VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

DOMÁCÍ NÁSILÍ V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA ŠIMKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jana Toufarová

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

Šimková Jana
3. ZZV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 07. 11. 2014 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči

Häusliche Gewalt in Präklinische Vesorgung

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Toufarová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 15. 11. 2014

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma Domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči, vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a pramenů uvedených v bibliografii.

V Praze dne 30. 5. 2015 podpis ……

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat Mgr. Janě Toufarové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za pomoc a podporu při studiu i osobním životě.

V Praze dne 30. 5. 2015 podpis ……

ABSTRAKT

ŠIMKOVÁ, Jana. Domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce Mgr. Jana Toufarová. Praha 2015. Počet stran: 66

Téma bakalářské práce je Domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči. Teoretická část vymezuje pojem domácí násilí a rozděluje ho na dílčí charakteristické podskupiny. Charakterizuje také aktéry domácího násilí, tedy agresor versus oběť. Další kapitola se zabývá dětmi a seniory, jakožto rizikovou skupinou. Následující kapitola popisuje domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči. Závěr teoretické části bakalářské práce se zaměřuje na odbornou pomoc, intervenci a legislativu. V praktické části se práce zabývá rozborem a hodnocením dvou praktických případů formou kazuistik.

Klíčová slova

Agresor. Domácí násilí. Násilí. Oběť. Stockolmský syndrom.

ABSTRACT

ŠIMKOVÁ, Jana. Die häusliche Gewalt in der dringenden Vorkrankenhauspflege. Medizinische Hohschue, mbH. Grad-Einteilung: Bakkalaureus (Bc.). Die Leiterin: Mgr. Jana Toufarová. Prage 2015. Seitenzahl: 66

Das Thema meiner Bakkalaureusarbeit heiβt Die häusliche Gewalt in der dringenden Vorkrankenhauspflege. Im theoretischen Teil wird der Ausdruck der häuslichen Gewalt spezifiziert und auf einzelne Untergruppen verteilt. Es werden Akteure der häuslichen Gewalt charakterisiert, also Aggressor kontra Opfer. Im folgenden Kapitel wird die häusliche Gewalt in der dringenden Vorkrankenhauspflege beschrieben. Zum Schluβ dieser Arbeit werden die Fachhilfe, die Intervention und die Gesetzgebung erwähnt. Der praktische Teil meiner Bakkalaureusarbeit wird auf die Analyse und die Bewertung der zwei praktischen Fällen mit der Form von der Kasuistik konzentriert. Der praktische Teil beffasst sich mit dem Analyse und Bewertung von zwei Fälle von praktischen Kasuistik.

Schlüsselwörter

Aggressor. Die häusliche Gewalt. Gewalt. Opfer. Stockholm Syndrom.

OBSAH

Obsah 7

Seznam použitých zkratek 10

Seznam použitých odborných výrazů 11

Úvod 12

TEORETICKÁ ČÁST 14

1 Domácí násilí 14

1.1. Charakteristika a rozdělení domácího násilí 14

1.1.1. Fyzické násilí 15

1.1.2. Psychické násilí 15

1.1.3. Sexuální násilí 15

1.1.4. Sociální násilí 15

1.1.5. Ekonomické násilí 16

1.2. Znaky domácího násilí 16

1.3. Předsudky a mýty o domácím násilí 17

1.4. Cyklus domácího násilí 17

1.5. Domácí násilí a legislativa 18

2 Aktéři domácího násilí 19

2.1. Oběť 19

2.1.1. Stockholmský syndrom 19

2.2. Agresor 20

3 Děti v rizikovém postavení 21

3.1. Dítě jako svědek 21

3.2. Dítě jako oběť 21

3.2.1. Syndrom týraného dítěte 21

3.2.2. Typy týrání dětí 21

4 Senioři v rizikovém postavení 23

5 Domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči 25
5.1. Komunikace s agresorem v přednemocniční neodkladné péči 25
5.2. Zajištění pacienta 26
5.3. Vyšetření pacienta 27
5.4. Nedobrovolná hospitalizace 30
6 Místa pomoci a intervenční centra 31
6.1. Bezpečnostní plán 32
6.1.1. Útěk oběti z domova 33
6.1.2. Útěk z domova s dítětem 33
6.1.3. Co dělat, když hrozí únos dítěte 34
6.1.4. Co si vzít s sebou 34
6.1.5. Jak utajit adresu 34
6.1.6. Obrana při stalkingu 35
6.1.7. Původcem násilí je dítě 35
6.2. Peer pomoc 36
PRAKTICKÁ ČÁST 38
7 Kazuistika 1 39
7.1. Analýza a interpretace 44
7.2. Diskuze 45
7.3. Závěr kazuistiky 1 45
8 Kazuistika 2 46
8.1. Analýza a interpretace 54
8.2. Diskuze 55
8.3. Závěr kazuistiky 2 56
Doporučení pro praxi 57
Závěr 58
Seznam použité literatury 59

Seznam příloh 62

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIM	akutní infarkt myokardu
EKG	elektrokardiogram
ICHS	ischemická choroba srdeční
IZS	integrovaný záchranný systém
NCONZO	Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotních oborů
PNC	penicilin
PNP	přednemocniční neodkladná péče
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
RV	Rendez-vous
SR	sinusový rytmus
TBL	tablety
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	zdravotnická záchranná služba

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Aniktericke	bez přítomnosti žlutého zabarvení
Arteria femoralis	stehenní tepna
Arteria radialis	vřetenní tepna
Axilární	pažní
Cyanóza	modré až modrofialové zbarvení kůže a sliznic
Eflorescence	obecný název pro kožní projevy
Glukóza	krevní cukr
Hematom	modřina
Hyperlipidémie	zvýšená hladina tuků v krvi
Hypertenze	vysoký krevní tlak
Izokorie	zornice obou očí mají stejnou velikost
Karotida	krkavice
Medioklavikulární	procházející střední částí klíční kosti
Nervus trigeminus	trojklanný nerv
Os iliacum	kost kyčelní
Os pubis	kost stydká
Sternum	hrudní kost
Trachea	průdušnice

ÚVOD

V naší bakalářské práci se věnujeme tématu domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči. Téma jsme zvolili z toho důvodu, že domácí násilí je neustále žhavým a medializovaným problémem. Avšak v práci zdravotnického záchranáře je tento pojem tak trochu opomíjen a tabuizován. S případy domácího násilí v PNP se zdravotníci nesetkávají každý den, a proto si nemusejí být úplně jisti tím, jak se v dané situaci správně chovat a pomoci. V praxi pracovníků zdravotnické záchranné služby při ošetřování zraněných v rámci domácího násilí hraje roli několik aspektů, jako je ošetření napadené osoby, zajištění agresora a řešení situace na místě zásahu. Pracovníci ZZS jsou frustrujícím způsobem konfrontováni s omezenými možnostmi, jak obětem a všem, kterých se tato problematika týká pomoci. Můžeme se jen zamyslet nad tím, co a jaké dilema se odehrává ve zdravotníkovi, který ošetřuje zároveň oběť i agresora, když jeho posláním je pomáhat lidem [25].

Cílem naší bakalářské práce je zmapovat v teoretické části problematiku domácího násilí a pomocí kazuistik na ni upozornit odbornou veřejnost. Vzhledem k tomu, že pracovníci zdravotnické záchranné služby jsou leckdy jedinými nestrannými lidmi, kteří se dostanou při svých výjezdech do domů či bytů, kde se domácí násilí odehrává, je důležité v naší bakalářské práci vymezit pojmy a skutečnosti, možná poranění a charakteristiky obětí i agresorů, abychom pomohli pracovníkům v terénu odhalit možné domácí násilí, a co nejefektivněji pomoci obětem.

Naše bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se zabýváme domácím násilím, jeho charakteristikou a rozdělením dle druhu násilí. Popisujeme zde znaky domácího násilí, předsudky a mýty o domácím násilí a cyklus domácího násilí. Dále jsme vymezili pojmy agresor a oběť, dítě v rizikovém postavení, senioři v rizikovém postavení, domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči, místa pomoci, intervenční centra, peer pomoc a legislativa domácího násilí.

Praktická část bude zaměřena na případy dvou kazuistik z praxe, kde docházelo k domácímu násilí. První kazuistika je zaměřena na agresora, druhá kazuistika se zabývá obětí.

Naše bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací pro zdravotnické záchranáře a širokou odbornou veřejnost. Přispěje k pochopení problematiky tématu a ke zvládnutí odborné a adekvátní pomoci obětem domácího násilí v přednemocniční neodkladné péči.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ NÁSILÍ

Domácí násilí existuje stejně dlouho, jako lidstvo samo. Postoj společnosti k této problematice se začal měnit teprve až v 60. – 70. letech 20. století, kdy přestalo být vnímáno, jako čistě soukromá záležitost lidí, kterých se to bezprostředně týká. Do té doby byl svět přesvědčen, že psychické týrání a násilné projevy jednání mezi blízkými osobami v rodině je extrémní a nepříliš často se vyskytujícím jevem, který se týkalo pouze dané rodiny. Došlo k odtabuizování rodiny, jako uzavřeného celku a svět spatřil skutečný obraz reality. Vyšlo najevo, že domácí násilí prostupuje všemi společenskými vrstvami a patří mezi nejrozšířenější formy agrese. Na základě odhalení těchto skutečností začali po celém světě vznikat organizace na podporu obětí, které se zabývali pomocí. Začali vznikat krizová centra, telefonické krizové linky, poradny a azylové domy s veřejnou či utajovanou adresou [1].

Česká republika se tímto problémem začala zabývat až v roce 2002, kdy na základě průzkumu bylo zjištěno, že se s jednou či více forem domácího násilí setkalo 38% žen starších 18 let [26].

Do té doby bylo toto téma velmi často zlehčováno. Na základě medializování šokujících případů zacházení s blízkou osobou se tímto problémem začala zabývat široká veřejnost i odborníci [2,6].

1.1. Charakteristika a rozdělení domácího násilí

Domácí násilí je charakterizováno mnoha definicemi, jejich podstata je však stejná. Rada Evropy v roce 1985 definovala domácí násilí jako: *,,Násilné chování v rodině zahrnuje jakýkoliv čin, nebo opomenutí, spáchané v rámci rodiny některým z jejich členů, které podkopávají život, tělesnou nebo duševní integritu, nebo svobodu jiného člena stejné rodiny, nebo vážně poškozují rozvoj jeho osobnosti“* [27].

Pojem domácí násilí podrobněji popisuje Bednářová: *,,Domácím násilím se z pravidla označuje týrání a násilné jednání, kdy jedna násilná osoba získává a udržuje nad druhou moc a kontrolu. Jedná se o fyzické i slovní útoky, tělesné týrání, omezování osobní svobody, vydírání, sexuální zneužívání, výhružky, apod. Toto chování vyvolává trvalý strach oběti ze svého trýznitele, což umožňuje násilníkovi udržovat nad obětí*

neomezené mocenské postavení a donutit ji, aby se podřídila jeho vůli. Kontrolu veškerého života oběti uplatňuje násilník, jako svůj samozřejmý nárok" [3, s. 6].

Z těchto definic vyplývá, že podstatou je opakující se agrese – útok, v jakékoliv podobě směřující od pachatele k osobě blízké. V rámci rodiny mohou projevy domácího násilí směřovat od kohokoliv ke komukoliv. Nejčastější spojení domácího násilí jsou útoky mužů vůči ženám, rodičů vůči dětem, ale i opačně tedy ženy vůči mužům, děti vůči rodičům či prarodičům, nebo útoky mezi sourozenci.

Násilí se rozděluje na fyzické, psychické, sexuální, sociální a ekonomické [4].

1.1.1. Fyzické násilí

Tato forma násilí je nejlépe odhalitelná pro okolí, i přesto že oběti se snaží projevy fyzického násilí skrýt např. dlouhými rukávy, nohavice, šátky. Mezi fyzické násilí patří bití, fackování, strkání, tahání za vlasy, pálení, kousání, kopání, škrcení, třesení, bodání, odpírání spánku a jídla, ohrožování zbraní, až po útoky proti životu. Může dojít i ke svazování, míření zbraní nebo požití drog.

1.1.2. Psychické násilí

Na rozdíl od fyzického se psychické týrání dokazuje jen velmi těžko. Psychické násilí se může projevovat ponižováním, zastrašováním, hrubým nadáváním, vyhrožováním, zesměšňováním, psychickým vydíráním (sebevražda, vražda, rozchod, rozvod, únos, odejmutí dětí), kritizováním, sekýrováním, křikem, ničení majetku atd.

1.1.3. Sexuální násilí

Sexuálním násilím rozumíme nucení k sexuálním praktikám proti vůli oběti, znásilnění, nucení k pohlavnímu styku (i před jinými lidmi), nucení ke sledování či natáčení pornografie. Může se týkat žen, mužů i dětí.

1.1.4. Sociální násilí

Sociální násilí neboli sociální izolace je jinou formou psychického týrání. Agresor brání oběti v kontaktu s rodinou a přáteli. Kontroluje mobilní telefon, email. Časté otázky jsou: *„Kde jsi byl/a, s kým, o čem jste se bavili, .."*, přikazování oblékání. Agresor nutí oběť setrvávat doma, namísto toho, aby chodila do práce. Cíl je mít partnera pod kontrolou.

1.1.5. Ekonomické násilí

Ekonomické násilí může charakterizovat, jako neposkytnutí peněz na provoz domácnosti, znemožnění přístupu k příjmu rodiny, nucení žádat o peníze, kontrola nákupu, udržování ekonomické závislosti tím, že oběti je zakázáno chodit do zaměstnání, zatajování ekonomické situace agresora.

Tím, že agresor drží oběť v neustálé finanční tísni a pod pečlivou kontrolou, oběť není schopna opustit domov, či vyhledat pomoc. Odepření peněz se rovněž projeví ve společenském životě oběti, která se tak dostává do izolace, a tím do větší závislosti na agresorovi [5,6,9].

1.2. Znaky domácího násilí

Z jednoho útoku ještě nelze určit, zda se jedná o domácí násilí. Je to tzv. násilí na pokračování opakující se v cyklech. Na začátku roste napětí, poté dochází k násilnému incidentu, následuje fáze usmíření, a po té opět narůstá napětí. K domácímu násilí dochází z pravidla za zavřenými dveřmi bytu či domu. Podpůrným znakem domácího násilí je jeho stupňování. Násilí může být nejen častější, ale i krutější.

Znaky neboli indikátory domácího násilí mohou zahrnovat zranění nebo modřiny, zatím co ukazatele chování jsou způsoby, jak oběti a pachatelé jednají nebo na sebe vzájemně působí. Některé projevy lze vysvětlit i jinými příčinami např. modřina může být výsledkem pádu. Je třeba být pozorný a všímat si řetězení znaků, které by mohli poukazovat na problém domácího násilí.

Znaky fyzického násilí:

- zjevné fyzické traumata: škrábance, popáleniny, řezné rány, výrony, zlomeniny, hematomy (bilaterální modřiny na pažích, na vnitřní straně stehen, kruhovité modřiny a vícebarevné modřiny)
- opakovaná *„nevysvětlitelná“* traumata

Znaky psychického násilí:

- stud, zmatenost, potíže se spánkem, úzkost
- deprese, bezmoc, myšlenky na sebevraždu
- třes, krčení, nedostatečný kontakt očí, sání, kousání, houpání

Znaky sexuálního násilí:

- trauma v oblasti genitálu, krvácení z genitálu, krvavé spodní prádlo
- sexuálně přenosné nemoci, infekce

1.3. Předsudky a mýty o domácím násilí

Ve společnosti koluje spousta mýtů a předsudků o domácím násilí. Uvádí se, že je domácí násilí soukromou záležitostí, do které by se neměl nikdo vměšovat. Podle WHO v USA patří útoky na ženách k častým příčinám zranění. Počet těchto zranění převyšuje traumata způsobené dopravními nehodami, pracovními úrazy a loupežemi dohromady. Domácí násilí se často odehrává před zraky dětí, v ČR asi 80%. Děti si tyto nevhodné vzorce chování přenáší do vztahu k vrstevníkům v dětství i ve své dospělosti. Naučí se, že násilí je možné použít k manipulaci s ostatními lidmi.

Dalším mýtem je, že násilí se vyskytuje jen v některých vrstvách společnosti. Domácí násilí je přítomno ve všech příjmových kategoriích a ve všech zeměpisných šířkách. Nebyl prokázán vliv vzdělání, náboženské příslušnosti, věku, sociálního či etnického původu.

Častým mýtem je, že ženy, děti a starší lidé násilí vůči sobě často vyprovokují. Agresor si často po napadení, ve snaze vyhnout se odpovědnosti za svoje činy, vymlouvá na provokaci ze strany oběti. Každý je však odpovědný za své činy.

K domácímu násilí dochází často pod vlivem alkoholu. Alkohol není příčinou, avšak je velmi často rizikovým faktorem v případech domácího násilí, alkohol je spouštěčem domácího násilí. Podnapilost je používána, jako omluva pro agresory. Dokonce i pro oběť je přijatelnější představa, že by je partner netýral, kdyby nebyl pod vlivem alkoholu [7,8].

1.4. Cyklus domácího násilí

Jedná se o kruh vytvářející spirálu, který se postupně zrychluje a stupňuje. Případy domácího násilí mají většinou obdobný průběh.

1. fáze – Vytvoření napětí: kritizování, nadávání, vyhrožování, křičení

2. fáze – Týrání: fyzické napadání, sexuální zneužívání, psychický nátlak

3. fáze – Líbánky: omluvy, dárky na usmířenou, obviňování, že si oběť za napadení může sama, sliby, že se nic obdobného již nebude opakovat.

Tyto tři části cyklu se neustále opakují a naděje a strach stěžují ukončení vztahu [9].

1.5. Domácí násilí a legislativa

V českém právu bylo domácí násilí definováno až v roce 2007. Tím, že ČR přijala zákony týkající se domácího násilí, zúčastňuje se tím na řešení této problematiky a současně vyjadřuje nulovou toleranci.

Problematika domácího násilí má tři druhy pomoci, kam patří Policie České Republiky, intervenční centra a justice. Ty jsou tvořeny těmito zákony:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. – Tento zákon se týká zřizování a provozu intervenčních center, které slouží jako poradenská zařízení pro osoby ohrožené domácím násilím.

Zákon č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím. – Základní princip tohoto zákonu spočívá v možnosti zásahu do vztahu dvou osob, přičemž jedna z nich může být ohrožena druhou domácím násilím. Tím je institut vykázání. Doba vykázání je na 24 hodin.

Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České Republiky, ve znění pozdějších předpisů. – Policista má právo rozhodnout o vykázání ze společného bydlení, zákazu vstupu a zákaz kontaktu s ohroženou osobou.

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník. – Zabývá se trestním postihem za projevy domácího násilí nebo pronásledování tzv. stalking.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. – Zákon upravuje postavení dětí, kteří jsou svědky domácího násilí nebo přímo jejich obětmi. Zároveň upravuje oznamovací povinnost.

Současné zákony ČR tedy vytváří dostatečnou právní ochranu pro osoby ohrožené domácím násilím, tak i dostatečný postih osob násilných a zamezení dalšímu násilnému chování. [8,12]

2 AKTÉŘI DOMÁCÍHO NÁSILÍ

2.1. Oběť

Osobnost oběti byla vytvořena na základě psychologických profilů obětí. Obětí se může stát, jak žena, tak i muž, dítě či senior. Oběť se může vyznačovat některými z těchto rysů či vlastnostmi:

- cítí se sociálně izolovaní, opuštění, rozpolceni či zmateni
- trpí pocity viny, obvinují se z vyprovokování a zodpovědnosti za násilí, hledají důvody násilí u sebe
- mají pocit bezmoci a pocit, že ztratili kontrolu nad danou situací
- nechtějí si připustit, že jsou týrání, nebo že zůstávají v násilném stavu
- trpí nízkým sebevědomým, věří v to, že nedokáží žít bez cizí pomoci
- často jsou v depresi a mají strach
- upřednostňují potřeby dalších členů rodiny před svými
- zažívají stresové reakce s psychologicko fyziologickými komplikacemi, jako jsou: únava, vyčerpanost, bolesti zad a hlavy, nespavost

Oběť si ovšem nevybírá partnera – agresora. Na počátku vztahu agresor zdůvodňuje potřebu kontrolovat oběť láskou, chce s obětí být, stále musí vědět, kde byla, protože jí miluje, později připojuje zastrašování a ponižování oběti.

Fyzické násilí bývá spojeno s omezováním sociálních možností oběti, její kontakt s okolím, omezování ekonomických možností a vynucování si sexuálního styku.

Oběti v dlouhodobém násilí ztrácí sebevědomí a zároveň u nich narůstá strach a zmatek. Pokud nemá oběť dostatek podpory v okolí, může vést ponižování agresora k tomu, že přejímá negativní informace o sobě. Oběti uvádějí jako důvod, proč s agresorem zůstávají, strach nejenom o sebe a děti, ale také o agresora. Dalšími příznaky u oběti je stud, zhoršení zdravotního stavu a zvyšuje se riziko suicidy.

2.1.1. Stockholmský syndrom

Jedná se o psychologický jev, který popisuje sympatie zajatců ke svým věznitelům. Tento pojem se používá od roku 1973, kdy byla přepadena jedna ze

stockholmských bank. Tehdy byl poprvé pojmenován a popsán tento syndrom u několika rukojmích, kteří byli zadrženi pachateli.

V situacích domácího násilí bývá právě Stockholmský syndrom to, co váže týrané oběti k agresorům.

2.2. Agresor

Agresor se obvykle setkal s násilím v rodině nebo okolí např. byl v dětství tělesně trestán nebo byl svědkem partnerského násilí.

Příčinou agrese může být nerovnováha v postavení partnerů (agresor má nižší vzdělání, menší plat nebo je nezaměstnaný, přičemž oběť pracuje a živitelkou rodiny). To může vést k tomu, že agresor chce dokázat své postavení, moc a nadvládu nad svou obětí.

Mnoho agresorů má tyto vlastnosti:

- nízké sebevědomí
- pocit neschopnosti a nedocenění
- sklon vinit ze svých činů jiné
- žárlivost
- neschopnost vyrovnat se se stresovou událostí

Agresor není připraven nést důsledky za své násilné činy. Situaci zlehčuje, popírá nebo obviňuje oběť [10,11,28].

3 DĚTI V RIZIKOVÉM POSTAVENÍ

3.1. Dítě jako svědek

Dítě může být psychicky týráno i tehdy, když agrese není cílena přímo k němu, ale projevuje se mezi rodiči navzájem. Reakce dítěte je spolupodmiňována věkem, fází vývoje, předchozími zkušenostmi, jeho adaptačními a obrannými schopnostmi, které ke zvládnutí psychického traumatu používá. Přenos zkušeností týrání, zneužívání nebo zanedbávání se může projevit v dospělosti v roli rodiče. Je znám transgenerační přenos v tom smyslu, že lidé, s nimiž bylo v dětství takto zacházeno, opakují agresi ve vztahu ke svým dětem. Jsou známy také případy, kdy rodiče, kteří byli, jako děti týráni se později stávají obětmi týrání vlastními dětmi.

3.2. Dítě jako oběť

Traumatizující okolnosti ve vývoji dítěte je týrání, zneužívání a zanedbání zejména ze strany osob, které by měli o dítě pečovat. Rodiče mají snahu týrané dítě utajit a nezřídka i dítě samo má tendenci tyto události utajovat, či popírat.

V polovině minulého století si začali rentgenologové a chirurgové všímat neobvyklých zranění dětí, které vedly k identifikaci tzv. syndromu bitého dítěte.

3.2.1. Syndrom týraného dítěte

Syndrom týraného či bitého dítěte se poprvé použil v roce 1962. Ukázalo se, že dítě může být týráno nejen fyzicky, ale i psychicky, sexuálně, může být zanedbáno, či citově deprimováno. To vedlo k přijetí tohoto termínu *„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte“*, pro který užíváme zkratku CAN (Child Abuse and Neglect).

V roce 1992 zpracoval zdravotní výbor Rady Evropy definici syndromu CAN, která by měla sjednotit a upřesnit pohled na tuto problematiku [12,13].

3.2.2. Typy týrání dětí

Tělesné týrání je definováno, jako tělesné ublížení dítěti, nezabránění ublížení či utrpění dítěti, včetně úmyslného otrávení či udušení dítěte.

Pohlavní zneužívání je vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče nebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá (rodič, příbuzný, přítel, cizí osoba).

Pohlavní týrání se dělí na bezdotykové a dotykové. Bezdotykové zahrnuje setkání s exhibicionisty. Kontaktní týrání je takové, kdy dochází k pohlavnímu kontaktu, jako jsou doteky prsou a pohlavních orgánů, pohlavnímu styku, orálnímu nebo análnímu styku [6].

Citové týrání může mít vážný vliv na citový vývoj dítě. Může mít formu verbálního útoku na sebevědomí dítěte, ponižování dítěte či jeho zavrhování, násilná izolace, vyvolání situace, kdy dítě má neustálý pocit strachu. Zanedbání je jakýkoliv nedostatek péče. Zahrnuje nedostatek přiměřené výživy, oblečení, přístřeší, zdravotní péče i ochrany před zlem. Citové zanedbání je neuspokojení citových potřeb dítěte. Zanedbání výchovy a vzdělání je definováno, jako neposkytnutí dítěti možnosti, aby dosáhlo plného vzdělání.

Systémové týrání je dalším týráním, zanedbáním dětí a ubližováním jejich rodinám, kterému lze zabránit. Je to týrání, které je způsobeno institucemi, které byly založeny pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin např. dítěti je upřeno právo na informace, být slyšeno nebo je dítě neprávem odděleno od svých rodičů [14].

4 SENIOŘI V RIZIKOVÉM POSTAVENÍ

Je přirozené, že s věkem přibývají zdravotní komplikace, různé nemoci, potíže a omezení. Naopak ubývá fyzických sil, sociálního kontaktu a přátel. Dochází k tomu, že osoba, které dříve byla samostatná a nezávislá začíná být závislá na pomoci druhých.

Senioři, jako oběti domácího násilí tvoří velmi ohroženou skupinu. Násilí na nich se většinou dopouští děti či vnoučata. Pro seniory je tato skutečnost velmi bolestivá a neradi si ji připouštějí natož, aby se o ni svěřili ostatním.

Domácí násilí páchané na seniorech je problém moderní doby. V dnešní době se vytrácejí duchovní hodnoty nahrazované konzumací a hromadění majetku. Díky tomu, se za velmi krátké období, velmi dramaticky změnil postoj ke starým lidem. O tomto tématu se hovoří velmi málo. Násilí na seniorech je ožehavé sociologické téma, protože počet obyvatel nad 65 let věku ve společnosti přibývá a do budoucna přibývat bude.

Nemusí se vždy jednat o cílené násilí vůči starým lidem, může to být výsledek chování, které je důsledkem přetížení pečujících osob. Rozeznáváme několik typů násilí:

- fyzické násilí (bití, netlumení bolesti, vystavování chladu)
- psychické a citové násilí (nadávky, urážky, vyhrožování, omezování, zdůrazňování nepotřeby, omezování sociálních kontaktů)
- finanční a majetkové násilí (zneužívání majetku a financí seniora, upírání přístupu k vlastním financím, nátlak na změnu závěti)
- zanedbávání (odpírání stravy, čistého oblečení, zdravotní péče a hygieny)

Pro seniory je velmi těžké se s takovou věcí svěřit právě proto, že je jim ubližováno jejich nejbližšími místo toho aby si užívali podzimu života.

Nepříznivým faktem je i to, že mnohdy senioři vůbec netuší, že právě oni jsou obětmi domácího násilí a špatného zacházení, nemají ponětí o tom, že se vůbec o špatné chování jedná a že se proti němu mohou bránit.

Ne zřídka mají obavy a strach, že v případě obrácení se na odbornou pomoc, vyjde problém na povrch a agresor začne násilí stupňovat. Často se stydí za jednání

svých dětí a považují to za své osobní selhání ve výchově. Ostudu mnohdy považují za horší než je samotné týrání [23,30].

„Zrcadlový vztah“, pojem, kterým mnozí psychologové definují vztah ke starým lidem. Domnívají se, že mladý, zdravý člověk vidí ve starém, nemohoucím, nemocném a závislém člověku to, co by mohlo potkat i ho. Tohoto obrazu se děsí a nahání mu strach. Nevlídností a vytěsněním starého člověka ze svého života se podvědomě zbavují strachu z toho, co je může ve stáří potkat. O seniorech se často mluví, jako o zlých, egoistických a nepřizpůsobivých lidech. Psychologové tvrdí, že je toto hodnocení zapříčiněno zejména pohledem mladé generace, která se ujišťuje odlišností od generace seniorů.

Rizikové faktory zvyšující ohrožení seniora špatným zacházením:

- špatný zdravotní stav
- poruchy kognitivních funkcí
- ztráta soběstačnosti
- závislost na agresorovi
- soužití s agresorem

Více postiženou skupinou jsou senioři s demencí. Tito lidé mají problémy zpracovat informace, samostatně se rozhodovat či vyjádřit svůj vlastní názor [6,16].

5 DOMÁCÍ NÁSILÍ V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

I v přednemocniční neodkladné péči se můžeme setkat s domácím násilím. O tom, že se jedná o domácí násilí posádka ZZS zjistí většinou až na místě zásahu. Vodítkem k odhalení toho, že se jedná o domácí násilí, může posádce ZZS napomoct vnímání okolí, trpělivost při komunikaci se členy rodiny, podrobné odebrání anamnézy, fyzikální vyšetření či opakované výjezdy. Vhodné je také správně zvolit člena posádky, který odběr anamnézy provede např. při podezření na týrání ženy, odebírá anamnézu žena. Bohužel ne v každé posádce je členem žena, vzhledem k tomu, že v některých krajích jsou tendence vyčlenit ženy z provozu ZZS. Jestliže záchranář pojme podezření, že by se mohlo jednat o domácí násilí, zaměstná ostatní členy rodiny nebo okolí, aby měl s případnou obětí soukromí na podrobnější rozhovor, tak aby se mu oběť pokud možno dokázala svěřit. Pokud se pracovníkovi ZZS podaří komunikovat s obětí o samotě, je důležité v oběti vyvolat pocit důvěry, empatie a především bezpečí. Na navození správného ovzduší důvěry je podstatné, aby pracovník ZZS věděl nač se ptát, předpovídat reakce, být věcný a taktní.

V těchto rozhovorech se používají prvky individuálního psychologického rozhovoru, jehož hlavní podstatou je zjistit o člověku, se kterým je rozhovor veden jeho povahu, postoj, názory a prožívání citových stavů. Rozhovor má několik fází:

- Úvod – již zmiňované navození důvěry a bezpečí
- Vzestup a pokračování – v této části rozhovoru záchranář nejdříve pokládá obecné otázky a postupně se dostává k podstatnějšímu problému
- Vrchol a rozuzlení – dochází k odkrytí jádra problému
- Závěr – oběť by se měla uklidnit, uvolnit a domluvit se na další spolupráci [8,17]

5.1. Komunikace s agresorem v přednemocniční neodkladné péči

Při komunikaci s agresorem je důležité myslet na bezpečnost svou, posádky, obětí domácího násilí ale i agresora. Při řešení napjaté situace je nutné dodržet zásady bezpečného zacházení s agresivním člověkem:

- vždy vyčkat příjezdu policie ČR

- nezůstávat s agresorem o samotě
- rychle zmapovat okolí
- zajistit a hlídat únikové cesty
- dodržovat bezpečnou vzdálenost při komunikaci s agresorem
- nepodceňovat výhružky
- zdravotnický záchranář by měl dát jasně najevo svým postojem nadřazenost nad agresorem [5,18]

5.2. Zajištění pacienta

Nedílnou součástí při výjezdu k domácímu násilí je komplexní zajištění pacienta. Toto zajištění se týká, jak oběti, tak i agresora.

V případě, že záchranář či lékař zajišťuje a vyšetřuje oběť, měl by dodržovat doporučení, které se týkají práce a komunikace s obětí. Důležitá je empatie, respektování soukromí, lidský a přívětivý přístup. Je vhodné, aby měl záchranář na paměti, že oběť většinou trpí strachem, depresemi a nízkým sebevědomím. Anamnéza, která je nezbytnou součástí každého výjezdu ZZS, by měla probíhat v soukromí stejně jako fyzikální vyšetření, u kterého se klade důraz na zvýšenou pozornost při zjišťování nových i starších zranění. Nově vzniklá zranění by měl záchranář pečlivě ošetřit, zhodnotit potřebnost periferní žilní linky a směřovat pacienta do nejbližšího nemocničního zařízení k dalšímu vyšetření. Vhodné je oběť informovat o možnosti podání trestního oznámení na agresora a možnost pomoci i anonymní u specialistů.

Další z možností je zajištění a vyšetření agresora. V tomto případě zdravotničtí pracovníci dbají vysoké opatrnosti. Nikdy totiž nemusí přesně odhadnout, jak se agresor v určitých situacích zachová. Při výjezdech k domácímu násilí nebo jen při podezření na něj by měli posádky ZZS nebo již ZOS nezbytně kontaktovat policii PČR. Anamnézu a fyzikální vyšetření by mělo probíhat opatrně, lékaři či záchranáři by měli být citliví a vysvětlit agresorovi veškeré kroky, které chtějí udělat. Tím předejdou nepříjemnostem, které by mohly nastat. Dále mohou doporučit léčbu v psychiatrické léčebně. Léčba může být nařízená i soudně, to vše by měl agresor vědět. Při převozu do psychiatrické léčebny je vhodná asistence PČR. Pacient by měl mít na převoz zajištěnou periferní žilní linku [12,17].

5.3. Vyšetření pacienta

Vyšetření pacienta rozdělujeme na primární a sekundární. V přednemocniční neodkladné péči je správnost vyšetření základním předpokladem ke stanovení pracovních diagnóz. Obě tyto vyšetření umožňují posádkám ZZS rychlé rozhodnutí v rámci diferenciální diagnostiky a co nejefektivnější zabezpečení pacienta, jehož součástí je léčba a transport do příslušného zdravotnického zařízení. Před samostatným vyšetřením je důležité zhodnotit bezpečnost místa zásahu. Primární vyšetření je optimální realizovat během 1 – 2 minut.

Primární vyšetření pacienta

Toto vyšetření nelze odkládat a je nutné ho provést co nejdříve. Primární a sekundární vyšetření se navzájem prolínají. Kroky A, B, C, D, E jsou popsány níže. Život zachraňující úkony A, B, a C není možné odkládat, či bez jejich provedení postupovat dále ve vyšetřování pacienta. Někdy bývá do první položky Airway zahrnuta zástava masivního krvácení.

A – Airway

U pacienta zhodnotíme průchodnost dýchacích cest, což by mělo být prvním krokem. Pokud pacient nedýchá nebo jeví známky poruchy dechu, je důležité zajištění jejich průchodnosti, jak pomůckami, tak i např. trojitým manévrem, při kterém dojde k předsunutí dolní čelisti a oddálení kořenu jazyka. Dále sem zařazujeme fixaci krční páteře u traumatu.

B – Breathing

Sledujeme frekvenci, hloubku dýchání a saturaci kyslíku v krvi. Zhodnotíme tracheu, zda je ve středním postavení. Zaměřujeme se na patologie krku, vyšetření hrudníku (pohled, palpace, poslech, poklep).

C – Circulacion

Nejčastějším problémem při cirkulaci krve v krevním oběhu bývá v urgentní medicíně hypovolémie. Hlavním problémem je prohlubující se hypotenze. V kroku C – Circulacion se věnujeme zástavě krvácení, zhodnocení přítomnosti a kvality pulzu, kapilárnímu návratu, barvě a teplotě. Zajišťujeme žilní linku nebo intraoseální vstup.

D – Disability

Hodnocení Glasgow Coma Scale (GCS). Vylučujeme hypoxii a hypotenzi. Patří sem neurologické vyšetření zornic, citlivosti a meningeální příznaky.

E – Exposure

Spočívá v odkrytí a svlečení pacienta – navazuje na něj sekundární vyšetření. Patří sem i tepelný komfort.

Sekundární vyšetření pacienta

U sekundárního vyšetření je důležité důkladné vyšetření celého těla pacienta, které je nezbytnou součástí komplexní přednemocniční neodkladné péče. Toto vyšetření se v mnoha literaturách uvádí, jako vyšetření „od hlavy až k patě“. Lze ho realizovat na místě zásahu nebo v sanitním voze. Zdravotnický personál musí celou situaci vyhodnotit a přizpůsobit okolnostem. Nutností je soukromí pacienta a empatický přístup pracovníků ZZS při vyšetřování.

Hlava

Zjišťujeme přítomnost hematomu, krvácení, výtoku likvoru z uší, nosu a úst. Velikost, symetrii zornic a jejich reakci na osvit. Dále sledujeme kůži obličeje, deformity, fraktury a bolestivost lebky.

Krk

Na krku sledujeme, zda je trachea ve středním postavení. Toto vyšetření nám může mnohé napovědět a pomoci nám při rychlé diagnostice. Trachea může být vychýlena např. u tenzního pneumotoraxu. Je nutné také věnovat pozornost náplni krčních žil, opozici šíje a známkám traumatu.

Hrudník

Při vyšetřování hrudníku využíváme pohled, kdy zjišťujeme známky traumatu, symetrii a pohyby hrudníku. Dále palpaci, která nám pomůže odhalit deformity, bolest, nestabilitu či krepitaci. Poslech, ten je taktéž nezbytný při vyšetření pacienta, poukazuje na oboustranně slyšitelné dýchání, srdeční ozvy a šelesty. V neposlední řadě provádíme poklep.

Břicho

Stejně jako u hrudníku používáme pohled, palpaci, poklep, poslech a připojuje se zde vyšetření per rectum. U správně prováděného vyšetření můžeme objevit hematomy, známky ascitu, traumat, přítomnost peristaltiky a náplň ampule.

Pánev

Vyšetření pánve věnujeme dostatečnou pozornost zejména při traumatech. Hrozí zde velké krevní ztráty. Zlomenina pánve patří k jedné z nejzávažnějších zlomenin. Pohledem zhodnotíme známky traumatu, hematomu či krepitace. Provádíme kompresi os iliacum a os pubis. Zjišťujeme únik moče, stolice a krve.

Horní končetiny

Na horních končetinách můžeme pozorovat deformity, otoky, nefyziologické úhly, zkrácení končetiny, bolestivost či barvu kůže. Nezbytná je také kontrola pulzu na arteria radialis a hlavně zjištěni kapilárního návratu. Do vyšetření horních končetin patří i neurologické vyšetření, které v tomto případě zahrnuje zjištění citlivosti a pohyblivosti obou končetin.

Dolní končetiny

Při vyšetřování dolních končetin sledujeme známky traumatu, možné deformity, otoky, zkrácené končetiny, barvu kůže, bolestivost, otevřené zlomeniny. Důležitá je kontrola pulzu na arteria femoralis. Do tohoto vyšetření zahrnujeme i neurologické vyšetření, které spočívá ve zjištění citlivosti a pohyblivosti obou končetin.

Záda

Při vyšetření zad, provádíme kromě pohledu také nepřímý poklep a tapottement.

Anamnéza

Dle možností a stavu pacienta provádíme důkladný odběr anamnézy. Do anamnézy řadíme osobní, farmakologickou, alergologickou, gynekologickou, pracovní a sociální anamnézu, dále pak osobní data a současné potíže neboli nynější onemocnění.

Odběr anamnézy bývá mnohdy spolu s fyzikálním vyšetřením jedinou informací, kterou má záchranář k dispozici a může s ní pracovat.

Neurologické vyšetření

U neurologického vyšetření se zaměřujeme zejména na zhodnocení Glasgow Coma Scale, orientaci v osobě, prostoru a čase. Dále pak poruchami vědomí a řeči, symetrii zornic, pohyby očních bulbů, symetrii v obličeji a meningeálních jevů. Pozornost věnujeme i šelestu v uších a závrati [5].

5.4. Nedobrovolná hospitalizace

Nedobrovolná hospitalizace nebo také detenční řízení je možná jen v některých případech:

- pacientův stav nedovoluje podepsat souhlas s hospitalizací (intoxikace, bezvědomí..),
- pacient bezprostředně závažným způsobem ohrožuje sebe nebo své okolí
- onemocnění pacienta, u kterého je nařízeno léčení (psychiatrické, protialkoholní, protidrogové, sexuologické)

Nedobrovolná hospitalizace se využívá i vůči agresorovi u domácího násilí. V těchto případech lze agresorovi nařídit léčbu v psychiatrické léčebně. Je důležité aby tato nedobrovolná hospitalizace byla do 24 hod. od přijetí oznámena přijímacím lékařem místnímu soudu. Soud má sedm dnů na to, rozhodnout, zda byl postup oprávněný [21,29].

6 MÍSTA POMOCI A INTERVENČNÍ CENTRA

Nejdůležitějším krokem pro oběti domácího násilí je přestat se stydět a vinit. Vina je na straně agresora. Oběť si nemůže nechat pocity pro sebe. Lidé, kterých se tato problematika týká, si musí uvědomit některé věci:

- jednou rozjeté domácí násilí se bude jen stupňovat
- není ostuda vyhledat odbornou pomoc
- ideální a okamžité řešení neexistuje
- zaslouží si lepší život
- násilí mezi blízkými není normální
- nikdo není povinen trpět
- nikdo nemá právo jiného týrat psychicky či fyzicky

Oběti domácího násilí mohou nejprve využít diskrétní linky důvěry. Je velmi důležité, aby ohrožená osoba získala ztracenou sebedůvěru a nasbírala dostatek sil postavit se k celé situaci a vyhledat odbornou pomoc.

Odpoutání oběti od násilné osoby je proces několika malých kroků, kdy je nutné kombinovat privátní, institucionální, sociální, právní a někdy i trestně právní opatření.

Od 1. ledna 2007 působí ve všech krajích České republiky pracoviště poskytující krizovou pomoc osobám ohroženým domácím násilím tzv. Intervenční centra. Tato centra poskytují přechodnou pomoc a nehmotnou podporu v případech domácího násilí a zároveň zajišťují mezioborovou spolupráci mezi dalšími službami na úrovni kraje. V případech vykázání agresora z bytu spolupracují Intervenční centra s Policí České republiky. V těchto centrech pracují proškolení pracovníci, kteří mají pro tuto službu osvědčení z ministerstva práce a sociálních věcí.

Intervenční centrum je určeno osobám, které jsou ohroženy domácím násilím a jsou v ochranném režimu vykázání, agresor byl ze společného bydliště vykázán, je určeno osobám ohroženým domácím násilím, které hledají pomoc, informace a radu a chtějí situaci řešit.

V případě, kdy Policie ČR rozhodne o vykázání agresora ze společného místa bydliště, je nejpozději do 24 hodin doručen Úřední záznam o vykázání příslušnému Intervenčnímu centru v místě bydliště.

Personál Intervenčního centra na základě tohoto úředního vyrozumění kontaktují ohroženou osobu a nabídnou jí své služby do 48 hodin. Oběť se sama rozhodne, zda nabídky využije či ne.

V případě, že se oběť rozhodne řešit problém s domácím násilím sama, může telefonicky, písemně či osobně kontaktovat Intervenční centrum ve svém kraji.

Intervenční centra poskytují sociálně terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Ohroženým osobám je zprostředkována i následná pomoc (sociální, psychologická, právní, popř. zprostředkování ubytování v azylových domech). V Intervenčních centrech pracují koordinátoři pro domácí násilí, psychologové, právníci a sociální pracovníci. Spolupráce je možná i v anonymitě. Služby poskytované v těchto centrech jsou zcela bezplatné.

V případě, že se oběť rozhodne bojovat s domácím násilím má možnost kontaktovat a svěřit se na telefonických linkách pomoci např. linka DONA, azylové domy, linky důvěry, občanské poradny, úřady státní správy a samosprávy ČR a rodinné poradny. Dostupné informace může oběť také naleznout na stránkách organizace Bílý kruh bezpečí. Může se také obrátit na státní instituce Policie České republiky, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo spravedlnosti, soudy, státní zastupitelství, probační a mediační služba [23,29].

6.1. Bezpečnostní plán

Bezpečnostní plán je souhrn informací a užitečných rad pro oběti domácího násilí, které se rozhodly vymanit z vlivu agresora. Tento plán je dostupný na webových stránkách Bílého kruhu bezpečí, kde jsou vymezeny situace, ve kterých se oběť může nacházet. Je zde uveden i návod, jak daný stav řešit.

Bezpečnostní plán se podrobněji zabývá těmito situacemi:

- útěk oběti z domova
- útěk z domova s dítětem

- co dělat, když hrozí únos dítěte
- co si vzít s sebou
- jak utajit adresu
- obrana při stalkingu
- původcem násilí je dítě

6.1.1. Útěk oběti z domova

- Důležité je, aby si oběť zajistila dostupné únikové východy a nezdržovala se v blízkosti život ohrožujících předmětů (zbraně a jim podobné)
- Je nutností pamatovat si důležitá telefonní čísla (krizová linka, policie, místní azylové domy), čísla neukládat do mobilního telefonu, kde by je mohl objevit agresor
- Naučit děti používat mobilní telefon, aby dokázali sami přivolat pomoc
- Informovat o svých problémech blízké a přátele, kterým oběť důvěřuje
- Promyslet, zda je lepší útěk ve dne či v noci, aby nedošlo k vyprovokování násilné osoby
- Naplánovat si následující akce a místa další pomoci, preferovat zařízení s nepřetržitým provozem (nemocnice, policie)
- Stanovit si způsob dopravy, včetně přípravy prostředků (časy odjezdů dopravních prostředků, jízdenky, peníze)
- Oběť se může domluvit se sousedy na signálu, jež bude znamenat stav nouze a nebezpečí. Takový signál lze zakódovat, aby nebyl popudlivý pro agresora („Je Jitka doma?“, „Máš ještě tu červenou sukni, co jsem ti půjčila?“)
- Dále si připravit osobní věci (oblečení, dokumenty, klíče) a nejlépe je umístit mimo domov.
- Oběť má mít svůj bezpečnostní plán, nejlépe se začleněním blízkých osob (pokud policie nebo nemocnice není bezprostředně blízko).

6.1.2. Útěk z domova s dítětem

V případě nutnosti útěku a zanechání dětí s agresorem se oběť vrátí pro dítě pod dohledem policie.

V případě, že se oběť (rodič) rozhodne dítě začlenit do únikového plánu je vhodné, aby s ním únik předem nacvičil, vysvětlil mu, kde se může schovat a že jeho hlavním úkolem je být v bezpečí.

6.1.3. Co dělat, když hrozí únos dítěte

Pokud má matka nebo otec podezření na to, že by druhý rodič mohl unést jejich dítě nebo se již tato situace někdy v minulosti stala, je vhodné, aby své dítě učil rozpoznat, kde se nachází (města, restaurace, cesty..). Dítě by mělo umět požádat o pomoc lidi oblečené v policejních nebo vojenských uniformách. Velkým přínosem při únosu je, když je dítě naučené nechávat vzkazy na ubrouscích, papírových utěrkách nebo toaletním papíru.

6.1.4. Co si vzít s sebou

Pokud je oběť přinucena agresorem nebo jeho násilným chováním opustit domov, bude potřebovat co nejrychleji pomoc. Proto by měli mít lidé, kteří se stanou obětmi domácího násilí vždy při sobě důležité doklady a dokumenty jako jsou:

- řidičský a technický průkaz od osobního vozu
- rodné listy
- průkaz pojištěnce
- občanský průkaz
- pasy a imigrační dokumenty
- záznamy o školní docházce dětí
- lékařské předpisy
- očkovací průkazy
- důkazy o domácím násilí, jako jsou lékařské a policejní záznamy
- adresář s telefony

Je výhodou, když si oběť všechny důležité dokumenty, doklady, kreditní karty a hotovost uschová u někoho, komu věří (někdo z rodiny, přátelé, popř. v trezoru v práci).

6.1.5. Jak utajit adresu

Jelikož mohou být adresy velmi snadno vypátratelné např. přes daňové přiznání, lékařské ordinace, při objednávání jídla, doručování do domu, veřejné knihovně, je důležité, aby oběť, která si nepřeje, aby agresor vypátral její současnou adresu, pečlivě

zvážila, komu sdělí současné bydliště. Pro doručování je vhodné udat adresu zaměstnání nebo nejbližších osob.

Ne méně podstatné je vysvětlit rodině a přátelům závažnost situace a upozornit je, aby v žádném případě nedali nikomu adresu současného bydliště. Agresor se možná pokusí okouzlit nebo přinutit blízké osoby k prozrazení adresy. Pokud mu adresa nebude poskytnuta, může dojít k výhružkám. V tomto případě se atakované osoby ihned obrací na PČR.

6.1.6. Obrana při stalkingu

Stalking neboli pronásledování je úmyslné pronásledování, které snižuje kvalitu života. Opakované a dlouhodobě pronásledování a obtěžování je hlavním znakem.

Do typických projevů nebezpečného pronásledování patří:

- opakované pokusy zkontaktovat oběť (telefonáty, dopisy, SMS, drobné dary, emaily)
- přímé a nepřímé výhružky, které vzbuzují u oběti pocity strachu a obav (pravidelné sledování v odstupu 1 metru cestou domů z práce, školy)

Na stránkách Bílého kruhu bezpečí najdou oběti stalkingu sebeobranné tipy:

- nenakupujte vždy ve stejném obchodě a ve stejnou hodinu
- pokud se oběť rozhodne vyrazit do společnosti, měla by jít v doprovodu druhé osoby
- doporučuje se mít při sobě pomůcky k osobní obraně (pepřový sprej, sprej se slzným plynem, elektrický paralyzér, alarm)
- archivace komunikace s agresorem (telefonáty, emaily, SMS)

6.1.7. Původcem násilí je dítě

V době věku dítěte do 18 let je rodič zodpovědný za jeho činy. Jedinou možností, jak se této povinnosti zbavit, je umístění dítěte do diagnostického ústavu. O tomto kroku spolurozhoduje sociální úřad a soud.

V případě, že dítě potřebuje psychologickou či psychiatrickou pomoc je nutné vyhledat odborníka.

Základním pravidlem je nežádoucí chování odhalit ihned v počátku a podniknout odpovídající nápravné kroky [30].

6.2. Peer pomoc

Nejen lidé, kteří jsou obětmi domácího násilí, potřebují odbornou pomoc. Často jsou to právě zdravotníci pracující v oblasti urgentní medicíny, kteří se setkávají s náročnými životními situacemi u svých pacientů. Za náročné životní situace nepovažujeme jen domácí násilí, ale i náhlé úmrtí, při výjezdech zdravotnické záchranné služby nebo na urgentních příjmech.

Peer pomoc slouží zdravotníkům jako individuální či skupinová podpora po náročném zásahu či dlouhodobé zátěži. Účast na těchto sezeních je zcela dobrovolná.

Spousta organizací nabízí certifikovaný kurz pro peer. Tyto kurzy jsou určeny pro lékařský i nelékařský zdravotnický personál a je zaměřen na strategii zvládání psychicky náročných situací ve zdravotnických profesích. Kurzy se dělí na část teoretickou a praktickou: psychoedukace, stres management, informace o duševních nemocech, způsob pomoci lidem s duševním onemocněním (seznámení s legislativou, strukturou sociálních služeb), specifika lidí s duševním onemocněním (pravidla pro komunikaci s agresorem..). Hlavním cílem těchto kurzů je pomáhat kolegům, kteří prožívají negativní následky stresu po té, co byli vystaveni kritické, tragické události.

Jedním z poskytovatelů těchto kurzů je NCONZO.

Dovednosti a znalosti peera:

- komunikační pravidla
- pozice OK x OK
- ticho a naslouchání
- práce s časem
- provázení, vedení, doprovázení
- utváření dohod o cíli setkání
- znalosti a schopnosti užívat pravidla bezpečné činnosti peera
- navázání kontaktu
- schéma rozhovorů s jednotlivcem
- schéma rozhovorů ve skupině

- aktivní naslouchání
- znalost chyb v komunikaci
- znalost hranic peer pomoci
- schopnost odmítnout požadavek neslučující se etickými pravidly peera
- prezentace systému psychosociální intervenční služby [28]

PRAKTICKÁ ČÁST

Domácí násilí je velice složitá a náročná problematika a obětí se může stát každý člen rodiny. Když rodina neplní socializačně-výchovnou funkci, přestává být bezpečným místem pro její členy [3,14].

V praktické části bakalářské práce se budeme zaměřovat na dvě kazuistiky. Obě se budou týkat problematiky domácího násilí. Kazuistiky, které v praktické části rozebereme, pochází z jedné rodiny, ve které se domácí násilí nejednou vyskytlo. Materiály ke zpracování budeme čerpat nejen z výjezdových záznamů ZZS, ale také přímo od dcery agresora, které se obě kazuistiky bezprostředně týkají.

První kazuistika se bude zabývat agresorem, v druhé se budeme věnovat jak oběti, která byla napadená agresorem, tak i samotnému agresorovi.

7 KAZUISTIKA 1

Výjezdové stanoviště:

Zlín

Posádky účastné na výjezdu:

RZP a RV

Indikace:

Napadení

Místo zásahu:

Okrajová část města Zlín

Vzdálenost:

15 km

Popis místa:

Letní pracovní den, teplota vzduchu okolo 27 °C. Před panelovým domem, kde mělo dojít k napadení, stojí sousedé, kteří volali zdravotnickou záchrannou službu.

Popis situace:

16:22

Na tísňové lince zdravotnického operačního střediska byla přijata výzva. Zdravotní záchranná služba je volána sousedy, kteří upozorňují dispečerku na křik a rány z vedlejšího bytu. Popisují, že se tato situace neděje dnes poprvé. Pro intenzitu, nesnesitelnost křiku a evidentně gradující agresi se rozhodli dovolat odborné pomoci. Zaslechli také nářek a prosby o pomoc.

16:25

Na místo je poslána posádka RZP, dále je požadováno RV, které v současné době není k dispozici. Již během cesty si posádka RZP žádá přes zdravotnické operační středisko asistenci PČR.

16:37

Při příjezdu posádky RZP na místo zásahu: před domem stojí sousedé a vyčkávají příjezdu RZP, dle pokynů dispečerky zdravotnického operačního střediska. Dle sdělení sousedů křik a rány neustávají, proto se rozhodne tým RZP vyčkat příjezdu PČR. Při čekání na PČR se snaží záchranáři odebrat od sousedů částečnou rodinou anamnézu. Zjišťují, zda se situace opakuje často, v jaké intenzitě, jestli agresor napadá své oběti pouze verbálně nebo i fyzicky, kolik lidí se v bytě nachází, zda mají děti a přibližné stáří všech zúčastněných.

16:45

Příjezd PČR v 16:45. Záchranáři sdělují PČR podrobné informace o celé situaci. Za asistence PČR záchranáři vstupují do bytu. Otevírá manželka agresora, je vystrašená, ale bez zjevných známek fyzického násilí. Dcery jsou schované v dětském pokoji a taktéž nejeví známky fyzického násilí. Agresor sedí v obývacím pokoji, je nervózní, rozčilený, ale snaží se spolupracovat, jak s PČR tak i se záchranáři. Mezitím dispečerka zdravotnického operačního střediska kontaktuje posádku RZP a informuje je o dostupnosti RV. RV je již na cestě. Záchranáři se snaží zjistit průběh celé situace.

16:49

RV přijíždí na místo zásahu. Lékař provádí znovu odběr anamnézy, agresor se zklidňuje a souhlasí s vyšetřením. Lékař oslovuje pacienta, vše mu důkladně vysvětluje, táže se ho na dnešní datum a zjišťuje, zda je pacient orientovaný časem, prostorem a místem.

Anamnéza:

Muž 60 let

OA:

Hypertenze

Hyperlipidémie

ICHS

St. p. AIM, St. p. implantaci stentu 2006

St. p. Koronarografii 2006

Maniodepresivní porucha

SA: pracuje jako obchodní manažer, bydlí doma v bytě s manželkou a dvěma dcerami

Abusus: kuřák/denně 10 – 15 cigaret, alkohol příležitostně

AA: neguje

FA: Anopyrin 100 mg tbl. 0-1-0, Prestarium 5 mg tbl. 1-0-0, Sortis 20 mg tbl. 0-0-1, Quertiapin 500 mg tbl. 0-0-1, Cipralex 10 mg ½-0-0 (Quertiapin a Cipralex nyní neužívá)

Status preasents:

Pacient lucidní, normální orientace, spolupracuje, normosthemického habitu, kožní turgor v normě, kůže aniktericá, bez cyanosy a patologických eflorescencí.

Hlava poklepově nebolestivá, zornice izokoricé, fotoreakce ++, bulby anikterické bez nystagmu, rty acyanotické, jazyk plazí středem, ušni a nos bez sekrece, výstupy nervus trigeminus nebolestivé.

Krk ve fyziologickém postavení, náplň krčních žil v normě, karotidy tepou souměrně, trachea ve středním postavení, šíje volná, neoponuje.

Hrudník stabilní, bez krepitace, pohmatově nebolestivý, dýchání čisté bez vedlejších fenoménů SpO2 98 %, akce srdeční pravidelná tachykardie 100/min.

Břicho v niveu měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika slyšitelná, orientační nitrobřišní tlak bez hmatné rezistence, játra pod obloukem, slezina nehmatná.

Pánev bez patologických změn.

Páteř bez patologického nálezu, přímý poklep nebolestivý, tapottement negativní.

Horní a dolní končetiny bez patologií, citlivost ++.

Neurologické vyšetření bez lateralizace ve svalovém tonu, reakce na algický podnět zachována, GCS 6-5-4.

EKG: SR 100/min.

Terapie:

16:55

Lékař vyzývá záchranáře k měření životních funkcí a měření hladiny glukózy v krvi. Záchranář kontroluje a měří životní funkce. Nejdříve měří krevní tlak pomocí fonendoskopu a tlakoměru s dospělou manžetou. Nasazuje saturační čidlo na periferii pravé horní končetiny pacienta. Teplota je měřena digitálním ušním teploměrem, který záchranář umisťuje do pravého ucha. Glukometrem měří hladinu glukózy v krvi. Prst desinfikuje, pomocí jehly protíná kůži prstu, vytlačuje první kapku krve, kterou otírá do připraveného tampónu, vytlačuje další kapku krve, kterou aplikuje na připravený měřící papírek, který je zastrčen v glukometru. Na glukometru se objeví výsledek. Následovně zajišťuje na levé horní končetině periferní žilní linku. Tato končetina je zvolena z důvodu lepšího přístupu k periferní žilní lince během transportu. Záchranář si chystá esmarch, dezinfekci, kanylu o velikosti G18, proplach, prodlužovací hadičku, sterilní tampóny, lepení a kontejner na použité jehly. Pomocí esmarchu zaškrcuje pacientovi levou horní končetinu, desinfikuje kůži. Mezitím řidič rozbaluje kanylu zelené barvy a podává jí záchranářovi, který ji vytahuje z krytu a volí vhodné místo vpichu, protíná kůži a komůrka v mandrénu se plní krví. Záchranář pomalu vytahuje mandrén, povoluje esmarch a tlačí kanylu proti kosti, aby zabránil potřísnění okolí krví. Jehlu vhazuje do předem připraveného kontejneru. Řidič záchranáři podává spojovací hadičku s proplachem, ten ji připevňuje ke kanyle a kontroluje průchodnost periferní žilní linky. Fixuje připravenou náplastí.

17:05

Lékař žádá záchranáře o natočení dvanáctisvodového EKG, tento postup volí vzhledem k anamnéze. Řidič podává defibrilátor a zapíná ho. Záchranář si připravuje svody, které postupně nalepí na každou z končetin. Na pravou horní končetinu připevňuje svod červené barvy, na levou žluté, na pravou dolní končetinu černá a na levou dolní

končetinu zelený. Dále postupně přikládá jednotlivé elektrody i na hrudník. Svod V1 čtvrté mezižebří vpravo od sterna, svod V1 čtvrté mezižebří vlevo od sterna. V4 páté mezižebří v medioklavikulární čáře, V3 mezi V2 a V4, V5 ve výši V4 v pravé axilární čáře, V6 ve výši V4 ve střední čáře axilární. Následovně tiskne záznam EKG, po odtrhnutí podává záznam lékaři, ten dává pokyn k odstranění svodů.

Lékař upozorňuje pacienta na nutnost užívání léků na maniodepresivní poruchu. Dále navrhuje transport do psychiatrické léčebny v Kroměříži, kde za hospitalizace pacienta proběhne další léčba. Pacient nejdříve nesouhlasí, ale lékař mu vysvětlí rizika spojená s neužíváním farmak a možnost gradující agrese, které mohou skončit fyzickým napadením některého člena rodiny. Po chvíli pacient s převozem do psychiatrické léčebny v Kroměříži souhlasí.

17:10

Lékař dává pokyn řidiči zdravotnické záchranné sužby, aby připravil sanitní vůz na transport. Zdravotnický záchranář doprovází pacienta do sanitního vozu, uklízí pomůcky. Mez tím řidič zajišťuje muže bezpečnostními pásy. Záchranář kontroluje průchodnost periferní žilní linky. Lékař se rozhoduje pro transport středním zdravotnickým personálem v doprovodu PČR.

17:12

Lékař se vrací zpět do bytu, aby informoval rodinu, tedy hlavně manželku, o možné i anonymní pomoci. Poté se RV vrací zpět na základnu a ohlášením statutu informuje ZOS o ukončení výjezdu.

Vzhledem k neakutnímu stavu pacienta probíhá transport v klidném režimu bez použití modrých světel a sirén majáku.

Řidič během jízdy informuje zdravotnické operační středisko o transportu pacienta na psychiatrickou léčebnu v Kroměříži.

17:58

Při předávání na příjmovém oddělení psychiatrické léčebny zdravotnický záchranář detailně popisuje celou situaci, která se udála. Zároveň informuje lékařku o fyziologických funkcích i o tom, že pacient nyní neužívá medikace, která mu byla

předepsána na maniodepresivní poruchu. Dodává, že transport proběhl bez potíží a nutnosti zakročení PČR. Záchranář žádá lékařku o laskavou péči.

18:49

Posádka RZP se vrací na základnu, kde ukončují výjezd ohlášením statutu na ZOS. Záchranář doplňuje materiál do záchranářské brašny a sanitního vozu. Dále pak dezinfikuje použité vybavení, nosítka a prostory sanitky. Kontroluje funkčnost veškeré zdravotnické techniky a stav baterií.

18:52

Lékař provádí o celé události záznam do počítačového protokolu. Vše pečlivě zapsal dle výjezdového záznamu.

7.1. Analýza a interpretace

Převzetí výzvy dispečerkou zdravotnického operačního střediska o podezření na napadení proběhlo rychle a byly zjištěny všechny potřebné informace. Výzva byla vyhodnocena s minimální časovou ztrátou. Taktéž byla situace dobře zhodnocena a byl vyslán dostatečný počet posádek, bohužel bez RV, které nebylo ihned k dispozici. Činnost ZOS byla provedena bez zbytečných časových prodlev a bez fatálních chyb. Přijetí výzvy bylo v souladu s postupy a doporučeními, kterými by se dispečeři ZOS měli řídit.

Přijetí výzvy a výjezd posádky RZP proběhl v časovém limitu. Transport na místo zásahu proběhl za použití modrých světel a sirén. Posádka RZP a následně posádka RV dorazila v krátkém čase, při zachování bezpečné jízdy. Posádka RV, vzhledem k tomu, že byla na jiném zásahu, dorazila na místo zásahu o 12 min. později než posádka RZP. Zjištění prvotních informací při příjezdu na místo zásahu proběhlo rychle. PČR vstupovala do bytu jako první, následně za ní posádka RZP. Po příchodu do bytu si posádka RZP ověřila, že všichni členové rodiny nejsou zraněni. Pak se plně, za přítomnosti PČR, věnovala agresorovi. Po příjezdu RV lékař provedl odběr anamnézy a fyzikální vyšetření u agresora. Záchranář zajistil a připravil dle pokynů lékaře pacienta k transportu. Poté, co posádka RZP opustila byt s pacientem do psychiatrické léčebny v Kroměříži, ujal se lékař manželky agresora a upozornil jí na možnosti pomoci.

Obě posádky informují ZOS, členové RZP o stavu pacienta a jeho směřování a posádka RV o návratu na základnu. ZOS dále informuje psychiatrickou léčebnu o příjezdu ZZS.

Předání pacienta proběhlo správně. Posádka ZZS se vrátila na základnu, kde proběhla desinfekce sanitního vozu a všech použitých pomůcek. Záchranář provedl kontrolu funkčnosti veškerého technického vybavení a doplnil chybějící materiál.

7.2. Diskuze

Pro srovnání postupu a doporučení popsaných v teoretické části naší bakalářské práce s komunikací s agresorem a obětí nedošlo k žádným fatálním chybám.

Při přijetí výzvy dispečerkou zdravotnického operačního střediska, neodhadla správně situaci a na místo zásahu současně nedovolala asistenci PČR. Posádka zdravotnické záchranné služby správně vyhodnotila situaci již cestou a žádá dispečink o dovolání PČR. Po příjezdu RZP na místo zásahu posádka vyčkala příjezdu PČR a nevstupovala do bytu, čímž by se mohla sama ohrozit.

Záchranáři na místě zásahu se správně zajímají o zdravotní stav všech zúčastněných incidentu, nejen o agresora. Lékař RV po příjezdu na místo přebírá iniciativu. To může mít na agresora dobrý vliv, vzhledem k tomu že může mít pro něj větší autoritu.

Naopak bychom vytkli posádce ZZS přístupu k dcerám agresora. Dle našeho názoru by měli věnovat dcerám větší pozornost a pokusit se rozebrat celou situaci z psychologického pohledu.

Lékař vyhodnotil, že nejlepší pro všechny a hlavně agresora bude, když jej transportují v režimu RZP do nejbližší psychiatrické léčebny v Kroměříži.

7.3. Závěr kazuistiky 1

Každý výjezd k problematice domácího násilí je individuální a nelze je tedy zevšeobecňovat. Je důležité znát postupy a zásady pro komunikaci nejen s agresorem, ale i obětmi domácího násilí. Každý výjezd by měl být pro členy posádky zdravotnické záchranné služby přínosem a poučením pro další výjezdy podobného charakteru.

8 KAZUISTIKA 2

Výjezdové stanoviště:

Zlín

Posádky účastné na výjezdu:

RZP a RV

Indikace:

Napadení

Místo zásahu:

Okrajová část města Zlín

Vzdálenost:

15 km

Popis místa:

Podzimní víkendový den, teplota vzduchu okolo 13 °C. Před adresou odkud bylo tísňové přijato, stojí dívka, která zdravotnickou záchrannou službu volala.

Popis situace:

9:03

Na tísňovou linku zdravotnického operačního střediska byla přijata výzva. Oznamovatelkou je značně rozrušená mladá žena, která utekla před dům, aby mohla zavolat zdravotnickou záchrannou službu. Popisuje dispečerce, že její matka je v bytě a byla napadena otcem. Dispečerka ZOS se snaží mladou ženu uklidnit a poprosí o nadiktování adresy, kde se nyní nachází a kde se cely incident stal. Dále se táže, zda je matka při vědomí a jestli se v bytě ještě někdo nachází. Dovídá se, že je matka při vědomí a doma je ještě mladší sestra, která je zamčená v koupelně.

9:04

Na místo je poslána posádka RZP a RV, dále je požadována asistence PČR, kterou dispečerka ZOS informovala o situaci.

9:17

Při příjezdu posádek RZP a RV na místo zásahu: před panelovým domem stojí, dle pokynů dispečerky mladá žena. Mezi tím na místo přijíždí i PČR a společně s lékařem zdravotnické záchranné služby zjišťují závažnost situace. Dívka popisuje, že byly se sestrou v pokoji, když najednou slyšely hádku, křik a rány. Obě ihned přiběhly do kuchyně, kde matka chystala snídani. Otec byl rozzuřený a křičel, protože matka zapomněla koupit čerstvé pečivo. Celá situace se stupňovala tím víc, že matka upozornila otce na nedůležitost celého jeho problému. Pak došlo k tomu, že otec několikrát matku udeřil. Ta zůstala ležet u jídelního stolu. Obě sestry utekly, jedna ven volat o pomoc a mladší sestra se zamkla v koupelně bytu.

9:20

Za asistence PČR posádky RV a RZP vstupují do domu. Starší dcera jde spolu s nimi. Otevírá agresor, který tvrdí, že neví, co se stalo a oč jde. Polici ho požádá o vstup do bytu a kontrolu celé situace. PČR i zdravotnický personál ZZS vstupují do bytu. Starší dcera jde pro mladší sestru, aby mohla vyjít z koupelny. V obýváku na sedačce sedí žena, která má viditelná zranění v obličeji. Manžel tvrdí, že upadla. Dcery tvrdí, že otec lže a napadl ji on. Dále udávají, že se otec léčí s maniodepresivní poruchou a neužívá léky. Celá situace je evidentní. Dle výpovědi všech členů rodiny se jedná o napadení matky otcem. Otec začíná být opět agresivní, proto ho policie odvádí do druhé místnosti, aby mohlo v klidu proběhnout vyšetření napadené ženy.

Anamnéza:

Žena 54 let

OA:

Hypertenze

SA: pracuje jako ředitelka a spolumajitelka firmy, bydlí doma v bytě s manželem a dvěma dcerami

Abusus: kuřačka/denně 20 cigaret, alkohol příležitostně

AA: PNC

FA: Prestarium 5 mg tbl. 1-0-0

Status preasents:

Žena neguje bezvědomí, udává však úder do hlavy o roh stolu. Dále pacientka lucidní, orientovaná časem, místem i prostorem, spolupracuje, normosthemického habitu, kožní turgor v normě, kůže aniktericá, bez cyanosy. Na těle, hlavně na horních končetinách a zádech jsou, patrny modřiny staršího data.

Hlava poklepově bolestivá, ve vlasové části tržná rána 4 cm, zornice izokorické, fotoreakce ++, bulby aniktericé bez nystagmu, pod levým okem začínající hematom, rty acyanotické, tržná rána v oblasti horního rtu o velikosti cca 2 cm, jazyk plazí středem, dále na jazyku malá ranka, zřejmě od skousnutí, uši bez sekrece, z nosu nyní vytéká jasně červená krev.

Krk ve fyziologickém postavení, náplň krčních žil v normě, karotidy tepou souměrně, trachea ve středním postavení, šíje volná, neoponuje.

Hrudník stabilní, bez krepitace, pohmatově nebolestivý, dýchání čisté bez vedlejších fenoménů SpO2 97 %, akce srdeční pravidelná 100/min.

Břicho v niveu měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika slyšitelná, orientační nitrobřišní tlak bez hmatné rezistence, játra pod obloukem, slezina nehmatná.

Pánev bez patologických změn.

Páteř bolestivá v oblasti krční segmentu, tapottement negativní.

Horní a dolní končetiny citlivost ++, na horních končetinách hematomy staršího data.

Neurologické vyšetření bez leteraizace ve svalovém tonu, reakce na algický podnět zachována, GCS 6-5-4.

EKG: SR 100/min.

Terapie:

9:28

Při vyšetření lékař zjistil bolestivost krční páteře, proto záchranáře vyzve k nasazení krčního límce. Záchranář za použití fixační hmatů a s pomocí řidiče přikládá krční límec. Poté provádí toaletu tržné rány H_2O_2, osušuje oblast sterilním krytím. Dále kryje místo sterilním krytím a prubanem fixuje krytí k rance. Ret pacientky taktéž vyčistí H_2O_2, osušuje sterilním krytím a provádí pomocí náplasti tzv. mašličku, ta napomáhá ke stmelení rány. Řidič doprovází ženu ke kuchyňské lince, aby si mohla vypláchnout dutinu ústní.

9:39

Lékař žádá zdravotnického záchranáře o změření fyziologických funkcí a měření hladiny glukózy v krvi. Záchranář kontroluje a měří životní funkce. Nejdříve pomocí fonendoskopu a tlakoměru s dospělou manžetou měří krevní tlak na pravé horní končetině. Tep měří palpačně lékař. Záchranář nasazuje saturační čidlo na periferii levé horní končetiny pacientky. Teplota je měřena digitálním ušním teploměrem, který záchranář umisťuje do pravého ucha. Glukometrem měří hladinu glukózy v krvi. Desinfikuje prst pacientky, kůži protíná pomocí jehly, vytlačuje první kapku krve, tu otírá do připraveného tampónu, vytlačuje druhou kapku krve, kterou aplikuje na připravený měřící papírek. Ten je zastrčen v glukometru. Na glukometru se objeví výsledek, který záchranář sděluje lékaři. Lékař vyzve záchranáře k zavedení periferní žilní linky. Záchranář volí levou horní končetině. Končetinu volí z důvodu lepšího přístupu k žilní lince během transportu. Záchranář si chystá esmarch, desinfekci, kanylu velikosti G20, proplach, prodlužovací hadičku, sterilní tampóny, lepení a kontejner na použité jehly. Nejdříve pomocí esmarchu zaškrtí pacientce levou horní končetinu, hledá vhodné místo vpichu, volí dorsum ruky, desinfikuje kůži. Řidič rozbaluje kanylu růžové barvy a podává ji záchranáři, který ji vytahuje z obalu, protíná kůži a komůrka v mandrénu se plní krví. Záchranář pomalu vytahuje mandrén, povoluje esmarch, tlačí kanylu proti kosti. Mandrén vhazuje do předem připraveného kontejneru a připojuje spojovací hadičku, kterou mu podává řidič. Kontroluje průchodnost periferní žilní linky a fixuje připravenou náplastí.

9:49

Lékař prosí záchranáře o natočení končetinové EKG. Řidič podává defibrilátor a zapíná jej. Zapojuje svody do defibrilátoru a podává je záchranáři, ten je postupně nalepí na každou z končetin. Na pravou horní končetinu připevňuje svod červené barvy, na levou žluté, na pravou dolní končetinu černý a na levou dolní končetinu zelený svod. Následovně tiskne záznam EKG, po odtrhnutí ho podává lékaři, ten dává pokyn k odstranění svodů.

Lékař rozebírá s pacientkou celou situaci a ptá se, jak často dochází k fyzickému násilí a jestli manžel napadl někdy i dcery. Pacientka se přiznává, že dříve se jen hádali, ale poslední dobou docházelo k fyzickému napadení. Dcery nikdy nenapadl, přes týden nejsou doma, protože studují a domů jezdí jen na víkendy. Nevěděli ani o tom, že otec matku bije. Lékař dále doporučuje matce i dcerám, aby kontaktovali odbornou pomoc. Matka s dcerami souhlasí a slíbí, že odborníka vyhledají.

Pacientce je lékařem navržen transport na traumatologickou ambulanci Baťovi nemocnice ve Zlíně, kde ji podrobněji vyšetří, provedou rentgenové vyšetření a vyloučí závažnější zranění. Pacientka souhlasí.

9:54

Lékař dává pokyny řidiči zdravotnické záchranné služby k připravení sanitního vozu a transportu. Zdravotnický záchranář doprovází pacientku do sanitního vozu, uklízí pomůcky a odnáší spolu s řidičem vybavení zpět do sanitky. Řidič zajišťuje ženu bezpečnostními pásy. Záchranář kontroluje průchodnost periferní žilní linky. Lékař se rozhoduje pro transport v režimu RZP bez doprovodu RV. RV zůstává v bytě kvůli agresorovi.

Vzhledem k stavu pacientky probíhá transport za použití modrých světel a sirén majáku.

Řidič během jízdy informuje zdravotnické operační středisko o transportu na traumatologickou ambulanci Baťovi nemocnice.

10:12

Při předávání na traumatologické ambulanci záchranář popisuje celou situaci, která se stala. Informuje lékaře o fyziologických funkcích, zraněních a jejich ošetření. Dodává,

že během transportu se pacientce nepřitížilo a na celou situaci si pamatuje. Záchranář žádá lékaře o laskavou péči.

10:22

Posádka RZP se vrací na základnu, kde ukončují výjezd ohlášením statutu na ZOS. Záchranář doplňuje použitý materiál do záchranářské brašny a sanitního vozu. Dezinfikuje použité vybavení, nosítka a prostory sanitky. Kontroluje funkčnost zdravotnické techniky a stav baterií.

10:05

Mezitím zůstal v bytě lékař, který promlouvá za asistence PČR s agresorem. Navrhuje léčbu v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Muž tuto možnost odmítá. Lékař dále vysvětluje, že pokud nepodstoupí léčbu sám, dobrovolně, bude mu léčba nařízena soudní cestou. Tím, že bude s transportem souhlasit hned, ušetří sobě i rodině zbytečné starosti. Dále ho lékař upozorňuje na to, že manželka může podat trestní oznámení o napadení. Pod tíhou všech hrozeb, které lékař vylíčil a prosbou dcer pacient souhlasí s převozem do psychiatrické léčebny v Kroměříži. Lékař žádá řidiče RV, aby prostřednictví ZOS požádal o posádku RZP, která bude pacienta transportovat do psychiatrické léčebny. Lékař odebírá anamnézu a provádí fyzikální vyšetření u agresora.

Anamnéza:

Muž 60 let

OA:

Hypertenze

Hyperlipidémie

ICHS

St. p. AIM, St. p. implantaci stentu 2006

St. p. Koronarografii 2006

Maniodepresivní porucha

SA: pracuje jako obchodní makléř, bydlí doma v bytě s manželkou a dvěma dcerami

Abusus: kuřák/denně 10 – 15 cigaret, alkohol příležitostně

AA: neguje

FA: Anopyrin 100 mg tbl. 0-1-0, Prestarium 5 mg tbl. 1-0-0, Sortis 20 mg tbl. 0-0-1, Quertiapin 500 mg tbl. 0-0-1, Cipralex 10 mg ½-0-0 (Quertiapin a Cipralex nyní neužívá)

Status preasents:

Pacient normální orientace, nervózní, roztěkaný, jeví známky agrese. Nyní spolupracuje. Kožní turgor v normě, kůže aniktericka bez cyanosy a patologických eflorescencí. Již v minulosti byla ZZS volána k tomuto muži kvůli domácímu násilí, tehdy, ale nebylo prokázáno fyzické domácí násilí.

Hlava poklepově nebolestivá, zornice izokorické, fotoreakce ++, bulby aniktericke bez nystagmu, rty acyanotické, jazyk plazí středem, uši a nos bez sekrece, výstupy nervus trigeminus nebolestivé.

Krk ve fyziologickém postavení, náplň krčních žil v normě, karotidy tepou souměrně, trachea ve středním postavení, šíje volná, neoponuje.

Hrudník stabilní, pohmatově nebolestivý, bez krepitace, dýchání čisté bez vedlejších fenoménů SpO2 99%, akce srdeční pravidelná tachykardie 102/min.

Břicho v niveu měkké, prohmatné, nebolestivé, peristaltika slyšitelní, orientační nitrobřišní tlak bez hmatné rezistence, játra pod obloukem, slezina nehmatná.

Pánev bez patologických změn.

Páteř bez patologických změn, přímý poklep nebolestivý, tapottemnet negativní.

Horní a dolní končetiny citlivost ++, na pravé horní končetině v oblasti záprstních kůstek vznikající hematom od úderu pěstí o zeď.

Neurologické vyšetření bez patologií. GCS 6-5-4.

EKG. SR 102/min

Terapie:

10:17

Lékař provádí měření fyziologických funkcí. Nejdříve měří palpačně tep na levé horní končetině. Pak nasazuje na stejnou končetinu dospělou manžetu tlakoměru a pomocí fonendoskopu měří krevní talk. Řidič měří teplotu digitálním ušním teploměrem, který umísťuje do pravého ucha a měří hodnotu SpO2 v krvi. Hodnoty hlásí lékaři.

10:22

Lékař se rozhodne pro zajištění periferní žilní linky. Volí levou horní končetinu z důvodu lepšího přístupu k žilní lince během transportu. Řidič připravuje pomůcky: esmarch, dezinfekci, sterilní tampóny, kanylu o velikosti G 20, proplach prodlužovací hadičku, lepení a kontejner na použité jehly. Lékař zaškrcuje pacientovi pravou horní končetinu a volí vhodné místo vpichu, dezinfikuje oblast loketní jamky, protíná kůži, komůrka mandrénu se plní krví, lékař pomalu vytahuje mandréna a zároveň tlačí kanylu proti kosti. Řidič podává lékaři spojovací hadičku s proplachem, kontejner, kam lékař odhazuje mandrén a lepení. Lékař zkouší průchodnost periferní žilní linky a fixuje připravenou náplastí.

10:23

Na místo zásahu dorazila posádka RZP, lékař dává pokyn řidiči RZP, aby připravil sanitní vůz k transportu pacienta do psychiatrické léčebny. Zdravotnický záchranář doprovází pacienta do sanitky, řidič RV odnáší z bytu zdravotnické vybavení, které během výjezdu použili.

10:25

Lékař se rozhoduje pro transport středním zdravotnickým personálem za asistence PČR, loučí se pacientem a ubezpečuje se, že je agresor s dalším postupem srozuměn.

Vzhledem k neakutnímu stavu pacienta probíhá transport v klidném režimu bez použití modrých světel a sirén majáku.

Řidič během jízdy informuje zdravotnické operační středisko o transportu pacienta na psychiatrickou léčebnu v Kroměříži.

11:17

Zdravotnický záchranář při předávání na psychiatrickém oddělení popisuje lékařce celou situaci. Informuje ji o fyziologických hodnotách, neužívání medikace na maniodepresivní poruchu a již předešlé hospitalizaci na tomto oddělení. Dodává, že transport proběhl bez problémů a žádá lékařku o laskavou péči.

12:10

Posádka RZP se vrací na základnu, kde ukončují výjezd ohlášením statutu na ZOS. Záchranář spolu s řidičem dezinfikují prostory sanitky.

Mezitím řidič RV doplnil chybějící materiál, který použil lékař během výjezdu.

12:14

Lékař provádí záznam o celé události do počítačového protokolu. Vše pečlivě zapsal dle výjezdového záznamu.

8.1. Analýza a interpretace

Převzetí výzvy dispečerkou zdravotnického operačního střediska o napadení proběhlo v krátkém časovém úseku. Potřebné informace, které byly předány členům posádky ZZS, byly zjištěny rychle a bez zbytečných prodlev. Situace byla dispečerkou velice dobře vyhodnocena a byl vyslán potřebný počet posádek, a to posádky RZP a RV. Činnost ZOS byla provedena bez zbytečných časových prodlev a bez fatálních chyb. Přijetí výzvy bylo v souladu s postupy a doporučeními, kterými by se dispečeři ZOS měli řídit.

Přijetí výzvy a výjezd posádek ZZS proběhl v časovém limitu k tomu určenému. Transport na místo zásahu proběh za použití modrých světel a sirén. Obě posádky dorazily na místo v krátkém čase, při zachování bezpečné jízdy. Zjištění informací od dcery agresora proběhlo rychle a koordinovaně. Za asistence PČR posádky vstupují do bytu. Lékař zjišťuje závažnost celé situace a prověřuje, zda je zraněn ještě někdo kromě manželky agresora. PČR odvádí agresora mimo dosah oběti, aby lékař mohl v klidu provést odběr anamnézy a fyzikální vyšetření. Záchranář provedl měření životních funkcí, ošetření pacientky a spolu s řidičem připravili ženu k transportu na traumatologickou ambulanci Baťovi nemocnice. Poté, co posádka RZP i s pacientkou

opustila prostory bytu, ujal se lékař za asistence PČR agresora. Posádka RZP informuje ZOS o stavu pacientky a jejím směřování.

Lékař navazuje komunikaci s agresorem a navrhuje mu hospitalizaci v psychiatrické léčebně, tu agresor zprvu odmítá. Po sdělení dalších důsledků, které mu jsou vysvětleny, jako od lékaře, tak i od PČR, agresor nakonec souhlasí. Lékař provádí odběr anamnézy, fyzikální vyšetření, zajištění pacienta. Dále posádka RV žádá dispečink o vůz RZP. Druhá posádka RZP přijala výzvu od zdravotnického operačního střediska v časovém limitu. Na místo zásahu dorazila za použití modrých světel. Řidiči ZZS připravili pacienta k transportu do psychiatrické léčebny v Kroměříži.

Obě posádky informují ZOS, členové RZP o stavu pacienta a jeho směřování a posádka RV o návratu na základnu. ZOS informuje psychiatrickou léčebnu o příjezdu ZZS.

Předání pacienta proběhlo správně. Všechny posádky ZZS se vrátili na základnu, kde proběhla desinfekce obou sanitních vozů a všech použitých pomůcek. Každý záchranář provedl kontrolu funkčnosti veškerého technického vybavení příslušné sanitky a doplnil chybějící materiál.

8.2. Diskuze

Dispečerka zdravotnického operačního střediska správně vyhodnotila situaci a již při přijetí tísňového volání na linku 155 dovolává k asistenci na výjezd k evidentnímu případu domácího násilí PČR.

Kladně hodnotíme koordinaci složek integrovaného záchranného systému, který správně odhadl událost, kdy PČR zajistila bezpečně vstup do bytu, kde byl agresor s obětí. Po počátečním zhodnocení celé situace nejprve zdravotníci věnovali pozornost evidentně poraněné ženě a PČR zajistila agresora a odvedla do jiné místnosti, aby ZZS měla klid a prostor pro ošetření i odebrání anamnézy.

Posádka RZP zajistila transport do nemocnice k došetření. Lékař dle našeho názoru správně zůstal na místě výjezd, aby došetřil agresora a zajistil i pro něj plnohodnotnou a adekvátní léčbu. Dal mu asertivně najevo správné řešení pro něj i jeho blízké, vše mu empaticky vysvětlil a nabídl pomoc.

Lékař také oběti vysvětlil postup a možnosti řešení krizové situace.

8.3. Závěr kazuistiky 2

Každý výjezd k problematice domácího násilí je individuální a nelze je tedy zevšeobecňovat. Je důležité znát nejen postupy a zásady pro komunikaci s agresorem a obětmi domácího násilí, ale i správné, empatické a citlivé ošetření obětí.

Pro odebrání kvalitní anamnézy je důležité navodit správné a důvěryhodné prostředí, protože ve většině případů se oběti za násilí, které je na nich pácháno stydí, nebo si dokonce myslí, že si za něj mohou sami a agresora omlouvají.

Každý výjezd by měl být pro členy posádky zdravotnické záchranné služby přínosem a poučením pro další výjezdy podobného charakteru.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jako doporučení pro praxi bychom uvedli, možnost další edukace v oblasti domácího násilí, psychologie, komunikace (komunikace s agresivním klientem, komunikace s pacientem v ebrietě a pod vlivem omamných a psychotropních látek), komunikace s obětmi domácího násilí. Také možnosti kurzů pro tzv. PEER pracovníka, který má v kolektivu zdravotnických pracovníků nepostradatelnou úlohu.

Dále bychom doporučili účast na soutěžích a cvičeních integrovaného záchranného systému, kde si pracovníci zdravotnické záchranné služby mohou nanečisto vyzkoušet a osvojit chování ve vypjatých situacích.

Další z možností sebevzdělávání mohou být příklady z praxe, knihy kazuistik na témata spojená s problematikou domácího násilí.

Také je důležité sledovat a být informován v oblasti legislativy, která se neustále aktuálně mění a ne vždy jsou pracovníci a lidé vůbec dostatečně erudováni.

Členové posádek ZZS by měli být jasně seznámeni s kompetencemi na výjezdech charakteru domácího násilí, ohlašovací povinnosti a možnost efektivního řešení pro všechny oběti domácího násilí.

Pracovníci ZZS by měli být schopní poskytnout obětem odpovídající a kvalitní informace o možnostech pomoci, o existenci intervenčních center v každém kraji, azylových domech i možnostech azylového ubytování bez známé adresy.

Všichni pracovníci ZZS by měli mít na paměti, že se jedná o velice citlivou problematiku, protože problém se týká základní společenské jednotky, tedy rodiny. Měli by projevovat své profesionální chování a velkou dávkou empatie a porozumění jak obětem, tak i agresorovi.

ZÁVĚR

Domácí násilí v přednemocniční neodkladné péči je rozsáhlá multidisciplinární problematika. Přestože její hlavní cílovou oblastí jsou znalosti, dovednosti a zkušenosti pracovníků ZZS, má podstatně širší dosah související se stavem společnosti. Domácí násilí je problém všech vrstev společnosti, napříč náboženské příslušnosti a nehraje zde roli ani vzdělání, či věk [7,11].

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat problematiku domácího násilí, čehož jsme dosáhli v teoretické části. Dále jsme objasnili, kdo jsou účastníky domácího násilí, jejich osobností charakteristiky, legislativu a také centra pomoci, které mohou oběti domácího násilí využít. Dalším z cílů bylo zpracování dvou kazuistiky z této problematiky a upozornit na ni odbornou veřejnost. To vše by mělo pomoci záchranářům v praxi pro kvalitní a odbornou pomoc v problematice domácího násilí. Domníváme se, že cíl, který jsme si dali na začátku bakalářské práce, byl splněn.

Za další inspiraci mohou zdravotníci považovat edukační kurzy a přednášky s obdobnou problematikou a zvážit, zda se nestát pro své týmy ještě užitečnějšími a přínosnějšími, jakožto PEER a pomoci tak svým kolegům vyrovnat se se zážitky z nelehkých výjezdů, traumatických událostí, či jim pomoci i v jejich osobních životech. Pomoci jim tehdy, kdy na sobě mohou pociťovat syndrom vyhoření, či je postihne posttraumatická stresová porucha. Všemi těmito problémy jsou zdravotníci a obzvláště členové posádek ZZS ohrožování nejvíce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] GJURIČOVÁ, Šárka, Jana KOCOURKOVÁ a Jiří KOUTEK. *Podoby násilí v rodině*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000, 101 s. ISBN 80-7021-416-3.

[2] ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 186 s. ISBN 978-80-7367-690-2.

[3] BEDNÁŘOVÁ, Z., MACKOVÁ, K., PROKEŠOVÁ, H., Studijní materiál o problematice domácího násilí pro pracovnice a pracovníky orgánů sociálně – právní ochrany dětí. Praha: MPSV, 2006. 139 s. ISBN 80-86878-50-3.

[4] MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 296 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.

[5] REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

[6] VANÍČKOVÁ, Eva. *Komerční sexuální zneužívání dětí*. Vyd. 1. Praha: Česká společnost na ochranu dětí, 2004, 11 s. Růžová linka. ISBN 80-239-3443-0.

[7] BEDNÁŘOVÁ, Zdena. *Domácí násilí: zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám*. Praha: Acorus, c2009, 92 s. ISBN 978-80-254-5422-0.

[8] ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Viktimologie pro forenzní praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 158 s. ISBN 978-80-262-0582-1.

[9] VITOUŠOVÁ, Petra a Vladimír VEDRA. *Domácí násilí: (informace a praktické rady pro ohrožené osoby)*. 3., upr. vyd. Praha: MJF, 2009, 12 s. ISBN 978-80-86284-85-9.

[10] ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Moderní psychologie pro právníky: [domácí násilí, stalking, predikce násilí]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 150 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2207-8.

[11] VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 9788024608419.

[12] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397-x.

[13] PROKOP, Martin. *Právní ochrana dětí a obětí domácího násilí*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Liga lidských práv, 2004, 83 s. ISBN 8090347312.

[14] TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 227 s. ISBN 9788073675615.

[15] VYKOPALOVÁ, Hana. *Násilí na seniorech, Sborník příspěvků z pracovního semináře.* 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 65 s. ISBN 80-244-0409-5.

[16] KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

[17] ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.

[18] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

[19] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 60 s. ISBN 80-238-9505-2.

[20] VOŇKOVÁ, Jiřina a Markéta HUŇKOVÁ. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: proFem, 2004, 194 s. ISBN 80-239-2106-1.

[21] KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka. *Právo proti domácímu násilí*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011, xiii, 139 s. Beckova skripta. ISBN 978-80-7400-381-3.

[22] STŘÍLKOVÁ, Patricie a Marek FRYŠTÁK. *Vykázání jako prostředek ochrany před domácím násilím*. Vyd. 1. Ostrava: Key Publishing, 2009, 91 s. Právo (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-020-0.

[23] CONWAY, Helen L. *Domácí násilí: příručka pro současné i potenciální oběti se zákonem č. 135/2006 Sb. platným od 1. ledna 2007*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2007, 158 s. Albatros Plus. ISBN 978-80-00-01550-7.

[24] DALIGAND, Liliane a Véronique BEDIN. *Násilí v partnerských vztazích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 141 s. ISBN 978-80-262-0718-4.

Vysokoškolské kvalifikační práce

[25] HALENKOVÁ, Marcela, 2011. *Domácí násilí – úloha poučeného zdravotnického personálu poskytující přednemocniční neodkladnou péči.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta Hradec Králové. Bakalářská práce.

Webové stránky

[26] PERSEFONA. Domácí násilí - statistiky a výzkum. www.persefona.cz. [online]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: http://www.persefona.cz/n-domaci-nasili.php?page=dn-statistiky/

[27] DOPORUČENÍ Rady Evropy R(85)4 o násilí v rodině z 26. 3. 1985. www.portal.cz.[online].[cit.2015-0501].
Dostupnéz:http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=5043/

[28] SPISCR. Systém psychosociální intervenční služby. www.spiscr.cz. [online]. [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: http://www.spiscr.info/cs/vzdelavaci-a-pracovni-cinnost-peera-spis/t1036/

[29] BÍLÝ kruh bezpečí. www.bkb.cz. [online]. [cit.2015-04-25]. Dostupné z: http://bkb.cz/

[30] DONA linka. Pomoc obětem domácího násilí. www.donalinka.cz. [online]. [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: http://www.donalinka.cz/

[31] ROSA. Centrum pro týrané ženy. www.rosa-os.cz. [online]. [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: http://www.rosa-os.cz/

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Protokol k provádění sběru dat I

Příloha B – Loga webových stránek II

Příloha C – Pracoviště Bílého kruhu bezpečí v ČR III

Příloha D – Linka pomoci IV

PŘÍLOHA A

Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

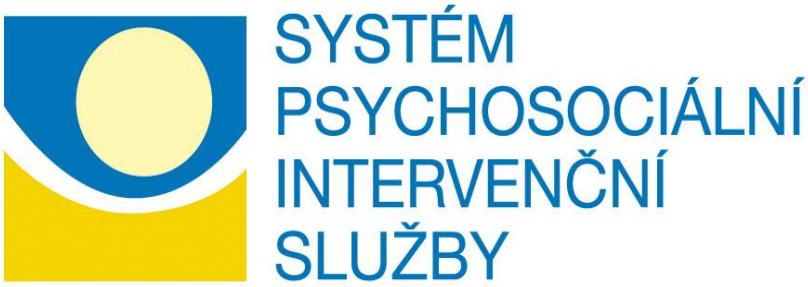
Příjmení a jméno studenta	Šimková Jana	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3
Téma práce	Domácí násilí v předlékařské neodkladné péči	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jana Toufarová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ○ nesouhlasím	Mgr. Jana Toufarová podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	☒ souhlasím ○ nesouhlasím	ZZS Zlínského kraje, p.o. Havlíčkovo nábř. 434 760 01 Zlín oblast Zlín

V Zlíně dne 11. 03. 2015

podpis studenta

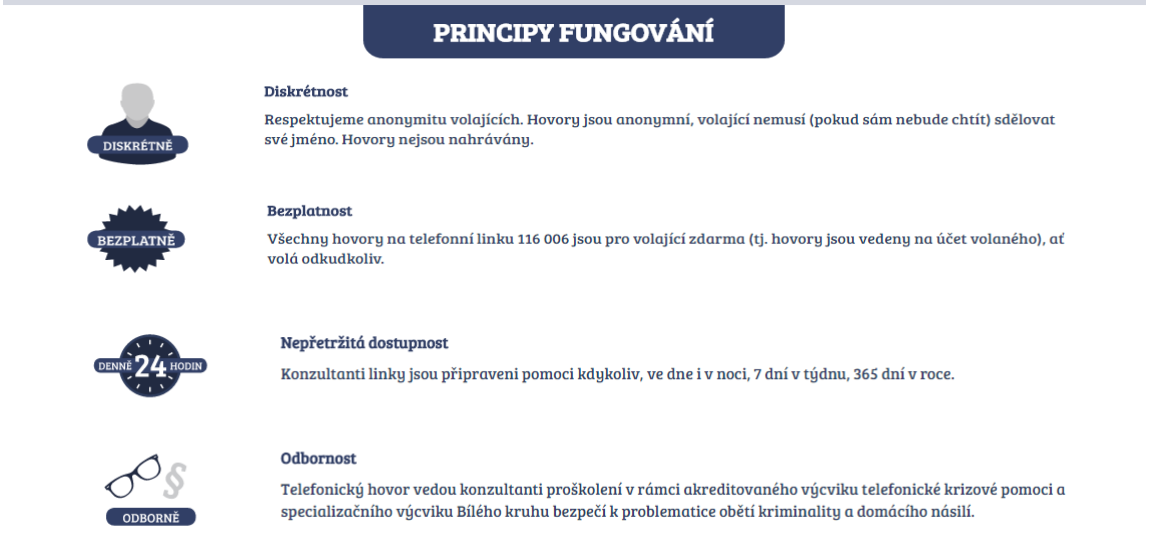
PŘÍLOHA B

Loga webových stránek: Bíly kruh, Domácí násilí, Systém psychosociální intervenční služby



PŘÍLOHA C

Pracoviště Bílého kruhu bezpečí v ČR

PŘÍLOHA D

Linka pomoci obětem kriminality, domácího násilí a její principy fungování