhodným příkladem toho, jak mají vypadat mezilidské vztahy. Pro budoucnost dítěte pak může zkušenost z primární rodiny znamenat určitý posun v tom, co je vnímáno jako normální a jakým způsobem fungují běžné mezilidské vztahy. Dítě si pak tento vzorec přenáší i do své vlastní rodiny. Výzkumy⁸⁹ potvrzují mechanismus mezigeneračního přenosu násilí. Ukazuje se, že dítě, které vyrůstá v rodině, kde dochází k násilí, zažívá ve svém budoucím životě násilí častěji než dítě, které tuto zkušenost nemá. Dospělý jedinec, který se jako dítě setkal s domácím násilím, se může sám ocitnout v roli osoby ohrožené domácím násilím nebo se u něj mohou naopak projevit potíže se zvládnutím vlastní agrese. Naučilo se totiž, že agrese je způsob, jak si zajistit bezpečí pro sebe.

Jana (48 let): „V 18 letech jsem odešla od rodičů. Celé mé dětství táta mámu mlátil a já od toho chtěla utéct. Vlastně nevím, jak se to stalo, ale našla jsem si stejně násilného partnera, jako byl můj otec.“

Z hlediska systémového přístupu je důležité upozornit, že ve vysoce konfliktních rodinách dochází často k narušení symetrie vztahů mezi rodiči a dětmi. Málokdy totiž zůstává partnerský konflikt pouze na rovině partnerské, ale dítě je do něj vtahováno. Dítě pak může zastávat různé role (př. prostředník, soudce, spojenec, smířčí)⁹⁰. Nežádá se objevuje tzv. strategie obětího beránka, kdy se dítě snaží rodiče usmířit tím, že bere vinu na sebe, aby se rodiče ve snaze o jeho nápravu dali dohromady. V odborných kruzích se dále mluví o tzv. triangulaci, kdy je dítě prostředníkem mezi rodiči, vyřizuje jejich vzájemné vztahy, hledá pro ně řešení či je usmíruje. Za ještě vyšší míru zapojení se do konfliktu pak je možno považovat parentifikaci, kdy dochází k převrácení rolí a dítě

89 srov. např. Hines, D. A. Saudino, K. J., Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence: A Behavioral Genetic Perspective. *Trauma, Violence & Abuse*, 2002, roč. 3, č. 3.

90 Trampotová, O., Lacinová, L., Vtahování dětí do konfliktu mezi rodiči: porovnání a kritické zhodnocení současných teorií. *Československá psychologie*, 2015, roč. 59, č. 1.

naplňuje emoční potřeby rodiče.⁹¹ Jedná se o roli poradce, „vrby“ či náhradního partnera, se kterým může rodič sdílet svoje pocity. V takovýchto případech je pak možné se v praxi setkat s tím, že jsou to často děti (dospívající), kteří jsou iniciátory odchodu od násilného partnera. Podporují ohroženého rodiče v tomto rozhodnutí a někdy i pomáhají s praktickým zařizováním (př. kontaktují policii, vyhledávají informace o možnostech pomoci, o rozvodu). To může být pro ohroženého rodiče velmi důležitý impuls, a to zvláště v případech, kdy se snaží o zachování úplné rodiny především kvůli dětem. Je však třeba podotknout, že dítě se zde dostává do role, která mu vývojově, ani z hlediska vztahu dítě – rodič, nepřísluší. Skutečnost, jakou roli dítě zastává v rodinném systému, je důležité zmapovat pro vytvoření plánu následné péče o dítě.

Není výjimkou, že je v rodině více dětí, které násilí mezi rodiči přihlíží. Konfliktní vztahy rodičů mají pak vliv i na vztahy mezi sourozenci.⁹² Domácí násilí může sourozence paradoxně stmelit tím, že společně prožívají vše špatné, co se v jejich rodině odehrává. Někdy se dokonce starší sourozenec pasuje do role jakéhosi ochránce, který mladšímu pomáhá se s danou situací vyrovnat. Někdy se ale také stává, že jeden ze sourozenců začne napodobovat násilné chování, kterého je doma svědkem. Jeho obětí se pak může stát vlastní sourozenec nebo osoba mimo rodinu (např. spolužák ve škole, dítě sousedů atd.).

Naprosto patologickým obrácením rolí v rodině v kontextu domácího násilí je pak situace, kdy není násilnou osobou partner, ale dítě, které se dopouští násilného chování vůči vlastním rodičům. V takovém případě je vztah mezi rodičem a dítětem hluboce narušen. Násilné dítě, a to nezletilé i zletilé, využívá své fyzické převahy i skutečnosti, že mu rodič dává opakovaně nové šance. Rodič pak často své dítě sám před sebou omlouvá a zlehčuje projevy domácího násilí. Objevují se výčitky kvůli selhání při výchově dítěte. Situace bývá o to horší, pokud má rodič zdravotní potíže a je na svém násilném dítěti závislý. Prognóza nebývá v takových

91 Chase, N. D., Parentification: An overview of theory, research, and societal issues. In Chase, N. D. (ed.). *Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, 1999.

92 Dunn, J., Davies, L., Sibling Relationships and Interparental Conflict. In Grych, J. H., Fincham, F. (eds.). *Interparental conflict and child development: Theory, research and applications*. New York: Cambridge University Press, 2001.

případech příliš optimistická, protože možnosti, jak by se o násilí mohlo dozvědět okolí, jsou velmi limitované.

Jak je zřejmé z předchozích odstavců, výchovná funkce je v rodinách s výskytem domácího násilí touto skutečností velmi negativně ovlivněna. Podobně má domácí násilí negativní vliv i na další funkci v rodině, o které hovoří Plaňava,⁹³ a tou je funkce sociálně-psychologická a emocionální. Tato funkce je naplňována v rodině, kde si jednotliví členové pomáhají a vzájemně se podporují. Primární je zde pocit vzájemné lásky a příslušnosti k rodině. V rodině s výskytem domácího násilí však tento pocit chybí – násilná osoba ani osoba ohrožená není plně emočně dostupná. A i když se stává, že násilná osoba vyjadřuje v usmiřovacích fázích lásku, omlouvá se a slibuje změnu, není zcela možné zapomenout na násilí, ke kterému došlo. Pocity strachu a nejistoty jsou všudypřítomné.

Osoba ohrožená domácím násilím může být danou situací natolik zahlcena, že je pro ni obtížné zvládat plně roli rodiče. Svoji energii směřuje na zpracování traumatických zážitků, vyrovnávání se s opakujícími se zklamáními i na hledání možných řešení. Její rodičovské kompetence jsou tak pochopitelně negativně ovlivněny, což potvrzují i výzkumy. Kromě negativního vlivu na rodičovské kompetence je ale možné uvažovat i o tzv. přenosu afektu, kdy jsou negativní emoce vůči partnerovi směřovány na dítě.⁹⁴ Rodič si nevědomě projeví své nahromaděné negativní emoce vůči bezbrannému a lépe dostupnému cíli, kterým je dítě, místo partnera.

Kamila (35 let): „Vím, že na děti reagují hrozně podrážděně a že si na nich vybíjím zlost, kterou mám na manžela, ale já už nevím, co dělat, aby to přestalo.“

Opačným extrémem je pak snaha o kompenzaci ve vztahu k dítěti. Podle tzv. kompenzační hypotézy dochází ke kompenzaci emocí z jednoho vztahu ve vztahu jiném.⁹⁵ Domácí násilí tak paradoxně může vést

93 Plaňava, I., Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace. Brno: Doplněk, 2000.

94 Crockenberg, S. L., Langrock, A., The Role of Emotion and Emotional Regulation in Children's Responses to Interparental Conflict. In Grych, J. H., Fincham, F., (eds.). Interparental conflict and child development: Theory, research and applications. New York: Cambridge University Press, 2001.

95 Coiro, M. J., Emery, R. E., Do marriage problems affect fathering more than mothering? A quantitative and qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1998, č. 1.

i k tomu, že bude ohrožená osoba vyjadřovat více pozitivních emocí i pozornosti svému dítěti, aby si tak kompenzovala neuspokojivý partnerský vztah.

Paní Marcela (40 let) se s zhoršujícím se násilím v rodině rozhodla podřídit všechno své dceři Magdě, která trpí cukrovkou. Několik hodin denně se s ní učí a vymýšlí pro ni zajímavý program, protože chce, aby alespoň Magdička byla šťastná, když ona sama není.

Ať už se ale jedná o péči přehnanou nebo nedostatečnou, pro dítě je nevhodná a vede k nespokojenosti dítěte.

Důraz na vztah dítěte a rodiče

Již bylo několikrát upozorněno na fakt, že rodiče podceňují míru, do jaké jejich děti vnímají rodinnou situaci a násilí v ní. Mají pocit, že když děti nejsou přímými svědky incidentů, tak o nich neví. Navíc se v praxi často ukazuje, že, i když ohrožený rodič tvrdí, že se dítě konfliktů neúčastní, opak je pravdou. Když je více rozebírán průběh konkrétních situací, není výjimkou, že se pak v popisu objeví, že to bylo právě dítě, které volalo na policii nebo šlo pro sousedy a snažilo se tedy situaci řešit.

Jak upozorňují Humphreys, Thiara, Skamballis a Mullender,⁹⁶ komunikace o probíhajícím násilí i konfliktech minulých v rodinách často chybí. Ohrožené osoby neví, jak s dětmi o tom, co se v rodině děje, mluvit, a proto raději volí mlčení. Někdy také rodiče uvádějí svoji obavu, že by rozebírání situace způsobilo ještě větší traumatizaci dítěte, a proto raději mlčí. Otázkou pak je, co je pro dítě větším traumatem, jestli rozmluva o tom, co se děje, nebo strach a všudypřítomná nejistota plynoucí z nevědomosti (která někdy vyústí i v sebeobviňování se za konflikty rodičů).

Pokud se vrátíme zpět k systémovému přístupu, je důležité zdůraznit, že centrálním procesem v rodině je komunikace.⁹⁷ Prostřednictvím komunikace se totiž realizuje veškeré soužití v rodině. V praxi je možné setkat se s tím, že v rodinách, kde dochází k domácímu násilí, je komunikace mezi jednotlivými členy rodiny na velmi špatné úrovni. Komunikace

96 Humphreys, C., Thiara, R. K., Skamballis, A., Mullender, A., Talking about Domestic Abuse: A Photo Activity Workbook to Develop Communication between Mothers and Young People. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

97 Plaňava, I., Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace. Brno: Doplněk, 2000.

mezi osobou ohroženou a osobou násilnou je probíhajícím násilím vážně narušena a není dostatečně otevřená a symetrická, jak by zdravý vztah vyžadoval. Stejně tak, jako je narušena komunikace mezi rodiči, je narušena i komunikace mezi rodiči a dětmi (ať už jako chybějící komunikace nebo naopak komunikace příliš zahlcující, stavějící dítě do role náhradního partnera).

Ondra (14 let) se poprvé objevil v intervenčním centru po té, co se zjistilo, že nebyl čtyři dny ve škole. Matka v té době řešila velmi vážné domácí násilí. Ondrovo záškoláctví považovala za další břemeno, které musí nést a vnímalo ho jako projev sobectví. Při rozhovoru Ondry s psychologkou se ukázalo, že Ondra měl obrovský strach, že se z něj a matky stanou bezdomovci, když odejdou od násilného otce. Tento strach se navíc spojil se studem po té, co matka v okolí Ondrovy školy vyvěsila plakátky s informací o tom, že hledá byt. Ondra se bál, že si spolužáci všimnou plakátů a budou se mu smát. O svých obavách s matkou nemluvil, protože vnímal, že je na pokraji psychických i fyzických sil, a nechtěl ji více zatěžovat.

Účelem psychologické péče je proto také podpořit komunikaci mezi rodiči a dětmi. Rodinám je tak nabízena individuální péče pro jednotlivé členy rodiny, na kterou navazuje prostor pro společnou práci. Jako ideální model se jeví, pokud může rodič konzultovat s jedním psychologem a dítě s jiným. Společných setkání se pak účastní rodina a dva psychologové. Cílem společných setkání je poskytnout rodině prostor pro vyjádření vzájemných emocí, ale také vyjasnění různé otázky či nejistoty. V bezpečném prostředí se mohou děti zeptat se na cokoli a psycholog pomáhá rodiči formulovat odpověď srozumitelnou a věkově adekvátní formou. Vzájemnou otevřeností se tak zabrání tomu, aby si dítě nevytvářelo kvůli nedostatku informací různé fantazijní katastrofické scénáře.

Témata objevující se při práci s dětmi, svědky domácího násilí

Během terapeutického procesu se často u různých dětí, které byly svědky násilí mezi rodiči, objevují podobná témata. V další části budou proto nejčastěji zmiňovaná témata blíže popsána.

Hádky rodičů, násilné incidenty

Děti nezřídka velmi detailně a naturalisticky popisují fyzické násilí i verbální ponižování a nadávání, kterého byly u rodičů svědky. V rámci

psychologické práce je proto velký důraz kladen na možnost ventilace emocí, které jsou s těmito zážitky spojené. Některé děti prožívají spíše bezmocnost a prostřednictvím hry mohou prožít určitý pocit kontroly a vlastní účinnosti, což je pro ně korektivní zkušenost. U jiných dětí zase převládá smutek nebo agrese. Není tak výjimkou, že se během konzultace odehrávají formou hry i intenzivní bitvy, ve kterých mohou děti ventilovat svůj hněv v bezpečném prostředí.

Martínek (3 roky) popisuje, jak „táta mámu škrtil, kopal do ní. Křičel na ní. Ona brečela. Táta ji pořád držel pod krkem.“ Zároveň scénu, které byl svědkem, předvádí na plyšovém medvědovi.

Strach o ohroženého rodiče

Téma strachu o ohroženého rodiče je jedním z nejčastějších témat, které se při konzultacích objevuje, a to jak při rozhovorech, tak při spontánní hře. Pocit strachu velmi úzce souvisí s nedostatkem pocitu bezpečí, který se při hře nebo v dětské kresbě projevuje zvýrazněnou potřebou hranic a bezpečí, např. při stavění stavebnice děti staví extrémně silné zdi.

Klienti intervenčního centra často hodnotí, že po násilných incidentech mají děti tendenci se více ptát, kam právě jdou, kdy se vrátí a co přesně budou dělat. Děti vyžadují i bližší fyzický kontakt, např. se chodí častěji mazlit, chtějí být v neustálé blízkosti ohroženého rodiče a mít tak vlastně kontrolu nad jeho bezpečností.

Do intervenčního centra přišel otec Denisky (6 let) a Tomáše (9 let). Matka dětí směřovala svoji verbální i fyzickou agresi na otce, občas křičela i na děti. Po posledním výraznějším incidentu si otec všiml, že obě děti mají najednou problémy se separací od něj. V minulosti neměly potíže být s jinými lidmi, teď ale vyžadují otcovu neustálou přítomnost. Pokud není přítomen fyzicky, několikrát denně mu telefonují a ptají se, co dělá, kdy se vrátí a jestli je v pořádku.

Naštvaní na násilného rodiče a strach z něj

I když není násilí namířeno přímo vůči dítěti, mívá z násilné osoby strach. Někdy se stává, že se snaží ohroženého rodiče chránit a je tak ublíženo i jemu. V jiných případech je vztek a agrese směřována i na dítě, např. slovní komentáře typu „jsi stejně blbá jako tvoje matka“, „už nikdy

tě nechci vidět“, „stejně skončíš v děčáku“. Tyto věty si děti často pamatují doslovně a mají velmi negativní vliv na dětské sebepojetí.

Kristýnec (5 let) řekl otec při jednom ze svých afektů: „Máma, ty i ten pes – vy všichni jste blbí“. Kristýnka se k tomuto výroku ve vzpomínkách vracela a pociťovala velký strach z toho, že otec ublíží jí, matce nebo jejich pejskovi.

Pozice dítěte mezi rodiči

Ať už se jedná o jakýkoli spor mezi rodiči nebo o problematiku domácího násilí, dítě se často ocitá na pomyslné ose mezi rodiči. Buď je jeho úkolem vyřizovat vzájemné vzkazy a je zhruba uprostřed, ale také může být na straně jednoho z rodičů. Děti pak poslouchají, „jak je táta hrozný“ nebo „že je máma hysterka“ apod. V některých případech mohou být negativní informace o druhém rodiči sdělovány za přispění manipulace tak zručně, že dítě naprosto změní vztah k tomuto rodiči. Výsledkem může být až syndrom zavrženého rodiče, kdy dítě zcela nekriticky přijímá všechny informace, které od manipulujícího rodiče dostává. V klinické praxi je možné setkat se s devalvováním druhého rodiče jak u osob násilných, tak u osob ohrožených.

Matka Adama (12 let) odešla od násilného a velmi žárlivého manžela ke kamarádce. Adam pak o odchodu matky od manžela, otce Adama, mluvil takto: „Opustila nás a odešla od nás k jednomu ze svých milenců.“ „Vzali bychom jí zpátky domů, kdyby se nám omluvila za všechno, co udělala.“

Terezka (10 let) popisuje, jak se nerada baví s matkou o otci. Otec byl několikrát pod vlivem alkoholu násilný vůči matce, vůči Terezce nikdy. Při mapování toho, proč je pro Terezku obtížné s mamkou mluvit, se ukazuje zajímavá věc – matka se svými otázkami nevědomě snaží mít dceru pouze na své straně. Pokládá otázky typu: „Ty už tátu stejně nemáš ráda, vid?“; „Po tom, co mi táta udělal, tak už se s ním nikdy nechceš vidět, že mám pravdu?“ Terezka nevnímá jinou možnost odpovědi než popření náklonnosti k otci, a to před matkou i sama v sobě.

Pocit bezmoci vs. pocit zodpovědnosti

V rodinách, kde dochází k domácímu násilí, se cítí děti bezradně a neví, jakým způsobem situaci vyřešit. Grych, Fincham, Jouriles a McDonald⁹⁸ upozorňují, že někdy je pro dítě přijatelnější přijmout vlastní zodpovědnost než se potýkat s bezmocí. Děti si pak dávají vinu za konflikty rodičů. Vyčítají si, že se měly chovat jinak, učit se lépe, pomáhat doma více apod. v domnění, že by pak ke konfliktům mezi rodiči již nedocházelo. Někdy jsou pocity viny tak intenzivní, že si dítě přeje, aby se nikdy nenarodilo, protože pak by rodiče neměli důvod se hádat.

Verča (10 let) se podle slov matky po odchodu násilného otce hodně uzavřela do sebe. Nemá chuť být s kamarádkami jako dříve. Místo toho se teď hodně věnuje učení a každá horší známka je u ní spojená se silným pláčem. Při konzultaci s Verčou se ukazuje, že má Verča pocit, že hádky rodičů byly způsobené jejím horším prospěchem. Chce mít proto samé jedničky, aby se rodiče zase dali dohromady a už se nehádali.

Nejistota ohledně budoucnosti rodiny

Často probíraným tématem s rodiči je způsob, jak s dětmi komunikovat o budoucnosti rodiny. Rodiče často neví, co dětem říci, protože někdy ani oni sami neví, jak bude situace vypadat. Volí pak řešení raději neříci nic než něco, co není pravda. V dětech však toto mlčení vzbuzuje velké množství otázek. Tím, že na ně nedostávají odpovědi, prohlubuje se i pocíťovaná nejistota. Doporučení, které od poradenského centra proto rodiče dostávají, zní, aby dítěti nelhali, ale věkově přijatelnou formou mu pravdivě popsali, jaká situace je.

Marek (9 let) nevěděl, co znamenalo, když do bytu přišla policie a odvedla jeho tátu. Marek měl zároveň strach, že se táta vrátí a bude zase na všechny křičet, zároveň mu ale chyběla zábava, která s tátou někdy byla. Když se ptal matky na to, kdy se táta vrátí, řekla mu, že je na služební cestě a že ještě neví, kdy bude zpět. Marek nerozuměl tomu, že mu matka říká, že táta je na služební cestě, když ho viděl, jak odchází s policií. Tušil, že mu matka neříká pravdu.

98 Grych, J. H., Fincham, F., Jouriles, E. N., McDonald, R., Interparental conflict and child adjustment: testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child Development*, 2000, roč. 71, č. 6.

Reakce okolí

Především s dospívajícími a dětmi školního věku se zpravidla objevuje téma, jak mluvit o tom, co se děje/dělo doma, s kamarády nebo ve škole. Děti se stydí za to, co se mezi rodiči odehrává. Některé o tom potřebují mluvit, jiné naopak střeží svoje soukromí a nerady odpovídají na otázky týkající se domova. Na základě zkušenosti z poradenské praxe je možné říci, že je velmi důležité, aby nebyly děti tlačeny do toho mluvit o sobě (ani psychologem, ani dalšími osobami).

Během konzultací s Evou (13 let) bylo zjištěno, že se její třídní učitelka zná s Eviným otcem. Ten se dopouštěl domácího násilí na své manželce, matce Evy. Tato učitelka pravidelně oslovovala Evu o přestávkách a vyprávěla jí o tom, jak se otci daří špatně a jak by mu měli všichni odpustit. Eva na tyto informace nereagovala, ale často o nich pak dlouho přemýšlela. Situace vyeskalovala ve chvíli, kdy třídní učitelka nutila Evu mluvit během rodinné výchovy před celou třídou o tom, co se u nich doma právě děje.

Rozpad rodiny, nečastý nebo dokonce žádný styk s rodičem, který se násilí dopouštěl

Pokud se ohrožený rodič rozhodne odejít od násilného partnera, pro dítě to znamená, že se musí adaptovat na tuto změnu. Dříve bylo zvyklé na to, že mělo oba rodiče u sebe a najednou jeden z nich zmizí z jeho života. Děti na to reagují různými způsoby – někdy je u nich patrná snaha dávat rodiče dohromady, jindy pro ně jejich rozchod znamená úlevu, že násilí je u konce. Přestože se tedy může zdát, že rozchod vyřeší komplikovanou situaci, je důležité uvažovat o způsobech, jak děti zůstanou v kontaktu s oběma rodiči. Nutnou podmínkou je samozřejmě změna chování násilného partnera. O způsobech práce s osobou neovládající svojí agresi proto pojednává samostatná kapitola.

2.2.9 Specifika práce s handicapovanými osobami ohroženými domácím násilím

Osoby s fyzickou či mentální indispozicí jsou velmi snadnou obětí hned z několika důvodů:

- Prvním důvodem je snížená schopnost či možnost obrany před agresí. Schopností obrany rozumíme fyzickou schopnost útok odrazit, bránit se, uniknout do bezpečí a podobně. Možností obrany rozumíme faktickou možnost dovolat se ochrany svých práv a pomoci ve společnosti. Osoby, které jsou omezeny v pohybu, upoutány na invalidní vozík nebo mají pro svou mentální indispozici sníženou schopnost komunikace, jsou totiž v sociální izolaci, a proto je jejich možnost dovolat se ochrany velmi ztížena, ne-li přímo vyloučena.
- Druhým důvodem bývá často silná závislost zdravotně postižené osoby na agresorovi. Tím nerozumíme pouze ekonomickou a citovou závislost, jako je tomu u ostatních obětí, ale také závislost doslova existenční. Pro handicapované osoby je jejich rodina či blízký člověk jediným spojovacím článkem s okolím, jejich jediná společnost.
- V mnoha případech je další důležitou skutečností ztížená schopnost komunikace s okolním prostředím, a to na základě smyslového nebo mentálního postižení. Taková oběť například neumí nebo není schopna podat popis pachatele, nerozezná nebezpečnost situace a podobně.
- U obětí s mentálním postižením navíc existuje faktor důvěřivosti a nezkušenosti v lidských vztazích, rozpor mezi fyzickým vývojem a rozumovou úrovní, menší svědecká věrohodnost a snadná ovlivnitelnost, dezorientovanost v běžném životě, snížená schopnost předvídat nebo druhým sdělit, co se stalo.
- Jako další důležité faktory lze uvést například nízké sebevědomí oběti vyplývající z tělesného postižení, neschopnost samostatného jednání u osob s mentálním postižením, předsudky veřejnosti (v některých případech nejen laické), neznalosti intimní zóny při komunikaci, vliv psychofarmak, nedostatek morálních zábran.

Za velmi závažné považujeme situace, kdy je týrající osoba zároveň primárním pečovatelem. Oběť tak často nemá možnost kontaktovat advokáta či policii, protože nedokáže ani vstát z postele či udržet sluchátko telefonu bez pomoci svého trýznitele. Pokud se přece jen odhodlá vyhledat bezpečí v nějakém azylovém zařízení, stojí před ní problém, jak si najít vhodné zařízení a jak se tam dopravit. Zdravotně postižení často potřebují osobní asistenci, speciální pomůcky (vozik, respirátor atd.), léky a další nezbytné věci, které by zanechali doma. V České republice je obecně velký problém s dostupností úředních budov, k němuž se pojí častá neochota zdravotně postiženým pomáhat. Jde tedy jednak o problém fyzické nepřístupnosti, ale také o nedostatek ochoty odchytil se od zaběhnutých postupů a pokusit se najít způsob, jak problém vyřešit.⁹⁹

Specifika a projevy domácího násilí u zdravotně postižených:¹⁰⁰

Do jisté míry se tato specifika a projevy podobají domácímu násilí na seniorech. Podle výzkumů americké provenience dochází k domácímu násilí asi v 5 % případů zdravotně postižených. Z těchto výzkumů lze rovněž zjistit údaje o osobě pachatele násilí vůči zdravotně postiženým a jeho vztahu k oběti. Pachatel domácího násilí, kdy ohroženou osobou je handicapovaný člověk, je ve 37 % současný nebo minulý manžel/ka, ve 28 % neznámá osoba, v 15 % rodič, v 10 % sociální pracovník, ošetřovatel, v 10 % jiná osoba. Pokud jde o vztah mezi pachatelem a obětí, tak 96 % obětí znalo pachatele, ve 44 % byla agresorem osoba pečující o oběť, 97 % obětí bylo napadeno více než jednou. Specifikum domácího násilí u zdravotně postižených spočívá zejména v tom, že oběť je odkázána na pachatele. Postižení dosahují na pomoc velmi těžce, nebo se o možnostech pomoci ani nemají jak dozvědět. Tomu, co je na nich páčáno, nerozumí (lidé s mentálním postižením nemají schopnost se přesně orientovat v realitě). Vedle „klasických“ forem domácího násilí, jakými jsou fyzické, psychické, sexuální a další, se u zdravotně postižených objevují i specifické formy týrání jako: **zanedbávání**, kdy se jedná o nedostatečnou péči ze strany pečovatele (nedostatek kvalitní stravy, tekutin, špatná péče o zevnějšek, čistotu a kvalitu šatů a prádla), **otevřené zanedbání**, kdy je postižená osoba ponechána bez jakékoliv pomoci a péče. Vzhle-

99 <http://www.rodina.cz/clanek6023.htm>

100 <http://www.orfeus-cr.cz/?q=cs/domaci-nasilii>

dem k částečné či úplné závislosti postižených osob na pomoci někoho dalšího, je nutné vytvořit velmi přesný a citlivý způsob diagnostiky násilí u těchto osob. Systém by měl spočívat na kvalitním vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí a zdravotnického personálu, kteří s těmito osobami přijdou (mimo jejich pečovatele) do styku. Tito pracovníci by měli být dobře proškoleni a kromě série citlivých a jasných otázek by měli mít představu o možných fyzických, emocionálních a kognitivních projevech a příznacích týrání.

Komunikace se specifickými skupinami pacientů

V kapitole 2.2.9 je popsána charakteristika handicapovaných osob ve vztahu k domácímu násilí. Komunikace s handicapovanými pacienty má stanovená určitá pravidla, v případech domácího násilí, při nichž je výrazně ovlivněna emocionální stránka pacienta, je na dodržování pravidel kladen o to větší důraz.

Pravidla komunikace se specifickými skupinami pacientů popisuje výstižně Honzák¹⁰¹, Venglářová a Mahrová¹⁰² i Linhartová¹⁰³:

Depresivní pacienti jsou mimořádně citliví na svůj zdravotní stav a na jakoukoliv negativní poznámku o něm. Chování depresivních lidí vyžaduje od ošetřujícího personálu mimořádnou trpělivost až obětavost, zvláště pokud se zdravotní problém, v našem případě spojený s domácím násilím, nedá vyřešit rychle.

Zásady komunikace:

- dáváme najevo pochopení pro stav i situaci pacienta,
- není vhodné apelovat na silnou vůli pacienta (snížená vůle je projevem deprese a pacient by se mohl cítit provinile, že nevyhověl požadavku),
- nevyhýbáme se rozhovorům, nasloucháme,
- chybou je bagatelizovat obtíže, nutit pacienta k rozhodování, doporučovat nové aktivity nebo ponechat pacienta sama sobě.

101 srov. Honzák, R., Komunikační pasti v medicíně, druhé přeprac. vydání, Praha: Galén, 1999.

102 srov. Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing, a. s., 2006.

103 srov. Linhartová, V., Praktická komunikace v medicíně, Praha: Grada Publishing, a. s., 2007.

Vyvarujeme se obdobných vět: „Jak se vám to mohlo stát?“ „Jak je možné, že to potkalo zrovna vás?“ „Ono to bude časem dobré...“

Charakteristické znaky chování **úzkostného pacienta**: pacient je schoulený, odvrací zrak. Hovoří nejistě, s obavami, opakovaně vyjadřuje pochybnosti. Opakuje dotazy, opakovaně žádá o ujištění, že se vše zlepší. Potřebuje pozornost zdravotníků. Obává se vyjádřit svůj názor, odkládá rozhodnutí. Odvolává se na jiné.

Zásady komunikace: zachováváme klidný přístup, poskytujeme dostatek času na rozhovor, vybíráme vhodné prostředí pro rozhovor, soukromí. Hovoříme klidně, volným tempem řeči, poskytujeme přesné informace, probíráme možné varianty, povzbuzujeme pacienta v rozhodování.

Doporučené věty: „Jen vy sám/sama můžete změnit svůj život.“ „Co jste již zkusil/zkusila – fungovalo to?“ „Uděláte to případně zase?“

Člověk s **mentálním postižením** prochází odlišným psychosociálním vývojem. Úroveň sociálních dovedností těchto pacientů je různá. Procházejí celou řadou sociálních prostředí, učí se chovat a reagovat v rámci norem těchto prostředí.

Zásady komunikace: k postiženému přistupujeme jako k jiným pacientům, reagujeme na jeho specifické potřeby, ale s větším taktem a větší trpělivostí. Volíme krátké a srozumitelné věty, úroveň sdělení přizpůsobujeme možnostem pacienta, ověřujeme si, že porozuměl. Opakujeme otázky i instrukce tolikrát, kolikrát je to zapotřebí. Sledujeme pacientovy neverbální projevy, zachováváme trpělivost, toleranci. Chováme se k pacientovi jako k dospělému, nikoli jako k dítěti. Hovoříme přímo s pacientem, nikoli pouze s doprovodem.

S nevidomým člověkem jednáme stejně jako s ostatními pacienty, vyvarujeme se projevům soucitu. Respektujeme míru jeho zrakového postižení a stupeň jeho bezmocnosti a tomu přizpůsobíme i komunikaci. Vytvoříme přijatelné akustické prostředí, odstraníme zdroje rušení a šumu. Podání ruky, hmat, nahrazují nevidomému oční kontakt. Pokud to lze, umožníme mu hmatem poznat prostředí. Pomoc nevnucujeme, ale pouze nabízíme. Dotýkáme se ho jemně a s citem, na dotyk ho předem upozorníme.

Komentář zdravotnického pracovníka musí nahrazovat pacientovi zrak, proto důsledně popisujeme veškeré naše činnosti. Upozorníme nevidomé, vstupuje-li někdo další do místnosti, nebo pokud místnost opouští. Jednáme pouze s nevidomým, i když má s sebou doprovod. Má-li dioptrické brýle, zeptáme se, zda vidí, protože může jít pouze o simulaci.

Vhodné je poslat zprávu z vyšetření pacientovi elektronicky, aby si ji mohl přečíst na počítači vybaveném speciálním softwarem pro nevidomé.

Neslyšícího pacienta lehkým dotykem upozorníme na to, že s ním chceme mluvit. Musíme se postavit tak, aby nám viděl na rty. Vždy musíme navázat oboustranný zrakový kontakt. Přerušeni očního kontaktu je signálem, že hovor končí. Není vhodné stavět se zády k oknu nebo ke zdroji světla, pacienta to oslňuje a špatně vidí na naše ústa. Zřetelně artikulujeme, mluvíme pomalu, používáme běžná slova v jednoduchých větách, nepoužíváme cizí termíny. Ujišťujeme se, že nám neslyšící rozumí.

Pokud si nejsme jisti, že si s pacientem rozumíme, raději informaci napíšeme na papír. Pokud se dostavil neslyšící s tlumočnickem, musíme počítat s tím, že ošetření i rozhovor zabere více času.

Tělesně postiženým pacientům většinou nedělá problém verbální komunikace. Pokud je pacient na lůžku nebo na vozíčku, je potřeba si při rozhovoru s ním sednout. Přímou se zeptáme, jakou potřebuje pomoc, např. při překonání bariéry, apod. Při komunikaci s ním dodržujeme běžné konvence.

Základním vybavením zdravotnického pracovníka by měla být znalost zařízení poskytujících poradenskou a sociální práci v regionu a schopnost spolupráce s nimi.

V sociální oblasti je pojem pacient nahrazen slovem klient, přičemž klient je ten, kdo stanovuje zakázku. Ve zdravotnické praxi tedy půjde o dohodu o tom, koho lze v konkrétní situaci požádat o pomoc, na koho se může pacient obrátit, eventuálně spolu s námi. Můžeme pacientovi poradit, je však pouze na něm, zda chce svoji situaci řešit, a záleží pouze na něm, jakým způsobem to udělá.

Za dospělého pacienta nelze přebírat zodpovědnost. Jiná situace je u dětí, kdy bychom v případě jejich ohrožení měli informovat příslušné instituce (viz kapitola 3.1.2)

2.2.10 Specifika práce s osobami z jiného sociokulturního prostředí ohroženými domácím násilím

V této kapitole se pokusíme vysvětlit odlišnost vnímání násilí páchaného v rodině mezi osobami z jiného sociokulturního prostředí a v rodinách etnických menšin žijící v České republice. Tyto skupiny se na rozdíl od většinové společnosti vyznačují větší uzavřeností a vystoupení z kruhu násilí je tak pro ohrožené osoby mnohem obtížnější. Pro zdravotníky a sociální pracovníky je důležité znát určité kulturní odlišnosti alespoň tak, aby nabízená pomoc byla efektivní a respektovala kulturní odlišnost sociální komunity, ke které ohrožená osoba přísluší. Odlišná kultura, náboženství nebo jiné zvykové právo ale není v žádném případě nadřazeno zákonům České republiky, domácí násilí tedy nelze těmito odlišnostmi omlouvat. Na odlišnosti upozorňujeme proto, že pokud jsme si jich vědomi, může náš respektující přístup přispět k rozhodnutí ohrožené osoby začít situaci násilí v rodině řešit.

Ohrožené osoby z jiného sociokulturního prostředí mohou být:

- **Imigranti** = lidé přicházející do České republiky z jiných zemí za účelem dlouhodobějšího pobytu. Pro účely této publikace se budeme věnovat lidem ze zemí s odlišnými tradicemi, kulturou, náboženstvím, odlišným zvykovým právem, kteří v České republice pobývají legálně či nelegálně.
- **Uprchlíci** = tvoří jen malou část skupiny imigrantů. V České republice pobývají sice legálně, ale svou zemi původu opustili nedobrovolně. Ztráta zázemí a původních vazeb spolu s nebezpečím, které uprchlíkům v původní zemi hrozí, je důvodem k větší pozornosti většinové společnosti k této skupině, která je traumatizována již sa-

motným faktem ztráty domova a často dramatickými podmínkami cesty do bezpečného státu.¹⁰⁴

- **Etnické menšiny žijící v ČR** = domácí násilí jde napříč všemi sociálními skupinami, výjimkou nejsou ani romské komunity. Násilí v romských rodinách je často vázáno na situaci, významným faktorem se pak stává vysoká míra sociálního vyloučení a chudoba, ve které se Romové často nacházejí. Do řešení problému mezi partnery zasahuje široká rodina, její silná soudržnost komplikuje ohroženým osobám možnost hledat pomoc. Postavení muže a ženy je vymezena striktně, povinností ženy je zabezpečit chod domácnosti, vychovávat děti a poslouchat svého muže.

Myšlenka věnovat se ohroženým osobám z řad cizinců a z jiného sociokulturního prostředí je zatím v České republice poměrně nová, přestože několik organizací pomáhajících v případech domácího násilí má praktickou zkušenost v této oblasti; metodiky a postupy pro získání multikulturní empatie¹⁰⁵ zatím vytvořeny nejsou.

Nicméně zahraniční studie ukazují, že problém domácího násilí je v komunitách cizinců velmi častý, ale získat přístup do těchto komunit a možnost zásahu proti pachateli násilí jsou velmi obtížné.

Faktory negativně ovlivňující situaci ohrožených osob:¹⁰⁶

- patriarchální kultura, v níž je zakotveno dominantní postavení mužů,
- majetnický pocit mužů ke svým ženám, s tím může souviset i majetnické sexuální chování,
- souhlas s fyzickým trestáním žen, který může komunita projevovat přímo nebo nepřímo,
- tichý souhlas komunity s tím, že nevěra muže je tolerována/ nevěra ženy je trestána,

104 srov. Miklušáková, M. in Dvořáková, J. a kol., *Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi*. 1. vyd., Praha: Triton 2006.

105 Pojem „multikulturní empatie“ předpokládá porozumění kulturním vzorům a zvykům lidí pocházejících z jiného prostředí.

106 Foltysová, J., příspěvek na semináři pořádaném Spondeo o. p. s., 2. 12. 2008 na téma: Ochrana osob ohrožených domácím násilím z řad cizinců žijících v ČR.

- používání násilí jako prostředku dosažení vlastních zájmů – „právo silnějšího“,
- nedůvěra k policii a nedůvěra k institucím obecně,
- vysoká preference tradičních hodnot, jako je úcta a rodina a s tím související pocity hanby v případě, je-li násilí v rodině odhaleno,
- uzavřenost rodiny, rodina je nadřazena nad individuálními potřebami jednotlivce,
- obava z kriminalizace člena rodiny a zároveň neznalost zákonných možností ochrany a také neznalostí preventivních systémových opatření.

Hlavní překážkou vyhledání pomoci pro ohrožené osoby z řad cizinců je **jazyková bariéra**. Tato skutečnost, která dostává ohrožené osoby do ještě větší izolace a závislosti na komunitě, je také důvodem obav, že kdyby ohrožená osoba vystoupila z násilného prostředí, bude ve větší nové společnosti ztracená. Jazyková bariéra ztěžuje komunikaci s těmi, kdo mohou pomoci (policisté, zdravotníci, sociální pracovníci), pokud se cizinec bez znalosti jazyka vůbec o takové pomoci dozví.

Zcela specifickou skupinou jsou ilegální migranti, u kterých se ještě přidává strach z odhalení nelegálnosti jejich pobytu a z deportace.

Zaznamenali jsme případ klientky, která byla týrána svým partnerem. Týrání skončilo tak závažným napadením, že klientka musela být převezena do nemocnice k okamžitému lékařskému zákroku. Po tomto incidentu případ šetřila kriminální policie, zmíněná klientka byla v roli poškozené. Současně se ale přišlo na to, že je v České republice již nějakou dobu nelegálně, a to z důvodu, že jí násilný partner zabránil legální pobyt prodloužit. Následně dostala rozhodnutí o správním vyhoštění do země původu, kde nemá žádné zázemí. Její situace se tak paradoxně ještě zhoršila: stala se obětí trestného činu, byla zraněna a vyhoštěna do země, kde se jí bez finančních prostředků nepodaří zajistit si následnou lékařskou péči.

Dalším specifickým jevem, se kterým se můžeme setkat při práci s ohroženou osobou pocházející s jiného sociokulturního prostředí, je negativní dopad už zmíněné vysoké soudržnosti rodiny a komunity. Pro ohrožené osoby to může znamenat nebezpečí nejen ze strany samotné násilné osoby, ale také ze strany ostatních členů rodiny nebo komunity. Proto je odchod z násilného prostředí ještě komplikovanější a pomáhající pracovníci musí znát specifické potřeby takto ohrožených osob a mít kontakty na pomáhající instituce.

Specifické potřeby pomoci:

- azylové domy s utajenou adresou,
- tlumočnické a překladatelské služby,
- dostupnost zdravotní péče a finanční pomoc při absenci zdravotního pojištění,
- právní poradenství v otázkách legalizace pobytu.

Zdravotnický pracovník se může setkat při své práci s pacienty, pro něž je charakteristická jiná kultura či náboženství. Do ordinace přicházejí **pacienti cizích národností**, u nichž mohou být zvyklosti v komunikaci jiné než u nás. Vietnámec např. úsměvem oznamuje, že nerozumí, což by našeho zdravotnického pracovníka mohlo zmást. Čím více nerozumí, tím více se směje, takže tím dokonce může i dráždit. Arabské ženy zase mívají problémy v gynekologických ambulancích, jejich muž chce být obvykle vyšetření přítomen.

Z hlediska ošetrovatelské praxe je nejdůležitější otevřená komunikace o odlišnostech vnímání téže situace z různých pohledů zúčastněných osob. Obecně platí, že vstoupí-li do ordinace cizinec, musíme se jej za způsob komunikace zeptat, abychom předešli případným nedorozuměním.

Největší obtíže mnohou nastat při komunikaci s cizinci, kteří neumí česky. Pokud není možné zajistit tlumočení, je potřeba využít prostředky neverbální komunikace. Na některých pracovištích byl pilotně vyzkoušen program komunikace s cizinci prostřednictvím komunikačních karet¹⁰⁷. Použitím této pomůcky může zdravotnický pracovník získat od pacienta základní informaci o saturaci jeho základních potřeb a částečně

107 Kudlová, P., Dvořáková, G., Komunikační karty-alternativní způsob komunikace mezi zdravotníky a pacienty cizinci, *Dimenze moderního zdravotnictví*, 2007, roč. 1, č. 1, s. 6–7.

i potřeb vyšších. Na komunikační kartě je znázorněn jednoduchý, výstižný a jednoznačný piktogram tak, aby ho pacienti byli schopni dešifrovat. Na některých kartách může být pro lepší orientaci pod piktogramem umístěn i text, a to v několika jazycích.

Nejjednodušší pomůckou je ale vždy použití jednoduchých náčrtků, např. při lokalizaci fyzických útoků násilníka na osobu ohroženou domácím násilím.

2.3 Specifika práce s osobami, které nezvládají svou agresi

2.3.1 Typologie osob dopouštějících se domácího násilí

Neexistuje typický profil pachatele domácího násilí, násilné osoby pocházejí ze všech vrstev společnosti a není ani možné definovat jeden společný povahový rys. Přesto se dá říci, že je pro pachatele domácího násilí charakteristická určitá rozdvojenost osobnosti, která se projevuje diametrálně odlišným chováním vůči blízkým osobám a vůči ostatním lidem ve společenském kontaktu. Násilné osoby tak bývají nazývány „lidé dvou tváří“, kteří navenek vystupují jako ochotní, sympatičtí, komunikativní lidé, ale za zavřenými dveřmi se mění jako Dr. Jekyll a pan Hyde a vůči svým blízkým uplatňují nadměrnou moc a kontrolu, která je ohrožuje.

Násilí se tito lidé dopouštějí především z pocitu, že ke svému partnerovi si to mohou dovolit, podobně jako k věci, která jim patří.

Než budete číst dále, zkuste určit alespoň tři společné rysy, které podle vás spojují násilné osoby:

- ?
- ?
- ?

Různé odborné studie se snaží nalézt příčiny chování násilných osob a zkoumat tak problematiku výskytu násilného chování mezi blízkými osobami. Existuje několik zveřejněných typologií, které příčiny domácího násilí rozdělují na základě různých vzorců:

- podle zdroje agrese,

- podle psychologického profilu násilníka,
- či podle situace předcházející násilnému incidentu.

Současné poznatky o chování a motivaci pachatelů domácího násilí nelze vtěsnat do jednoho modelu, zkušenosti z praxe po přijetí legislativy na ochranu před domácím násilím ukazují, že rozsah případů je širší, než připouští původní čistě feministicky orientované koncepce. Přestože muži jako pachatelé násilí jednoznačně vedou kriminalistické statistiky, v této kapitole se zaměříme také na typické projevy násilného chování žen.

Čírtková shrnuje výše uvedené příčiny domácího násilí do následující typologie:¹⁰⁸

- **„Kriminálník“ osoba s obecným sklonem k násilí** = domácí násilí u těchto osob je projevem širšího sklonu k násilnému chování napříč situacemi, ve kterých se ocitnou, agresivní reakce je důsledkem omezených sociálních dovedností. Chování se projevuje nízkou schopností empatie, pozitivním postojem k agresivitě a silným nepřátelstvím vůči ženám.
- **„Specialista“ páchá násilí pouze v rodině** = jde o již výše zmíněného „člověka dvou tváří“, tito pachatelé domácího násilí používají agresivitu pouze při interakci se svým partnerem, v jiných situacích dokáží svoji impulzivitu ovládnout. Tito násilníci často po incidentu vysvětlují svoji agresivitu chováním partnera a vymlouvají se na to, že byli vyprovokováni.
- **„Hraniční osobnost“ osoba s psychickou zátěží** = jde o emocionálně labilní osobnost, která pokud je konfrontována s partnerskými problémy, je vnímá jako ohrožení sebe sama a v násilí ventilují svou nespokojenost. Tyto násilné osoby jsou často zdatnými manipulátory, kteří po incidentu za své špatné nálady dávají vinu partnerovi.

Předchozí typologie násilných osob se týká především mužů, kteří jsou podle oficiálních kriminalistických statistik častějšími pachateli domácího násilí. Existuje však několik studií, které uvádějí, že ženy iniciují

108 Čírtková, L., příspěvek „Typologie násilných osob – nové poznatky“, konference Pardubice 3. 12. 2008.

násilné incidenty stejně často jako muži, ale útoky nedokončí a případné fyzické útoky agrese nemají tak závažné důsledky.

- **Ženy jako násilné osoby** = většina žen vysvětluje své násilné chování potřebou uvolnit se, svým vztekem nebo potřebou ublížit partnerovi. Jen asi 15 % žen, které použily násilí vůči svému partnerovi, udává jako důvod sebeobranu.

2.3.2 Osoba nezvládající agrese ve vztazích

Následující text je převzat z publikace „Domácí násilí v kontextu rodiny a práce“, která vznikla v rámci projektu „Usnadnění vstupu na trh práce s výskytem domácího násilí“ podpořený ESF prostřednictvím OPLZZ.

Další část kapitoly vznikla pro publikaci „Mlčení bolí. Postřehy z desetileté praxe intervenčních center.“ od kolektivu autorů, která vyšla v roce 2016. Tato publikace vznikla v rámci projektu „Zlepšení praxe při prevenci, identifikaci a potírání domácího násilí prostřednictvím profesní specializace“ podpořený nadací Open Society Fund Praha z programu Dejme (že)nám šanci, který je financován z Norských fondů.

Touha ovládat a kontrolovat, jakož i nenávisť a v ní kořenicí agrese, jsou jedny z přirozených komponent lidské psychiky, bez ohledu na pohlaví a věk. Jedním z mnoha důsledků ztráty kontroly nad těmito patologickými vlastnostmi je jejich manifestace v podobě fyzického, psychického, sexuálního či ekonomického násilí mezi blízkými osobami žijícími společně v jedné domácnosti, které se zpravidla odehrávají mimo kontrolu společnosti. Tyto projevy agrese a patologického zacházení s mocí – kdy zároveň platí, že intenzita násilných incidentů se stupňuje a vzájemné role násilné a ohrožené osoby se nemění – jsou označovány jako domácí násilí.

Dnes už víme, že domácího násilí se dopouštějí nejenom muži, ale také ženy. Víme také, že toto násilí se nevyskytuje pouze v partnerském vztahu dospělých osob, ale týká se také dětí, seniorů a lidí s handicapem. K násilí nedochází pouze v partnerských vztazích, ale dopouštějí se ho rovněž rodiče vůči svým dětem, dospělé děti vůči rodičům, dospělá vnoučata vůči prarodičům... Jak již bylo uvedeno výše, domácí násilí se dotýká fungování celé rodiny a je tedy třeba přistupovat k řešení této si-

tuace systémově a komplexně. Proto je ze zákona považován za osobu ohroženou kdokoliv, kdo s obětí domácího násilí žije, a proto by podpora měla směřovat nejenom k osobám přímo vystaveným domácímu násilí, ale například i k dětem, které jsou jeho svědky, popř. dalším příbuzným či blízkým osobám žijícím v domácnosti s násilníkem.

Součástí rodinného systému je i osoba, která se domácího násilí dopouští a která buď dále zůstává v domácnosti, pokud ohrožené osoby nechtějí vztah ukončit (může se rovněž jednat o mezigenerační domácí násilí), nebo, i když společnou domácnost opustí, je pravděpodobné, že v dalším vztahu bude v patologickém chování pokračovat. Z tohoto důvodu je tedy žádoucí, aby intervenční centra měla specifické programy i pro ty, koho intervenční centrum označí jako násilné osoby.

Při podpoře osob, které žijí v rodině s výskytem domácího násilí je třeba co nejdříve zajistit bezpečí ohroženým osobám a zabránit dalšímu násilí. Násilí je nepřijatelné a musí být postihováno. A to i včetně uplatnění institutu vykázaní nebo vzetí do vazby a případnému odsouzení k výkonu trestu odnětím svobody. Na druhou stranu nástroje represe a trestu nejsou jedinými nástroji řešení násilí v rodinách a ve vztazích.

Osoba, která se násilí dopouští, nese plně důsledky za své chování, a je pouze na ní, zda se rozhodne pro změnu. Přestože z dosavadní zkušenosti ze spolupráce s klienty vyplývá, že v mnoha případech nelze situaci domácího násilí nazírat pouze jednostranně, tedy černobíle ve smyslu „za všechno může ten, který se násilí dopouští a všichni ostatní jsou v tom nevině“, nelze agresivní chování omlouvat a marginalizovat¹⁰⁹. Např. skutečnost, že osoba páchající násilí, byla v dětství sama svědkem domácího násilí nebo mu byla přímo vystavena, není důvodem zbavit ji zodpovědnosti za její aktuální patologické chování. Na druhou stranu to není a priori důvod tuto osobu zcela zavrhnout, sociálně ji stigmatizovat a izolovat. Citlivé a vyvážené vnímání kontextu, ve kterém se domácí násilí odehrává, včetně životní anamnézy jeho aktérů, je důležitým předpokladem pro jeho účinné řešení.

S tímto souvisí také používání pojmů jako např. „osoba neovládající agresi“ nebo „osoba dopouštějící se násilí“, které mohou lépe vyjadřovat postoj, že odsouzení hodná není ta agresivní osoba, nýbrž jen její agre-

109 Zkušenosti systémové práce s osobami ohroženými domácím násilím a osobami neovládajícími agresi ve Spondea, o. p. s. v letech 2014–2016.

sivní chování. Problém tedy nespočívá v tom, že je někdo „násilník“, ale v tom, že nemá pod kontrolou svoji agresi, která má v některých případech velmi patologickou a společensky nepřijatelnou podobu.

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje nezbytná podmínka, aby se osoba dopouštějící se násilí mohla změnit, a to, že si musí uvědomit své patologické chování a rozhodnout se s tím začít něco dělat. Toto je přímo podmíněno skutečností, že přijme zodpovědnost za své chování. A to i v případě, že k tomuto náhledu dojde až v průběhu spolupráce s odborníkem. Je důležité, aby osoba, která se násilí dopustila, pochopila, že agresivní chování není v naší společnosti přijatelné.

Individuální a skupinové programy

Individuální i skupinové programy se zaměřují na eliminování násilného chování a na umění zvládat konflikty v každodenním životě. K dosažení těchto cílů program vytváří podmínky, které umožňují přijmout zodpovědnost za páchané násilí, osvojit si různé nástroje na zvládání konfliktů, rozvíjet empatii se situací ohrožených osob a získat schopnost zvládat vztahy s blízkými osobami. Jak již bylo uvedeno výše, klíčovou podmínkou pro změnu v životě osoby, která se dopouští násilí, je získat náhled na vlastní chování a přijmout odpovědnost za toto chování. Přičemž motivace klienta se může v průběhu spolupráce měnit, jinými slovy, nutnou podmínkou vstupu do programu nemusí být vždy klientova motivace změnit svoje násilné chování. Jeho rozhodnutí se může skrývat za jiné očekávání a cíle např.: „Musím něco udělat, abych mohl vidět děti.“, „Aby se mnou partnerka zůstala, nastoupím do programu.“ Z výše uvedeného tedy vyplývá, že není kontraproduktivní doporučit klientům program také jako součást alternativního trestu.

Marek (32 let) se rozvedl s manželkou, ale chtěl vidět dál své dva malé syny. V domácnosti před tím docházelo k situačnímu domácímu násilí. OSPOD mu nařídil program pro osoby nevládající agresi, protože při předávání dětí i nadále docházelo k vyhroceným situacím, silným hádkám a postrkování. Nejdříve absolvoval v individuálním program dvanáct setkání a pak z vlastní vůle vstoupil do skupinového programu. Ve skupině pak reflektoval, že ačkoliv sem přišel jenom kvůli klukům, je teď rád, že do skupiny chodí, protože kluci jsou více v klidu a pomáhá mu to i v novém vztahu s přítelkyní.

Vedle individuální práce s osobami nezvládajícími agresi ve vztazích se ukazuje jako velmi účinná skupinová práce. Skupina je velmi vhodným prostředkem pro sdílení příběhů jednotlivých klientů. Díky skupinové dynamice mohou klienti rychleji dojít ke správnému názoru na násilné chování, členové skupiny si pak sami poskytují korektivní zkušenosti a edukují se v tom, jak obratně zvládat nahromaděnou energii. Členové skupiny si navzájem nastavují zrcadlo a motivují se k další práci na sobě. Skupina se pak stává pevným společenstvím, kde je prostor pro sdílení osudů, nesnází, neúspěchů, ale i výher a pozitivních posunů v chování.

Individuální a skupinové programy zahrnují tři oblasti spolupráce s osobami nezvládajícími agresi, které však nejsou striktně odděleny, přesto mohou v různých etapách spolupráce některé z nich převažovat. Jedná se o edukaci, trénink dovedností a terapii. Konkrétní postupy a aktivity v rámci těchto tří oblastí přímo míří na dosažení stanovených cílů programu, kterými jsou přijetí zodpovědnosti za páchané násilí, vnímání sebe sama a sebeovládání, akceptace vlastních i cizích mezí, zvládání fyzické a verbální agresivity, porozumění situaci osob, které jsou agresi vystaveny, osvojení jiných nástrojů řešení konfliktů, osvojení technik psychohygieny, technik redukce stresu a relaxace, schopnost zvládat vztahy s blízkými osobami.

Prvky edukace jsou obsaženy zejména v úvodních konzultacích, které mají za cíl zjistit, jak klient vnímá násilí, a případně ho korigovat. Účastníci se seznamují např. s typologií násilí, mechanismy agrese, modely zdravého a nezdravého zvládání těžkých, konfliktních situací a agrese. Trénink dovedností a postupů zvládání vzteku a agrese je součástí programu již od úvodních konzultací, mnohé z technik se v průběhu celého programu pravidelně nacvičují. Tyto techniky jsou zaměřené na rozvoj obratnosti při zvládání hněvu a agrese a patří sem například techniky kotvení v tělesném prožívání, relaxace a aktivizace. Program zahrnuje také nácvik asertivní komunikace a time-outových technik, postupy redukce stresu a zvládání každodenního života. Terapeutický přístup se používá zejména v rámci navazujících typů programů a zaměřuje se na hlubší témata, která více pronikají do osobnostních struktur klientů. Zde se jedná o jejich pojmenování, analýzu jejich patologických kořenů a jejich překonání.

Výše uvedené umožňuje spolupracovat s klientem na třech úrovních jeho patologií. Klient se učí kontrolovat a zvládat své agresivní chová-

ní, trénuje se v kontrole a zvládnání vlastního vzteku (na úrovni představ, myšlenek a rozhodování) a konečně, v rámci terapie, se učí rozlišovat, reflektovat a zvládat své patologické sklony a doposud skryté tendence.

Provázání práce s osobou ohroženou a osobou nevládající agresi

Práce s osobami, které se dopouštějí násilí, však může přinášet pouze dílčí výsledky, pokud ji efektivně neprovází podpora osob, které byli tomuto násilí vystaveny nebo byli jeho svědky. A to zejména v situacích, kdy násilné osoby zůstávají v původním vztahu nebo mají zájem o kontakt se svými nezletilými dětmi, které byly svědky násilí.

Osoby nevládající agresi, které zůstávají v původním vztahu či rodině, a které pracují na změně patologických vzorců svého chování, jsou konfrontovány nejenom se svými patologickými stavy, ale musí čelit i vnějším spouštěčům a zvládat je, například to může být konkrétní chování partnera/ky nebo dětí. Někteří klienti se podělili o zkušenost ze situace, kdy se snažili změnit své patologické modely chování vůči své partnerce asertivní komunikací a dalšími postupy vedoucími ke kontrole vzteku a zvládnutí konfliktních situací technikami „time-out“, ale jejich partnerky neprojevovaly vždy porozumění pro tyto nové strategie. Aby ten, kdo byl vystaven násilí, porozuměl takové snaze o změnu a přijal ji, je přitom jednou z důležitých podmínek pro ozdravení vztahu.

Ondřej (36 let) na osmém setkání v rámci skupinového programu uvedl: „Přišel jsem večer unavený domů a ona se mě zase začala ptát, co bylo v práci. Neměl jsem chuť o tom mluvit. Asi jsem něco odsekl. Začala brečet, že jsem na ni zase hnusnej a vyčítat mi, že to bude zase jako dřív. Že se na mě nemůže spolehnout. . . Prostě jak to vždycky dělá – stížnosti, pláč, výčitky. Pak volala své matce a pak znovu přišla s těma výčitkami. Skoro jsem si připadal jako ten největší hajzl. Začalo to ve mně vřít. Tak jsem to dělal, jak jste nám to řekli. Nejdřív jsem jí řekl, že začínám bejt naštvanej, ať na mě teď nemluví, že to proberem pak. A ona furt dál, tak jsem odešel do dílny a ona tam za chvíli stejně přišla a pokračovala. Věděl jsem, že se musím stáhnout, jinak to bude špatný. Tak jsem si vzal cigára a zmizel na zahradu. Nakonec jsem sedl do auta a jel k rybníku. Tam jsem se teprve zklidnil.“

Zastavit násilí a zajistit bezpečí pro ohrožené osoby je tak hlavní důvod pro podmínku, kterou je dobré uvést v rámci uzavírané dohody o spolupráci s osobou nevládající agresi, totiž souhlas s informováním

ohrožené osoby o tom, že partner/ka vstoupil/a do programu, co je jeho obsahem a jaké mohou být důsledky pro jejich budoucí partnerský či rodinný život. Je pak již na ohrožené osobě, zda využije nabídku podpory pro zvládnutí nové situace (např. od psychologičky intervenčního centra). V indikovaných případech mohou oba týmy odborníků, které spolupracují s osobou nezvládající agresi i s ohroženou osobou, na závěr vydat doporučení k společnému využití služby partnerského poradenství či terapie.

Případná kombinace individuální podpory, skupinového programu pro osoby nezvládající agresi a párové terapie však není zdaleka vhodná pro všechny případy domácího násilí. Pro efektivní řešení konfliktní situace v partnerském vztahu či v rodině s výskytem násilí, které má za hlavní cíl eliminaci násilí a tudíž bezpečné prostředí, je důležitá spolupráce mnoha odborníků, kteří musí velmi citlivě a komplexně zvažovat nabídku vhodného „balíčku“ podpory pro všechny osoby, kterých se násilí dotýká, ať již těch, kteří jsou mu vystaveni, nebo jsou jeho svědky anebo se ho dopouštějí.

V některých případech programy pro osoby nezvládající agresi mohou mít jako důsledek jak větší bezpečí, tak větší riziko. Na prvním místě je třeba uvést riziko nerealistického očekávání ohrožené osoby, že dojde k zásadní změně chování u původce násilí. Proto je důležité, aby všichni pracovníci, kteří konzultují s ohroženou osobou, jejíž partner prochází tímto programem, jí vysvětlili, co může reálně od programu očekávat. Ve všech případech je třeba postupovat s maximální opatrností a hovořit s ohroženou osobou o nutných bezpečnostních opatřeních. Pracovníci intervenčního centra nebo pracovníci programu ONA (program pro osoby nezvládající agresi) by už při prvním kontaktu měli ohroženou osobu poučit o bezpečnostním plánu.

Původce násilí může účast v programu zneužít jako zástěrku pro znovunavázání kontaktu s ohroženou osobou, aniž by u něj došlo k zásadní změně v chování. Existuje i riziko, že původce násilí může program využívat pouze jako nástroj pro další zneužívání a týrání ohrožené osoby, může lhát o obsahu programu, o tom, co se v něm děje, může lživě tvrdit, že je již vyléčen nebo dokonce, že terapeuti doporučují léčbu ohrožené osobě. Je třeba také počítat s možným rizikem, které přináší edukace o domácím násilí, jež je součástí programu. Tyto informace může původ-

ce násilí zneužívat pro větší kontrolu a sofistikovanější podoby násilí na ohrožené osobě nebo pro její omezování.

Z těchto důvodů je důležité nabídnout spolupráci ohrožené osobě a informovat ji nejenom o možném pozitivním efektu programu ONA, ale také o možných rizicích. Ohrožená osoba by měla být informována minimálně na začátku vstupu partnera do programu a co nejdříve po jeho ukončení. Dále musí být partnerka informována, že terapeut programu ji může kontaktovat i v průběhu programu, a to zejména v situacích, kdy vyhodnotí riziko nárůstu agrese a recidivy nebo potřebuje-li korekci verze výpovědi partnera o situaci v domácnosti.

Přestože program nemůže garantovat dramatickou změnu v chování původců násilí, někteří účastníci se mohou vzdát fyzického násilí a výrazně omezit jiné formy násilí a manipulativního chování. I v případě, původce násilí nedokáže přestat s uvedeným patologickým chováním, může program alespoň snížit nebezpečnost a závažnost tohoto chování. Zároveň je třeba ohroženou osobu informovat o tom, že zodpovědnost za úspěch programu a potenciální změnu nese plně její partner... Protože i ohrožená osoba může přispět k žádoucí proměně násilného partnera, musí být informována o tom, že má přihlížet ke svým potřebám, má chránit svou bezpečnost a nenechat si ubližovat. Neměla by zapomínat, že především ona má právo na změnu partnerova chování, na více volného času pro sebe a na toleranci ze strany partnera. Doporučuje se nabídnout partnerce možnost odborného psychologického poradenství, které ji pomůže novou situaci zvládat.

Původce násilí však nemusí manipulovat jen ohroženou osobu lhaním o programu, ale i další odborníky, kteří se na programu ONA přímo nepodílejí. Proto by měli původci násilí během účasti v programu být pod pravidelnou kontrolou, která by měla spočívat na výměně informací mezi terapeuty, kteří pracují s původci násilí, a pracovníky, kteří zajišťují služby osobám vystaveným násilí. Programy pro původce násilí by tedy neměly probíhat v izolaci, ale naopak je zásadní a nutná spolupráce mezi všemi zainteresovanými odborníky v rámci celého intervenčního systému. Pečlivé nastavení spolupráce mezi odborníky a podpora zejména ohroženým osobám mohou minimalizovat rizika a zároveň umocnit pozitivní efekt programů pro původce násilí, a tak dosáhnout hlavní cíl – zajistit bezpečí a důstojného života bez jakéhokoliv násilí.

2.4 Podpora zdravotnických pracovníků

2.4.1 Zvládání pracovní zátěže, prevence syndromu vyhoření

Práce s osobami ohroženými domácím násilím, s jejich dětmi a příbuznými, vyžaduje velké vypětí, zejména psychické. Zdravotnický pracovník se může dostat do situace, kdy zjistí, že se pacientova situace nezměnila i přes všechnu podporu, kterou mu poskytl. Také ho může připravit o víru ve smysl vlastní práce pacient, který nedbá na rady a doporučení, jichž se mu dostalo, a jeho situace se navíc zhoršuje. V takovém případě zdravotnickému pracovníkovi nezbyvá, než pacienta znovu a znovu motivovat, aby nastoupil cestu, která povede k životu bez násilí. A tak zdravotnický pracovník, který ve své profesi začal pracovat s velkým nadšením a ideály, zjišťuje, jak velké citové i fyzické nasazení musí sám vynakládat.

„Náročnost ve zdravotnictví nelze zmírnit, ta dokonce narůstá, protože zdravotnictví klade stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry. Požaduje větší komunikativnost a psychoterapeutické přístupy k pacientům i příbuzným.“¹¹⁰

První zmínky o **syndromu vyhoření** (burnout) byly publikovány v USA v 70. letech dvacátého století. V současné době odborná literatura uvádí, že se tento syndrom objevuje v profesích, pro něž je charakteristický intenzivní kontakt s lidmi, pracovní a emocionální náročnost.

K syndromu vyhoření dochází při dlouhodobém prožívání situací, které jsou emocionálně náročné. Toto emocionální vypětí nejčastěji vyvolává spolupůsobení velkého očekávání (subjektivní příčiny) a chronických stresů při práci s lidmi (objektivní příčiny). Pracovník si opakovaně uvědomuje, že nároky ně něj kladené nezvládá, a přitom je přesvědčen, že vynaložené úsilí neodpovídá dosaženému výsledku, což ve svém důsledku vede k vyhoření.¹¹¹

O syndromu vyhoření můžeme hovořit jako o akutním, a chronickém. **Akutní** vzniká např. po nadměrné pracovní zátěži a po uklidnění situa-

110 Bartošíková, I., O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 68.

111 srov. Bartošíková, I., O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.

ce mizí. **Chronický** přichází po létech praxe, kdy pracovník pochybuje o smyslu své práce a její výsledek porovnává s vynaloženým úsilím.

Mezi **individuální faktory, které napomáhají vzniku syndromu vyhoření**, patří mimo jiné vysoké nároky kladené na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, upřednostňování potřeb druhých před vlastními a souběžná zátěž v pracovním i osobním životě.

K vyhoření dochází postupně. V první fázi, kdy je pracovník nadšený a plný elánu, se přetěžuje. Toto vede ke druhé fázi, kdy pracovník pociťuje fyzické i psychické vyčerpání. Ve třetí fázi pak zaujímá obranné postoje, dostavuje se odlidštěné vnímání sociálního okolí, což pak přechází ke čtvrté fázi, kterou je negativismus, lhostejnost, celkové vyčerpání.

Dle Bartošíkové¹¹² je syndrom vyhoření charakterizován **emocionálním vyčerpáním, psychickým a tělesným vyčerpáním a změnami v sociálních vztazích pracovníků**.

Pracovník pociťuje ztrátu energie, má pocity bezmoci a beznaděje, práce mu připadá stále stejná, náročná, zatěžující. Není schopen se soustředit, je roztěkaný. Minimalizuje kontakt s pacienty, raději volí jinou činnost, izoluje se od pracovního kolektivu. Brání se změnám, snaží se pouze „přežít“, volí povrchní řešení ve smyslu „ať to mám za sebou“.

Může se dostavit chronická únava, zvýšená spavost nebo úporná nespavost, bolest svalů, hlavy. Může dojít i k oslabení imunity či k náchylnosti k úrazům. Takový člověk omezuje kontakt s kolegy, nedostatečně se připravuje k výkonu práce, přibývají konflikty i v soukromí.

Člověk se syndromem vyhoření má odlidštěný postoj k pacientům, je neschopný empatie, má despotický postoj k pacientům, odmítá je, ironizuje. Jeho pohled na pacienty může být přehnaně kritický, většinou neoprávněně.

Prevence syndromu vyhoření jednotlivce zahrnuje především následující aktivity:

- péči o vlastní zdraví a dobrou kondici
- znalost některých relaxačních technik a schopnost je používat
- pěstování dobrých mezilidských vztahů
- celoživotní vzdělávání
- supervizi

112 Bartošíková, I., O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.

2.4.2 Supervize

Jedním ze způsobů, jak účinně posilovat profesní kompetence nebo jak se bránit syndromu vyhoření, je přijímat supervize.

Supervize jako metoda zaměřená na zvyšování kvality a profesionality práce se u nás poprvé objevila v šedesátých letech 20. století. Obecně je prioritou supervize profesionální rozvoj pracovníka a prohlubování jeho dovedností. Souběžně s tím mu má supervize pomáhat řešit obtížné případy, pomáhat vyrovnat se s pracovním stresem.¹¹³

Původně byla supervize běžnou součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech ji stále více vyžadují a oceňují i v dalších oblastech práce s lidmi – ve zdravotnictví, školství, výchově, managementu, v pracovních týmech, v organizacích. Ve zdravotnictví a ve školství se realizuje častěji jako skupinová forma, a to především z ekonomických důvodů.

Co se v supervizním procesu děje? Hawkins a Shohet popisují základní supervizní situaci následovně: „Jeden člověk (supervizant = pracovník, který je supervidován) přináší druhému člověku (supervizorovi = odborníkovi, který supervizi provádí) příběh, obraz, pocity týkající se třetího člověka (klienta) a podává selektivní, subjektivní zprávy o některých aspektech své práce.“¹¹⁴

Dle Baštecké je supervize činnost, při níž supervizor na základě zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažuje nad kvalitou péče o klienta a zvyšuje pracovníkovu schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe.

„Supervize obsahuje složky podpory (nadhledu) a kontroly (dohledu) a zaručuje dobrou úroveň odbornosti jak v oblasti schopností, vědomostí a dovedností, tak v oblasti etické a hodnotové.“¹¹⁵

Supervize zaměřená na přímou práci s klientem/pacientem je označována jako **odborná supervize**, na rozdíl od **rozvojové**, která se zaměřuje na rozvoj a růst pracovníka nebo týmu. Podle počtu supervidovaných i způsobu provádění lze supervize rozdělit na dva druhy: **individuální**

113 srov. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003.

114 Hawkins, P., Shohet, R., in: Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 349.

115 Baštecká, B., Goldman, P., *Základy klinické psychologie*, 1. vyd., Praha: Portál, 2001, s. 368.

a **skupinovou supervizi** podle počtu supervidovaných osob a způsobu provedení.

Kromě odborné případové skupinové supervize existuje **týmová supervize**, která zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu bez ohledu na konkrétní pozice. Je zaměřena především na činnost týmu jako celku, na komunikaci v týmu, jeho efektivitu, popř. na práci celé organizace.

Podle pozice supervizora se může jednat o **supervizi interní**, kdy je supervizor pracovníkem dané organizace, či **externí**. U interního pracovníka záleží na tom, jakou pozici v organizaci zaujímá a jak si dokáže udržet důvěru jednotlivých pracovníků i vedení organizace. V tomto případě je nejdůležitější mlčenlivost.

Další rozlišení typu supervizi je dáno tím, kdy a jak často se supervize provádí. Zda je pravidelná, např. jednou za měsíc pro jednoho a téhož pracovníka či skupinu, zda je příležitostná nebo dokonce krizová, pokud to vyžaduje akutní potřeba pracovníka.

Individuální supervize spočívá ve strukturovaném kontaktu supervizora s jedním supervidovaným. Má podobu naplánovaných a opakovaných, časově vymezených schůzek s předem stanoveným programem. Na začátku každého sezení si supervizor se supervidovaným ujasní cíle, kterých mají v daném sezení dosáhnout, a formuluje se zakázka, tedy co supervidovaný prostřednictvím supervize požaduje. Cíl i zakázku stanovuje supervidovaný. Ten předloží problém či popíše situace a dostane prostor pro přemýšlení, sebereflexi a sebehodnocení, k čemuž mu supervizor dopomáhá vhodnými otázkami a zpětnou vazbou. Průběžně oba účastníci zvažují vzájemný vztah a sledují, jak se naplňuje zakázka a cíl supervize. Ke konci sezení, které trvá zpravidla 60 minut, oba účastníci hodnotí průběh supervize a rozhodnou, zda vyhověla zakázce a dosáhla stanoveného cíle. Supervidovaný sděluje své dojmy a postřehy ze supervize, referuje o tom, co mu supervize přinesla (nebo nepřinesla), vyjadřuje se ke stylu vedení supervize apod. Při závěrečné reflexi se mohou objevit témata, kterým by bylo užitečné se věnovat v některé z příštích supervizi.

Zdravotnický pracovník může přinést do supervize např. téma práce s agresivním pacientem. Pracovník by chtěl odcházet ze supervize podpořen pro další práci s tímto pacientem (= cíl supervize). Zakázkou je pak např. hledání vlastních zdrojů síly pro práci s daným pacientem.

Skupinová supervize je strukturovaný proces, který dává pracovníkovi možnost diskutovat ve skupině o svých aktuálních pocitech, problémech, situacích, apod., k nimž dochází při práci. Tak jako individuální supervize, má i skupinová podobu plánovaných opakovaných, časově vymezených schůzek s předem stanoveným programem. Je vhodné, aby počet členů skupiny nepřesáhl 10 osob. Výhodou skupinové supervize je možnost, aby se členové skupiny mohli navzájem podporovat a poskytovat si zpětnou vazbu. I zde musí skupinu vést supervizor, který navíc sleduje a reflektuje skupinovou dynamiku.

Supervizní metoda vhodná pro všechny pomáhající profese je **balintovská skupina**. Autorem metody je Michael Balint (1896–1970), který vystudoval medicínu a absolvoval psychoanalytický výcvik. Na základě své praxe došel k přesvědčení, že se lékař musí zabývat nejen pacientovou nemocí, ale celým člověkem v kontextu jeho konkrétního života.¹¹⁶

Při balintovské skupině ve zdravotnictví lze zaměřit pozornost jak na těžkosti pacienta, tak na těžkosti zdravotníka referujícího o své práci. „Balintovské skupiny nacházejí u nás uplatnění již od počátku 80. let. Účast na těchto skupinách pomáhá porozumět vztahu k nemocnému, k druhým lidem, i k sobě a může být i cestou k osobnostnímu zrání“¹¹⁷

Dalšími formami supervize je dle Matouška¹¹⁸ intervize, autovize a vzájemné konzultování dvou kolegů.

Intervize je skupinové supervizní setkání bez supervizora. Jedná se o podobně funkčně postavené pracovníky z jednoho pracovního týmu, kteří spolu konzultují aspekty práce s určitým klientem.

Autovize neboli autosupervize je proces sebereflexe pracovníka. Pracovník si sám klade otázky, na něž hledá odpovědi. Všímá si přitom svých postupů, pocitů a tělesných reakcí při práci s klientem, které pak vyhodnocuje. Vyhodnocovací proces je užitečně zpracovávat písemně.

Např. „Co jsem slyšel, že mi pacient říká? Co jsem si v tu chvíli myslel? Jaké jsem měl u toho pocity? Jaké jsem měl možnosti odpovědi? Kterou

116 srov. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003.

117 Bartošíková, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 60.

118 srov. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003.

odpověď jsem si vybral a proč jsem si ji vybral? Co jsem nakonec skutečně udělal?“ ... apod.

Vzájemná konzultace dvou kolegů

Jedná se o reciproční supervizi dvou kolegů s podobným rozsahem zkušeností. Konzultace poskytuje příležitost získat nadhled a zvážit další možnosti vedení případu.

Co je pro realizaci supervize nezbytné? V celém supervizím procesu je nezbytné vytvořit atmosféru důvěry mezi supervizorem a supervidovaným, rozvíjet sebereflexi vedoucí k pochopení dosud neuvědomělých souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti.

Organizace musí být otevřená novým postupům a pracovníci musí mít vůli tyto postupy aplikovat do praxe. Vedení organizace i pracovníci musí mít k supervizorovi důvěru, měli by vědět, co od supervize mohou očekávat. Naprostou nezbytností pro supervizní činnost je **uzavření kontraktu** (supervizní dohody) mezi supervizorem a supervidovaným .

Kontrakt lze chápat jako dohodu zúčastněných stran o tom, co se zahrne do supervize a co nikoli, jaká bude frekvence setkání , jaká budou pravidla zacházení s informacemi, co se stane, když se supervize neuskuteční, apod. Kontraktem se vytváří vztah vzájemného respektu mezi zúčastněnými stranami, přičemž je prvořadým úkolem profesionální rozvoj supervidovaného při zachování ochrany klienta /pacienta.

Pokud supervizi požaduje pro svoje pracovníky organizace/nemocnice, uzavírá se tzv. trojstranný kontrakt, kdy zúčastněnými stranami jsou supervizor, supervidovaný (supervidovaní) a zadavatel (organizace/nemocnice). V kontraktu jsou pak uvedeny kromě jiného i práva a povinnosti všech tří stran, způsob a obsah předávání zpráv o proběhlých supervizích zadavateli, apod. Kontrakt se sestavuje před realizací vlastních supervizí, přičemž v průběhu spolupráce supervizora a supervidovaných je možné kontrakt po vzájemné dohodě doplnit či změnit. Kontrakt se uzavírá vždy písemně, včetně všech dodatků.

Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací.

Výcvikem supervizorů se zabývá řada institucí, přičemž podmínky pro přijetí do výcviku jsou přísné, drobně se liší podle jednotlivých vzděláva-

cích institucí. Akreditované výcviky trvají tři až pět let, jsou zakončeny evaluací, tím však vzdělávání supervizorů nekončí. I supervizoři přijímají supervize, jsou to tzv. supervize supervizí, dále se účastní navazujících odborných seminářů, workshopů a kolokvií. Vzděláváním supervizorů se zabývají i některé katedry vysokých škol.

Zdravotnictví klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, přináší zdravotnickým pracovníkům zátěže v podobě stresů, tlaku na soustavné další vzdělávání, očekává vysoké nasazení lékařů a sester. Je potřeba si uvědomit, že stres patří k běžnému životu a pokud je přiměřený a nepůsobí dlouhodobě, může člověka k práci motivovat. Pokud však přeroste do chronického stádia, stává se překlenovacím můstkem k vyhoření.

Nebojme se proto vyhledat pomoc či podporu u jiných odborníků. Možnost posilovat svoje profesní kompetence a čerpat podporu prostřednictvím supervizí je jednou z dostupných možností.

3. Legislativa a přístup k řešení domácího násilí

Domácí násilí, vnímané zejména jako násilí mezi partnery (ať již v poměru manželském nebo jiném) nebo mezi jinými osobami blízkými, bylo až do roku 2004 pojmem, který nebyl v českém právu téměř nijak specificky reflektován. Do té doby byl fenomén domácího násilí vnímán **jako soukromá záležitost, často zaměňován s běžnými partnerskými neshodami.**

V roce 2004 byl novelizován tehdejší trestní zákon¹¹⁹, implementováno bylo nové ustanovení § 215a, které zavádělo odpovědnost za **nový specifický trestný čin „týrání osoby žijící ve společně obývaném domě nebo bytě“**, s účinností od 1. 6. 2004. Zavedení tohoto trestného činu do tehdejšího trestního zákona však samo o sobě velkou změnu pro ohrožené osoby neznamenovalo.

Tato trestněprávní novelizace byla první vlaštovkou, po které v následujících letech přišly další změny, a to i v jiných právních odvětvích. V roce 2006 byl přijat tzv. **zákon na ochranu před domácím násilím**¹²⁰, Jehož podstatou byla možnost zásahu státu do vztahu dvou osob, a to v jejich společném obydlí, pokud je jedna osoba druhou ohrožena. Tento zákon novelizoval několik právních norem, mimo jiné zavedl **institut „policejního vykázání ze společného obydlí a zákaz vstupu do něj“**, s účinností od 1. 1. 2007. Ke stejnému datu začaly v České republice fungovat tzv. Interveční centra, poradenská zařízení pro osoby ohrožené domácím násilím. Ke změnám došlo i v občanském právu procesním a dalších odvětvích.

Těmito prvními změnami se Česká republika přihlásila k řešení problematiky domácího násilí a současně deklarovala nulovou toleranci k násilí a závazek ochrany ohrožených osob. Připustila, že domácí násilí je jev, který má celospolečenský dopad a vyžaduje spolupráci všech zainteresovaných institucí.

Od této průkopnické doby však již uplynulo více než 10 let. Během nich došlo k rekodifikaci trestního i občanského práva, což mělo dopad i na právní úpravu jevu domácího násilí.

119 Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění

120 Zákon č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti domácího násilí

Konečně lze říci, že současný právní rámec vytváří dostatečné možnosti jak pro ochranu osob ohrožených před domácím násilím, tak pro právní postih osob násilných a ukončení násilného jednání.

Právní rámec problematiky domácího násilí se odvíjí od **právních norem nejvyšší právní síly** (Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, mezinárodní smlouvy), upravují jej však i **právní normy nižší právní síly** (zákony, prováděcí vyhlášky, interní akty apod.) Tento komplex právních norem tak zakotvuje tři pilíře pomoci osobám ohroženým domácím násilím, jak o něm bylo hovořeno výše.

3.1 Právní normy nejvyšší právní síly upravující

problematiku domácího násilí

- **Ústava ČR**¹²¹
- **Listina základních práv a svobod**¹²²
- **Mezinárodní smlouvy**

Domácí násilí souvisí s některými základními lidskými právy a svobodami, obsaženými v **Listině základních práv a svobod**:

- c) právo na život (čl. 5)
- ci) právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí (čl. 7 odst. 2)
- cii) zákaz mučení a krutého, nelidského či ponižujícího zacházení (čl. 7 odst. 2)
- ciii) právo na osobní svobodu (čl. 8 odst. 1)
- civ) právo na lidskou důstojnost (čl. 10 odst. 1)
- cv) právo na ochranu před neoprávněným zásahem do soukromí a rodinného života (čl. 10 odst. 2)
- cvi) právo na nedotknutelnost obydlí (čl. 12 odst. 1)

Záruky lidských práv existují také na mezinárodní úrovni v **mezinárodních smlouvách**. Významné je právo na osobní bezpečnost a svobodu (tj. na ochranu tělesné integrity), garantované v

121 Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., v platném znění

122 Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., v platném znění

- Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (čl. 9 odst. 1)¹²³
- Evropské úmluvě o lidských právech (čl. 5)¹²⁴

Česká republika je vázána oběma těmito mezinárodními úmluvami a práva jimi garantovaná jsou bezprostředně závazná a mají přednost před zákonem (jak vyplývá z čl. 10 **Ústavy České republiky**).

To znamená, že v České republice má právo na ochranu tělesné integrity přednost před případnou kolidující úpravou.

3.2 Zákonná a podzákonná úprava domácího násilí

Nejdůležitější právní normy nižší síly upravující domácí násilí (příp. nebezpečné pronásledování):

- Zák. č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím
- Zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění
- Zák. č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění
- Zák. č. 45/2013 Sb., zákon o obětech trestných činů a o změně některých
- zákonů (zákon o obětech trestných činů), v platném znění
- Zák. č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, v platném znění
- Zák. č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění
- Zák. č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění
- Zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve platném znění
- Zák. č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění
- Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím, zveřejněný
- ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 6/2008

123 Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, 1966 (vyhl. min. zahr. věcí. č. 120/1976 Sb.)

124 Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, tzv. Evropská úmluva, 1950 (sděl. fed. min. zahr. věcí č. 209/1992 Sb.)

Zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění

Upravuje trestní postih projevů domácího násilí tím, že definuje speciální trestný čin:

§ 199 Týrání osoby žijící ve společném obydlí (tzv. trestný čin „domácí násilí“)

1. Kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společném obydlí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta.
2. Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
 - a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvláště surovým nebo trýznivým způsobem,
 - b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,
 - c) spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách, nebo
 - d) páchá-li takový čin po delší dobu.
3. Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1
 - a) těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob, nebo
 - b) smrt

K naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu je vyžadováno splnění několika objektivních aspektů současně:

- **Jednání násilné osoby – „týrání“**, soudní praxe pod tímto pojmem rozumí zlé nakládání s osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které tato osoba pocítuje jako těžké příkoří (může jít o bití, pálení či jiné tělesné poškozování, ale i psychické a sexuální násilí, vydírání nebo zneužívání, vyhrožování, nucení k ponižujícím úsluhám, k žebrotě nebo činnostem, které týranou osobu neúměrně fyzicky nebo psychicky zatěžují apod).¹²⁵
- **Specifický vztah mezi násilnou a ohroženou osobou** – není nutný vztah mezi osobami blízkými, jak jej definuje trestní zákoník, ale předpokládá se závislost v tom smyslu, že lze jasně určit, kdo je ná-

125 Šámal, a kol., Trestní zákoník. Komentář. C. H. Beck, 2012.

silná a kdo ohrožená osoba (u klasických „manželských potyček“ se role střídají).

- **Společné obydlí** – byt nebo jiný prostor sloužící k bydlení – byty, rodinné domy, obytné chaty, hotelové domy, ubytovny, vysokoškolské koleje apod. Neklade se důraz na vedení společné domácnosti, ale jen na faktický stav společného bydlení, ať už jeho důvodem je jakýkoli titul – vlastnictví nemovitosti, nájemní či podnájemní vztah i faktické společné bydlení na základě rodinných i jiných vztahů.

Krom těchto objektivních aspektů je nutné naplnit i subjektivní stránku trestného činu, tedy v tomto případě **úmysl**.

Právní úprava trestného činu „domácího násilí“ je velmi obecná, domácího násilí se lze dopustit mnoha způsoby a jejich kombinacemi, tedy není taxativní výčet nezákonného jednání možný. Je na orgánech činných v trestním řízení, aby posoudily, zda a v jaké míře se o domácí násilí jedná. V současné době již má Policie České republiky vypracovány speciální metodiky a metody, kterými se při posuzování tohoto jednání řídí a vyhodnocují i riziko násilí do budoucna (např. tzv. dotazník SARA DN).

Dále upravuje trestní zákoník obdobně postih projevů nebezpečného pronásledování:

§ 354 Nebezpečné pronásledování (tzv. „stalking“)

1. Kdo jiného dlouhodobě pronásleduje tím, že:
 - a) vyhrožuje ublížením na zdraví nebo jinou újmu jemu nebo jeho osobám blízkým,
 - b) vyhledává jeho osobní blízkost nebo jej sleduje,
 - c) vytrvale jej prostřednictvím prostředků elektronických komunikací, písemně nebo jinak kontaktuje,
 - d) omezuje jej v jeho obvyklém způsobu života, nebo
 - e) zneužije jeho osobních údajů za účelem získání osobního nebo jiného kontaktu,

a toto jednání je způsobilé vzbudit v něm důvodnou obavu o jeho život nebo zdraví nebo o život a zdraví osob jemu blízkých, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.

2. Odnětím svobody na šest měsíců až tři roky bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1
 - a) vůči dítěti nebo těhotné ženě,
 - b) se zbraní, nebo
 - c) nejméně se dvěma osobami.

S domácím násilím může souviset množství **dalších trestných činů** upravených v trestním zákoníku. Může docházet k situacím, kdy se násilná osoba vedle trestného činu „domácí násilí“ dopouští dalších trestných činů, jednání je pak posuzováno v tzv. vícečinném souběhu. Častěji jsou však tyto trestné činy zahrnuty již pod samotným trestným činem „domácí násilí“. Jde zejména o trestné činy:

- ublížení na zdraví
- znásilnění
- týrání svěřené osoby
- vydírání
- útisk
- vražda

S domácím násilím, v případě, že násilná osoba nedodrží vykázání nebo předběžné opatření o zákazu kontaktu nebo vstupu do společného bydlí, souvisí dále trestný čin:

§ 337 Maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání

1. Kdo maří nebo podstatně ztěžuje výkon rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu veřejné moci tím, že:
 - a) vykonává činnost, která mu byla takovým rozhodnutím zakázána nebo pro kterou mu bylo odňato příslušné oprávnění podle jiného právního předpisu nebo pro kterou takové oprávnění pozbyl,
 - b) zdržuje se na území České republiky, ačkoli mu byl uložen trest vyhoštění nebo bylo rozhodnuto o jeho správním vyhoštění,
 - c) bez povolení a bez vážného důvodu se zdržuje v místě nebo obvodě, na které se vztahuje trest zákazu pobytu, nebo nedodrží omezení, která mu byla soudem uložena v souvislosti s výkonem tohoto trestu,

- d) porušuje zákaz pobytu uložený podle jiného právního předpisu,
 - e) navštíví akci, na kterou se vztahuje trest zákazu vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce, nebo se dopustí jiného závažného jednání, aby zmařil účel tohoto trestu,
 - f) bez závažného důvodu nenastoupí na výzvu soudu trest odnětí svobody nebo se jiným způsobem neoprávněně brání nástupu výkonu tohoto trestu,
 - g) opustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel trestu,
 - h) dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel vazby,
 - i) dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel zabezpečovací detence, nebo
 - j) dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel ochranného léčení nebo ochranné výchovy, které byly uloženy soudem, nebo jinak, zejména útekem z ústavu, pomocí při útěku, výkon takových rozhodnutí podstatně ztěžuje, anebo maří dohled uložený při ukončení ochranného léčení,
- bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

2. Stejně bude potrestán, kdo se dopustí závažného nebo opakovaného jednání, **aby zmařil vykázání provedené podle jiného právního předpisu nebo rozhodnutí o předběžném opatření soudu, kterým se ukládá povinnost dočasně opustit společné obydlí a jeho bezprostřední okolí a zdržet se vstupu do něj nebo povinnost zdržet se styku s navrhovatelem a navazování kontaktů s ním.**

Kriminalizace nerespektování zákazu vstupu do společného obydlí nebo zákazu kontaktu, má funkci nejen represivní, ale hlavně je dalším střípkem, který tvoří mozaiku ochrany ohrožené osoby.

Zák. č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění

Upravuje průběh a podmínky trestního řízení. V současné době již není výjimečné, že dochází k trestnímu stíhání násilné osoby pro trestný čin § 199 **týrání osoby žijící ve společném obydlí (tzv. trestný čin „domácí násilí“)**. Pro ochranu ohrožené osoby je důležité, že k trestnímu

stíhání pro tento trestný čin **není třeba souhlasu poškozeného** (viz. § 163 trestního zákoníku, který vymezuje ty trestné činy, pro které je tento souhlas nutný).

V procesu vyšetřování a k dokázání rozhodných skutečností bývá nezbytné jako důkazy doložit **lékařské zprávy a lékařská potvrzení**. Je naprosto nutné, aby lékařské zprávy obsahovaly podrobný popis všech skutečností a okolností, které jsou lékaři známy, rozhodných pro závěr, došlo-li k trestnému činu. Pro lepší prokázání toho, co se skutečně stalo, a následků tohoto jednání má zdravotní dokumentace zásadní důležitost. Tato dokumentace (eventuálně později na žádost soudu vypracovaný znalecký posudek) může být důležitým důkazem také pro řízení občanskoprávní (např. v případě rozvodu manželství nebo řízení o svěřeni dítěte do péče.) Je nutné dále zaznamenat, zda pacientka/pacient uvádí, že mu zranění způsobila konkrétní osoba.

Trestní řád rovněž také zakotvuje možnost omezit násilnou osobu na svobodě, a to formou **předběžných opatření v trestním řízení**. Obecně se předběžným opatřením rozumí rozhodnutí soudu nebo správního orgánu, které dočasně řeší určité poměry, než bude vydáno definitivní rozhodnutí.

V souvislosti s domácím násilím se jedná o :

- § 88d **Zákaz styku s určitými osobami**
- § 88e **Zákaz vstupu do obydlí**

O prvním předběžném opatření může v rámci trestního řízení rozhodnout soud nebo státní zástupce, o druhém pouze soud. Tato forma ochrany ohrožených osob však není v praxi příliš využívána.

Zák. č. 45/2013 Sb., zákon o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů)

Tento zákon upravuje práva obětí trestných činů jako subjektů zvláštní péče, poskytování peněžité pomoci obětem ze strany státu a spolupráci mezi státem a organizacemi, které poskytují pomoc obětem. Osoby ohrožené domácím násilím často spadají pod tzv. **zvláště zranitelné oběti**, jak je vymezuje tento zákon. Tyto mají specifická práva v rámci trestního ří-

zení a je nutné k nim přistupovat zvláště šetrně i při poskytování podpory a pomoci v k tomu určených organizacích.

3.2.2 Oprávnění policie a intervenční centra

Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, v platném znění §§ 44 až 47 Oprávnění vykázat z bytu nebo domu i z jeho bezprostředního okolí

Ustanovení upravují oprávnění policisty rozhodnout o vykázání ze společného obydlí a zákazu navazování kontaktu s osobou ohroženou.

Policista vydává ústně opatření preventivního charakteru, na základě vlastního uvážení, nehledě na souhlas poškozené osoby. Proti vykázání lze podat pouze námitku, která nemá odkladný charakter a o které rozhoduje Krajské ředitelství Policie České republiky. O vykázání policista vydává potvrzení proti podpisu osoby násilné, lze však vykázat i v její nepřítomnosti. Vykázání trvá vždy 10 dní. Policie do 3 dnů od vykázání provádí kontrolu jeho dodržování. Nedodržování může znamenat trestněprávní odpovědnost ve smyslu § 337 trestního zákoníku (viz. kapitola 4.2.1).

Povinnosti vykázané osoby:

- Zákaz vstupu do vymezeného prostoru.
- Zákaz navazování styku nebo kontaktu s ohroženou osobou.
- Odevzdat na místě všechny klíče od společného obydlí, které drží.

Právo vykázané osoby:

- Vzít si věci osobní potřeby, osobní cennosti a osobní doklady před odchodem.
- Vzít si věci nezbytné pro podnikání nebo výkon povolání, pouze jedenkrát v průběhu desetidenního vykázání a jen v přítomnosti policisty.
- Být policistou poučen o právech a povinnostech, o možnostech dalšího ubytování.
- Sdělit adresu pro doručování.
- Ověřit vykázání na tísňové lince č. 158.
- Vyzvednout si kopii úředního záznamu o vykázání.

Policie má povinnost vypracovat **úřední záznam o vykázání**, jeho kopii zaslat intervenčnímu centru a příslušnému civilnímu soudu do 24 hodin od vstupu do společně obývaného bytu nebo domu.

Pokud je v rodině **nezletilé dítě**, úřední záznam zasílá i příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dětí (viz. dále kapitola 4.3). Dítě přítomné domácímu násilí, byť i jeho jednotlivým incidentům, policie musí zahrnout do **kategorie osob domácím násilím ohrožených** ve smyslu § 44 an. zák. č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, v platném znění.

Zmíněná **intervenční centra** byla v souvislosti se zavedením institutu vykázání zřízena jako poradenská zařízení pro osoby ohrožené domácím násilím **zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění**. Ten upravuje nejen jejich zřízení, ale i jejich provoz.

Aby ochrana policejním vykázáním měla smysl, tedy aby osoba ohrožená domácím násilím měla dostatečný čas podniknout potřebné kroky ven z násilného vztahu či prostředí, má možnost podat k příslušnému civilnímu soud během 10ti denní lhůty návrh na **předběžné opatření, kterým se vykázání prodlužuje** (viz. následující kapitola).

3.2.3 Občanské soudní řízení

V souvislosti s rekodifikací občanského práva v posledních letech došlo i k nové úpravě **předběžných opatření v civilním řízení**.

Zák. č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, v platném znění upravuje ve zvláštních ustanoveních

§§ 400 – 414 Předběžné řízení ve věci ochrany proti domácímu násilí

Jedná se o předběžná opatření, která řeší probíhající domácí násilí ve společném bydlí nebo probíhající nebezpečné pronásledování, tzv. stalking. Ve věci domácího násilí lze vydat předběžné opatření v návaznosti na policejní vykázání (tedy prakticky dojde k jeho prodloužení), ale i bez předchozího vykázání.

Tato předběžná opatření lze vydat pouze na návrh, příslušný k vydání rozhodnutí je obecný soud navrhovatele.

Účastníky jsou navrhovatel (ohrožená osoba), odpůrce (násilná osoba), příp. další osoba, proti níž násilí směřuje. Navrhovatelem může být i nezletilý (jeho jménem jej však podává zákonný zástupce, orgán. soci-

álně právní ochrany dětí, nebo advokát). Plnou procesní způsobilost má pro toto řízení nezletilý starší 16ti let.

Návrh musí obsahovat vylíčení skutečností, které osvědčují, že je společné bydlení navrhovatele a odpůrce v domě nebo bytě, ve kterém se nachází společná domácnost, pro navrhovatele nesnesitelné z důvodu tělesného nebo duševního násilí vůči navrhovateli nebo jinému, kdo ve společné domácnosti žije, anebo vylíčení skutečností, které osvědčují nežádoucí sledování nebo obtěžování navrhovatele. Návrh je dobré podpořit důkazy svých tvrzení.

Soud vydává rozhodnutí to 48 hodin bez jednání.

Odpůrci uloží, aby zejména:

- Opustil společné obydlí, jakož i jeho bezprostřední okolí, nezdržoval se ve společném obydlí nebo do něj nevstupoval.
- Nevstupoval do bezprostředního okolí společného obydlí nebo navrhovatele a nezdržoval se tam.
- Zdržel se setkávání s navrhovatelem, nebo
- Ze zdržel nežádoucího sledování a obtěžování navrhovatele jakýmkoliv způsobem.

Uložené opatření trvá 1 měsíc od jeho vykonatelnosti, na návrh může soud předběžné opatření prodloužit na dobu nezbytně nutnou, nejdéle však na 6 měsíců od jeho vykonatelnosti.

3.2.4 Přestupkové právo

Jednání nesoucí rysy domácího násilí, pokud je jeho společenská nebezpečnost nižší, bývá (často při prvním nahlášení ohroženou osobou) kvalifikováno jako **přestupek podle zák. č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění**. Většinou jde o:

§ 49 Přestupky proti občanskému soužití

1. Přestupku se dopustí ten, kdo
 - a) jinému ublíží na cti tím, že ho urazí nebo vydá v posměch,
 - b) jinému z nedbalosti ublíží na zdraví,

- c) úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví, drobným ublížením na zdraví, nepravdivým obviněním z přestupku, schválnostmi nebo jiným hrubým jednáním,
- d) omezuje nebo znemožňuje příslušníku národnostní menšiny výkon práv příslušníků národnostních menšin,
- e) působí jinému újmu pro jeho příslušnost k národnostní menšině nebo pro jeho etnický původ, pro jeho rasu, barvu pleti, pohlaví, sexuální orientaci, jazyk, víru nebo náboženství, pro jeho politické nebo jiné smýšlení, členství nebo činnost v politických stranách nebo politických hnutích, odborových organizacích nebo jiných sdruženích, pro jeho sociální původ, majetek, rod, zdravotní stav anebo pro jeho stav manželský nebo rodinný.

Přestupky jsou řešeny v přestupkovém řízení před komisí příslušné obce (či městské části). Sankcí může být peněžitá pokuta od 5000 do 20 000 Kč, v některých případech lze uložit vedle ní i zákaz pobytu. Přestupky jsou však **tzv. návrhové**, řeší se pouze na návrh, resp. se souhlasem poškozeného, tedy v mnoha případech domácího násilí k projednání ani nedojde. Diskutabilní je i účel sankce, pokud bereme v potaz, že velká část násilných osob a ohrožených osob jsou manželé, tudíž závazek uhradit pokutu se dotýká i osoby ohrožené, z titulu společného jmění manželů.

3.3 Aspekty domácího násilí v sociálně právní ochraně dětí

Sociálně právní ochranou dětí je myšlena cílená činnost, která zahrnuje především zajištění práva nezletilého dítěte na jeho příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochranu zájmů a práv dítěte a dále i působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Pod tímto pojmem si lze představit i institucionální zajištění, které představují tzv. **orgány sociálně právní ochrany dětí** (které na nejnižší úrovni představují specializované úseky či oddělení obecních úřadů či úřadů městských částí).

Legislativní zakotvení jejich práce spočívá zejména v **zák. č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění, občanském**

zákoníku¹²⁶, zákonu o soudnictví ve věcech mládeže¹²⁷ a Úmluvě o právech dítěte.¹²⁸

V souvislosti s domácím násilím nelze přehlédnout, že v rodinách, kde dochází k násilí, žijí děti a ty jsou často i jeho přímými svědky. I tyto děti se považují za ohrožené dítě, oběť domácího násilí. Podle statistik jsou děti přítomny až v 90% případů, kde se odehrává domácí násilí.

Zák. č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění, výslovně v § 6 písm. g) zařazuje do okruhu dětí, na které se sociálně právní ochrana vztahuje, děti, které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami. V dalších ustanoveních pak konkretizuje jejich postavení. Jak již bylo řečeno výše, pokud v rodině s dětmi dojde k policejnímu vykázání násilné osoby, orgán sociálně právní ochrany dětí je neprodleně uvědoměn.

Ministerstvo práce a sociálních věcí rovněž vydalo tzv. **Metodické doporučení č. 3/2010 k postupu orgánů sociálně právní ochrany dětí v případech domácího násilí**. Např. v něm je zdůrazněno, že podle Světové zdravotnické organizace se problematika dětí ohrožených domácím násilím řadí pod syndrom týraného dítěte (CAN).¹²⁹

Osoby ohrožené domácím násilím, které mají v péči nezletilé děti, se mohou tedy obracet o pomoc právě na orgány sociálně právní ochrany dětí, stejně jako na organizace, zabývající se tematikou ohrožených dětí a samozřejmě domácím násilím obecně.

Ochrana těchto dětí je rovněž zakotvena v **oznamovací povinnosti**, v několika podobách:

- **Orgán sociálně právní ochrany dětí je povinen oznámit orgánu činnému v trestním řízení skutečnosti nasvědčující tomu, že dochází k násilí mezi rodiči, jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte a dalšími fyzickými osobami v domácnosti obývané dítětem.**

126 Zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění

127 Zák. č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže), v platném znění

128 Sděl. fed. minist. zahr. věcí č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte

129 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

- Státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a **poskytovatelé zdravotních služeb**, popř. další zařízení určená pro děti, jsou povinni oznámit orgánu sociálně právní ochrany dětí skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v **§ 6 písm. g) zák. č. 359/1999 Sb.** (anebo poskytnout informaci na jeho výzvu).

3.4 Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím

Pro zdravotnický personál je stále platný doporučující **metodický materiál Ministerstva zdravotnictví z roku 2008**, zveřejněný ve Věstníku ministerstva zdravotnictví č. 6/2008, který má sjednotit postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Lze jej využít i v případě pouhého podezření, že jde o ohroženou osobu.

- Charakterizuje jev domácího násilí, včetně páchání násilí na dětech a seniorech.
- Pokud jde o podezření na CAN, je doporučeno řídit se speciálním metodickým opatřením.¹³⁰
- Poskytuje odborný popis známek podezření na osobu ohroženou domácím násilím.
- Upravuje postup při poskytování pomoci, včetně spolupráce s pomáhajícími organizacemi.
- Dává doporučení na provádění záznamů do zdravotnické dokumentace.
- Informuje o **oznamovací povinnosti**:
 - Skutková podstata **§ 199 trestního zákoníku** nepodléhá oznamovací povinnosti ve smyslu § 367 a § 368 trestního zákoníku, tj. **nepřekažení ani neoznámení není samo o sobě trestným činem**.
 - Při zjištění týrání nebo zneužívání **dětí** v rodině osoby ohrožené však musí být případ oznámen příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dětí, nebo je sdělen na základě výzvy orgánů sociálně právní ochrany dětí (viz. kapitola 4.3). Nesplnění této

130 Metodické opatření Min. zdravotnictví „Postup lékařů primární péče při podezření ze sy. CAN“, zveř. ve Věstníku Min. zdravotnictví č. 3/2008.

povinnosti je možné sankcionovat jako přestupek či jiný správní delikt podle zák. č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí. Dále je nutné oznámit případ orgánu činném v trestním řízení z titulu § 367 a § 368 trestního zákoníku, neboť trestný čin dle **§ 198 týrání svěřené osoby oznamovací povinnosti podléhá**. Včasným oznámením orgánu činnému v trestním řízení je splněna i povinnost překažení trestného činu.

Některé prameny a právní praxe uvádějí, že již samotné přihlížení dítěte domácím násilí odpovídá kvalifikaci trestného činu podle § 198 trestního zákoníku – týrání svěřené osoby (viz. kapitola 4.3).

Seznam použité a doporučené literatury

ODBORNÉ PUBLIKACE

- Badinterová, E., Tudy cesta nevede: Slabé ženy, nebezpeční muži a jiné omyly radikálního feminismu. Praha: Karolinum, 2004.
- Bartošíková, I., O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.
- Baštecká, B., Goldman, P., Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001.
- Bednářová, Z., a kol., Domácí násilí: manuál ke kurzům. Praha: Acorus.
- Bednářová, Z., Osobnost oběti domácího násilí a její prožívání. In Bednářová, Z., Macková, K., Wünschová, P. a Bláhová, K., Domácí násilí: Zkušenost z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám. Praha: Acorus, 2009.
- Buriánek, J., Domácí násilí na mužích a seniorech. Praha/Kroměříž: Triton, 2006.
- Coiro, M. J., Emery, R. E., Do marriage problems affect fathering more than mothering? A quantitative and qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1998, č. 1.
- Cooper, J., Vetere, A., Domestic Violence and Family Safety: A systemic approach to working with violence in families. London: Whurr Publishers, 2005.
- Cox, J. C., Paley, B., Harter, K., Interparental conflict and parent-child relationships. In Grych, J. H., Fincham, F., (eds.). *Interparental conflict and child development: Theory, research and applications*. New York: Cambridge University Press, 2001.
- Crockenberg, S. L., Langrock, A., The Role of Emotion and Emotional Regulation in Children's Responses to Interparental Conflict. In Grych, J. H., Fincham, F., (eds.). *Interparental conflict and child development: Theory, research and applications*. New York: Cambridge University Press, 2001.
- Čechová, J., a kol., Pomoc obětem domácího násilí: příručka určená pomáhajícím profesím. 1. díl. Brno: Liga lidských práv, 2006.
- Čírtková, L., a kol., Domácí násilí – přístup k řešení problému ve vybraných evropských zemích. Praha: Bílý kruh bezpečí o. s., 2002.
- Čírtková, L., Vitoušová, P., Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007.
- Čírtková, L., Červinka, F., Forezní psychologie. Praha: SUPPORT, 1994.
- Čírtková, L., Moderní psychologie pro právníky. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008.
- Čižmáriková, I., Sestra a lékař v praxi: Nasilí na seniorech. Roč. 7, č. 3–4.
- Doherty-Sneddon, G., Neverbální komunikace dětí. Praha: Portál, 2005.

- Domáci násilí. Přístup k řešení problému ve vybraných evropských zemích. Studie. Praha: Bílý kruh Bezpečí, 2002.
- Dufková, I., Zlámal, J., Domáci násilí se zaměřením na problematiku obětí. Praha: SPŠMV, Středisko pro výchovu k lidským právům a profesní etiku, 2005.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z., a kol., Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing, 1995.
- Dunovský, J., Eggers, H., a kol., Sociální pediatrie. Praha: Avicenum, 1989.
- Dunn, J., Davies, L., Sibling Relationships and Interparental Conflict. In Grych, J. H., Fincham, F., (eds.). Interparental conflict and child development: Theory, research and applications. New York: Cambridge University Press, 2001.
- Elliot, J., Place, M., Dítě v nesnázích. Praha: Grada, 2002.
- Gjuričová, Š., Podoby násilí v rodině. Praha: Vyšehrad, 2000.
- Grych, J. H., Fincham, F., Jouriles, E. N., McDonald, R., Interparental conflict and child adjustment: testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. Child Development, 2000, roč. 71, č. 6.
- Haškovcová, H., Manuálek o násilí. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004.
- Hawkins, P., Shonet, R., Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004.
- Hines, D. A., Saudino, K. J., Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence: A Behavioral Genetic Perspective. Trauma, Violence & Abuse, 2002, roč. 3, č. 3.
- Honzák, R., Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén, 1999.
- Humpreys, C., Thiara, R. K., Skamballis, A., Mullender, A., Talking about Domestic Abuse: A Photo Activity Workbook to Develop Communication between Mothers and Young People. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
- Chase, N. D., Parentification: An overview of theory, research, and societal issues. In Chase, N. D., (ed.). Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, 1999.
- Jobánková, M., a kol., Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003.
- Klimentová, E., Teorie a metody sociální práce III. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002.
- Kolektiv autorů. Mlčení bolí. Postřehy z desetileté praxe intervenčních center. Praha: Asociace pracovníků intervenčních center ČR, 2016.
- Kopřiva, K., Lidský vztah jako součást profese, Praha: Portál, 1997.
- Kotková, M., Domáci násilí v kontextu rodiny a práce. Brno: Spondea, 2014.
- Kratochvíl, S., Manželská terapie. Praha: Portál, 2005.

- Krishnakumar, A., Bueher, CH., Interparental Conflict and Parenting Behaviors: A Meta-Analytic Review. *Family Relations*. 2000, roč. 49, č. 1.
- Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2002.
- Křivohlavý, J., *Rozhovor Lékaře s pacientem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995.
- Kuijpers, K. F., Van Der Knaap, L. M., Winkel, F. W., Victim's Influence on Intimate Partner Violence Revictimization: An Empirical Test of Dynamic Victim-Related Risk Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 2012, roč. 27, č. 9.
- Langmajer, J., Matějček, Z., *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, 1974.
- Lewis, D., *Tajná řeč těl*, Praha: Hodego, 1989.
- Linhartová, V., *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007.
- Marvánová-Vargová, B., Pokorná, D., Toufarová, M., *Partnerské násilí* Praha: LINDE nakladatelství s. r. o., 2008.
- Maslach, C., Jackson, S., LITER, M., *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
- Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
- Minibergerová, L., Dušek, J., *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.
- Mlýnková, J., *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2011.
- Mühlpachr, P., *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004.
- Novotný, O., Zapletal, J., *Kriminologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2001.
- Pacovský, V., *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994.
- Plaňava, I., *Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk, 2000.
- Pokorná, A., *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010.
- Říčan, P., Krejčířová, D., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1997.
- Simon, F. B., Stierlin, H., *Slovník rodinné terapie*. Praha: Konfrontace, 1995.
- Staňková, M., *Základy teorie ošetrovatelství*, Praha: REGLETA, s. r. o., 1997.
- Symonds, M., *Victim responses to terror*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1980.
- Ševčík, D., Špatenková, N., *Domácí násilí. Kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál, 2011.
- Špeciálnová, Š., *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: LINDE nakladatelství, s. r. o., 2003.
- Šámal, P., a kol., *Trestní zákon – komentář*. Praha: CH Beck, 2004.

- Tátové a mámy, chraňte své děti před násilím. Praha: ROSA, 2007.
- Topinka, D., Domácí násilí z perspektivy aplikovaného výzkumu základní fakty a výsledky. Ostrava: SocioFactor, 2016.
- Tošnerová, T., Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002.
- Trampotová, O., Lacinová, L., Vtahování dětí do konfliktu mezi rodiči: porovnání a kritické zhodnocení současných teorií. Československá psychologie, 2015, roč. 59, č. 1.
- Úlehla, I., Umění pomáhat. Praha: SLON, 2005.
- Venglářová, M., Mahrová, G., Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing a. s., 2006.
- Vidovičová, L., Rabušic, L., Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. 2005. Praha: VÚPSV, 2005.
- Vodáčková, D., a kol., Krizová intervence. Praha: Remedium, 2002.
- Voňková, J., Vaše právo!: první pomoc ženám, obětem domácího násilí. Litomyšl: proFem o. p. s., 2002.
- Voňková, J., Huňková, M., Domácí násilí v českém právu z pohledu žen. Praha: proFem o. p. s., 2004.
- WEBER, P., Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci. Brno: IDVPZ, 2000.

ČASOPISY

- Bártlová, S., Sestra: Domácí násilí na starých lidech. Roč. 14, č. 11, 2004.
Psychologie dnes, č. 11/2006.
- Kudlová, P., Dvořáková, G., Komunikační karty-alternativní způsob komunikace mezi zdravotníky a pacienty cizinci. Dimenze moderního zdravotnictví, 2007, roč. 1, č. 1.
- Krátká, A., Odpovědnost jako základ dobré praxe. Článek v časopise Ošetrovatelství – Teorie a praxe moderního ošetrovatelství. Vydala Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 2001.
- Kutnohorská, J., Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče, Ošetrovatelství, 2004.
- Puškářová, R., Násile páchané na ženách jako ošetrovatelský problém, Sestra – slovenská verze, roč. 4, č. 12.
- Úlehlová, D., Levová J., Domácí násilí – vědí zdravotničtí pracovníci jak pomoci? Sestra, č. 2, s. 18–19, 2009.
- Vidovič, S., Násilí páchané na ženách z pohledu sestry. Sestra, roč. 14, č. 1, s. 16, 2004.
- Wicázová, E., Diagnóza: týraná žena. Sestra, roč. 12, č. 2, s. 4, 2004.

INTERNETOVÉ ZDROJE

www.bkb.cz, stránky Bílého kruhu bezpečí, o. s.

www.domacinasili.cz, informace nejen pro pomáhající profesionály v otázkách domácího násilí

www.fhs.cuni.cz/supervize, stránky Katedry řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích UK FHS

www.hestia.cz, stránky občanského sdružení Hestia, syndrom vyhoření

www.ic-brno.cz, stránky Intervenčního centra Brno

www.lkcr.cz

www.pacienti.cz/clanek.php?id=14, plné znění Etického kodexu práv pacientů, zdroj: MZČR

www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/371-vestnik-72004.html, plné znění Etického kodexu zdravotnických pracovníků nelékařských oborů.

www.nasilivrodine.cz

www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/EvaluatingStress.pdf, MBI dotazník

www.slovník-cizích-slov.cz

<http://www.stopnasili.cz/verejnost/dn-pro-pedagogy-a-vychovne-poradce/jak-podporit-dite.htm>, stránky o.s. Rosa

www.supervize.eu, stránky Českého institutu pro supervizi

<http://www.zdenhan.estranky.cz>

<http://www.domacinasili.cz/cz/redakce/statistiky/reprezentativni-vyzkum-2006-stem/r93>

JINÉ DOKUMENTY

Věstník MZ, r. 2008, částka 6

Zákon č. 135/2006 Sb., o ochraně před domácím násilím

Zákon č. 140/1967 Sb., trestní zákon

Zákon č. 141/1967 Sb., trestní řád

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích

Zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dítěte

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

