

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav veřejného zdravotnictví

**Práva pacientů v ČR – legislativní
a etické souvislosti:
Zdravotně sociální ochrana dětí do
jednoho roku života ohrožených
zanedbáváním a týráním**

DIZERTAČNÍ PRÁCE

Mgr. Adéla Lemrová
2023

Školitel: doc. et doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem předloženou práci vypracovala samostatně s použitím níže uvedené literatury, kterou v seznamu řádně cituji.

V Olomouci dne

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala své školitelce doc. et doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. nejen za odborné vedení mé práce, ale za vytrvalou podporu, motivaci a inspiraci po celou dobu mého studia.

Za spolupráci rovněž děkuji kolegům z pracovišť soudního lékařství v Olomouci, Ostravě, Brně a Hradci Králové. Bez jejich ochoty by výzkum nebylo možné realizovat. Děkuji taktéž osloveným expertům, kteří se se mnou ochotně dělili o jejich znalosti a zkušenosti. Děkuji všem kolegům, kteří se mnou na výzkumech spolupracovali.

Děkuji svým nejbližším – své rodině, zejména manželovi a dcerám. Za pomoc, podporu, pochopení.

OBSAH

1	Úvod	4
1.1	Základní demografické údaje	8
1.2	Historický vývoj hodnoty života a práv dítěte	12
1.3	Dítě a medicína.....	17
1.4	Dítě v rodině	19
1.5	Týrání a zanedbávání dítěte, syndrom CAN	23
1.5.1	Diagnostika týraného a zanedbávaného dítěte – úloha lékařů.....	27
1.6	Zanedbávané a týrané dítě ve výzkumech	30
2	Metodologie	34
2.1	Cíl výzkumu, metody výzkumu a výzkumný soubor	34
2.2	Design výzkumu.....	37
2.3	Obsahová analýza.....	39
2.4	Kazuistiky: časové řady, životní dráha	42
2.5	Delfská metoda.....	43
2.6	Limity výzkumu.....	45
2.7	Etika výzkumu.....	46
3	Výsledky.....	47
3.1	Popis souboru.....	47
3.1.1	Soubor „hostilní jednání“	53
3.2	Kazuistiky	63
3.3	Výsledky Delfské metody	75
4	Diskuze.....	91
4.1	Případy zanedbávání a týrání dětí ve výzkumném souboru.....	91
4.2	Příčiny zanedbávání a týrání dětí, předpokládané překážky na straně rodin při hledání pomoci.....	94
4.3	Prevence zanedbávání a týrání dětí	101
5	Závěr.....	104
	Abstrakt	110
	Abstract	112
	Soupis bibliografie	114
	Seznam zkratk.....	124
	Seznam obrázků, tabulek a grafů	125
	Přílohy.....	126

1 Úvod

Dětství je jednou ze zásadních determinant zdraví (Wilkinson & Marmot, 2005). Dle UNICEF se v roce 2020 narodilo téměř 140 miliónů dětí. Jejich šance dožít se dospělosti je napříč světem rozdílná. Více než polovina úmrtí dětí je způsobena stavu, kterým by bylo možné předcházet nebo je léčit za předpokladu přístupu ke zdravotní péči a zlepšení kvality jejich života. Dětství má pro zdraví lidí zásadní význam, proto je nezbytné, aby děti mohly žít v příznivých a stabilních podmínkách. S kvalitou života úzce souvisí i bezpečné prostředí. V Deklaraci práv dítěte přijaté Valným shromážděním Organizace spojených národů 20. listopadu 1959 (*Deklarace práv dítěte*, b.r.) je uvedeno, že „dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm“. Ochrana práv dítěte tak, jak ji známe dnes, je záležitostí hlavně 20. a 21. století, v jejichž průběhu nabývalo postavení dítěte na síle. Tato ochrana ale dosud není dostatečná. Vývoj v oblasti lidských práv, práva, soudního lékařství a veřejného zdraví v posledních letech vedl k tomu, že se problém špatného zacházení s dětmi stal viditelnějším na mezinárodní úrovni (*The State of the World's Children 2021 Statistical Tables*, b.r.; WHO Regional Office for Europe, 2007).

Velkým celosvětovým problémem je špatné zacházení s dětmi, které má závažný dopad na fyzické a duševní zdraví, pohodu a vývoj po celou dobu jejich života, a tím i na celou společnost. Vedle toho přináší také značné individuální, rodinné a společenské náklady. Děti po celém světě ve všech sociálních vrstvách jsou vystavovány týrání či zanedbávání, odhaduje se, že celosvětově je každoročně jedno ze dvou dětí ve věku 2–17 let vystaveno nějaké formě násilí (Browne et al., 2007; *Global Status Report on Violence against Children 2020*, b.r.). To může zahrnovat více forem fyzického nebo psychického týrání, zanedbávání nebo nedbalého zacházení či komerčního nebo jiného vykořisťování, které vedou ke skutečnému nebo potenciálnímu poškození zdraví a jež jsou překážkou zdravého vývoje, důstojného života a v mnoha případech samotného přežití dítěte. Tato traumata vedou často k dlouhodobým a vážným zdravotním i psychickým problémům.

Dětství ovlivňuje nejen samotné zdraví jedince v dospělosti (Wilkinson & Marmot, 2005). Vzorce chování osvojené v dětství mohou determinovat jednání a hodnoty jedince. Dítě roste a vyvíjí se v závislosti na svém prostředí, šance dětí dožít se dospělosti je dokonce na sociálních podmínkách závislá (Kukla, 2016). Význam rodiny pro vývoj dítěte je nezastupitelný. Právě

rodina má rozhodující vliv na celkový rozvoj jeho osobnosti v oblasti tělesné, duševní i sociální, a to zvláště v nejranějším období jeho dětství.

Z výzkumů vyplývá, že pachateli týrání dětí jsou nejčastěji členové nejbližší rodiny, v případě malých dětí přímo jejich matky. Velmi často k němu dochází za tichého nezájmu nejen okolí, ale i těch nejbližších – členů širší rodiny nebo bezprostředních sousedů. Jako problém se jeví také snížená zdravotní gramotnost. Podle domácích (Ivanová & Olecká, 2020; Lemrová, Olecká, & Ivanová, 2021), ale i zahraničních výzkumů (Lane, 2014; Meadow, 1999) vykazují ženy, které se dopouštějí zanedbávání dítěte či v krajním případě jeho usmrcení, společné charakteristiky. Jde například o matky ve složité socioekonomické situaci, matky samoživitelky nebo ženy nežijící s biologickým otcem dítěte, matky závislé na návykových látkách. Může jít o rodinu pouze s jedním dítětem, ale stejně i s více dětmi. Matky se závislostí na návykových látkách mohou mít obavu ze stigmatizace ze zveřejnění jejich potíží či z odebrání dítěte.

Podle programu WHO „Zdraví pro všechny do 21. století“ (MZČR, 2002) jsou i v rámci evropského regionu rozdíly v šancích dětí dožít se prvních narozenin, což je mimo jiné závislé na sociálních podmínkách. Program WHO Zdraví 21 zaměřuje pozornost také na sociálně patologické příčiny úmrtí dětí a stanovuje jako jeden ze svých cílů (č. 3.4) snížení úmrtnosti a zdravotního postižení způsobeného nehodami a násilím páchanými na dětech mladších 5 let o 50 %. Mezi sociálně patologické příčiny ve vztahu ke kojenecké a dětské úmrtnosti patří: a) nedostatky v hlášení praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na násilí páchané na dětech, b) vzájemná neinformovanost a nekoordinace postupů, c) nediskrétnost ve spolupráci mezi pracovníky sociální sféry, policií, školskými pracovníky a zdravotníky při přešetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení (Lemrová et al., 2018). V případě podezření na zanedbání či týrání dítěte je zákonem stanovena oznamovací povinnost, která ukládá jednotlivcům i institucím povinnost informovat o takovém činu. Jde jednak o § 368 trestního zákona (*Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*, b.r.), ale také o zákon o sociálně-právní ochraně dětí (Vláda ČR, b.r.-a), podle kterého je tato povinnost upravena také pro státní orgány, školy, školská a zdravotnická zařízení. Tato zařízení jsou bez zbytečného odkladu povinna oznámit obecnímu úřadu podezření na zanedbání či týrání dítěte.

Sociálně-právní ochrana dítěte je v ČR zajištěna na nadnárodní i na národní úrovni. Na národní úrovni má v ČR sociálně-právní ochrana dítěte svůj základ v Listině základních práv a svobod, kde jsou v článku 32 zakotveny principy ochrany rodičovství, rodiny, dětí a mladistvých a pracovněprávní garance pro těhotné ženy a mladistvé. V České republice je za ohrožené dítě

považováno takové dítě, jehož příznivý vývoj je ohrožen. Definice ohroženého dítěte je uvedena v § 6 zákona č. 359/2011 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Jsou-li naplněny podmínky ohrožení dítěte, je nevyhnutelná aktivní spolupráce s místně příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Jde zejména o děti, jejichž rodiče zemřeli nebo neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti. Dále jde o rodiče, kteří vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají kontrolu školní docházky jejich dítěte, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženi závislostí, žijí se prostitutí, spáchali trestný čin. Děti těchto rodičů se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za jejich výchovu, jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami, jež zodpovídají za výchovu, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami (Vláda ČR, b.r.-a).

Násilí na dětech lze předcházet. Prevence tohoto násilí a reakce na ně vyžaduje, aby se úsilí systematicky zaměřovalo na rizikové a ochranné faktory na všech čtyřech vzájemně propojených úrovních rizika (individuální, vztahová, komunitní, společenská) (WHO Regional Office for Europe, 2007). Ačkoli mají v České republice konkrétní orgány oznamovací povinnost, kterou s většími či menšími úspěchy naplňují, stále existují rodiny, ve kterých týrání dětí probíhá i několik let, než je tato situace řešena. Dle Zdraví 21 a Zdraví 2020 je ČR vytýkána nekoordinovanost postupů, která se výzkumy potvrdila (MZČR, 2002; „Zdraví 2020“, 2013).

Problém lze spatřovat nejen ve výkonu profesí jednotlivých aktérů ochrany dětí, ale také v komunikačních bariérách mezi nimi a matkami, které se ocitají ve složitých situacích. Těhotné ženy a matky ve složité socioekonomické situaci (opuštěné nebo samoživitelky, případně se závislostí na návykových látkách atd.) potřebují pomoc, avšak často nevědí, jak a na koho se obrátit. Krajním řešením pro ně mnohdy bezvýchodné situace může být nezákonné odložení či zabití dítěte. Z výzkumů na téma ochrany dětí před násilím a zanedbáváním (Ivanová et al., 2018; Ivanová & Olecká, 2020; Lemrova et al., 2021) vyplývá, že intervence směřující k překonání překážek ke zlepšení péče o znevýhodněné děti je nutné provést na obou stranách, tedy mezi matkami, ale také mezi poskytovateli zdravotní péče. **Cílem disertační práce je zjistit, jaké jsou možnosti prevence zanedbání a týrání dětí do jednoho roku života.**

Z cíle vyplývají tyto výzkumné otázky:

Jaké jsou možnosti zabránění násilné smrti dítěte včasným odhalením zanedbávání a týrání dítěte do 1 roku života?

1. Identifikace případů zanedbávání a týrání dítěte z pitevních spisů na soudně-lékařských pracovištích
 - a. VO: Které konkrétní případy v pitevních spisech ukazují na hostilní jednání v průběhu života dítěte nebo při jeho úmrtí?
2. Popsat životní dráhy dětí a identifikovat jednotlivé aktéry situace
 - a. VO: Na kterých životních dráhách dětí ve vztahu k hostilnímu jednání je možnost identifikovat jednotlivé aktéry?
3. Zjistit názory expertů na možnosti prevence hostilního jednání
 - a. VO: Jaké jsou dle expertů nejčastější příčiny vedoucí k zanedbávání či týrání dětí v rodinách?
 - b. VO: Jaké jsou na straně těchto rodin nejčastější překážky při hledání pomoci u institucí?
 - c. VO: Jaké jsou názory expertů na možnosti ochrany dětí a prevence na základě zjištěných životních drah dětí zemřelých násilně do 1 roku života?

Tyto otázky budou zodpovězeny prostřednictvím smíšeného výzkumu. V první fázi výzkumu byly analyzovány pitevní spisy ze čtyř pracovišť soudního lékařství (Brno, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava). Byla provedena obsahová analýza spisů dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně v letech 2007–2016 ve věku do jednoho roku života. Kvalitativní data byla popsána pomocí absolutních a relativních četností. Závislosti mezi proměnnými byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu.

Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Z pitevních spisů byly vybrány kazuistiky, u nichž je prostřednictvím časových os nebo životních drah prezentován životní příběh dítěte a okolnosti jeho smrti. Současně jsou identifikováni aktéři, kteří mohli nebo měli mít povědomí o složité životní situaci v rodině dítěte. Aktéři těchto institucí byli pomocí Delfské metody v poslední fázi výzkumu osloveni a dotazováni na jejich zkušenosti s případy zanedbávání či týrání dítěte v rodinách a na případné návrhy

preventivních opatření, která by těmto jevům mohla zabránit. Výsledky výzkumu byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel.

Pro úvod do problematiky je vhodné se orientovat v demografických ukazatelích vztahujících se k rodině, porodnosti a plodnosti. Ochrana práv a zdraví dítěte budou zasazeny do historického rámce. Kontextuálními charakteristikami problematiky zanedbávání a týrání dětí se zabývají kapitoly „Dítě a medicína“ a „Dítě v rodině“. Teoretický důraz je kladen na kapitolu „Týrání a zanedbávání dítěte“.

1.1 Základní demografické údaje

Riziko úmrtí dítěte do jednoho roku se různí po celém světě a je významným ukazatelem sociálně-ekonomických poměrů v daném regionu. Kojenecká úmrtnost je důležitým ukazatelem zdraví populace, protože je spojena s řadou faktorů, jako jsou mateřská úmrtnost, zdraví matek, kvalita a dostupnost lékařské péče, socioekonomické podmínky, a je ovlivněna a zpětně ovlivňuje postupy v oblasti veřejného zdraví (MacDorman et al., 2014). Kojenecká úmrtnost je definována jako počet úmrtí dětí do jednoho roku věku vyjádřený na 1 000 živě narozených dětí.

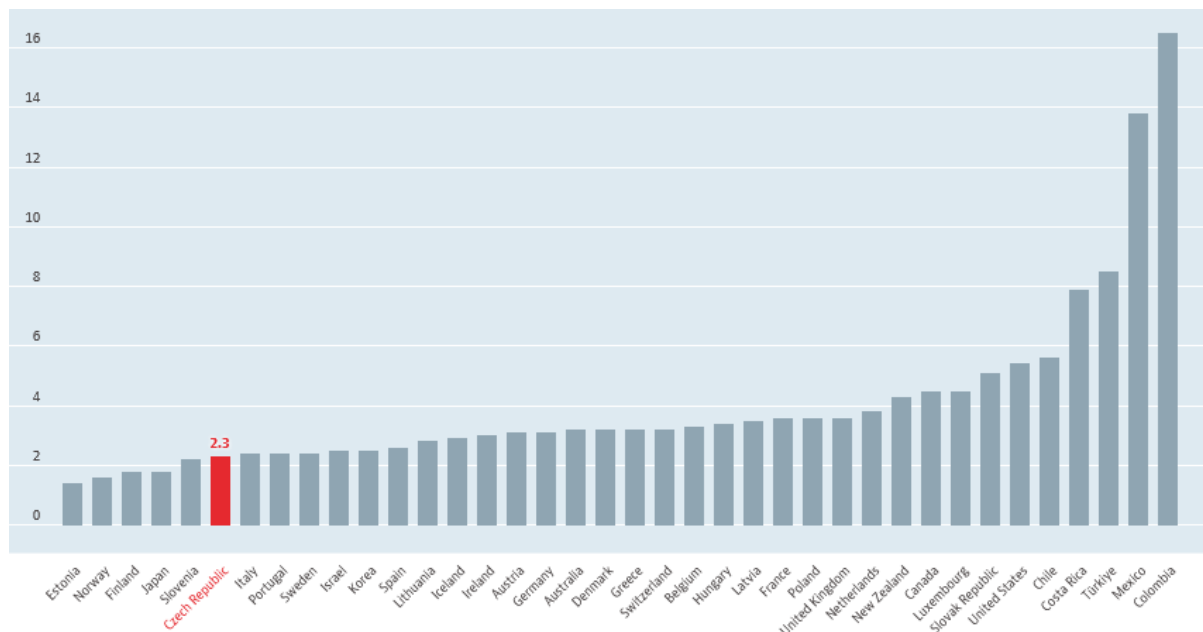
Podle WHO je kojenecká úmrtnost nejvyšší v zemích střední Afriky. Úmrtnost dětí do 1 roku věku je dále členěna na úmrtnost prvního dne, poporodní úmrtnost (první tři dny po narození), časnou úmrtnost (0–6 dní), novorozeneckou (0–27 dní) (Roubíček, 1997).

Riziko úmrtí dítěte před dovršením prvního roku života bylo nejvyšší v africkém regionu WHO, a to více než sedmkrát vyšší než v evropském regionu WHO. Nejvyšší novorozeneckou úmrtnost na světě má subsaharská Afrika, následovaná Střední a Jižní Asií (*Infant Mortality, b.r.*).

Některé mezinárodní rozdíly v kojenecké úmrtnosti jsou způsobeny rozdíly v registraci nedonošených dětí v jednotlivých zemích. Podle OECD jsou Spojené státy a Kanada dvě země, které registrují mnohem vyšší podíl dětí narozených s hmotností nižší než 500 g, u nichž je nízká šance na přežití, což vede k vyšší vykazované kojenecké úmrtnosti. V Evropě několik zemí uplatňuje minimální gestační stáří 22 týdnů (nebo hranici porodní hmotnosti 500 g), aby mohly být děti registrovány jako živě narozené. Podle dat patří mezi země OECD s nižší kojeneckou

úmrtností než Česká republika Estonsko (1,4 ‰), Norsko (1,6 ‰), Finsko a Japonsko (1,8 ‰) a Slovinsko (2,2 ‰) (*Health Status - Infant Mortality Rates - OECD Data, b.r.*).

Pořadí dalších států ukazuje graf č. 1. Mezi země s nejvyšší kojeneckou úmrtností ve státech OECD lze opakovaně zařadit Kolumbii (16,5 ‰) a Mexiko 13,8 ‰). Podle dat World Bank činila v roce 2021 nejvyšší míra kojenecké úmrtnosti více než 70 ‰, a to v Sierra Leone, Středoafričské republice, Somálsku a Nigérii (*World Bank Open Data, b.r.*).



Graf 1 Kojenecká úmrtnost ve státech OECD v roce 2018 (World Bank Open Data, b.r.)

Česká republika patří mezi země s nejnižší mírou kojenecké úmrtnosti. V roce 2022 činila kojenecká úmrtnost v České republice 2,3 ‰, což umožňuje snáze extrahovat případy, kdy za smrtí dítěte stály jiné příčiny – jako je například přímé zavinění, nízký socioekonomický status, problematický životní styl nebo nízká zdravotní gramotnost na straně matky.

Porodnost a plodnost

Úroveň porodnosti závisí zejména na plodivosti, což je schopnost muže a ženy rodit děti. Její výsledný efekt, vyjádřený počtem narozených dětí, se označuje jako plodnost. Ukazatelem úrovně porodnosti je hrubá míra celkové porodnosti definovaná jako poměr počtu všech narozených a středního stavu obyvatelstva ve vymezeném období, vyjadřuje se v promilích. Jde tedy o počet všech narozených dětí během kalendářního roku na 1 000 obyvatel (*Demografický informační portál Porodnost, b.r.*).

Úroveň plodnosti se udává jako průměrný počet dětí připadajících na jednu ženu. V letech 2011 až 2021 měla rostoucí charakter (viz graf 19). V roce 2011 činila 1,43 a v dalších letech postupně rostla, v letech 2018–2020 stagnovala na hodnotě 1,71 a v roce 2021 dosáhla 1,83, což byla nejvyšší hodnota od roku 1992 (Český statistický úřad, 2020).

Nejvyšší úhrnná plodnost byla evidována v roce 2019 na Vysočině (1,83 dítěte na 1 ženu). Dalšími regiony s vysokou úhrnnou plodností v rámci ČR jsou Pardubický kraj (1,81 dítěte na 1 ženu), Středočeský a Liberecký kraj (také 1,76 dítěte na 1 ženu). Mezi kraje s nižší hodnotou úhrnné plodnosti než celostátní průměr (1,71 dítěte na 1 ženu) se řadí hl. město Praha (1,52 dítěte na 1 ženu), Zlínský (1,65), Moravskoslezský (1,67), Karlovarský a Olomoucký (1,68) a Plzeňský kraj (1,70). Mezi kraje s nejvyšším podílem dětí narozených mimo manželství dlouhodobě patří Karlovarský a Ústecký kraj (59,6 %, resp. 63,5 % v roce 2019).

Podle projevu, respektive neexistence známek života se rozlišují živě narozené a mrtvě narozené děti. Pokud vezmeme v úvahu pouze živě narozené děti, používá se termín čistá plodnost. Bereme-li v úvahu všechny narozené děti, mluvíme o hrubé plodnosti. Narozené děti jsou klasifikovány podle pořadí dítěte (Tabulka 1), tj. děti prvního pořadí, druhého pořadí atd. Pořadí narozených je obvykle určováno podle počtu živě narozených dětí (Pavlík, 2005)

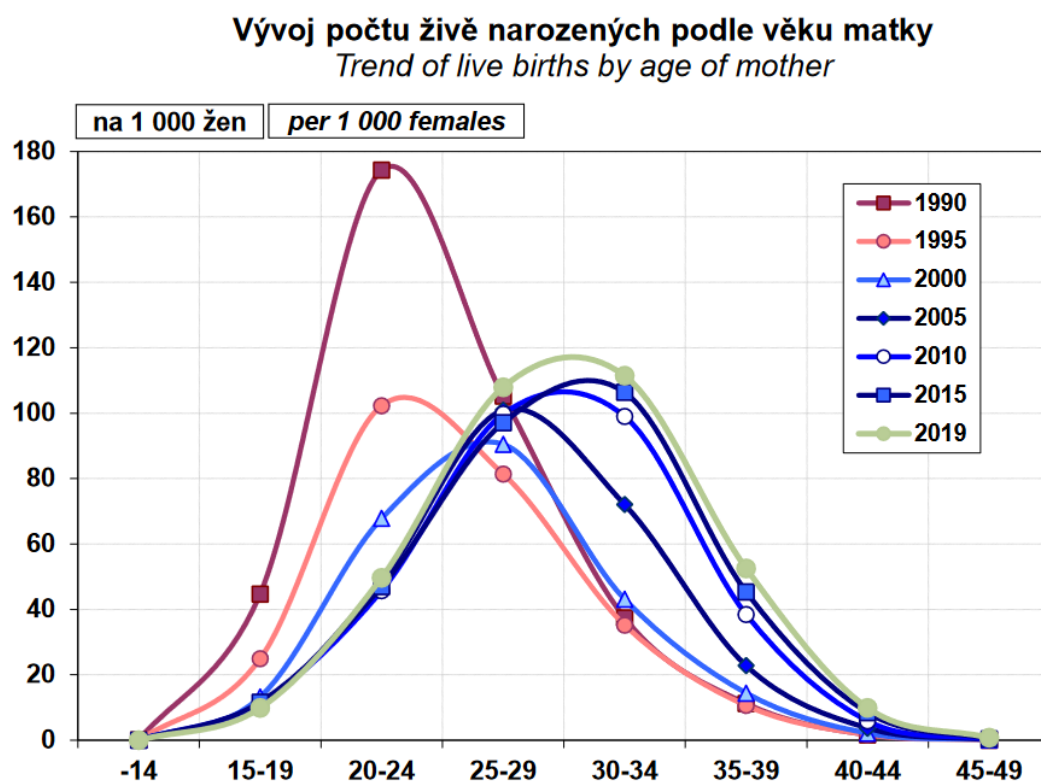
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Úhrnná plodnost	1,43	1,45	1,46	1,53	1,57	1,63	1,69	1,71	1,71	1,71	1,83
1. pořadí	0,70	0,72	0,73	0,76	0,79	0,83	0,86	0,86	0,85	0,85	0,88
2. pořadí	0,54	0,54	0,53	0,56	0,57	0,58	0,60	0,62	0,62	0,62	0,69
3.+ pořadí	0,19	0,19	0,20	0,21	0,21	0,22	0,23	0,23	0,23	0,24	0,25
Průměrný věk matek při narození dítěte	29,7	29,8	29,9	29,9	30,0	30,0	30,0	30,1	30,2	30,2	30,4
1. pořadí	27,8	27,9	28,1	28,1	28,2	28,2	28,2	28,4	28,5	28,5	28,8
2. pořadí	30,9	31,0	31,0	31,1	31,2	31,2	31,3	31,3	31,3	31,3	31,4
3.+ pořadí	33,3	33,3	33,2	33,3	33,4	33,3	33,4	33,4	33,4	33,3	33,4

Pozn. Pokud bychom nevzáli v potaz stav obyvatelstva zjištěný v rámci SLDB 2021, hodnoty úhrnné plodnosti by byly následující: celková: 1,75, 1. pořadí: 0,85, druhého pořadí: 0,66, třetího a vyššího pořadí: 0,24.

Tabulka 1 Ukazatele plodnosti podle pořadí dítěte (Zdravotnická ročenka ČR, 2019).

V České republice od 90. let minulého století soustavně stoupal věk prvorodiček, všeobecně ženy rodí své děti ve vyšším věku (Tabulka 1, Graf 2). Toto však není problémem jen České republiky, ale i celého vyspělého světa. V důsledku vyššího věku rodiček však dochází k nárůstu rizika výskytu komplikací v těhotenství a při porodu, ke zvyšování rizika výskytu vícečetných těhotenství a také k nárůstu rizika výskytu vrozených onemocnění plodu. Nejvíce dětí se rodí ženám ve věku 30–34 let. Zvyšování průměrného věku rodiček se po roce 2008 zpomalilo, ale

roste stále. V roce 2021 byl průměrný věk žen při narození dítěte byl 30,4 let, průměrný věk matek prvorodiček 28,8 let (Rodička a novorozenec 2016 - 2021, b.r.).

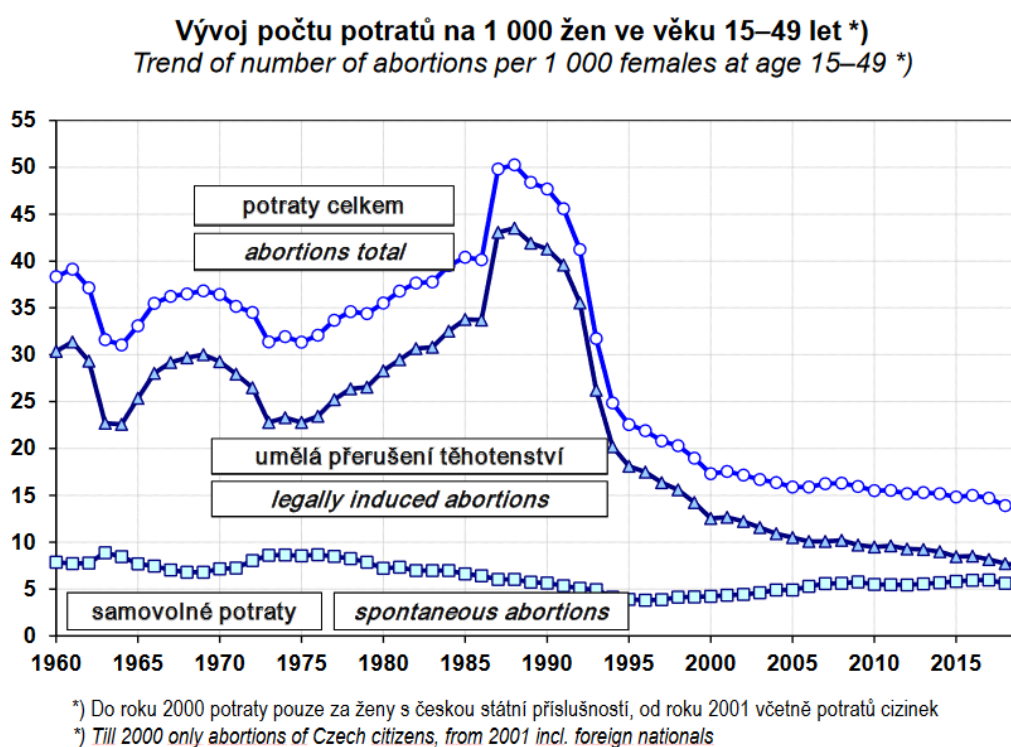


Graf 2 Vývoj počtu živě narozených podle věku matky v ČR (Rodička a novorozenec 2016 - 2021, b.r.).

Potratovost

Počet umělých přerušení těhotenství klesá (graf 3). Interrupce jsou v České republice povoleny, jejich výkon je regulován legislativou, konkrétně zákonem č. 66/1986 Sb., Zákon o umělém přerušení těhotenství. Zákon upravuje umělé přerušení těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanoví podmínky pro jeho provádění. Nežádoucím těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství. Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví nebo zdravý vývoj plodu nebo pokud jde o geneticky vadný vývoj plodu (Vláda ČR, b.r.-b).

Plodem po potratu se dle zákona 372/2011 Sb. rozumí plod, který nevykazuje známky života a jeho hmotnost je nižší než 500 g. Tím se tedy ve srovnání s definicemi předchozími snižuje hmotnostní hranice potratu z 1000 g na 500 g a zároveň se ruší tzv. „živé potraty“, tedy situace, kdy dítě vykazovalo známky života, ale mělo méně než 500 g a nepřežilo 24 hodin po porodu. V roce 2019 bylo evidováno celkem 31 397 potratů, tedy o 1 155 potratů méně než v předchozím roce. Pokles byl zaznamenán u uměle přerušovaných těhotenství (o 541 méně než v roce 2018) i samovolných potratů (o 608 méně než předchozí rok). (*Rodička a novorozenec 2016 - 2021, b.r.*).



Graf 3 Vývoj počtu potratů na 1.000 žen ve věku 15–49 let (*Rodička a novorozenec 2016 - 2021, b.r.*).

1.2 Historický vývoj hodnoty života a práv dítěte

Ochrana lidských práv prošla v historii širokým i dlouhým vývojem, přičemž k jejímu největšímu rozšíření došlo až ve 20. století. V tomto století také dochází k ochraně práv rovněž v mezinárodním měřítku. Ve 20. století, které je také nazýváno „stoletím práv dítěte“, se začala ochraně práv dětí věnovat systematická pozornost. Aby dítě dosáhlo v dospělosti plného a harmonického rozvoje osobnosti, musí vyrůstat v klidném rodinném prostředí, v atmosféře

šťěstí, lásky a porozumění. Na poli ochrany dětí došlo k velikým změnám. I přes veškerou snahu však stále existují děti, jimž je právo na šťastné dětství upíráno, ať již z důvodů politických, ekonomických či sociálních. (Lemrová et al., 2018)

Už pravěká rodina, jejíž stabilita byla založena na obraně a semknutosti vůči vnějším ohrožením, zejména drsným přírodním podmínkám, viděla v dítěti především bohatství dalšího života tlupy, kmene (Možný & Jiránek, 2008). Člověk je geneticky předurčen k tomu, aby dosáhl co nejvyššího statusu, neboť vysoký status zvyšuje naději na přežití potomků. V předmoderní společnosti platilo totiž pro člověka totéž pravidlo jako pro zvířata: biologicky neúspěšnější zanechávají nejvíce potomků. V pospolitosti lovců sběračů vedla sociální stratifikace i ke stratifikaci v reprodukčním úspěchu. V současné době je sociální status rodiny pojímán jako významná sociální determinanta zdraví (Wilkinson & Marmot, 2005), kdy děti ze sociálně slabších rodin jsou vystaveny většímu riziku onemocnění i úmrtí (Lemrová, Olecká, & Ivanová, 2021). V industriální společnosti jsou děti „ekonomicky bezcenné“, ale jejich emocionální hodnota je nevyčíslitelná. Rodiče uspokojují prostřednictvím dětí své psychické potřeby, je zde něco, co nás přesahuje, transcendence (Rabušic, 2001).

Od doby starého Říma do novověku

V tradičním Římském právu měl otec neomezené právo nad životem svých dětí, děti byly podřízeny moci otce až do jeho smrti, která dítě právně od této moci osvobodila. Děti nedisponovaly žádným majetkem. Vše, co získal syn, bylo předáno jeho otci, včetně platby za jeho vojenskou službu – pozemky, peníze, otroci atd. – vše bylo majetkem otce (Vial-Dumas, 2014). Ve starověké Spartě byly děti nechtěné nebo nemocné shazovány z Taygetské skály. Ve středověku společně s vydáním Ediktu milánského a následným rostoucím vlivem církve byla moc otce omezena, ten již nebyl zcela pánem nad životem svých dětí. Tento zákaz vycházel z křesťanského Desatera (Nezabiješ). I přesto zůstával vliv otce zásadní, z jeho područí se mohly děti vymanit až dovršením dospělosti či sňatkem (Špeciánová, 2007).

Rodina, především otec, tak byli hlavním „tvůrcem“ práv a povinností dítěte. Hlavní funkce rodiny byla ekonomická a výchovná a její stabilita byla založena na vnějším nátlaku společnosti svázané normami, zejména náboženstvím. Dítě bylo nositelem majetku a smýšlení. Na děti bylo pohlíženo optikou jejich přínosu, ať již pracovního, či z hlediska výhodného sňatku. Dle některých autorů, kteří se primárně opírají o dobové prameny, především o výtvarné umění, byly děti až do 17. století považovány za „malé dospělé“. Philipp Ariése, francouzský historik,

tvrdí, že na malbách z předcházejících dob děti nejsou vyobrazovány vůbec, jsou na nich zobrazovány postavy dětského vzrůstu, avšak s oblečením, účesy i pózami jako dospělí. Stejně tak stavba těla neodpovídá proporcemi tělu dětskému. Aries tvrdí, že děti nebyly zobrazovány věrně, neboť „fenomén dětství“ jako zvláštní období ve vývoji jednotlivce, je až záležitostí dalších staletí. Ani umělci tak v dítěti dítě neviděli (Ariès, 2014).

Teprve v 16. století začalo být dětství sociálně konstruováno. Poprvé v rodičích klíčí myšlenka, že cílem by mělo být, aby z dětí něco bylo, aby jejich život byl lepší než život jejich rodičů, a je možno sledovat redefinici role dítěte (Rabušic, 2001).

Po vědecko-technické revoluci (tj. od 80. let 18. století) dochází k narušení stability rodiny, a to z vnitřních i vnějších příčin. Vnitřní vlivy se opíraly o práva jednotlivců, vnější vlivy zpochybňovaly tradici a přinášely normativní uvolnění, a to zejména v oblasti rozvodů. Vnitřní silnou vazbu rodiny, zejména v péči o děti, částečně začala nahrazovat ochrana ze strany státu.

Novověk a 19. století

Zásadním novověkým počinem na poli práv dětí bylo zavedení povinné školní docházky, která alespoň na část dne odvedla děti z polí a továren. Byla ve svém důsledku jedním z prvních nástrojů regulace dětské práce a s tím související ochrany zdraví dětí. Vyjma školní docházky, tedy vzdělávání, které je jednou z cest k lidské důstojnosti, však dětská práce omezovala nebyla. K prvním omezením s poukázáním na rizikovost dětské práce a její negativní vliv na zdraví dítěte dochází ve světě až v průběhu 19. století. Ve viktoriánské Anglii byla dětská práce velmi rozšířená a žádaná. Děti, i ty nejmenší od 3 let, pracovaly až ve 12hodinových až 18hodinových směnách v různých průmyslových a zemědělských odvětvích, ale i v uhelných dolech (Nardinelli, 1980). Po roce 1794 začaly vznikat zákony, které se snažily regulovat podmínky dětské práce. Z našeho dnešního „západního“ pohledu však byly podmínky dětské práce neutěšené i nadále (např. Factory Act 1833, zakázal dětem do 9 let pracovat v textilních továrnách. Od devíti do třinácti let dítěte byla práce omezena na devět hodin denně a 48 hodin týdně). Hlučná, prašná, tmavá práce v uhelných dolech byla často spojena se zdravotními problémy – nemocemi očí, dýchacích cest, páteře, infekce. Důlní neštěstí v roce 1838 v yourkshirském dole Huskar Pit, při kterém během několika minut zemřelo 26 dětí ve věku 7–16 let mělo za následek zákon Mines and Collieries Act z roku 1842, který znamenal zákaz práce pod zemí pro děti do 10 let věku. Zákon o registraci porodů, úmrtí a manželství (1836) následně umožnil továrním inspektorům ve Walesu a Anglii kontrolovat věk dětí. Takto byla

postupně dětská práce omezována, až byla koncem 19. století dětem do 15 let zakázána zcela (*Victorian Child Labor and the Conditions They Worked In*, b.r.).

Ani práva dětí na ochranu před týráním, hrubými tělesnými tresty a zneužíváním nebyla v této době zásadně upravena, případně nebylo toto právo vymáháno úřady. Jedním z prvních případů, které se věnovaly ochraně dětí, byl případ Mary Ellen Wilson, jež byla týrána svou nevlastní matkou. V roce 1873 si týrání všimli sousedé, kteří upozornili instituce. Dívka byla odebrána od matky mimo jiné na popud American Society for the Prevention of Cruelty to Animals (Organizace na ochranu zvířat proti krutému zacházení, založena 1866). Matka byla následně uvězněna. V roce 1875 vzniká v New Yorku American Society for the Prevention of Cruelty to Children, první organizace na ochranu dětí před krutým zacházením a zneužíváním (Jalongo, 2006).

Ačkoli již před 19. stoletím odborníci upozorňovali na nezbytnost ochrany dětí jakožto zranitelné skupiny, stále přetrvávaly rozdíly mezi ochranou práv různých skupin dětí. Německý lékař Johann Peter Frank ve svém díle „System všeobecné lékařské policie“ již v roce 1784 radí potřebu stejné úcty ke svobodným matkám a nemanželským dětem jako k ostatním, k zamezení utajeným potratům, odkládání a usmrcování novorozenců (Kříž, 2009).

Rozdíly, které panovaly v přístupu k ochraně práv dětí, ale i nadále přetrvávaly. V této souvislosti je zajímavé dnešní srovnání s českou legislativou z roku 1852, která stanoví matce trest za zavraždění dítěte v § 139 následovně: *„Matce, která dítě své při porodu usmrtí, nebo úmyslným opominutím pomoci při porodu potřebné je zahynouti nechá, uložen budiž, vykonána-li vražda na dítěti manželském, těžký žalář doživotní. Bylo-li dítě nemanželské, tresce se to, bylo-li usmrceno, těžkým žalářem od deseti až do dvaceti let, zahynulo-li však dítě opominutím potřebné pomoci, od pěti až do deseti let.“* Je zde patrný rozdíl v „ceně“ života nemanželského a manželského dítěte (117/1852 Ř. z. - Beck-online, b.r.).

Současnost: 20. a 21. století

Ve 20. století začaly systematicky vznikat organizace snažící se postihnout celou šíři dětských práv (včetně hospodářských, sociálních i kulturních) a také se objevuje nejvíce dokumentů deklarujících práva dětí. V tomto období začaly snahy o prosazení řešení dětské problematiky na mezinárodní úrovni. Elen Keyová (1849–1926) vydala v roce 1900 knihu „Barnets arhundrade“, ve které provolává práva dětí. V roce 1909 vychází tato kniha v anglickém jazyce pod názvem „The Century of the Child“ (Bůžek, 2011). Také reakce na příkoří a utrpení dětí

v době 1. světové války a situace v Evropě po jejím skončení vyvolaly velkou potřebu ochrany práv dětí. Liga národů, předchůdce dnešní OSN, přijala roku 1924 Ženevskou deklaraci práv dítěte, která zakotvila záruky na zvláštní právní ochranu dětem před narozením i po něm a vyjádřila potřebu specifického dokumentu, který by dětem zajistil zvláštní ochranu jejich práv (Bůžek, 2011; Kukla, 2016; Lemrová et al., 2018).

Druhá světová válka práva dětí (rasově či jinak nechtěných) opět nerespektovala. V Německu byl zaveden dětský program eutanazie, který definoval onemocnění a postižení, při kterých bylo legální dítě usmrtit (smrtící injekce, hlad, infekce). Po srpnu 1939 německá legislativa vyžadovala, aby porodní asistentky a lékaři, tedy ti, kdo mají zdraví a život ochraňovat, vyplňovali formuláře dokumentující případy novorozenců s deformitami. Děti narozené s postižením byly hlášeny Říšskému výboru pro vědeckou práci k vědeckému podchycení těžkých geneticky a dědičně podmíněných onemocnění. Lékaři byli povinni hlásit také všechny děti s nějakým postižením či deformitami mladší tří let. Říšský výbor na základě vyplněných formulářů rozhodoval o životě nebo smrti těchto dětí. Toto zabíjení bylo legální, dokonce žádoucí, později bylo začleněno pod program Akce T4 (Iannuzzi, 2014).

K dalšímu rozmachu potřeby ochrany lidského života a práv lidí obecně a dětí zvláště dochází po skončení války. Dne 26. 6. 1945 byla podepsána Charta OSN (*Charta OSN - OSN Česká Republika*, b.r.), základní dokument Organizace spojených národů. O rok později Valné shromáždění OSN zakládá Mezinárodní dětský fond neodkladné pomoci (**United Nations International Children's Emergency Fund**) pro pomoc dětem postiženým světovou válkou. Od roku 1953 se UNICEF (již pod názvem United Nations Children's Fund), specializovaný na programovou pomoc strádajícím dětem celého světa a na krizovou pomoc v situacích katastrof, stal trvalou součástí OSN. Své programy organizuje prakticky po celém světě, zaměřuje se na pomoc dětem umírajícím kvůli podvýživě, nemocem, válkám i čelícím různým formám zneužívání (*The State of the World's Children 2021 Statistical Tables*, b.r.).

Po zániku Ligy národů a vzniku OSN vydala tato organizace v roce 1959 dokument Deklarace práv dítěte, jehož cílem bylo umožnit dětem „prožít šťastné dětství, užívat práv a svobod zde uvedených ku prospěchu vlastnímu i prospěchu společnosti a vyzývá rodiče, muže a ženy a dobrovolné organizace, místní úřady a vlády zemí, aby uznali tato práva a snažili se dosáhnout jejich dodržování cestou zákonodárných a jiných opatření. Dítě požívá zvláštní ochrany. Zákon a ostatní opatření, necht' mu poskytují příležitost i prostředky k tomu, aby se mohlo rozvíjet fyzicky, duševně, morálně, duchovně a sociálně zdravým způsobem

a v podmínkách svobody a důstojnosti. Nejvyšším měřítkem zákonodárné činnosti v této oblasti je zájem dítěte“ (*Deklarace práv dítěte*, b.r.).

V roce 1989 zavazuje mezinárodní Úmluva o právech dítěte (Convention on the Rights of the Child) státy (nikoliv jednotlivce), které ji podepsaly, k dodržování deklarovaných práv dítěte na život, na ochranu před násilím, na péči rodičů a na zajištění ochrany a pomoci poskytované státem, pokud je dítě rodinného prostředí zbaveno. Dítěti přiznává hospodářská, sociální i kulturní práva. Dítě „je oprávněno vyrůstat a rozvíjet se ve zdraví; proto se jemu i jeho matce poskytuje zvláštní péče a ochrana včetně přiměřené péče v době před jeho narozením i po něm. Má právo na přiměřenou výživu, bydlení, zotavení a lékařskou péči. Dítě bude za všech okolností mezi prvními, komu bude poskytnuta ochrana a pomoc. Dítě má být chráněno před všemi formami nedbalosti, krutosti a vykořisťování, nesmí být předmětem obchodu v žádné podobě. Dítě nesmí být přijato do zaměstnání před dosažením přiměřeného minimálního věku; v žádném případě mu nebude vnuceno nebo dovoleno vykonávat jakékoli povolání nebo zaměstnání, jež by mohlo škodit jeho zdraví nebo výchově, anebo by překáželo jeho tělesnému, duševnímu nebo morálnímu vývoji“. Povinnost uchránit dítě před násilím je v rukách státu, který ji prostřednictvím legislativy přenáší na jednotlivce za současného zachování jejich práv (Lemrová et al., 2018; *Úmluva o právech dítěte | Vláda ČR*, b.r.).

V ČR je dle § 34 občanského zákoníku závislá práce nezletilých mladších než patnáct let nebo nezletilých, kteří neukončili povinnou školní docházku, zakázána. Tito nezletilí mohou vykonávat jen uměleckou, kulturní, reklamní nebo sportovní činnost za podmínek stanovených jiným právním předpisem (*Zákon 89/2012 Sb. - občanský zákoník úplné a aktuální znění | ASPI*, b.r.).

1.3 Dítě a medicína

20. století je stoletím, ve kterém dochází k nevídanému rozmachu medicíny, ale také k tzv. dehumanizaci medicíny, a proto vyvstává potřeba zdůraznit potřeby ochrany lidské důstojnosti. Na ochranu osob v souvislosti s biomedicínou a případnými experimenty i na důstojnost různým způsobem hendikepovaných osob vznikla a byla podepsána celá řada mezinárodních dokumentů. Mnohé z nich jsou Českou republikou ratifikovány.

Práva dětí (a dalších skupin ohrožených, rizikových nebo křehkých osob) v medicíně zdůrazňuje zejména Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně, schválená 4. dubna 1997 v Oviadu, jež byla Českou republikou podepsána ve Štrasburku dne 24. června 1998 a ratifikována jako Mezinárodní smlouva o lidských právech a základních svobodách ve smyslu článku 10 Ústavy České republiky dne 22. června 2001 pod číslem 96/2001 Sb. m.s. Úmluva výslovně uvádí, že jakýkoliv zákrok může být proveden na osobě, která není schopna dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti. Úmluva dále uvádí, že ve stavu nouze vyžadující neodkladná řešení, kdy nelze získat příslušný souhlas, je možné jakýkoliv nutný lékařský zákrok provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby (MZV, 2001).

Práva všech pacientů včetně dětí jsou uvozována úctou, důstojným zacházením a respektováním soukromí. Dítě má dle zákona (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, b.r.) právo na informace o svém zdravotním stavu a právo klást otázky, je-li k takovému úkonu přiměřeně rozumově a volně vyspělé. Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumově a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta.

Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí neodkladné nebo akutní péče, ale souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. Poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta nebrání tomu, aby ošetřující zdravotnický pracovník podal zákonnému zástupci informaci o poskytnutých zdravotních službách nebo zdravotním stavu nezletilého pacienta.

Dítě má dále právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce. Může však také požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. Poskytovatel může v nezbytném rozsahu zadržet informaci

o zdravotním stavu nezletilého pacienta jeho zákonnému zástupci, pěstounovi nebo jiné pečující osobě v případě podezření, že se tato osoba podílí na zneužívání nebo týrání nebo ohrožování zdravého vývoje tohoto nezletilého pacienta, a lze-li předpokládat, že poskytnutím této informace by mohlo dojít k ohrožení pacienta. Tato osoba nemůže ani nahlížet do zdravotnické dokumentace. Nezletilého pacienta lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, b.r.).

1.4 Dítě v rodině

Ačkoli se rodina v různých společnostech liší, ve všech známých společnostech hrála a hraje významnou roli. Rodina je specifická malá sociální skupina, která plní úkoly jako společenská instituce, a přitom se v ní vytvářejí příbuzenské, pokrevní, generační vztahy, které jsou současně vztahy nejbližšími. Tím se rodina odliší od kterékoliv jiné sociální skupiny – je vlastně základní jednotkou antropologického popisu společnosti. Rodina plní společensky schválenou formu stálého soužití, skládá se z osob navzájem spojených tím, co vládnoucí zvyk uznává za svazky krve, manželství nebo adopce. Členové rodiny obvykle bydlí pod jednou střechou, spolupracují mezi sebou v rámci společensky uznané dělby rolí, přičemž jednou z nejdůležitějších rolí této spolupráce je výživa a výchova dětí. Rodina je významným prostředníkem jak v oblasti základních (psychobiologických), tak i odvozených (kulturních) potřeb člověka. Základní funkce jsou: ekonomická, výchovná, biologická, emocionální, ochranná a socializační. Rodina plní funkce stejně důležité pro společnost i pro jednotlivce (Možný & Jiránek, 2008).

Rodina působí emocionálně a ovlivňuje vývoj člověka nejdříve a také nejdéle. V rodině působí zvláštní autorita a solidarita, jež jsou dány odpovědností rodičů a závislostí dětí (Matoušek & Hadinec, 1993). Autorita rodiče je komplexní, pramení z etických a právních norem, z biologické a psychické vazby a sociálně ekonomické závislosti (Máchová, 1970). Rodina je institucí, která zajišťuje trvání lidského rodu, hlavně přenos genů, memů, názorů, postojů, majetku, jména, řemesla, ale i přenos nerovnosti (Benedictová, 1999).

Současná rodina v Čechách, v Evropě a USA má podobné tendence vývoje. Změny, kterými prochází rodiny v Evropě, se týkají zejména těchto oblastí: rovnost příležitostí pro ženy, rozvody, neúplné rodiny a mimomanželské rodičovství (v západoevropských zemích snad

nejdůležitější problém), nemanželské mateřství (nejde o problém totožný s mimomanželským rodičovstvím), chudoba rodin, přístup ke starým lidem, odpovědnost za prarodiče, homosexualita (stejně jako v případě rozvodu jde zejména o právní problém), AIDS, kriminalita mladistvých, rodinná politika a vliv menšin ve společnosti, jak píše mnozí autoři (Maříková, 2000; Možný, 1990; Sobotková, 2003).

Podle Giddense (Giddens, 2000) nejdůležitější ze všech změn, které ve světě probíhají, jsou ty, jež se odehrávají v našem osobním životě. Antropologové zdůrazňují, že jádrem lidské rodiny je vztah matka – dítě. Vztah matky a otce má v rodině instrumentální charakter – základní pár chrání. V tradiční rodině nebyly na právech kráceny jen ženy, ale i děti. Představa zákonně zakotvených dědických práv je z historického hlediska poměrně nedávná. V předmoderním období – a totéž platí v tradičních kulturách dneška – nebyly děti vychovávány kvůli nim samotným nebo pro radost rodičů. Postupně také došlo ke změně pozice dětí – v tradiční rodině dítě znamenalo ekonomický přínos, v současné rodině znamená finanční břemeno a touha mít dítě dnes vychází z psychických a citových potřeb. Rodiče jsou právně zavázáni pečovat o své děti až do dospělosti bez ohledu na to, do jakého vztahu rodičů se dítě narodí (Lévi-Strauss, 1999).

Sociální status rodiny se v průběhu jejího života mění, může narůstat i klesat v závislosti na činnosti jejích členů. Status rodiny je východiskem pro prestiž rodiny, může být stavebním kamenem nerovnosti (Singly, 1999). Rodina je výchozím bodem pro socioekonomický status dítěte. Vzdělání matky má na životní šance dítěte nejméně stejný vliv jako vzdělání otce (ale má vliv i status prarodičů) (Možný & Jiránek, 2008). Čím nižší je sociální status, zejména u osamělé matky, včetně vzdělání a její zdravotní gramotnosti, tím vyšší je riziko ohrožení dítěte v rodině (Ivanová & Olecká, 2020).

Význam rodiny pro vývoj a zdraví dítěte je nezastupitelný. Rodina má rozhodující vliv na celkový rozvoj jeho osobnosti zvláště v nejranějším období jeho dětství, a to v oblasti tělesné, duševní i sociální. V rodinách, kde je dítě přímo vystaveno násilí nebo je pouze svědkem násilí, dochází často k transgeneračnímu přenosu, kdy se děti v budoucnosti stávají agresory, nebo naopak oběťmi. Rodina je mikrospolečenství, v němž si dítě osvojuje vzorce chování, zvyky, návyky, znalosti i dovednosti, důležité pro jeho vlastní budoucí život. Je nezbytné zmínit význam funkční rodiny, která dítěti předá správné vzorce chování, hodnoty a normy (Dunovský et al., 1995).

Negativní psychické dopady domácího násilí se u dětí, jež jsou jeho svědky, projevují závažněji v případech, pokud je dítě mladší, pokud je násilí časté a je páčáno v jejich bezprostřední blízkosti (Hornor, 2005). Kojenci v násilných domácnostech mívají narušený režim spánku a krmení, což má za následek špatné přibývání na váze (Knapp, 1998). Tyto děti mohou vykazovat nadměrný křik a pomalu dosahovat vývojových milníků. Domácí násilí může negativně ovlivnit vazbu mezi matkou a kojencem. Matky ve vztazích s domácím násilím častěji fyzicky a/nebo emocionálně týrají své děti než matky ve vztazích bez násilí (Hornor, 2005). Svědectví domácího násilí v dětství zvyšuje riziko, že dítě bude v dospělosti v násilném vztahu. U chlapců, kteří pozorují, jak jejich otcové bijí jejich matky, se zvyšuje riziko, že budou své budoucí manželky týrat. Týrané manželky a týrající manželé mají jeden důležitý společný rizikový faktor: byli v dětství svědky domácího násilí (Hornor, 2005; Knapp, 1998; Ornduff et al., 2001). Ornduff a kol. zjistili, že fyzické týrání v dětství má jedinečnou souvislost s násilím v dospělosti a může být rizikovým faktorem pro viktimizaci v dospělých vztazích. Rovněž bylo zjištěno, že svědectví domácího násilí v dětství zvyšuje potenciál páchat fyzické násilí na dětech v dospělosti.

Jednou z dalších příčin nedostatečné péče o dítě, případně jeho týrání může být zneužívání návykových látek rodiči. Česká republika patří k zemím s nejvyšší mírou užívání nadměrných dávek alkoholu nejen v Evropě, ale rovněž v celosvětovém měřítku. Tato data potvrzují i údaje OECD, dle kterých je spotřeba alkoholu v ČR v litrech na osobu starší 15 let třetí nejvyšší ze zemí EU (*Health Risks - Alcohol Consumption - OECD Data*, b.r.). V celosvětovém měřítku patří alkohol k nejstarším a nejrozšířenějším návykovým látkám. V mnoha společnostech, včetně České republiky, patří alkohol a tabákové výrobky mezi legální návykové látky. Tato skutečnost stejně například jako jejich snadná dostupnost či nízká cena, a v neposlední řadě také tolerance společnosti, mají vliv na rostoucí počty jejich uživatelů.

V České republice jsou zaznamenány těhotné ženy, které v těhotenství užívají návykové látky (Tabulka 3). (*Rodička a novorozenec 2016 - 2021*, b.r.). Lékaři, kteří se o této skutečnosti dozvědí, nemají povinnost tuto skutečnost hlásit orgánům činným v trestním řízení, ale mají možnost ženám doporučit některý z preventivních programů.

Návyková látka	Věková skupina							Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	neudáno	
	absolutně							
žádné	287	790	8 244	29 265	36 427	22 417	-	97 430
kouření	243	588	2 466	3 131	2 600	1 592	-	10 620
alkohol	-	-	-	3	6	6	-	15
drogy	2	4	22	36	31	22	-	117
kombinace:								
kouření + alkohol	-	1	2	3	10	5	-	21
kouření + drogy	1	12	38	50	30	18	-	149
alkohol + drogy	-	-	-	2	2	1	-	5
kouření + alkohol + drogy	-	-	3	3	4	4	-	14
celkem	533	1 395	10 775	32 493	39 110	24 065	-	108 371

Tabulka 3 Rodičky podle věku a návykových látek užívaných v těhotenství (rok 2021) (Rodička a novorozenec 2016 - 2021, b.r.)

Velmi často ženy pokračují v konzumaci alkoholu během těhotenství, ale také dále po porodu a v průběhu péče o dítě (Hastrup et al., 2014; Olecká & Lemrová, 2022). Riziko škodlivého užívání alkoholu je vyšší u těch, které se staly matkami v mladším věku (S. Kim et al., 2021). Problémové užívání vyššího množství návykových látek při péči o dítě je sociálně-patologickým jevem. Často má za následek snížení kvality rodičovské péče, může docházet nejen k zanedbávání dítěte, ale i jeho týrání. Závislé matky mnohdy nedostatečně zvládají mateřské kompetence a povinnosti, závislost má hluboký dopad na jejich vlastní zdraví a interakci s dítětem (S. Kim et al., 2021; Olecká & Lemrová, 2019; Stith et al., 2009; Šlamberová, 2012; Šlamberová & Charousová, 2008). Nelze vždy jednoznačně prokázat, že zneužívání návykových látek rodiči je jedinou či bezprostřední příčinou případné smrti dítěte v těchto rodinách, ale v kombinaci s dalšími sociálními rizikovými faktory (nezaměstnanost, nízký socioekonomický status, nižší vzdělání, špatné sociální podmínky, nízká zdravotní gramotnost apod.) se stává významným rizikovým faktorem (Ivanová & Olecká, 2020; S. Kim et al., 2021; Lemrova et al., 2021).

Závislost rodičů působí dětem fyzická, psychická či sociální traumata a dostává je do finančního znevýhodnění (Nešpor, 2018). Stává se také rizikovým faktorem pro zneužívání dětí. Problémové pijáctví a užívání návykových a omamných látek způsobuje, že rodič přestává plnit svoji funkci, není schopen být pečující osobou ve vztahu k dítěti (Olecká et al., 2019). Rodina v péči o dítě selhává. Děti z takových rodin jsou nuceny předčasně dospět, mnohdy přebírají

roli rodičů, jsou nuceny starat se samy o sebe, případně o další sourozence. Jsou ochuzeny o možnost prožít bezstarostné dětství, naopak žijí v pocitu nejistoty a předčasné odpovědnosti a vyspělosti (Olecká & Lemrová, 2019; Preslová, 2012).

Zneužívání alkoholu rodiči zvyšuje u jejich potomků riziko psychických poruch. Děti z rodin, v nichž se jeden nebo oba z rodičů potýkají se závislostí na alkoholu, jsou častěji ohroženy různými stresory jako například zneužíváním, zanedbáváním a dalšími dysfunkcemi v rodině. Bývají častěji svědky domácího násilí. Pro odborníky pracující s dětmi je tedy zásadní věnovat pozornost všem dětem, jejichž rodiče mají jakékoli problémy se zneužíváním alkoholu (Dube et al., 2001; Raitasalo et al., 2019).

U dětí rodičů požívajících nadměrné množství alkoholu se potom častěji během života projevuje rovněž zneužívání alkoholu nebo některých jiných návykových látek. Tyto děti trpí častěji duševními poruchami a poruchami chování, dosahují horších studijních výsledků ve srovnání s dětmi rodičů, kteří alkohol nezneužívají (S. Kim et al., 2021; Popov, 2003; Sovinová et al., 2014). Špatné zacházení ze strany rodičů, fyzické a emocionální zneužívání a odmítání ze strany matky a s tím spojený stres v raném věku mohou souviset s rozvojem poruch osobnosti. Fyzické týrání a zanedbávání často vede k antisociálním rysům. Rodinná dysfunkce, například násilí v rodině, vykazují silnou korelaci s agresivitou v dospělosti (Sontate et al., 2021). Je zjevné, že problémové užívání alkoholu rodiči má zásadní vliv na zdraví i kvalitu života jejich dětí.

1.5 Týrání a zanedbávání dítěte, syndrom CAN

Lékaři v USA si v padesátých letech minulého století začali u dětí všimnout četných poranění, jež nebylo možné vysvětlit nahodilým úrazem, a proto je nazvali neúrazovými poraněními (Non-Accidental Injuries). Jistým předchůdcem syndromu CAN (Child Abuse and Neglect Syndrom) se stal syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome), popsáný Kempem v roce 1962, čímž odstartoval kampaň proti týrání dětí v USA, jež se rozšířila i do dalších zemí. V ČR byli jejími hlavními propagátory v sedmdesátých letech pediatři. V současné době se v praxi i odborné literatuře používá termín syndrom CAN, jehož obsah lze rozdělit na dva okruhy:

1. Zanedbávání: dítě nedostává to, co by dostávat mělo (řádné preventivní prohlídky, výchova, stimulace, láska...).

2. Týrání a zneužívání: dítě dostává to, co by dostávat nemělo (tělesné i duševní tresty, sexuální zneužívání atd.) (Kukla et al, 2016).

Zanedbávání kojenců je forma špatného zacházení s dětmi, která se vyskytuje nejčastěji (Arimoto & Tadaka, 2021), ale které lze také nejsložitěji odhalit a jemuž lze nejméně předcházet (Bartlett et al., 2014). Pokud jde o pohlaví zanedbávaných či týraných dětí, jeví se jejich počty jako vyrovnané. Odhaduje se, že v roce 2011 zemřelo v USA v důsledku fatálního týrání 1 570 dětí, což odpovídá 2,10 úmrtí na 100 000 dětí (REPORTIN, b.r.). Ačkoli se toto číslo v posledních letech mírně snížilo, může být podhodnoceno, protože v předchozích studiích bylo hlášeno nedostatečné zjištění počtu úmrtí v důsledku fatálního týrání dětí (Crume et al., 2002). Z dětí, které v USA v roce 2011 zemřely v důsledku týrání či zanedbávání, jich 71 % zemřelo na následky zanedbávání, a to buď výhradně, nebo v kombinaci s jinými formami špatného zacházení, a 48 % na následky fyzického týrání (buď výhradně, nebo v kombinaci s jinými formami špatného zacházení (REPORTIN, b.r.). Podle studií bývají oběti zanedbávání nejčastěji děti do 4 let. V roce 2011 v USA téměř 42 % úmrtí v důsledku zanedbávání tvořily děti mladší jednoho roku (Damashek et al., 2013).

V České republice ani na Slovensku není systematicky prováděn sběr dat, týkajících se odsouzení týrání nebo zanedbávání dětí. Sběr z hlediska věku oběti není prováděn ani v rámci evidence pravomocně odsouzených osob v souvislosti s týráním nebo zanedbáváním. Ani jedna ze zemí ve veřejně dostupných statistikách neeviduje odsouzené v souvislosti s věkem obětí. Tyto údaje nelze zjistit ani na základě dotazu na Ministerstvu spravedlnosti, neboť se neevidují ani interně. Stejně tak neexistuje evidence nezabránění či nenahlášení trestných činů, která by byla členěna podle věku oběti. V obou státech chybí statistiky, které by evidovaly odděleně týrané a zanedbávané dospělé a nezletilé, takže mezi podchycenými oběťmi mohou být zahrnuty i jiné osoby než nezletilé. Není vedena samostatná evidence počtu nenahlášených či nepřekažených trestných činů, jež se vztahují pouze k týrání nezletilých. Kontrolní mechanismus efektivity konkrétních zákonů je tak ztížen absencí dostatečně podrobných statistik, jež by evidovaly trestné činy podrobně diferencně pro jednotlivé věkové skupiny obětí (Olecká et al., b.r.).

Aktuální metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky uvádí, že zkušenost s emočním týráním má 15,6 % respondentů, s fyzickým týráním 18 % a se zanedbáváním 37,2 % respondentů. Děti často v rodinách zažívají kombinaci jak psychického, tak i fyzického

násilí (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). V České republice bylo dle Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2022 zjištěno 515 případů týrání, zneužívání a zanedbávání dětí do jednoho roku věku. Tyto případy zahrnují tělesné týrání (36 případů), psychické týrání (14 případů), sexuální zneužívání (2 případy), dětská pornografie (1 případ), zanedbávání dětí (462 případů) (MPSV, *Statistiky*, b.r.).

Týrané či zanedbávané děti mají v dospělosti tendenci opakovat vzorce chování, které si přinášejí ze své původní rodiny. Často se stávají tyrany nebo se týrat nechávají. Mnohdy jde s týráním ruku v ruce společně také problémový životní styl, který při péči o dítě snižuje její kvalitu a může vést až ke smrti dítěte. Účinná opatření jsou nezbytná zvláště u dětí z rodin s rizikovým chováním. Dalšími důvody, které v rodině vedou ke špatné péči o děti, patří nízká zdravotní gramotnost matky, nízký sociální gradient, finanční obtíže, vyloučení. Nízká zdravotní gramotnost se často projevuje vynecháváním preventivních prohlídek u pediatra, zanedbáváním péče o nemocné dítě, pozdním přivoláním pomoci. Zákon č. 372/2011 Sb. (§ 45 odst. 3 písm. f), o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, odkazuje na úpravu v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí, dle které poskytovatel má povinnost zajistit splnění oznamovací povinnosti a sdělování údajů podle zákona upravujícího sociálně-právní ochranu dětí. Lékaři a školská zařízení mají zákonnou povinnost podezření na týrání a zanedbávání oznámit orgánu sociálně právní ochrany dítěte (Lemrová, Olecká, & Ivanová, 2021).

Významným rizikovým faktorem týrání, zanedbávání nebo násilného úmrtí dětí je rovněž tíživá socioekonomická situace matky. Nebývají zdůrazňována dvě sociální rizika, která s nízkým socioekonomickým statutem (SES) významně souvisejí (špatné bytové podmínky a určitá míra sociální exkluze). Ačkoliv se životní příběhy matek lišily, tato rizika byla zjištěna u všech zkoumaných případů (Ivanová et al., 2018). Vliv uvedených sociálních rizikových faktorů bývá ještě umocněn přítomností některého z dalších faktorů: život bez otce dítěte, nefunkční záchranné sociální sítě (institucionální lhostejnost) a nezájem okolí. Život bez otce dítěte je častým rysem u případů s přímým zaviněním smrti dítěte.

Výsledky Ivanové a Olecké (Ivanová & Olecká, 2020) ukazují, že představa společnosti, která vnímá muže prizmatem genderových stereotypů, tj. muže jako představitele „silnějšího“ pohlaví, a ženy jako oběti, jako osoby poddané, závislé a stále ještě jako strážkyně rodinných krbů, je zjednodušující (srov. Poněšický, 2004). Ačkoli je dle statistik v ČR prokázání vraždy a odsouzení za ni u mužů až 5× častější než u žen, u zabitých dětí do 1 roku je poměr mužů

a žen obrácený. Za násilím na dítěti nebo jeho násilnou smrtí dětí do 1 roku věku stojí častěji ženy – matky (Jelen et al., b.r.; Lemrová, Olecká, & Ivanová, 2021).

Definice syndromu CAN (Child Abuse and Neglect Syndrom) existuje mnoho. Profesor Jiří Dunovský, jeden z prvních odborníků na tuto problematiku u nás, týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte definoval jako takové jednání rodiče (vychovatele anebo jiné osoby) vůči dítěti, které splňuje následující charakteristiky: je nenáhodné, preventabilní, vědomé, případně i nevědomé, je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané, poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, případně ohrožuje jeho život (Dunovský et al., 1995). Syndrom CAN je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte, jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Tyto příznaky jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte (Jelen et al., b.r.).

Nejčastějšími příčinami zanedbávání či týrání dětí či riziky, která k takovému jednání vedou, jsou: ztráta jednoho nebo obou rodičů, úplná izolace dítěte od společnosti, nízký socioekonomický status a/nebo vzdělanostní úroveň rodiny, rizikové faktory na straně rodičů (závislosti, workoholismus, nevyzrálost, invalidita, nízký věk rodičů, mladé matky samoživitelky), děti běženců, migrantů, imigrantů, příslušnost rodiny k minoritám (etnickým, náboženským...), nefunkční rodina, velký počet dětí, rizikové dítě (pomalé, nemocné, retardované, nezaregistrované úřady během porodu...) (Slaný & Kováčová, 2021).¹

Anamnéza špatného zacházení s dětmi ze strany matky je silným rizikovým faktorem pro následné zanedbávání vlastních dětí. Dalším rizikovým faktorem vedoucím k zanedbávání je větší počet dětí v domácnosti. Větší velikost rodiny je silnějším prediktorem zanedbávání než fyzického týrání. Více dětí žijících v jedné domácnosti může zvyšovat riziko fatálního zanedbávání dětí několika způsoby. Je možné, že zdroje rodiny musejí být rozděleny mezi více dětí, a proto je obtížnější uspokojit jejich fyzické potřeby. Rizikovým faktorem zanedbávání dětí se tak jeví i chudoba (Stith et al., 2009). Je také možné, že rodič v domácnosti s větším počtem dětí může mít potíže s náležitým dohledem, mladší děti jsou za takových okolností

¹ Tato kapitola je částečně převzata z textu, který byl publikován v monografii *Důstojnost v medicíně*. Autorka prohlašuje, že jde o část, kterou zpracovala samostatně (Lemrová & Ivanová, 2022)

více ohroženy náhodným zraněním (Bartlett & Easterbrooks, 2015; Borse & Sleet, 2009; Damashek et al., 2013).

1.5.1 Diagnostika týraného a zanedbávaného dítěte – úloha lékařů

Syndrom týraného a zanedbávaného dítěte (sy CAN) je zařazen do systému Mezinárodní klasifikace nemocí pod diagnózu T. 74. X (syndromy týrání). Jde o nenáhodný děj, který je ve společnosti nepřijatelný a kterému lze předcházet, jde zpravidla o opakovanou akci tělesného nebo duševního týrání či sexuálního zneužívání nebo naopak ne-akci, tedy zanedbávání a toto chování porušuje tělesný, duševní a sociální status dítěte. Odhaduje se, že syndromem CAN trpí celosvětově 1–2 % dětské populace (Slaný & Kováčová, 2021).

MKN: T74 Syndromy týrání

T74.0 Zanedbání nebo opuštění

T74.1 Tělesné týrání

T74.2 Pohlavní zneužívání

T74.3 Psychologické týrání

T74.8 Jiný syndrom týrání

T74.9 Syndrom týrání NS

Viditelnými znaky tělesného týrání dítěte je přítomnost zranění. Důsledky fyzické agrese vůči dítěti lze členit na poranění zavřená (například hematomy, poranění šlach, kloubů) a otevřená (rány a popáleniny). Je nezbytné vždy pátrat po příčině či původu poranění, protože některá mohou vzniknout jako důsledek nemoci. Tuto je nejprve nutné vyloučit. Následující tabulka (Tabulka 3) obsahuje demonstrativní výčet možných medicínských vysvětlení poranění, která nemusejí být podmíněna fyzickou agresí (Slaný & Kováčová, 2021).

Poranění	Příčina
Hematom	Trombocytopatie
	Vaskulopatie
	Avitaminóza vitamínu C
	Nedostatek vitamínu K
	Poruchy koagulačních faktorů
Vytrhané chomáče vlasů	Alopecie
Fraktury	Poruchy osifikace a tvorby kostí
	Rachitida
	Nedostatek vitamínu C
	Pády, sportovní úrazy

Tabulka 3 Možná nenásilná vysvětlení úrazů

Pro předcházení nepodloženému obvinění rodičů, je nezbytné odlišit od týrání taková zranění, která jsou běžná pro dětský věk a mohou být způsobena například pádem při běžných dětských hrách. Je potřebné odlišit, zda jde o zranění u imobilního dítěte (cca do 4 měsíců věku) nebo u mobilních dětí. U dosud nemobilních dětí by měla být varovná všechna zranění, u mobilních je třeba počítat s běžnými úrazovými změnami, které jsou věku dítěte přiměřené. V případě týrání jde často naopak o hematomy kopírující tvar předmětu, kterým bylo zranění způsobeno (opasek, vařečka...). Pozornost je dále třeba věnovat umístění zranění. V případě popálenin může jít o nehodu, běžnou v batolecím věku, typicky například zvrhnutí horkého nápoje ze stolu nebo naopak o úmyslné popáleniny (například od cigaret, často na chodidlech či jiných, méně viditelných místech). Diferenciální diagnostika je nezbytná pro zamezení neodůvodněného obvinění rodičů. Úkolem lékaře je, aby na základě svých odborných kompetencí a informací od pacienta nebo jeho rodičů popsal možnou příčinu stavu dítěte nebo případný mechanismus vzniku poranění. Objasnění příčin, jejich cílené vyšetření, shromáždění relevantních důkazů a případně obvinění z trestného činu týrání jsou posléze úkolem orgánů činných v trestním řízení (Ministerstvo zdravotnictví, 2022; Slaný & Kováčová, 2021).

Průvodními symptomy, kterým je ze strany lékařů a zdravotníků potřeba věnovat pozornost, mohou být některá z těchto varovných znamení (Jelen et al., b.r.; Ministerstvo zdravotnictví, 2022):

- Chybějící anamnéza poranění;
- Měnící se anamnéza poranění;
- Anamnéza neodpovídající charakteru poranění;
- Anamnéza poranění neodpovídající věku dítěte;
- Přítomnost dalších poranění (včetně starších);
- Rozpor ve výpovědi dítěte a rodiče ohledně mechanismu vzniku poranění;
- Prodleva ve vyhledání lékařské péče;
- Vyhledávání pohotovostní služby;
- Děti se zdravotním znevýhodněním;
- Absence osoby zodpovědné za dítě při vyšetření
- Opakovaná vyšetření, ošetření a hospitalizace dítěte
- Emocionálně plochý rodič, nejevící žádný soucit
- Znamky domácího násilí u doprovázející osoby (modřiny u žen). V případě ošetření osoby zbité partnerem vznést dotaz na situaci dětí v rodině
- Abusus alkoholu, drog, promiskuita v rodině.

Psychické týrání není snadno odhalitelné a na první pohled zřejmé (na rozdíl od různých druhů poranění, hematomů, popálenin, poranění břicha, poranění genitálu atd..) a může k němu docházet i v sociálně „lepších“ rodinách (často prostřednictvím zejména vysokých nároků, kladených na dítě ze strany rodičů). Časté je také zanedbávání v souvislosti s tzv. „dvoukariérovým manželstvím“, kdy oba rodiče jsou natolik zaneprázdněni svými kariérami, že jim na dítě nezbyvá dostatek času. Dítě tak strádá zejména v citové oblasti. Rozvod rodičů může být rovněž příčinou špatného zacházení s dítětem. Dítě se může stát prostředníkem při tzv. „vyřizování účtů“ mezi rodiči, dochází k citovému vydírání. Násilí v rodině je dalším způsobem poškozování dítěte, a to nezávisle na tom, zda je dítě jeho přímým účastníkem, nebo „pouze“ jeho svědkem (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Specifickou formou týrání je Münchhausenův syndrom by proxy. Zde dochází k předstírání nebo zveličení příznaků onemocnění u dítěte ze strany rodiče. Rodič se dožaduje opakovaní vyšetření či léčení v míře, která neodpovídá zdravotnímu stavu dítěte a jež dítě nadměrně zatěžuje. Navenek tito rodiče působí jako starostliví pečovatelé, velmi často mají rozsáhlé teoretické znalosti o dané nemoci. Vyšetření bývají obvykle bez objektivního nálezu. Mezi známky psychického týrání lze zařadit zejména časté nevolnosti, bolesti hlavy, vyhublost, agresi, sebepoškozování, poruchy spánku atd. (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

1.6 Zanedbávané a týrané dítě ve výzkumech

Pro účinnou prevenci zanedbávání a týrání dětí, je nutné porozumět individuálním rizikovým faktorům a potřebám rodin týraných dětí. Výzkumné práce o zanedbávaných a týraných dětech jsou z tohoto důvodu zaměřeny na příčiny zanedbávání či zneužívání dítěte v rodinách a na možnosti, jak těmto jevům zabránit.

Nejčastěji jsou zdokumentovány rizikové faktory zanedbávání a týrání dětí, které lze měřit v době narození dítěte nebo před ním. Mezi sociální a demografické rizikové faktory patří nízký příjem nebo chudoba, osamělé mateřství, větší počet dětí v domácnosti, nízké vzdělání matek, nízký věk matek, problémy s bydlením (Bartlett et al., 2014; Buek & Mandell, 2023; Devaney, 2008; Slack et al., 2011; Wu et al., 2004; Zhou et al., 2006). Japonská studie mezi další rizikové faktory počítá nejen velmi nízký, ale taktéž naopak vysoký věk matek (méně než 24 let a více než 40 let), primipary a práci na plný úvazek. Ochrannými faktory proti týrání kojenců bylo bydlení ve čtyřpokojovém domě a větší počet společně žijících osob, se kterými se lze poradit (Fujiwara et al., 2016).

Nejvíce sociálních a zdravotních rizik bylo zjištěno na rodičovské úrovni, například výskyt antisociálního chování/kriminálního jednání v minulosti, výskyt psychických/psychiatrických problémů v minulosti, zkušenosti se zneužíváním ve vlastním dětství (Mulder et al., 2018). Se zvýšeným rizikem týrání a zanedbávání kojenců jsou spojeny i další obtíže matek, jako jsou deprese a stres, nízká úroveň sociální podpory a násilí ze strany intimních partnerů (Buek & Mandell, 2023; K.-E. Kim et al., 2014; Mulder et al., 2018; Shanahan et al., 2017). Amemiya zmiňuje, že verbální násilí ze strany partnera má větší vliv na násilí a hrubé chování matek vůči dítěti (Amemiya & Fujiwara, 2016). Dalším sociálně rizikovým faktorem je užívání návykových

látek, kouření v těhotenství, nedostatečná prenatální péče a krátké intervaly mezi těhotenstvími/porody (Buek & Mandell, 2023; Johnson-Motoyama et al., 2015; Wu et al., 2004; Zhou et al., 2006).

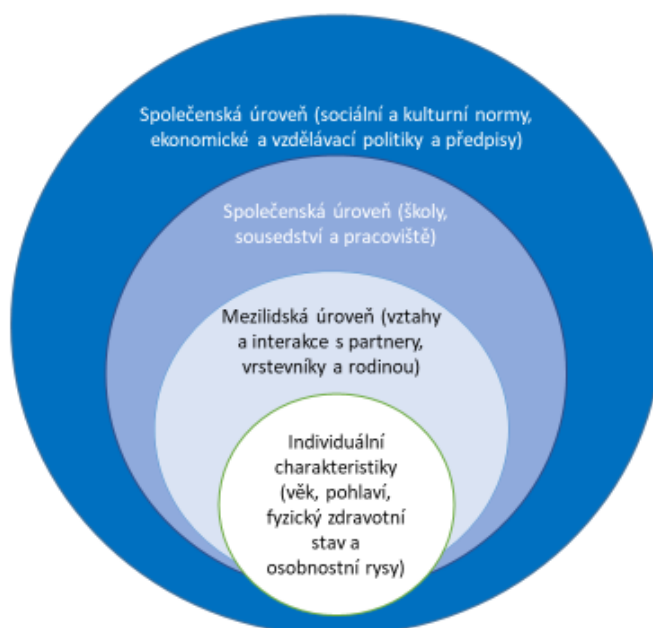
Kromě toho bylo v zahraničních výzkumech zjištěno, že k týrání dochází častěji u dětí s určitými rizikovými faktory přítomnými již při jejich narození, jako jsou nízká porodní hmotnost (Wu et al., 2004), nedonošenost, nízké APGAR skóre, perinatální komplikace (Zelenko et al., 2000) vrozené abnormality (Van Horne et al., 2015) nadměrný pláč dítěte (Fujiwara et al., 2016). Často dochází ke kombinaci více sociálně rizikových faktorů najednou (Ayerle et al., 2012).

Zanedbávání dětí je podmíněno více rizikovými faktory a pro jeho prevenci jsou důležité zejména rizikové faktory související s rodiči (Mulder et al., 2018). Žádný z výše uvedených rizikových faktorů však sám o sobě nepredikuje nebo neznamena špatné zacházení a jen málo z nich se vyskytuje izolovaně. Preventivní přístup k péči o děti vyžaduje důkladné pochopení mnohočetných a vzájemně propojených rizikových faktorů spojených s týráním dětí (Buek & Mandell, 2023). Tyto informace lze využít k rozvoji intervencí a systémů primární prevence různých forem špatného zacházení. Znalost rizikových faktorů a jejich účinků je zásadní pro úspěšnou prevenci a snížení zanedbávání dětí (Mulder et al., 2018).

Většina výše uvedených rizikových faktorů se běžně vyskytuje v interakcích se zdravotnickými zařízeními, lékaři a zdravotníci mají možnost rizika zaznamenat. Například většina těhotných žen během těhotenství a/nebo porodu využije některou formu zdravotní péče a/nebo vyhledá pediatrickou péči pro svého novorozence. Systém zdravotní péče se tedy jeví jako kritický přístupový bod pro komplexní strategii prevence (Buek & Mandell, 2023). Ze zkušeností kliniků v České republice vyplývá, že týrající osoba často navštíví s dítětem, které musí vyhledat lékařskou pomoc, různá zdravotnická zařízení, čímž je včasná detekce odhalení zanedbávání či týrání snížena (Jelen et al., b.r.).

Vedle jasně zřetelných a viditelných případů následků fyzického násilí existuje mnoho dalších, které mohou být při běžné pediatrické kontrole méně zjevné. Jde zejména o psychické útrapy, které mají rovněž potenciál způsobit vážná psychická traumata a poruchy osobnosti (viz také kapitola 1.5.1. Diagnostika týraného dítěte). Dítě může být svědkem domácího fyzického i psychického násilí mezi rodiči, může být vystaveno každodennímu urážení a znevažování, vydírání rodičů s cílem získat jeho přízeň nebo poporodní depresi matky a dysfunkčnímu stylu interakce s kojencem. Vzhledem k tomu, že takové případy nebývají rodiči oznámeny, nebo dokonce bývají popírány, je velmi důležité, aby pediatři neomezovali lékařskou kontrolu pouze

na to, co výslovně uvedl rodič nebo pečovatel. Je nezbytné se zaměřit kvalitu vztahu a komunikaci mezi pečovatelem a kojencem, což povede k získání přesnější rodinné anamnézy. Jednou z možností je organizace péče v milánské dětské nemocnici Buzzi (Itálie), kde byl ustanoven multidisciplinární tým čítající jak pediatry, tak psychology. Tento tým se věnuje zejména včasnému odhalování případů ohrožení špatným zacházením s kojencem a průběžně sleduje kvalitu interakce mezi pečovatelem a kojencem (Romeo et al., 2019). Možným rámcem pro pochopení komplexních souvislostí mezi mnoha faktory, které ovlivňují zdraví a vývoj dítěte, je sociálně-ekologický model (obrázek 1).



Obrázek 1 Sociálně-ekologický model dle Austin et al.

Sociálně-ekologický model se skládá ze souborů do sebe vnořených prostředí, která představují souvislosti ovlivňující zdraví a vývoj dětí. Tato vnořená prostředí zahrnují individuální, mezilidskou, komunitní (školy, pracoviště) a společenskou úroveň. Každá úroveň je zasazena do další úrovně, aby bylo zřejmé, že bezprostřední prostředí jedince (tj. individuální a mezilidská úroveň) je ovlivněno širšími podmínkami, které toto prostředí obklopují (tj. komunitní a společenská úroveň). V sociálně-ekologickém modelu zahrnuje individuální úroveň biologické faktory a faktory osobní historie, jako jsou věk, pohlaví, zdravotní stav a osobnostní rysy. Mezilidská úroveň zahrnuje vztahy a interakce s partnery,

vrstevníky a rodinou. Společenská (komunitní) úroveň zahrnuje různá prostředí, ve kterých lidé žijí a komunikují s ostatními, jako jsou školy, sousedství a pracoviště. Vyšší společenská úroveň zahrnuje faktory jako sociální a kulturní normy, ekonomické a vzdělávací politiky a předpisy, které utvářejí širší sociální kontext, v němž se dítě vyvíjí. V souladu s tímto modelem by se podle jeho oblastí měla činit konkrétní preventivní opatření (Austin et al., 2020).

2 Metodologie

2.1 Cíl výzkumu, metody výzkumu a výzkumný soubor

Cílem disertační práce je zjistit, jaké jsou možnosti prevence zanedbání a týrání dětí do jednoho roku života.

Z cíle vyplývají tyto výzkumné otázky:

Jaké jsou možnosti zabránění násilné smrti dítěte včasným odhalením zanedbávání a týrání dítěte do 1 roku života?

Tato otázka bude zodpovězena pomocí následujících kroků:

1. Identifikace případů zanedbávání a týrání dítěte z pitevních spisů na soudně-lékařských pracovištích
 - a. VO: Které konkrétní případy v pitevních spisech ukazují na hostilní jednání v průběhu života dítěte nebo při jeho úmrtí?
2. Popsat životní dráhy dětí a identifikovat jednotlivé aktéry situace
 - a. VO: Na kterých životních dráhách dětí ve vztahu k hostilnímu jednání je možné identifikovat jednotlivé aktéry?
3. Zjistit názory expertů na možnosti prevence hostilního jednání
 - a. VO: Jaké jsou dle expertů nejčastější příčiny vedoucí k zanedbávání či týrání dětí v rodinách?
 - b. VO: Jaké jsou na straně těchto rodin nejčastější překážky při hledání pomoci u institucí?
 - c. VO: Jaké jsou názory expertů na možnosti ochrany dětí a prevence na základě zjištěných životních drah dětí zemřelých násilně do 1 roku života?

Tyto otázky lze zodpovědět prostřednictvím smíšeného výzkumu. Dle základní definice Tekdlie a Tashakkori (Teddlie & Tashakkori, 2006) je smíšený výzkum takový, který kombinuje kvalitativní a kvantitativní přístupy ke zkoumání reality v rámci jedné studie. Bergman (Bergman, 2011) zdůvodňuje výhody smíšeného výzkumu využitím obou paradigmat výzkumu, tj. kvantitativního i kvalitativního.

Smíšený výzkum probíhal ve třech fázích a jako jeho typ byl vybrán mixed- method design, jak píše Olecká (Vévodová Šárka, 2015), protože pro určitou část disertačního výzkumu byl aplikován přístup kvantitativní a pro další část přístup kvalitativní. Validita získaných dat je

ověřována metodologickou triangulací. Byly využity tyto konkrétní metody přístupu: studium dokumentů a Delfská metoda. Při studiu dokumentů (pitevnické spisy) byla data kvantitativně sbírána metodou obsahové analýzy.

Obsahová analýza je analytická metoda, která je postavena na objektivním, systematickém a kvantitativním popisu zjevného obsahu sdělení v písemných materiálech nejrůznějšího druhu. Obsahová analýza může spočívat: a) ve zjištění obsahu a formy sdělení (co a jak se sděluje), b) v odhalení příčiny sdělení (kdo a s jakým záměrem vstupuje do komunikace), c) v určení pravděpodobných efektů sdělení (komu je sdělení určeno a jaký účinek je očekáván). V pitevnických spisech je dle a) zásadní List o prohlídce zemřelého, pitevnický protokol – nálezová část a shrnutí zjištění soudních znalců. Dle b) je Policie České republiky orgánem nařizujícím soudní pitvu, dle c) je efektem zjištění příčiny smrti a zjištění případného podílu jiné osoby na smrti oběti.

Při zkoumání obsahu a formy sdělení se nejprve stanoví obsahové jednotky a kategorie, které se dále vyjadřují v kvantitativních proporcích a relacích (viz kapitola Výsledky). Použití obsahové analýzy je vhodné při větším množství stejnorodého materiálu, který jednak adekvátně reprezentuje zkoumaný jev a jednak umožňuje spolehlivou kvantifikaci. Obsahové jednotky (též záznamové) vycházely z cíle zkoumání, například věk dítěte, věk matky. Obsahová jednotka se převádí na jednotku výpočetní a zjišťuje se, zda se v daném kontextu vyskytla, či nikoli, zaznamenává se tedy frekvence jejího výskytu (*Analýza obsahová – Sociologická encyklopedie*, b.r.).

Validizace výsledků obsahové analýzy bylo dosahováno personálně, tj. sdílením informací mezi výzkumníky a následnou diskusí.

Z kvalitativních dat těchto pitevnických spisů byly konstruovány případové studie, které jsou optimální pro uchopení, zpracování a pochopení informací týkajících se násilných úmrtí dětí (Chrastina, 2019), jež lze vyčíst z pitevnických spisů. Výsledkem je deskriptivní „vyprávění příběhu“, jemuž exploratorní formu dodávají metody časových os a metoda životní dráhy.

Časová osa představuje pozorování dat, která jsou vizuálně uspořádána z hlediska času ve směru minulost – přítomnost a v případových studiích zanedbávaných a týraných dětí slouží ke konkrétnímu popisu událostí. Výhoda tohoto přístupu spočívá v grafické vizualizaci událostí v chronologickém řádu, v kontextu života dítěte lze zobrazit i milníky, které mohly mít vliv na jeho násilné úmrtí. Zásadní výhodou v těchto případech je popsání sledu událostí vedoucích k tragickému vyvrcholení příběhu (Clever Prototypes, b.r.).

Za celistvý proces utváření a artikulaci způsobu života je považována metoda životní dráhy, jež usiluje o pochopení člověka jako celostní bytosti, žijící v určitých konkrétních podmínkách.

Za jednotku životní dráhy je považována životní situace, jejímiž základními dimenzemi je čas a okolí (Nový, 2013). Životní dráha probíhá ve dvou základních dimenzích – dimenzi času a dimenzi horizontálního a vertikálního prostoru. Dimenze biografického času tvoří podstatu životní dráhy, ohraničuje její délku narozením a smrtí a probíhá ve specifickém sociálním čase (IVANOVÁ, 2006). V životních drahách zemřelých dětí popisovaných v této práci dimenze času začíná popisem oběti a končí příčinou její smrti. Horizontální prostor je popsán průběhem konkrétních podmínek a okolností vedoucích k násilné smrti dítěte, vertikální prostor definuje charakteristika jednotlivých aktérů. Životní dráhy zemřelých dětí vycházejí pouze ze sociálního času, jenž je zakotven v objektivních procesech. Dráhy nezachycují subjektivní vnímání času.

Delfská metoda je expertní a prognostická metoda skupinového hledání řešení problému, v tomto případě ochrany dětí a prevence jejich zanedbávání a týrání v rodinách. Spočívá v tom, že výzkumník co nejpřesněji definuje problém a následně jej převede do dotazníku. Na základě výzkumů Olecké, Ivanové a Lemrové (Ivanová & Olecká, 2020; Lemrová, Olecká, & Ivanová, 2021) byla stanovena sociální rizika vedoucí k týrání a zanedbávání dětí. Jejich znalost vedla k operacionalizaci otázek pro experty u výzkumné otázky 3a). Na základě analýzy obsahu pitevních spisů, účastí na konferencích s tématem sociální patologie (Lemrová et al., 2017, 2018), rozhovorů s odborníky z různých oblastí ochrany práv dětí, soudními lékaři a pediatry byly stanoveny další otázky.

Otázky kladené expertům by měly mít kvantitativní podobu, v případě popisovaného výzkumu měly podobu jak výčtových otázek, tak i dichotomických s tím, že vždy byl dán prostor pro kvalitativní vyjádření názoru. Dotazník byl zaslán jednotlivým expertům (viz kapitola 3.3), na základě odpovědí, kde jsou vyhodnoceny shodné i odlišné názory, je sestaven další dotazník, který se expertům opět rozešle. V metodě se doporučují 2 až 3 kola, aby nedošlo k nárůstu statistické chyby metody (Mahajan, 1976).

Výhodou Delfské metody je vzájemná anonymita účastníků výzkumu, opakování otázek v jiné kvalitě a zejména to, že lze zvolit vhodnou zpětnou vazbu směrem k účastníkům výzkumu. Delfská metoda je velmi vhodná pro identifikaci nových trendů, nových otázek a priorit (Holley, 2009; Wildemuth, 2016).

2.2 Design výzkumu

V první fázi byly provedeny studie pitevních spisů dětí zemřelých do 1 roku věku náhle, neočekávaně nebo násilně v letech 2007–2016. Tyto studie probíhaly na čtyřech soudně-lékařských pracovištích: Olomouc (OL), Brno (BR), Ostrava (OVA), Hradec Králové (HK). Základní metodou sběru dat bylo retrospektivní studium dokumentů (n = 261) z těchto pracovišť. Sběr dat byl zaznamenáván do připraveného strukturovaného archu, který byl vytvořen v Microsoft Excelu. Tento arch byl ověřen předvýzkumem v rámci realizovaného projektu IGA_LF_2016_032 „Zdravotní gramotnost matek v prvním půlroce mateřství“ a následně doplněn o zpřesňující otázky týkající se sociální anamnézy rodin.

Ve druhé fázi byly extrahovány případy, ve kterých byly děti během svého života vystaveny zanedbávání či týrání. Z těchto případů bylo vybráno sedm kazuistik, které byly zpracovány na časových osách nebo životních drahách. V některých případech nebyla smrt dítěte soudními lékaři dána do přímé příčinné souvislosti se zanedbáním nebo týráním.

Ve třetí fázi byli na základě ilustrativní kazuistiky (Lemrová et al., 2018) osloveni experti, kteří se v rámci výkonu své profese setkávají s problematikou týrání či zanedbání dětí. Tito experti byli formou dotazníku vyzváni k identifikaci nejčastějších příčin těchto jevů a pojmenování bariér, které mohou bránit v poskytnutí pomoci. Tato část výzkumu probíhala Delfskou metodou (viz kapitola 2.5).

Jak ukazuje literatura, zanedbávání a týrání dítěte je celosvětovým problémem. Pro teoretické vymezení problému a formulaci hypotéz byla provedena rešerše literatury. Vycházela z formulace výzkumného problému a byla sestavena do akronymu scopingové otázky P (Population) C (Concept) C (Context):

P: „infant abuse“ OR „infant maltreatment“ OR „infant mistreatment“ OR „infant neglect“

C: policy OR prevention OR institution OR healthcare OR nurse OR midwife OR physician OR pediatrician OR police OR „social and legal protection“

C: „social determinants of health“ OR „social class“ OR „education level“ OR „education status“ OR socioeconomic OR socio-economic OR socioeconomic OR dwelling OR addiction OR violence* OR “abuse” OR “family risk factors”

- Mother OR family

Byly prohledávány databáze PubMed, Web of Science, Epistemonikos a EBSCO.

Databáze	Vyhledávací strategie	Nalezené zdroje	Omezení: Abstrakt, posledních 10 let	Relevantní zdroje
Pubmed	(„infant abuse” OR „infant maltreatment” OR „infant mistreatment” OR „infant neglect”) AND (policy OR prevention OR institution OR healthcare OR nurse OR midwife OR physician OR pediatrician OR Police OR „social and legal protection”)	164	112	10
WOS	(„infant abuse” OR „infant maltreatment” OR „infant mistreatment” OR „infant neglect”) AND ALL = (prevention OR policy OR healthcare OR nurse OR midwife OR physician OR pediatrician OR Police OR „social and legal protection”)	41	26	17
Epistemonikos	(„infant abuse” OR „infant maltreatment” OR „infant mistreatment” OR „infant neglect”)	5		3
EBSCO	1. AB („infant abuse” OR „infant maltreatment” OR „infant mistreatment” OR „infant neglect”) AND AB (policy OR prevention OR institution OR healthcare OR nurse OR midwife OR physician OR pediatrician OR police OR „social and legal protection”)	170	99	Zpřesněno EBSCO II
EBSCO II.	2. AB (AB („infant abuse” OR „infant maltreatment” OR „infant mistreatment” OR „infant neglect”) AND AB (policy OR prevention OR institution OR healthcare OR nurse OR midwife OR physician OR pediatrician OR Police OR „social and legal protection”)) AND AB (mother OR family)	58	55	15

Tabulka 4 Rešeršní strategie: nalezené zdroje

Výzkum byl podpořen třemi projekty IGA UP:

1. **IGA_LF_2016_032** „Zdravotní gramotnost matek v prvním půlroce mateřství“

2. **IGA_LF_2017_018** „Analýza pitevních protokolů ze zdravotních a soudních pitev – možné souvislosti náhlých a neočekávaných úmrtí dětí do jednoho roku života s životním stylem a zdravotní gramotností jejich matek “
3. **DSGC-2021-0008** „Řešení nestandardních situací při péči o ženu v prekoncepčním období a v těhotenství, matku a dítě při porodu a v šestinedělí: kolize diskurzů“ (Zkvalitnění schémat Doktorské studentské grantové soutěže a jejich pilotní implementace Registrační číslo: **CZ.02.2.69/0.0/19_073/0016713**)

2.3 Obsahová analýza

Výzkumnou metodou byla retrospektivní analýza (za 10 let, tj. 2007–2016) všech pitevních spisů (n = 261) dětí zemřelých náhle, neočekávaně a násilně ve věku do 1 roku pitvaných na čtyřech pracovištích soudního lékařství ve sledovaném období. Do připraveného strukturovaného archu v podobě tabulky Microsoft Excel byla sbírána data z každého pitevního spisu. Předmětem sběru byly informace o dítěti, příčině smrti a v některých případech, kde informace byly dostupné, zejména o okolnostech smrti a sociální anamnéze rodiny. Konkrétně: mrtvorozenost (dichotomická proměnná), datum narození dítěte, pohlaví dítěte, datum úmrtí dítěte, čas úmrtí, příslušnost k populaci, místo narození dítěte, místo úmrtí dítěte (doma, při převozu, v nemocnici, na veřejném místě apod.), typ provedené pitvy (zdravotní, soudní), příčina smrti a mechanismus smrti podle lékaře ohledávajícího tělo, příčina smrti a mechanismus smrti podle lékaře konajícího pitvu, datum narození matky. Z těchto informací bylo následně vypočítáno stáří dítěte a stáří matky v době úmrtí dítěte² a provedena statistická analýza (Olecká, 2018).

Podle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se u dětí zemřelých do 18 let věku provádějí pitvy povinně. Podle zákona jsou prováděny ve čtyřech různých režimech: patologicko-anatomické, zdravotní, soudní a anatomické (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, b.r.):

„§ 88

(1) Pitvy jsou

² Informace o datu narození matky by měla být součástí Listu o prohlídce zemřelého, který vyplňuje ohledávající lékař. Tyto informace často chyběly.

- a) patologicko-anatomické, které se provádějí za účelem zjištění základní nemoci a dalších nemocí, komplikací zjištěných nemocí a k ověření klinické diagnózy a léčebného postupu u osob zemřelých ve zdravotnickém zařízení smrtí z chorobných příčin,
- b) zdravotní, které se provádějí za účelem zjištění příčiny smrti a objasnění dalších ze zdravotního hlediska závažných okolností a mechanismu úmrtí u osob, které zemřely mimo zdravotnické zařízení nebo v něm náhlým, neočekávaným nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy,
- c) soudní, které se provádějí při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, a to podle jiného právního předpisu,
- d) anatomické, které se provádějí k výukovým účelům nebo pro účely vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví.

(2) Patologicko-anatomické pitvy provádí poskytovatelé v oboru patologická anatomie. Nestanoví-li tento zákon jinak, patologicko-anatomická pitva se vždy provádí

- a) u žen, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem, umělým přerušением těhotenství nebo v šestinedělí,
- b) u plodů z uměle přerušovaných těhotenství provedených z důvodů genetické indikace nebo indikace vrozené vývojové vady plodu,
- c) u dětí mrtvě narozených a u dětí zemřelých do 18 let věku,
- d) u pacientů, kteří zemřeli při operaci, při nechirurgickém intervenčním výkonu, v souvislosti s komplikací navazující na operaci nebo nechirurgický intervenční výkon nebo při úvodu do anestézie,
- e) jestliže byl z těla zemřelého proveden odběr orgánu pro účely transplantací, tkání nebo buněk pro použití u člověka nebo odebrána část těla pro výzkum nebo k výukovým účelům; v případech, kdy transplantační zákon stanoví provádění pitev jinak, postupuje se podle transplantačního zákona,
- f) v případě, že k úmrtí došlo v souvislosti se závažnou nežádoucí příhodou při klinickém hodnocení humánního léčivého přípravku nebo s nežádoucí příhodou při klinických zkouškách zdravotnického prostředku nebo v souvislosti s ověřováním nových poznatků použitím metod, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny, nebo v případě podezření na tyto skutečnosti,
- g) v případě podezření, že k úmrtí došlo v souvislosti s odběrem orgánu za účelem transplantace nebo tkání nebo buněk pro použití u člověka,

h) v případě, kdy není dostatečně objasněna příčina smrti, základní nemoci, dalších nemocí nebo jejich komplikací nebo klinická diagnóza.

(3) Zdravotní pitvy provádí poskytovatelé v oboru soudní lékařství. Nestanoví-li tento zákon jinak, zdravotní pitva se vždy provádí

a) při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nedošlo ke stanovení příčiny smrti nebo nebyla příčina smrti dostatečně objasněna,

b) při všech násilných úmrtích včetně sebevraždy,

c) při podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při poskytování zdravotních služeb, které vyslovil zdravotnický pracovník zúčastněný na poskytování zdravotních služeb, lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého, nebo osoba blízká zemřelému,

d) při podezření, že úmrtí mohlo být způsobeno v souvislosti se zneužíváním návykových látek,

e) u osob, které zemřely ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

(4) Patologicko-anatomické pitvy podle odstavce 2 a zdravotní pitvy podle odstavce 3 se provádějí i bez souhlasu zemřelého. Jde-li současně o povinnou pitvu patologicko-anatomickou a zdravotní, provede se pitva zdravotní.

(5) Soudní pitvy provádí poskytovatelé v oboru soudní lékařství. Převoz těla zemřelého k soudní pitvě a zpět zabezpečuje a hradí orgán činný v trestním řízení, který ji nařídil. Rovněž hradí i veškeré další náklady s pitvou spojené.

§ 88a

(1) Lékař provádějící prohlídku těla zemřelého může rozhodnout, že se neprovede patologicko-anatomická pitva v případech podle § 88 odst. 2 písm. a), b) nebo c) nebo zdravotní pitva v případech podle § 88 odst. 3 písm. b) nebo d), jestliže jde o úmrtí, jehož příčina je zřejmá, a zemřelý pacient za svého života vyslovil prokazatelný nesouhlas s provedením pitvy nebo zákonný zástupce nebo opatrovník zemřelého pacienta anebo osoba pacientovi blízká požádali o neprovedení pitvy. Pro způsob vyslovení prokazatelného nesouhlasu pacientem s provedením pitvy se použije obdobně § 81 odst. 5.

§ 89

(1) Poskytovatel, který provedl pitvu, zajistí vyplnění příslušných částí Listu o prohlídce zemřelého a předání těchto částí místům jejich určení, stanoveným prováděcím právním předpisem.

(2) Poskytovatel, který provedl pitvu, je povinen písemně informovat o jejím výsledku

- a) poskytovatele, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí pacienta,
- b) registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, je-li mu znám.“

2.4 Kazuistiky: časové řady, životní dráha

V další části tohoto výzkumu byly extrahovány případy, ve kterých bylo dítě během svého života vystaveno zanedbávání či týrání (n = 46). Detailní informace o okolnostech smrti či sociálních rizikových faktorech byly v některých spisech dostupné z dokumentů Policie České republiky nebo jiných orgánů činných v trestním řízení, z fotodokumentace na místě úmrtí dítěte, z výpovědí svědků, z dokumentace ze zdravotnických zařízení nebo od praktického lékaře pro děti a dorost, závěrů znaleckých posudků z jiných oborů (například psychologie, fyzika) atd. Společně mohou tyto informace pomoci vytvořit reálný obraz toho, co přesně se stalo, a identifikovat aktéry a příležitosti, které mohli smrti dětí zabránit. Tyto informace se staly podkladem pro záměrný výběr konkrétních případů (n = 7), které byly následně rozpracovány formou časových os nebo životních drah. Pro konkrétní kazuistiky byly záměrně zvoleny pitevní spisy s vysokým podílem informací o okolnostech smrti dítěte tak, aby bylo možné identifikovat milníky, ve kterých bylo možno zabránit smrti dítěte, a označení aktéři, kteří o rizikové situaci v rodině věděli.

Časové řady byly vytvořeny pomocí programu Microsoft Excel. V průběhu sběru dat na ústavech soudního lékařství se z informací v pitevních spisech vyprofilovaly kazuistiky, které byly vhodné pro zobrazení na časových řadách. Šlo zejména o spisy, které byly nasyceny přesnými informacemi, konkrétními daty, kopiemi zpráv praktického lékaře pro děti a dorost či ze zdravotnických zařízení, kopiemi výslechnů policie, výpověďmi svědků. Konkrétní data o podstatných informacích byla získána během dosběru dat. Grafika životních drah byla vytvořena pomocí programu Powerpoint. Kazuistiky byly zformovány z pitevních spisů, které obsahovaly dostatečné informace o okolnostech smrti dítěte, průběhu jeho života i charakteristice prostředí, ve kterém dítě vyrůstalo, avšak k dispozici nebyla přesná data.

2.5 Delfská metoda

Třetí část výzkumu probíhala podle Delfské metody, a to ve dvou kolech. Byli osloveni experti – institucionální aktéři, kteří se s problematikou zanedbávaných či týraných dětí ve své profesi setkávají, případně jim zákon dále ukládá ohlašovací povinnost při podezření na tento jev. Jde o následující profese:

1. Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD): první linie, při pravidelných preventivních a jiných prohlídkách mohou odhalit zanedbávání či týrání (oploštění růstové křivky, podváha, chování...) (Slaný & Kováčová, 2021). V ordinacích se poskytuje léčebná a preventivní péče. Zejména u dětí do jednoho roku věku jsou PLDD velmi často jediní, kteří si mohou povšimnout známek týrání, zneužívání či zanedbávání a informovat sociální pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Také v případě neomluvených a neodůvodněných absencí na preventivních prohlídkách či neodůvodněném odmítnutí povinných očkování jsou lékaři povinni informovat o těchto skutečnostech orgán sociálně-právní ochrany dítěte. Lékař by měl znát prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (sociální i rodinná anamnéza), má příležitost detekovat možná rizika ohrožení syndromem CAN (Kukla, 2016; Ministerstvo zdravotnictví, 2022; Vláda ČR, b.r.-a).
2. Zdravotně sociální pracovník v nemocnici: poskytuje sociální poradenství a pomoc rodinám hospitalizovaného dítěte, sociální pomoc rodinám v nepříznivé sociální situaci, případně ochranu a sociální pomoc týranému, zneužívanému a zanedbávanému dítěti (Vláda ČR, b.r.-a).
3. Sociální pracovník – vychovatel v dětském domově: soustavně pracuje s dětmi, které již byly odebrané z nevyhovujícího prostředí, je v kontaktu i s jejich rodiči. Zná sociální a rodinnou anamnézu dětí odebraných z problematického prostředí. Během výkonu své profese pečují pracovníci v dětských domovech o děti, monitorují jejich chování, v přeneseném smyslu suplují funkci rodiny (výchova a vzdělávání, prevence rizikového chování, zmírnění následků nepříznivé životní situace, snaha o přerušení „dědičné“ patologické stopy v rodině, výchova k soběstačnosti, posilování prosociálních kompetencí...)(*Výroční zprávy | Dětský domov*, b.r.).
4. Soudní lékař – u dětí náhle a neočekávaně zemřelých odhaluje příčinu smrti, disponuje širokým souborem informací o rodině a místě činu, lékařskými zprávami. Závěry soudních lékařů zejména o příčině smrti jsou zásadním podkladem pro orgány činné

v trestním řízení při vyšetřování případného pachatele. Pokud soudní lékař nekonstatuje cizí zavinění, vyšetřování smrti se zastavuje. Zejména v případě náhlých nebo neočekávaných úmrtí dětí, s ohledem na absenci obranných zranění, která jsou pro tento věk typická, je nezbytné přesné stanovení příčiny smrti. Snižuje se tak riziko neodhalení pachatele v případě úmyslného trestného činu (zabití nebo vražda dítěte) (Olecká, 2018; Olecká et al., 2022; Olecká & Lemrová, 2019)³.

5. Policie České republiky je bezpečnostní sbor zřízený zákonem. Slouží veřejnosti, přijímá a šetří trestní oznámení. Spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dítěte (OSPOD) i veřejností při podezření na týrání či zanedbání dítěte. Sociální pracovníci OSPOD smí v její přítomnosti vstoupit do obydlí. V případě úmrtí dítěte za podezřelých okolností má v gesci vyšetřování okolností smrti, zajištění stop, výslech svědků, žádosti o znalecké posudky s cílem odhalit pachatele trestného činu (*Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky (eAGRI)*, b.r.).
6. Adiktolog: zabývá se prevencí a léčbou závislostního chování. Adiktolog pracuje s rodinnými příslušníky, u nichž se vyskytuje problém se závislostí. Závislosti rodičů (nejčastěji abúzus alkoholu nebo nelegálních návykových látek) jsou jednou z příčin ohrožení dítěte (ČR NZIP, b.r.)
7. Gynekolog, porodník: sleduje a ošetřuje ženu – matku v průběhu těhotenství, při porodu a po porodu. Má informace o zdravotním stavu ženy, případně laboratorní výsledky ukazující zneužívání návykových látek.
8. Porodní asistentka: sleduje ženu – matku během těhotenství a při porodu, může být matce „bližší“ než lékař při vyjádření obav. V České republice jsou porodní asistentky většinou vysokoškolsky vzdělané ženy (Bc. nebo Mgr.), jejich úkolem je doprovázení ženy v těhotenství, během porodu (*Definice porodní asistentky – ČSPA*, b.r.).
9. Právník: je schopen posoudit stávající právní úpravu, zda je postačující pro ochranu dětí. V případě potřeby zastupuje oběti týrání před soudním řízením (NKČR, 2017).
10. Psycholog, psychiatr: profese poskytující poradenství nebo léčbu v oblasti psychologie a psychiatrie, analýza a práce s psychikou (*AKP ČR*, b.r.).

³ V jazyce soudního lékařství je jako násilná označována smrt, která nastala z jiných než chorobných příčin (Štefan & Hladík, 2012). Taková smrt nemusí být vždy způsobena druhou osobou (ať již úmyslně nebo neúmyslně; tuto právní kvalifikaci zjišťují orgány činné v trestním řízení). V této práci bude však označení „násilná smrt“ používáno tehdy, půjde-li o smrt způsobenou druhou osobou.

11. Etoped: speciální pedagog zabývající se příčinami a nápravou poruch chování (*Speciální pedagog (etoped) | Šance Dětem, b.r.*)

Během výzkumu za použití Delfské metody byli jednotliví aktéři institucionální ochrany dětí dotazováni na bariéry ve výkonu jejich profese, které mohou mít za následek násilnou smrt dítěte.

Experti, kteří (n = 20) souhlasili s účastí ve výzkumu, byli osobně osloveni a dotazníky (Příloha číslo 2) jim byly předány osobně s vysvětlením nebo jim byly zaslány e-mailem. Někteří z nich nezodpověděli všechny otázky. Počty expertů v jednotlivých profesích nejsou zcela totožné, neboť došlo k dalšímu rozeslání dotazníků (metoda sněhové koule). Vzhledem k jejich ochotě se výzkumu zúčastnit, podpořené komentáři o naléhavosti tématu, byly i jejich odpovědi do výzkumu zařazeny. Po obdržení vyplněných dotazníků prvního kola byly výsledky výzkumu zaznamenány do tabulky Microsoft Excel, ve sloupcích podle jednotlivých profesí. Data byla zpracována formou grafů s případnými komentáři. Pro druhé kolo sběru dat byli stejní experti seznámeni s výsledky a vyzváni k zodpovězení doplňujících otázek.

Druhého kola se zúčastnilo 13 expertů, ostatní považovali své odpovědi z prvního kola za vyčerpávající. Odpovědi z druhého kola byly zaznamenány do tabulky Microsoft Excel.

2.6 Limity výzkumu

Zásadním limitem první části výzkumu (sběr dat ze spisů na pracovištích soudního lékařství) je absence informací v některých spisech. Míra nasycenosti informacemi se na jednotlivých pracovištích, ale také případ od případu lišily. V četných případech chyběly v Listu o prohlídce zemřelého informace o věku matky. Často chyběl popis okolností, za kterých dítě zemřelo, či informace o jeho rodinném zázemí, fotodokumentace z místa činu. Nelze posoudit, zda tyto informace soudní lékař měl, provedl soudní analýzu s ohledem na ně a vrátil je orgánům činným v trestním řízení, nebo zda takovými informacemi při pitvě nedisponoval. Absence těchto dokumentů je příčinou neúplnosti sbíraných dat. Soudní lékař při pitvě stanovuje příčinu smrti, svým nálezem určuje, zda jde o smrt z příčin násilných, či nikoli. Za násilné úmrtí je soudními lékaři považována smrt, která nastala z jiných příčin než chorobných. Tyto příčiny mohou být způsobeny nahodile, náhodně nebo úmyslně. Právní kvalifikaci (tedy náhodu, či úmysl pachatele) posuzuje soud (Olecká, 2018). Vzhledem k četným absencím obranných

zranění na těle dítěte je v případě vyšetřování smrti dítěte ve věku do 1 roku života zvláště důležité vyšetření okolností, za kterých k úmrtí došlo. Zcela absentují informace o dalším šetření ze strany Policie České republiky, a kromě medializovaných výjimek také rozhodnutí soudu. Nelze tak určit, zda byl za hostilní jednání na dítěti někdo potrestán a v jakém rozsahu.

2.7 Etika výzkumu

Všechna pracoviště umožnila nahlížení do spisů a pořízení výpisů v rozsahu nezbytném pro výzkum. Tento souhlas udělili vedoucí všech pracovišť písemně. Výzkumní pracovníci stvrdili informovaným souhlasem (Příloha číslo 2) zachování mlčenlivosti o citlivých údajích, se kterými pracovali. Výzkum byl schválen Etickou komisí FNOL (Příloha číslo 1).

3 Výsledky

Výsledky výzkumu jsou popsány ve třech kapitolách, vždy v návaznosti na design výzkumu. V první kapitole jsou uvedeny výsledky z obsahové analýzy, tedy deskriptivní statistika celého souboru a deskriptivní statistika souboru dětí, které byly v průběhu života vystaveny hostilnému jednání. Druhou kapitolu tvoří konkrétní případové studie, jež na životních drahách či časových osách dětí, které zemřely v důsledku hostilného jednání nebo hostilnému jednání byly v průběhu svého života vystaveny, zobrazují jednotlivé aktéry, kteří se mohli nebo měli podílet na ochraně jejich zdraví a života. Tato kapitola dává odpověď na VO 1 a 2.

V poslední kapitole jsou prezentovány výsledky obou kol výzkumu Delfskou metodou a přináší odpovědi na VO číslo 3.

3.1 Popis souboru

Výzkum zahrnuje 261 subjektů (dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně do 1 roku věku) a zkoumá základní charakteristiky v době jejich smrti: věk, pohlaví, čas a roční období smrti, věk matky. Ze souboru jsou extrahovány případy, ve kterých bylo dítě během svého života vystaveno hostilnému jednání, jež však nebylo vždy příčinou smrti.

Kvalitativní data byla popsána pomocí absolutních a relativních četností. Závislosti mezi proměnnými byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu, jenž byl použit kvůli nízkým četnostem ukazatelů v buňkách tabulek.

Pokud byl výsledek testu signifikantní, byla pro zhodnocení statistické významnosti odchylek v jednotlivých buňkách tabulky použita metoda adjustovaných reziduí. S jejich pomocí je možné zjistit, zda se pozorované četnosti v jednotlivých buňkách odlišují statisticky významně od očekávaných četností – statisticky významné odchylky v buňkách jsou označeny tučně a barevně zvýrazněny. Všechny testy byly provedeny na hladině významnosti 0,05. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Výzkumný soubor obsahoval celkem 261 spisů dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně a pitvaných na čtyřech pracovištích soudního lékařství (Brno, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava). Jak dokládá tabulka 5, bylo nejvíce pitev v daném období provedeno na brněnském pracovišti (n = 93), nejméně na pracovišti v Olomouci (n = 44). Dle Fisherova testu

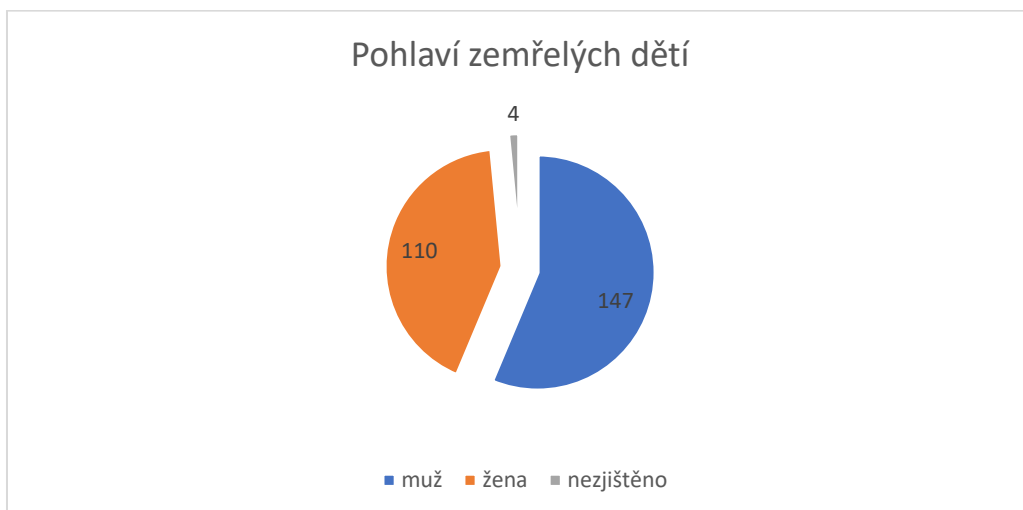
($p = 0,020$) byl prokázán vztah mezi typem pitvy a místem sběru. Dle adjustovaných reziduí jsou patrné rozdíly – v Brně bylo méně soudních pitev, v Olomouci naopak více.

			Provedená pitva		celkem
			SOUDNÍ	ZDRAVOTNÍ	
Místo sběru	BR	Počet	55	38	93
		%	59,1 %	40,9 %	100,0 %
		Adjusted Residual	-2,0	2,0	
	HR	Počet	30	21	51
		%	58,8 %	41,2 %	100,0 %
		Adjusted Residual	-1,3	1,3	
	OL	Počet	36	8	44
		%	81,8 %	18,2 %	100,0 %
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	OVA	Počet	52	19	71
		%	73,2 %	26,8 %	100,0 %
		Adjusted Residual	1,4	-1,4	
Celkem		Počet	173	86	259
		%	66,8 %	33,2 %	100,0 %

Tabulka 5 Typ provedené pitvy podle pracoviště

Z Listu o prohlídce zemřelého bylo možno vyčíst sociálně demografické charakteristiky zemřelých dětí: pohlaví dítěte, stáří dítěte v době jeho smrti, rok pitvy. Další informace byly v některých případech dostupné tamtéž, případně přímo v pitevních spisech. Mezi tyto informace patří zejména stáří matky v době smrti dítěte.

V souboru zemřelých dětí převazovali chlapci (56,3 %) nad dívkami (42,1 %). Ve čtyřech případech (1,5 %) nebylo pohlaví dítěte ve spise uvedeno (graf 4). Šlo o kosterní nálezy ve stavu a množství, které určení pohlaví neumožnily. Pohlaví dospělé lidské kostry lze určit na základě morfologických a metrických znaků, které se nacházejí téměř na každé kosti. Sekundární pohlavní znaky, které jsou základem pro určení pohlaví dospělých, se ale vyvíjejí hlavně během puberty, dříve tak neumožní rozlišit juvenilní muže a ženy (Wilson et al., 2008).

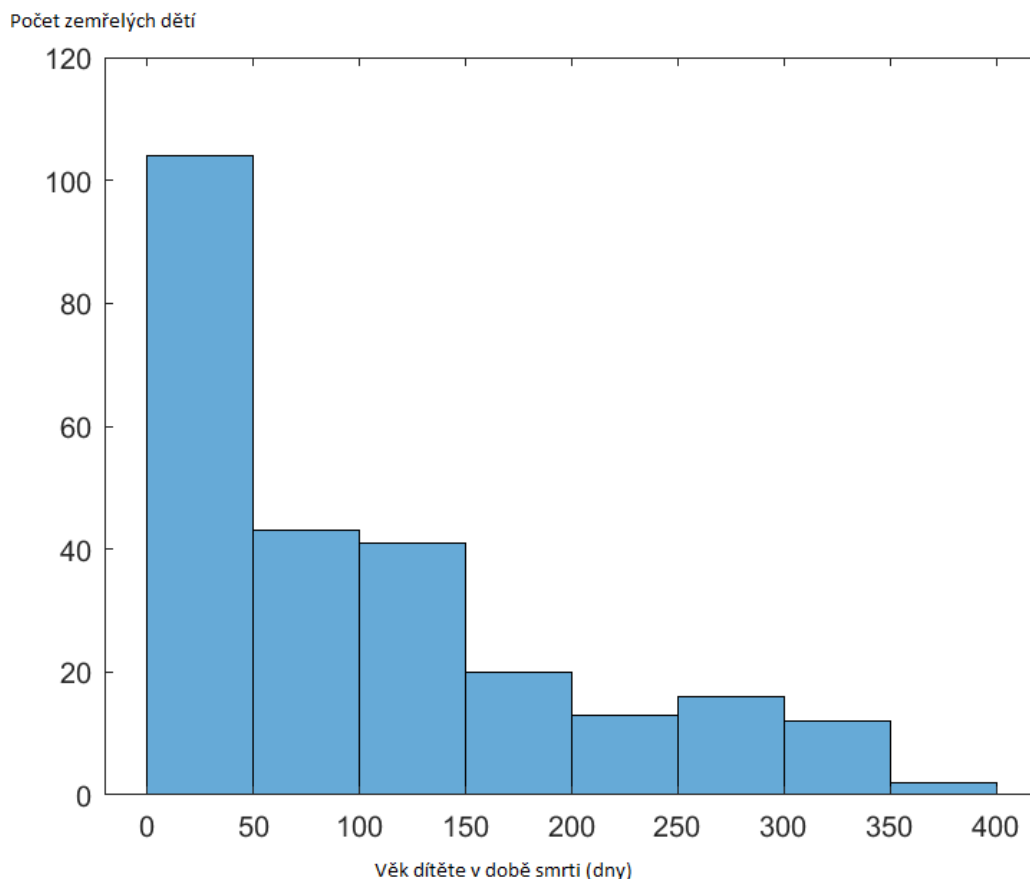


Graf 4 Pohlaví zemřelých dětí

Věk dětí v době úmrtí nebylo možné určit u 9 z 261 případů (3,4 %). Průměrný věk dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně byl 99 dní (tabulka 6). Děti nejčastěji umíraly v prvních 50 dnech po narození (graf 5)

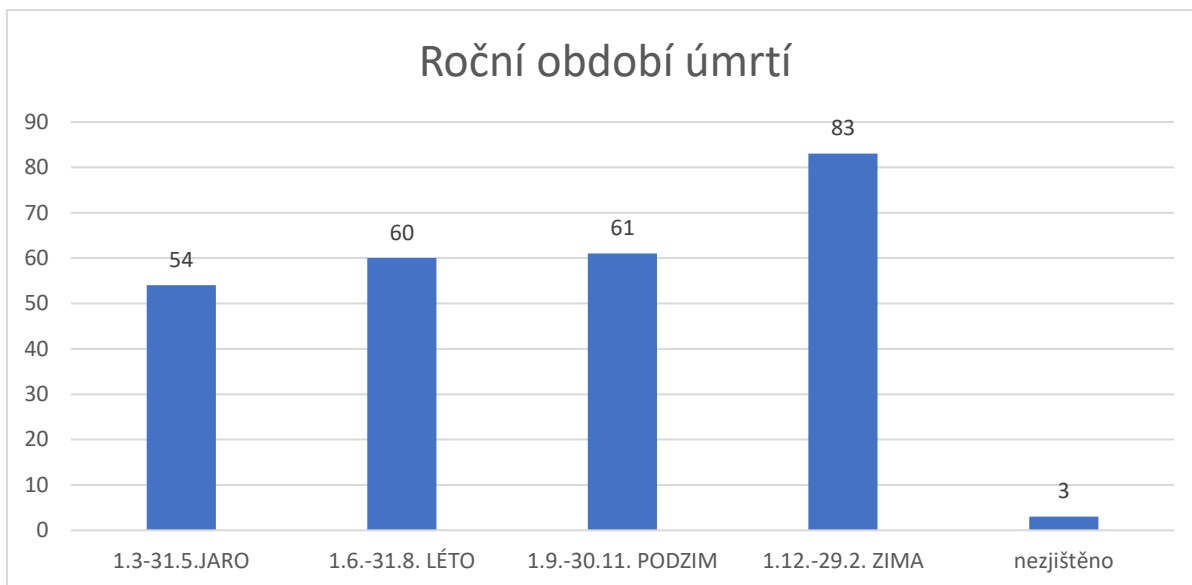
	stáří dítěte (dny)	stáří dítěte (měsíce)
N	252	252
Nezjištěno	9 (3,4 %)	9 (3,4 %)
Průměr	99,3	3,3
SD	98,6	3,2
Medián	70,0	2,3
Minimum	0,0	0,0
Maximum	365	12,0

Tabulka 6 Věk dítěte v době úmrtí



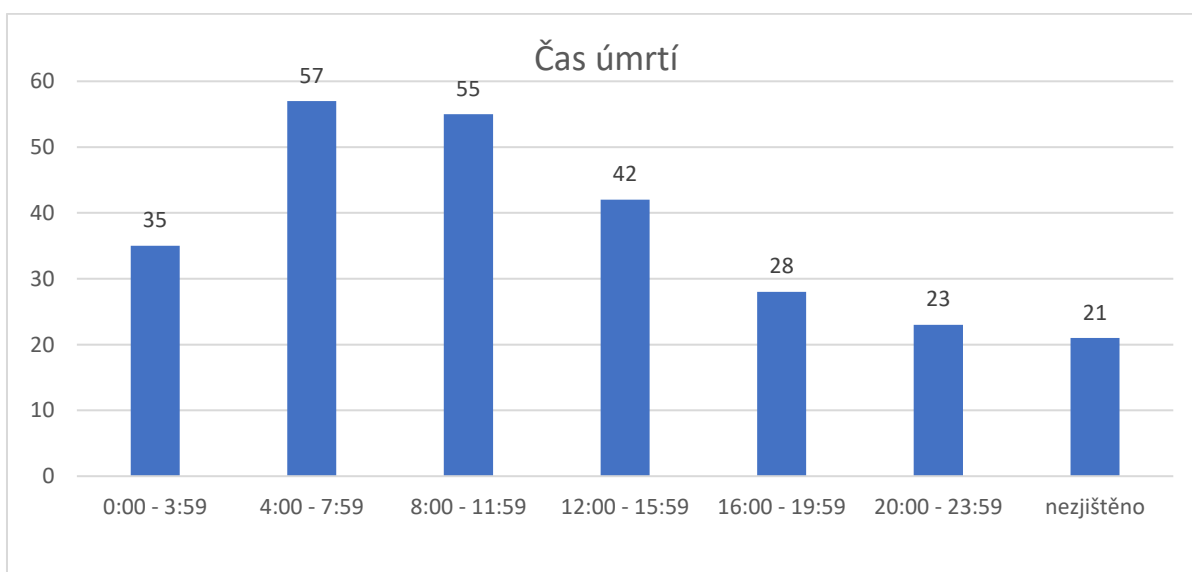
Graf 5 Četnost úmrtí podle věku dítěte

Roční období úmrtí dětí byla ve výzkumu definována podle meteorologického (nikoliv používaného astronomického) pojetí (graf 6). Jaro tak začíná od 1. března a končí 31. května, léto začíná od 1. června a končí 31. srpna, podzim začíná od 1. září a končí 30. listopadu a zima začíná od 1. prosince a trvá do 28. (v případě přestupného roku do 29.) února (Meadow, 1990; Olecká, 2018). Nejvíce úmrtí bylo zaznamenáno v zimních měsících, nejméně potom v jarních. Roční období úmrtí nebylo vzhledem ke stavu ostatků zjištěno ve 3 případech.



Graf 6 Roční období úmrtí

Pokud jde o čas úmrtí dítěte (graf 7), děti nejčastěji (21,8 %) umíraly v ranních (4:00–7:59) a dopoledních hodinách (21,1 % v čase 8: 00–11:59).



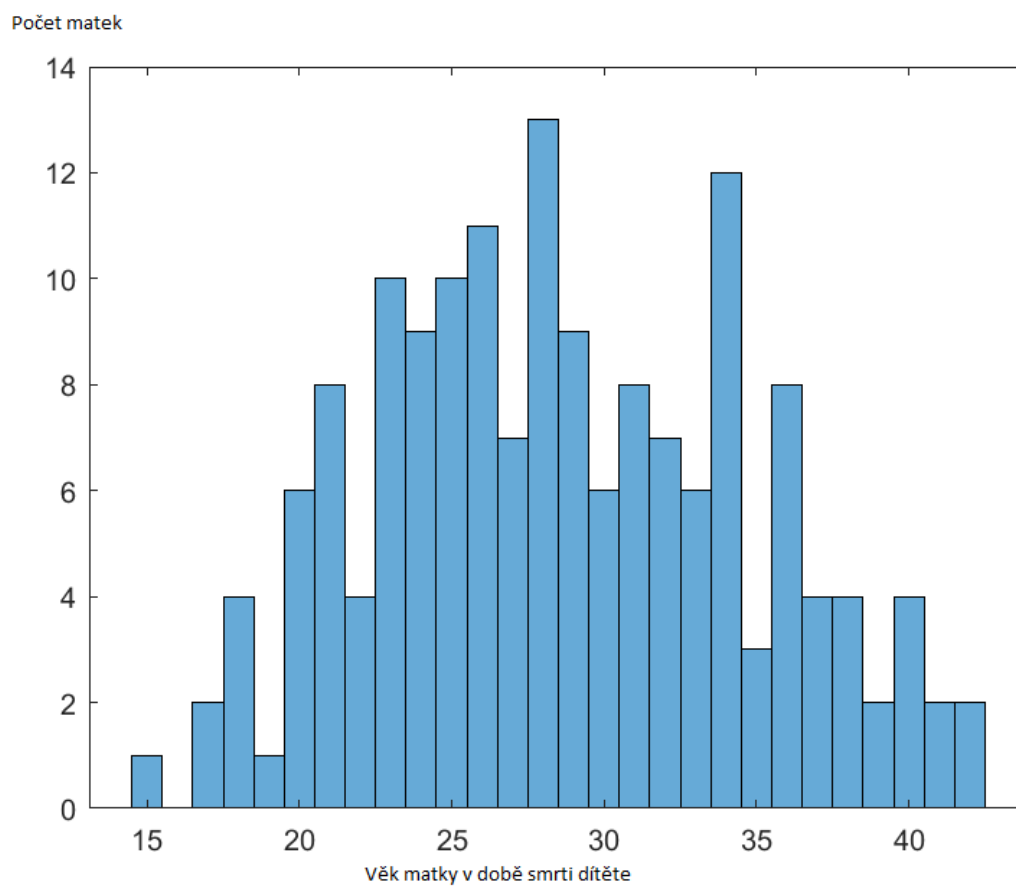
Graf 7 Čas úmrtí (po 4 hodinách)

Věk matky v době smrti dítěte bylo možné vyčíst z Listu o prohlídce zemřelého, častěji však z pitevních spisů nebo z dokumentů Policie České republiky. Ačkoli se tato informace do Listu o prohlídce zemřelého má vyplňovat, nebylo možno ji dohledat ve více než třetině případů.

Nejmladší matce v souboru bylo 15 let, nejstarší 42 let. Nejčastěji bylo matkám zemřelých dětí 28 let (tabulka 7, graf 8).

	věk matky
N	173
Nezjištěno	88 (33,7 %)
Průměr	28,7
SD	6,0
Medián	28
Minimum	15,0
Maximum	42

Tabulka 7 Věk matky v době úmrtí dítěte

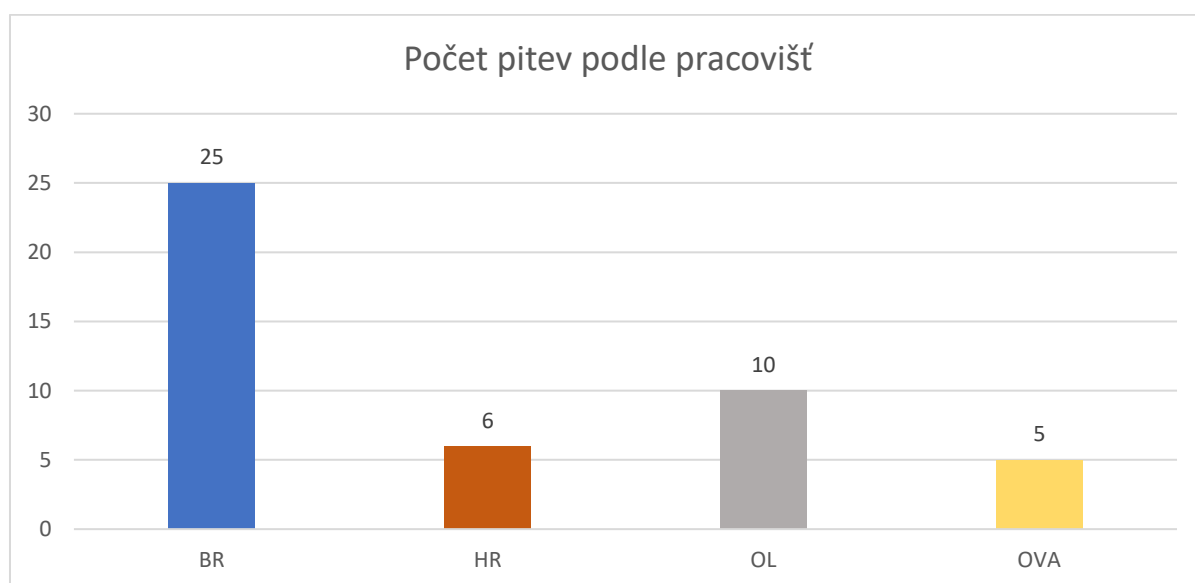


Graf 8 Rozložení věku matky v době úmrtí dítěte

3.1.1 Soubor „hostilní jednání“

Dalším krokem výzkumu bylo extrahovat z celého souboru dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně pouze ty případy (n = 46), ve kterých bylo dítě během svého života vystaveno hostilnímu jednání. V některých případech děti zemřely v přímé příčinné souvislosti s hostilním jednáním, tedy násilnou smrtí, v jiných případech nebylo násilí dle soudních lékařů přímou příčinou smrti.

Nejvíce dětí, které byly během svého života vystaveny nějaké formě hostilního jednání, bylo pitváno na pracovišti v Brně (54,3 %), nejméně na pracovišti v Ostravě (10,9 %) (graf 9).

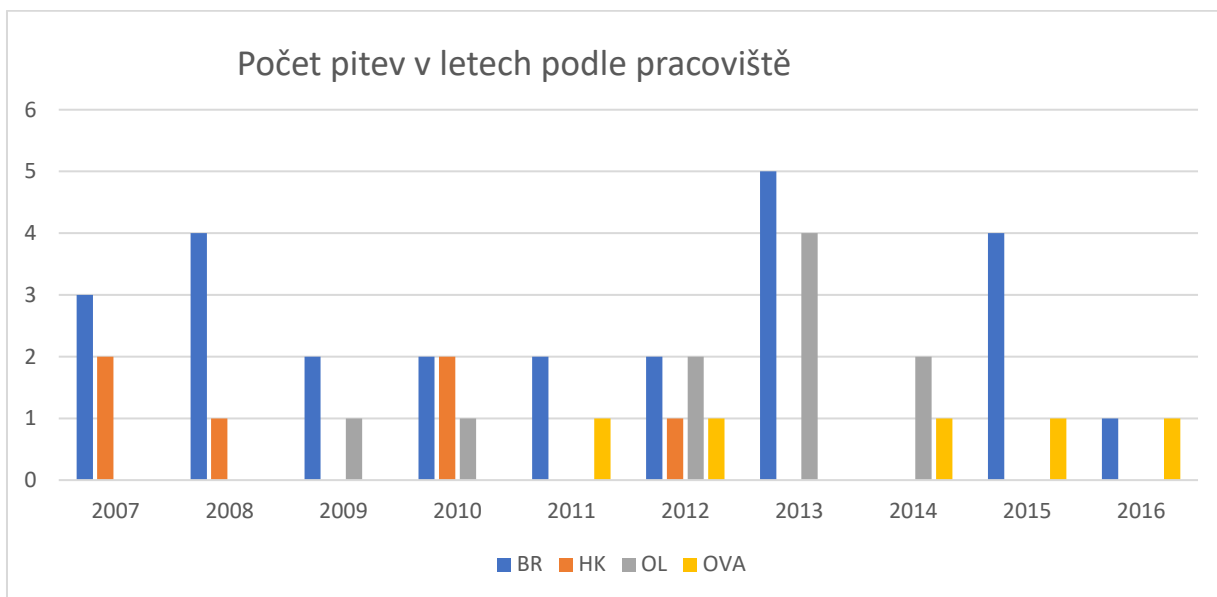


Graf 9 Počet soudních pitev na jednotlivých pracovištích: hostilní jednání

Nejvíce pitev bylo provedeno v roce 2013, nejméně v roce 2016. V letech se lišila i jednotlivá pracoviště (grafy 10 a 11). Nejvíce pitev, ve kterých bylo dítě vystaveno hostilnímu jednání, proběhlo v Brně v roce 2013.



Graf 10 Počet soudních pitev v jednotlivých letech: hostilní jednání



Graf 11 Počet pitev v jednotlivých letech na pracovištích: hostilní jednání

Násilí na dítěti nemusí být vždy bezprostřední příčinou jeho smrti. Z hlediska zabránění případnému dalšímu týrání ostatních dětí v rodinách je nezbytné příčinu smrti správně identifikovat. Tento úkol připadá soudním lékařům, kteří během pitvy zjišťují, zda se na smrti dítěte mohla podílet jiná osoba. V případě dětí do 1 roku není vždy možné toto spolehlivě určit. Může docházet k chybné diagnostice, pod přirozeným úmrtím na diagnózu SIDS (Sudden

Infant Death Syndrom) mohou být zahrnuti i kojenci, kteří zemřeli v důsledku násilí. Odhaduje se, že nerozeznaná vražda se pod diagnózou SIDS může ukrývat až v 10 % případů (Byard et al., 2019; Meadow, 1999; Olecká, 2018; Stanton & Simpson, 2001). Úmrtí v důsledku SIDS bývají zvláště varovná v případech, kdy jde v rodině již o několikáté dítě, které zemřelo v kojeneckém věku.

Vraždy jsou pravděpodobnější v prvním roce života, dle výzkumů častější v prvních 7 měsících života. Starší kojenci jsou odolnější, násilí na nich páchané může zanechat více stop. Mírná převaha chlapců odpovídá předchozím studiím (Meadow, 1999). Kojenci obvykle umírají doma, nejčastějšími pachateli jsou vlastní rodiče, v naprosté většině převažují matky. Otcové mohou být odpovědní za smrt dítěte, ale předchozí práce naznačují, že je to méně pravděpodobné než u matek. Většina úmrtí byla způsobena udušením, překrytím dýchacích cest (rukou, částí oděvů, přikrývkou, polštářem). Další příčinou úmrtí v důsledku násilí je uváděn tzv. „Baby shaken syndrom“, tedy syndrom třeseného dítěte. Pitva nemusí v těchto případech násilnou příčinu smrti prokázat, neboť nejsou vždy přítomné známky obstrukce horních cest dýchacích či jiného násilí. Otcové častěji způsobují smrt metodami, které více svědčí o hrubém násilí (Meadow, 1990, 1999).

Z dat tohoto výzkumu vyplývá, že v 65 % případů bylo násilí přímou příčinou smrti (tabulka 8). Jednotlivá pracoviště se však v tomto ohledu lišila.

	Počet	N %	
Násilí jako příčina smrti dle soudních lékařů	ano	30	65,20 %
	ne	9	19,60 %
	nelze určit	7	15,20 %

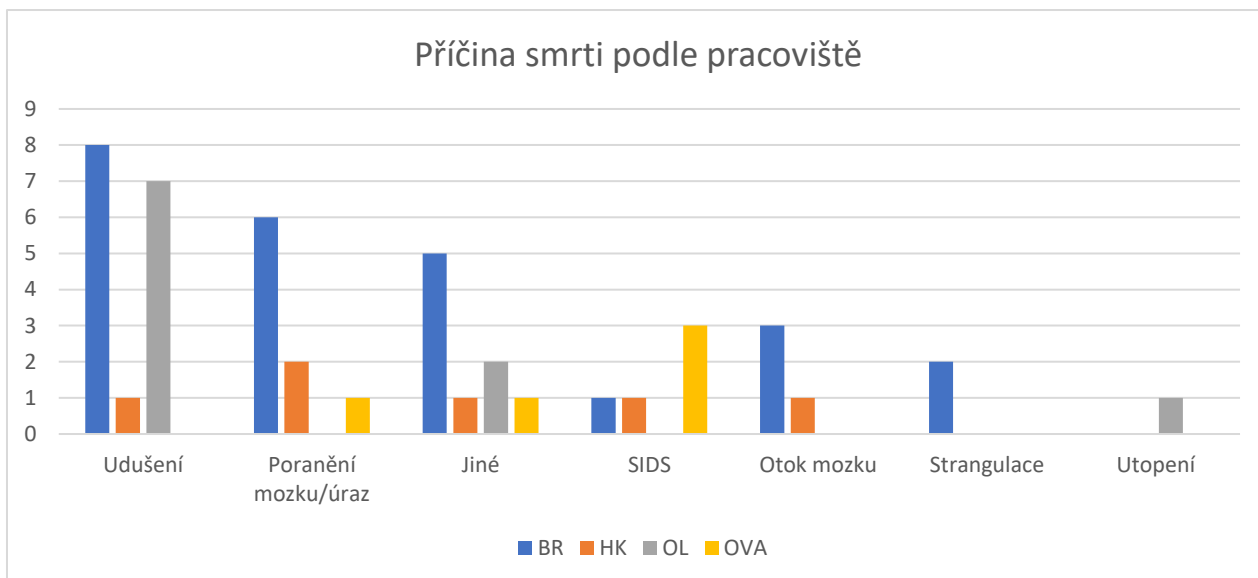
Tabulka 8 Násilí jako příčina smrti, počty

Fisherovým testem byl prokázán vztah mezi místem sběru a násilím jako příčinou smrti ($p = 0,0004$). Dle adjustovaných reziduí jsou patrné rozdíly – v Brně je statisticky významně méně často (pouze 1 případ – 4 %) zaznamenáno, že násilí nebylo příčinou, naopak v Ostravě z 5 případů žádný nebyl soudními lékaři vyhodnocen jako násilné úmrtí (tabulka 9).

		Místo sběru dat				Celkem
		BR	HR	OL	OVA	
Ano	Počet	18	4	8	0	30
	%	72,00 %	66,70 %	80,00 %	0,00 %	65,20 %
	Adjusted Residual	1,1	0,1	1,1	-3,2	
Ne	Počet	1	1	2	5	9
	%	4,00 %	16,70 %	20,00 %	100,00 %	19,60 %
	Adjusted Residual	-2,9	-0,2	0	4,8	
Nelze určit	Počet	6	1	0	0	7
	%	24,00 %	16,70 %	0,00 %	0,00 %	15,20 %
	Adjusted Residual	1,8	0,1	-1,5	-1	
Celkem	Počet	25	6	10	5	46
	%	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

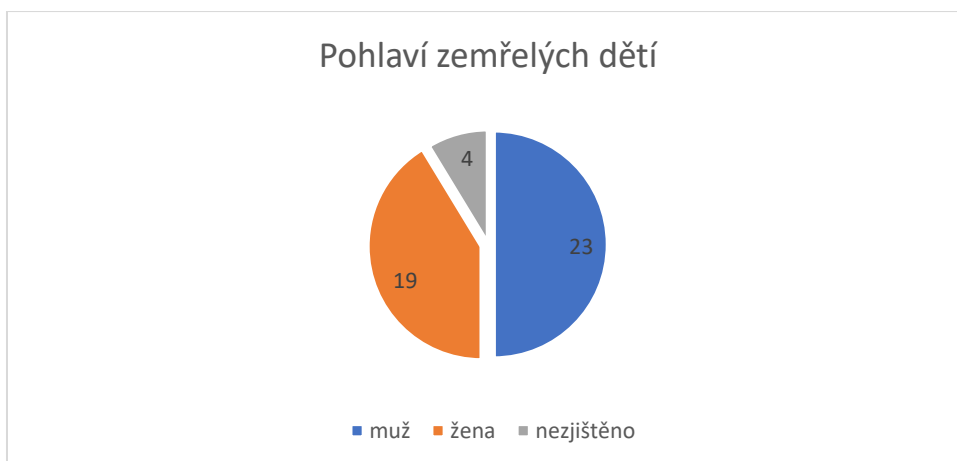
Tabulka 9 Násilí jako příčina smrti, podle pracovišť

Jednotlivá pracoviště se také liší z hlediska příčiny smrti dítěte (graf 12). Udušení jako nejčastější příčinu smrti konstatovalo brněnské (n = 8) a olomoucké pracoviště (n = 7), žádný případ nevykázalo ostravské pracoviště. SIDS nebyl jako příčina smrti konstatován v Olomouci vůbec, naopak ostravské pracoviště tuto diagnózu konstatovalo nejčastěji (n = 3), na tomto pracovišti byl nejčastější příčinou smrti (3 z 5 úmrtí).



Graf 12 Příčina smrti podle pracoviště: hostilní jednání

V souboru zemřelých dětí opět převažovali chlapci (50 %) nad dívkami (41,3 %). Ve 4 případech (8,7 %) nebylo možné pohlaví dítěte určit, neboť šlo o kosterní nálezy ve stavu, který určení pohlaví neumožnil (graf 13). Nálezy soudních lékařů potvrzují u těchto čtyř dětí smrt násilnou.

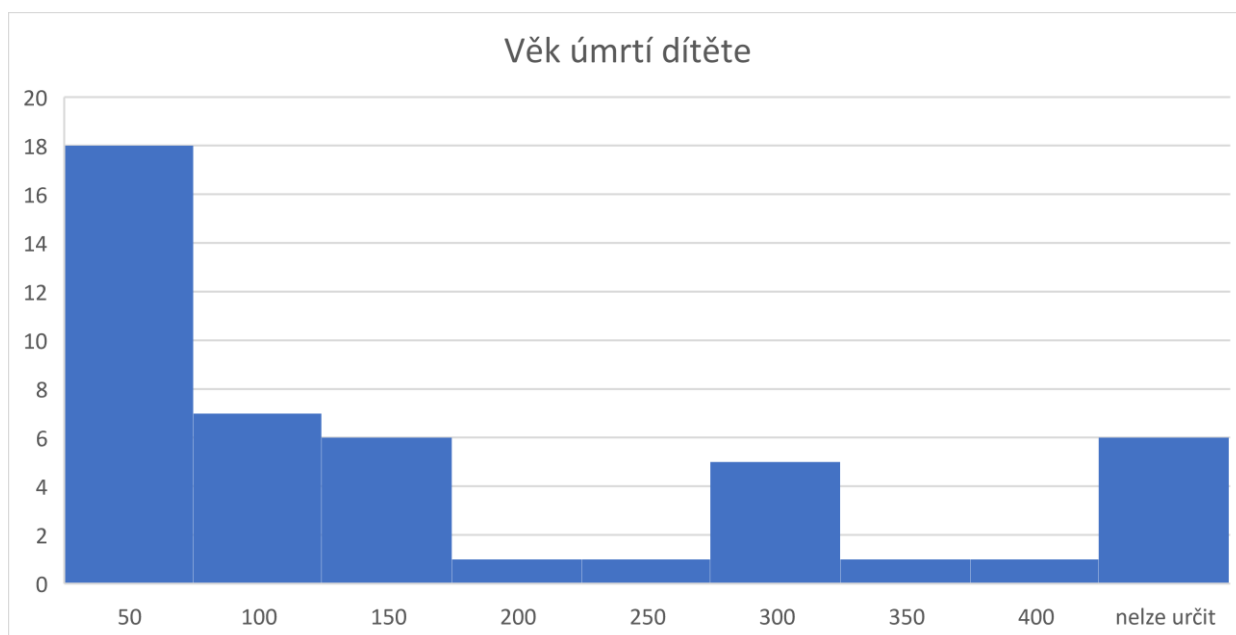


Graf 13 Pohlaví zemřelých dětí: hostilní jednání

Věk dětí v době úmrtí nebylo možné určit u 6 případů (13 %). Průměrný věk dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně byl 95 dní (tabulka 10). Děti nejčastěji umíraly v prvních 50 dnech po narození (graf 14), tedy shodně jako v celkovém souboru.

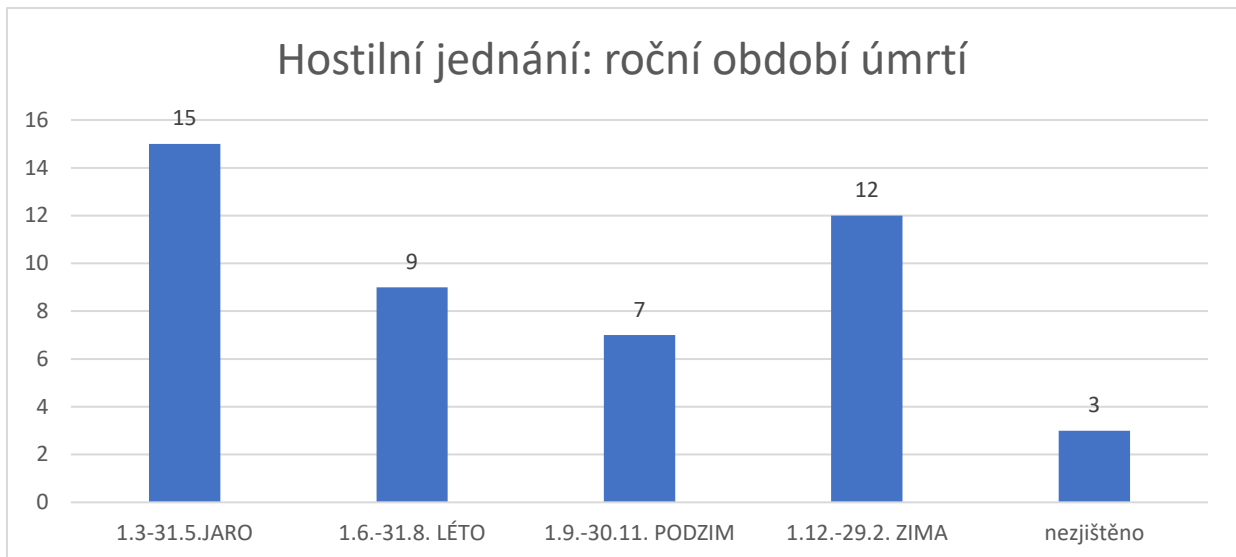
	stáří dítěte (dny)	stáří dítěte (měsíce)
N	40	40
Nezjištěno	6 (13 %)	6 (13 %)
Průměr	94,7	3,1
SD	103,7	3,4
Medián	60,0	2,0
Minimum	0,0	0,0
Maximum	365	12,0

Tabulka 10 Věk dítěte v době úmrtí: hostilní jednání



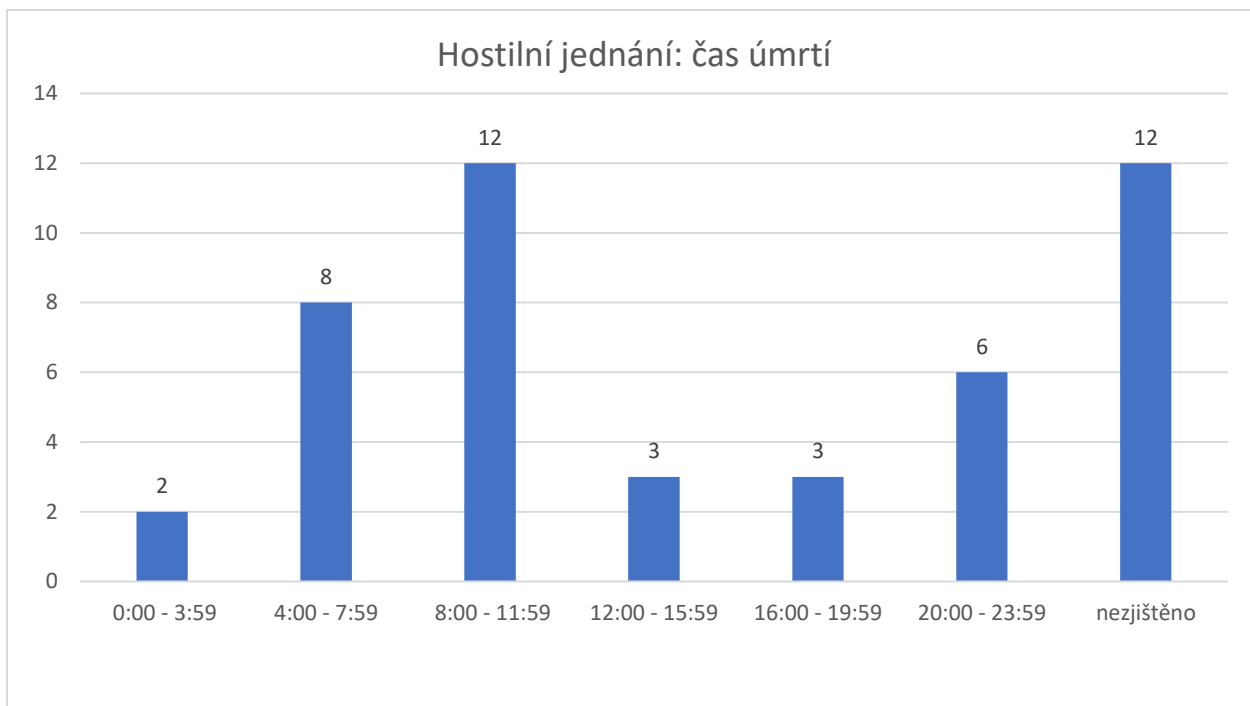
Graf 14 Četnost úmrtí podle věku dítěte: hostilní jednání

Děti v tomto souboru nejčastěji umíraly na jaře a v zimních měsících, tato dvě období zahrnovala téměř 60 % případů. Zimní měsíce jsou shodné s celkovým souborem, naopak v celkovém souboru umíraly děti v jarních měsících nejméně (graf 15).



Graf 15 Roční období úmrtí: hostilní jednání

Následující graf (16) znázorňuje čas úmrtí dítěte. Zde je patrná změna času úmrtí v případě násilí páchaném na dítěti oproti celkovému souboru. Přirozená úmrtí (například v důsledku SIDS) mají častěji průběh takový, že ráno bývá mrtvé dítě nalezeno oběma rodiči, kterými bylo viděno naposledy zdravé několik hodin před smrtí. Přirozené úmrtí dítěte v dětské postýlce je spíše spojeno s nálezem mrtvého dítěte než s jeho umíráním: šance, že rodič najde dítě umírající přirozenou smrtí několik sekund před tím, než přestane dýchat, je velmi malá. U násilných úmrtí naopak rodiče popisují dítě v pořádku krátce před smrtí, úmrtí bývají spíše v denních nebo podvečerních hodinách. Vysvětlení tohoto jevu může být spojeno s tím, že ve spánku rodiče nezabíjejí. K většině úmrtí došlo, když byl v domácnosti jen jeden z rodičů nebo když byli doma oba rodiče, přičemž jeden z nich ale byl s dítětem sám dostatečně dlouho na to, aby ho zabil. Často bývají děti před svou násilnou smrtí z různých důvodů hospitalizovány, pravděpodobně za účelem vyvolání zdání, že dítě je vážně nemocné (Meadow, 1990).



Graf 16 Čas úmrtí (po 4 hodinách): hostilní jednání

Věk matky dětí zemřelých z tohoto souboru se příliš nelišil od celkového souboru (tabulka 11), snížil se průměrný věk o 1 rok (z 28,7 let na 27,7 let u dětí vystavených hostilnímu jednání). Ve více než čtvrtině případů věk matky nebyl znám, nebyl uveden v žádném z dostupných dokumentů.

	Věk matky
N	33
Nezjištěno	13 (28,3 %)
Průměr	27,7
SD	5,9
Medián	26,0
Minimum	20,0
Maximum	42

Tabulka 11 Věk matky: hostilní jednání

V rámci výzkumu byl předmětem sběru dat soubor sociálních rizikových faktorů. Následující tabulka (12) ukazuje, v kolika případech byl daný sociální rizikový faktor přítomen, v kolika

nikoliv. Ve sloupcích jsou odlišeny případy, ve kterých bylo dítě prokazatelně vystaveno hostilnému jednání (sloupec „ANO“), ve kterém hostilnému jednání jistě vystaveno nebylo (sloupec „NE“), a případy, kdy tato informace nebyla ze spisu zcela zřejmá (sloupec „NEURČENO“).

V pitevních spisech, ve kterých byl sociální rizikový faktor explicitně zmíněn, bylo jako proměnná v řádcích zaznamenáno „ANO“. V případech, kdy bylo evidentní, že není přítomnost sociálního rizikového faktoru, bylo jako proměnná zaznamenáno „NE“. V ostatních případech bylo zaznamenáno „NEVÍM“. V kolonce „NEVÍM“ tak mohou být jak případy, kdy sociální rizikový faktor je přítomen, ale také ty, kde není.

Fisherovými testy byl prokázán statisticky významný vliv všech sociálních rizikových faktorů na hostilní jednání, $p < 0,05$, kromě faktoru prohlídky u pediatra. Výsledky korespondují s domácími i zahraničními studii (Amemiya & Fujiwara, 2016; Austin et al., 2020; Dube et al., 2001). Bylo prokázáno, že zásadními sociálními rizikovými faktory, které se mohou podílet na zanedbávání či týrání dítěte, či vést až k jeho zahubení, jsou problematické rodinné prostředí (63 %), nízký socioekonomický status (56,5 %) a nezáměr o dítě (43,5 %). Minimálně v osmi případech již v rodinách probíhalo šetření OSPOD. Rodina tedy již byla v evidenci instituce, v jejíž gesci je ochrana práv a zdraví dítěte, sanace problematického rodinného prostředí působením na rodiče tak, aby si plnili své zákonné rodičovské povinnosti, případně ochranná opatření v rodinách. Užívání alkoholu nebo nelegálních návykových látek bylo jednoznačně prokázáno u 28,3 %, respektive u 30,4 % rodin, ve kterých bylo dítě vystaveno násilí nebo v jeho důsledku zemřelo. V těchto dvou kategoriích je patrný velký rozdíl oproti celkovému souboru, který však může být vysvětlen tím, že se testy na alkohol či návykové látky u rodičů dělají na místě činu (úmrtí dítěte) spíše v případech, kdy je již na první pohled zřejmé podezření z trestného činu. V případě alkoholu a návykových látek souboru dětí, které nebyly vystaveny hostilnému jednání, tato informace často chybí, lze se domnívat, že nebývá předmětem sběru ze strany odborníků, kteří se na místě činu pohybují.

		hostilní jednání						p
		ano		ne		neurčeno		
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	
úrazové změny	ano	19	41,3 %	17	8,5 %	2	15,4 %	< 0,0001
	ne	17	37,0 %	110	54,7 %	9	69,2 %	
	nevím	10	21,7 %	74	36,8 %	2	15,4 %	
nezájem o dítě	ano	20	43,5 %	7	3,5 %	7	53,8 %	< 0,0001
	ne	5	10,9 %	36	17,9 %	1	7,7 %	
	nevím	21	45,7 %	158	78,6 %	5	38,5 %	
utajené těhotenství	ano	13	28,3 %	4	2,0 %	1	7,7 %	< 0,0001
	ne	9	19,6 %	57	28,4 %	3	23,1 %	
	nevím	24	52,2 %	140	69,7 %	9	69,2 %	
drogy rodiče	ano	14	30,4 %	4	2,0 %	3	23,1 %	< 0,0001
	ne	10	21,7 %	29	14,4 %	3	23,1 %	
	nevím	22	47,8 %	168	83,6 %	7	53,8 %	
alkohol rodiče	ano	13	28,3 %	6	3,0 %	2	15,4 %	<0,0001
	ne	10	21,7 %	27	13,4 %	3	23,1 %	
	nevím	23	50,0 %	168	83,6 %	8	61,5 %	
problematické rodinné prostředí	ano	29	63,0 %	11	5,5 %	6	46,2 %	<0,0001
	ne	1	2,2 %	17	8,5 %	0	0,0 %	
	nevím	16	34,8 %	173	86,1 %	7	53,8 %	
OSPOD	ano	8	17,4 %	4	2,0 %	4	30,8 %	<0,0001
	ne	8	17,4 %	22	10,9 %	1	7,7 %	
	nevím	30	65,2 %	175	87,1 %	8	61,5 %	
nízký SES	ano	26	56,5 %	29	14,4 %	7	53,8 %	<0,0001
	ne	1	2,2 %	16	8,0 %	0	0,0 %	
	nevím	19	41,3 %	156	77,6 %	6	46,2 %	
preventivní prohlídky v těhotenství	ano	10	21,7 %	28	13,9 %	1	7,7 %	0,001
	ne	9	19,6 %	9	4,5 %	3	23,1 %	
	nevím	27	58,7 %	164	81,6 %	9	69,2 %	
prohlídky u pediatra	ano	10	21,7 %	29	14,4 %	3	23,1 %	0,577
	ne	1	2,2 %	11	5,5 %	0	0,0 %	
	nevím	35	76,1 %	161	80,1 %	10	76,9 %	

		hostilní jednání						p
		ano		ne		neurčeno		
		Počet	%	Počet	Počet	%	Počet	
nízká zdravotní gramotnost matky	ano	18	39,1 %	22	10,9 %	5	38,5 %	< 0,0001
	ne	1	2,2 %	3	1,5 %	1	7,7 %	
	nevím	27	58,7 %	176	87,6 %	7	53,8 %	
plánovaná vražda	ano	9	19,6 %	3	1,5 %	0	0,0 %	< 0,0001
	ne	5	10,9 %	47	23,4 %	1	7,7 %	
	nevím	32	69,6 %	151	75,1 %	12	92,3 %	
společná domácnost rodičů	ano	16	34,8 %	45	22,4 %	5	38,5 %	<0,0001
	ne	12	26,1 %	6	3,0 %	2	15,4 %	
	nevím	18	39,1 %	150	74,6 %	6	46,2 %	
pozitivní toxikologie dítě	ano	4	8,7 %	1	5 %	1	7,7 %	0,003
	ne	23	50,0 %	108	53,7 %	10	76,9 %	
	nevím	19	41,3 %	92	45,8 %	2	15,4 %	

Tabulka 12 Vliv sociálních faktorů na výskyt hostilního jednání

3.2 Kazuistiky

V této kapitole jsou uvedeny případové studie, které popisují rodinu dítěte, průběh jeho života a okolnosti smrti, pitevní nález a jmenují aktéry z institucí (případně i veřejnosti), které o zanedbávání nebo týrání věděli nebo vědět měli. Případové studie jsou prezentovány formou časových os nebo životních drah.⁴ Na časových osách jsou prezentovány ty případové studie, u kterých bylo z pitevních spisů možno získat přesné časové údaje. V případech, kdy detailní časové údaje nejsou k dispozici, byla zvolena prezentace formou životních os.

⁴ Případové studie jsou součástí společného projektového výzkumu, data byla zaznamenávána do jednoho společného souboru. Na rozdíl od Olecké (Olecká, 2018), která ve své disertační práci řešila závěry soudních lékařů, týkající se diagnostiky SIDS, jsou tyto kazuistiky využity k popisu rodiny a okolností, které předcházely smrti dítěte. Zejména kazuistiky 3 (Gabriela) a 5 (Jan) ukazují, že smrti týraných nebo zanedbávaných dětí může být soudními lékaři uzavřena jako SIDS.

Adam – případová studie 1:

Příčina smrti: devítiměsíční chlapec, drobného vzrůstu a výrazně nízké váhy, zmírá doma v důsledku otoku mozku a krvácení mezi obaly míšni. Příčinou bylo intenzivní třesení dítětem, během pitvy bylo zjištěno epidurální krvácení v celém páteřním kanále.

Rodina: Matkou chlapce je 27letá žena, nepracující, pobírající invalidní důchod v důsledku své epilepsie. Chlapec je dítě z její 4. gravidity (1× interrupce na žádost, jedno dítě je v péči matčiny sestry, druhé dítě – starší sestra chlapce – žije ve společné domácnosti). Každé dítě má jiného otce, přičemž dva z nich údajně zemřeli na cirhózu jater. Otec chlapce se zabil při nehodě na motocyklu ve věku 3 týdnů dítěte. S matkou v bytě žije muž, který s ní však není v intimním vztahu, pouze tam smí výměnou za hlídání dětí bydlet. Muži je 27 let, kuřák, vyučený, bez zaměstnání, nevidovaný na úřadu práce, v podmínce za trestný čin loupeže a ublížení na zdraví.

Výpovědi svědků: Dle pronajímatele bytu je matka často pozadu s hrazením nájemného, pronajímatel je rozhodnut nájemní smlouvu již neprodlužovat. Dle sousedů je na rodině vidět, že nemají dostatek prostředků, matka si často od sousedů půjčuje věci i jídlo, které nevrací. Byla také viděna, jak na náměstí žebra. Na dětech je patrné zanedbání, chodí špinavé, zapáchající, ve starém oblečení a hladové. Z bytu je cítit zápach. Matka působí dojmem, že ji děti nezajímají.

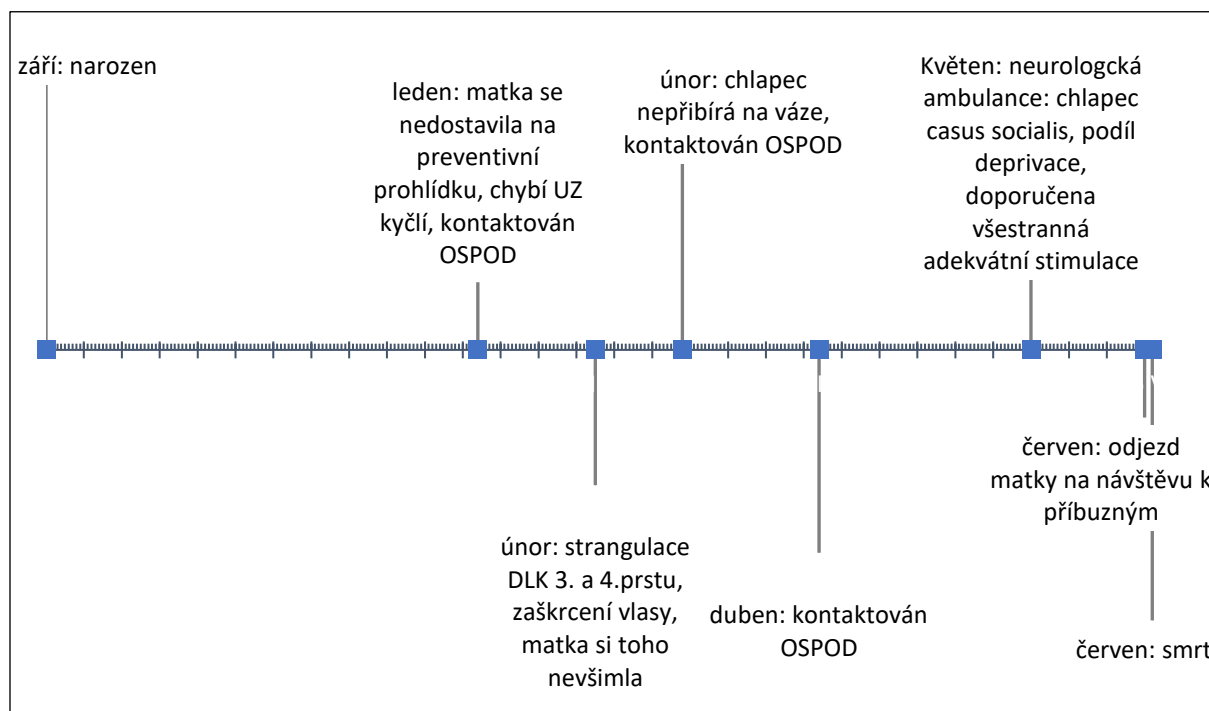
Záznamy z lékařských zpráv: Ze záznamů praktického lékaře pro děti a dorost matka nechodí s chlapcem na povinné preventivní prohlídky (3× kontaktován OSPOD, cca v měsíčních intervalech), nedostavila se včas na ultrazvuk kyčlí. V bytě je cítit močovina, děti zanedbané, chlapec nepřibírá na váze. Lékařka s matkou na toto téma několikrát hovořila, doporučila péči i jídelníček. Chlapec byl v 5 měsících hospitalizován pro strangulaci dvou prstů na levé noze. Prsty byly zaškrnceny vlasy, jichž si matka nevšimla. Podle zprávy z neurologie, kam byl chlapec v 7 měsících odeslán, jde o plačtivého a bledého chlapce s hypotonickým syndromem, Casus socialis, připouští se podíl sociální deprivace, doporučena všeobecná stimulace. Starší sestra chlapce byla za svého života taktéž hospitalizována, přivezena do nemocnice za asistence Policie ČR s hematomy a vytrhanými vlasy. Bližší podrobnosti její hospitalizace však nejsou známy.

Okolnosti smrti: Dva dny před smrtí chlapce odjíždí matka na návštěvu ke svým příbuzným a obě děti nechává v péči svého podnájemníka. Dělává to často. Nechává mu cca 40 Kč a instrukce, podle kterých má chlapec v případě pláče od bolesti rostoucích zubů dostat čípky

na bolest. Během prvního dne se muž údajně o obě děti stará, dává jim najíst. Další den chlapec od rána často plakal a nebyl k utišení. Muž se chlapce několikrát pokusil utišit a uspat. V okamžiku, kdy chlapec vyplivl dudlík, se muž naštval a asi nejméně šestkrát s chlapcem intenzivně zatřepal v různých směrech. Chlapec se tím utišil a byl položen zpět do postýlky. Asi po 40 minutách muž zjišťuje, že chlapec nedýchá, s pomocí souseda z domu volá záchrannou službu a sám poskytuje resuscitaci. Lékař záchranné služby v resuscitaci pokračuje, avšak bez úspěchu. Muž se k třesení přiznal až při několikátém výslechu, tuto informaci nesdělil ani zasahujícímu lékaři ZZS.

Muž byl obviněn z těžkého ublížení na zdraví podle § 145, odst. 1 a 2 trestního zákona. Svého činu lituje a uvádí, že chlapce zabít nechtěl. Dále uvádí, že byl unavený a přetažený, že býval často s dětmi sám a bez peněz.⁵

Časová osa Adam



⁵ Tato kazuistika je převzata z publikace (Lemrová et al., 2018; Olecká & Lemrová, 2019).

Barbora – případová studie číslo 2:

Příčina smrti: 9měsíční holčička, umírá doma, 5 měsíců po násilné smrti staršího bratra, příčinou její smrti je udušení otcem.

Rodina: Dívka žije s 28letou matkou a 29letým otcem ve starém domku, který si rodiče svépomocí opravují. Z fotografií ze spisu je patrný velký nepořádek v domě i v okolí, který není vysvětlitelný pouze rekonstrukcí. O matce nejsou vyjma věku ve spisu žádné informace. Otec pracuje jako řidič. Starší polorodý bratr (5 let) zemřel násilnou smrtí, následkem bití 4 měsíce po narození Barbory.⁶ Otec byl za smrt nevlastního syna obviněn.

Záznamy z lékařských zpráv: Ze záznamů praktického lékaře pro děti a dorost šlo o dítě bez vynechávání pravidelných lékařských prohlídek, dítě bylo očkováno.

Okolnosti smrti: Matka nechala dceru s jejím otcem samotnou a odjela ke známým. Několikrát se jí tam její partner snažil dovolat a prosil ji, ať se vrátí domů. Při posledním telefonátu, slyšitelně opilý, oznámil, že dcera spí, a později, že je dcera mrtvá. Následně zavěsil.

⁶ Pětiletý chlapec žijící s 28letou matkou, 29letým otčímem. Biologický otec chlapce prý matku bil, po rozchodu začala žít se současným partnerem. Původní rodina byla zřejmě pod dohledem OSPOD, bližší detaily nejsou ze spisu známy.

Dle výpovědi otčima i matky chlapec navštěvoval mateřskou školu, do které ho nejčastěji vodila matka, příležitostně otčím a prarodiče. Ve školce prý byl chlapec spokojený, občas trpěl narážkami na silné brýle. Otčím uváděl, že s chlapcem vycházel bez problémů, chlapec jej poslouchal a respektoval, údajně si ho i oblíbil. 4 měsíce před chlapcovou smrtí se mu narodila sestra. Otčím i matka udávali, že se v té době změnilo chlapcovo chování, začal na sestru žárlit, neposlušal. Za svá provinění byl často trestán. Matka uvádí, že „občas za zlobení dostal na zadek, většinou rukou, někdy i vařečkou“. Chlapce často trestal otčím, většinou opaskem nebo vařečkami různých velikostí. Chlapec se bití bránil a snažil se vysmeknout, proto se občas stalo, že byl zbit i přes ruce nebo záda.

Záznamy z lékařských zpráv: Dle PLDD, kterou matka s chlapcem navštěvovala v místě předchozího bydliště, bylo vše bez problémů, matka o syna projevovala zájem, dostavovala se na preventivní prohlídky. První problém nastal v chlapcových 3 letech, kdy se matka bez omluvy na preventivní prohlídku nedostavila, lékařka kontaktovala OSPOD. Ze záznamů PLDD vyplývá kontakt ze strany OSPOD po 7 měsících, kdy byl vznesen dotaz na aktuální situaci. O několik měsíců později se matka se synem a novým partnerem stěhuje, mění také PLDD. Dle nové PLDD byl chlapec přiměřeného vzrůstu i váhy. V záznamech je zmíněn „pohovor s matkou“. Lékařka od té doby chlapce neviděla.

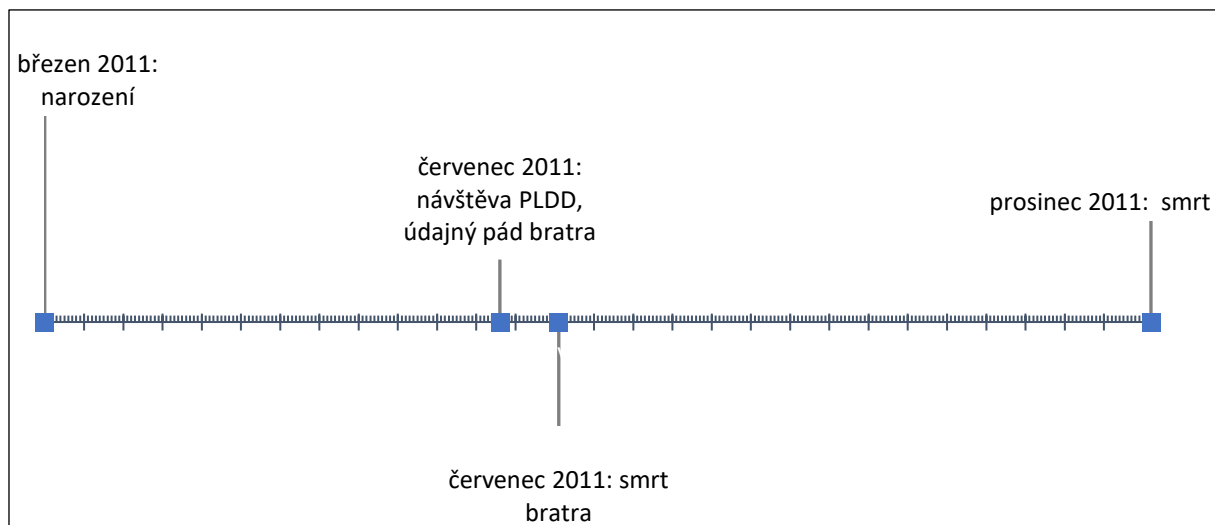
Okolnosti smrti: V den transportu chlapce do nemocnice došlo opět k potrestání otcem – několik ran vařečkou. Chlapec byl následně ponechán o samotě, později jej rodiče našli na zemi nedýchajícího. Rodiče chlapce resuscitovali a současně volali záchranou službu. V nemocnici rodiče vysvětlovali zranění chlapce nedávným pádem z traktůrku a chlapcovou neposlušností i častými pády. V některých výpovědích dokonce popírali trestání chlapce vařečkou.

Soudní lékaři jednoznačně vyloučili možnost úmrtí chlapce v souvislosti s 2 týdny starým pádem. Otčím byl obviněn z těžkého ublížení na zdraví podle § 145, odst. 1 a 2 TrZ.

Spis naznačuje, že je možné, že se matka začala stýkat s jiným mužem a její partner to neunesl. Otec ve stadiu opilosti udusil dceru a potom spáchal sebevraždu oběšením a podřezáním zápěstí. V krvi měl 1,62 promile alkoholu.⁷

V tomto případě je zarážející, že ačkoli v rodině již došlo k násilnému úmrtí staršího sourozence, bylo další dítě nadále ponecháno v péči rodiče, který byl pro toto úmrtí vyšetřován.

Časová osa Barbora



Gabriela – případová studie číslo 3

Příčina smrti: Bezprostřední příčinu smrti se nepodařilo jednoznačně stanovit. Dané úmrtí splňuje dle soudních lékařů kritéria SIDS. Přijata k pitvě v triku s dlouhým rukávem, na rameni roztrženým. Zaznamenány diskrétní oděrky v pravé temenní spánkové krajině hlavy a mezi levým ramenem a krkem. Na čele vlevo krevní podlitina, o velikosti 3 × 4 cm. Další drobný krevní výron nalezen na horním víčku pravého oka, mozek známky otoku. Při pitvě bylo konstatováno výrazné překrvení všech orgánů těla. Fontanela lehce vpadlá. Poranění mohla vzniknout různými mechanizmy, působením tupého násilí malou intenzitou, na nástupu smrti se nepodílela. Diskrétní mikroskopický nález odpovídající počínající bronchopneumonii mohl být jedním z mnoha zátěžových faktorů. 67 cm, 7,5 kg, výživa a postava přiměřená.

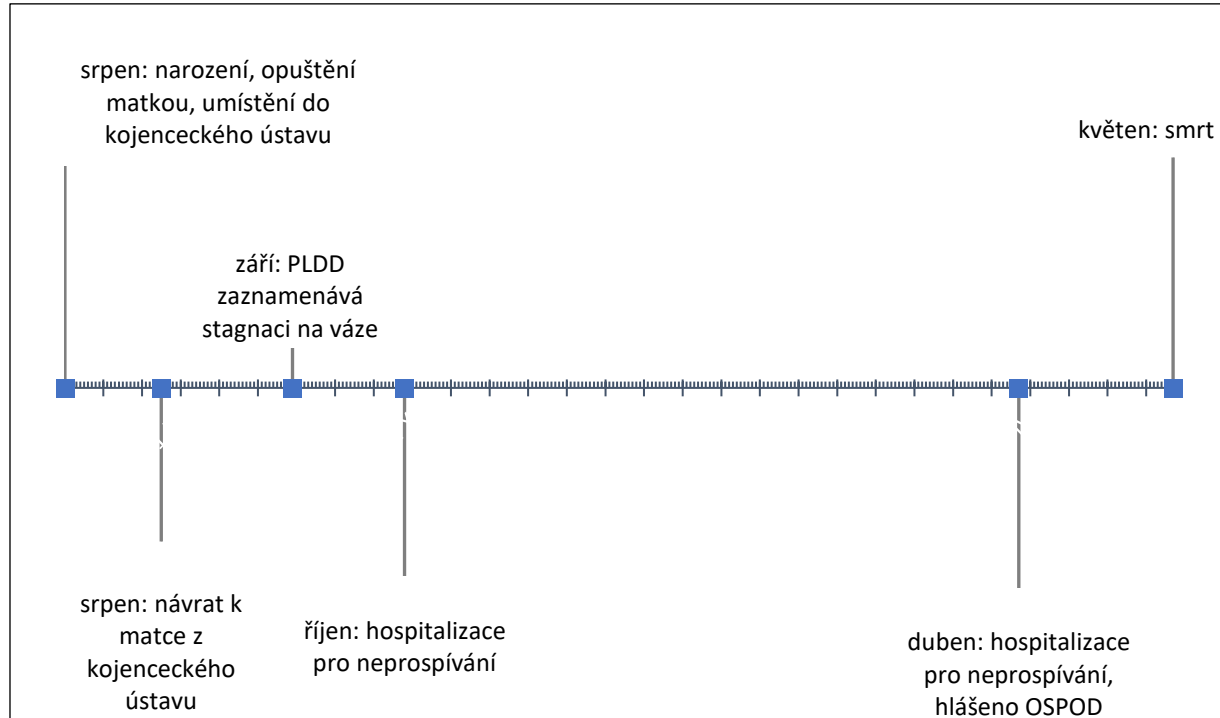
⁷ Případové studie 1 a 2 převzaty z příspěvku Ztracené životní šance, prezentované na konferenci Paralely a divergencie (slovensko-české kriminologické dni), 3.–5. 10. 2018, Místo konání: Modra, Slovensko (Lemrová et al., 2018).

Rodina: O rodině není ze spisu nic známo. V srpnu, ihned po narození byla dívka umístěna v kojeneckém ústavu, kde si ji po měsíci vyzvedla její matka.

Záznamy z lékařských zpráv: Dívka stagnovala na váze, byla bledá, hypotrofická. 29. 10. 2009 přijata pro neprospívání do nemocnice. Odběry s normálním iontogramem, ultrazvuk břicha v normě, během hospitalizace pije pěkně, velká chuť do jídla, nezvrací. Problém ve stagnaci váhy přisuzován spíše nedostatečnému krmení. Matka byla poučena ohledně nutná prevence podchlazení, lékaři bylo matce doporučeno sledovat celkový stav dítěte. 6. 4. 2010 proběhla ve stejném zařízení opět hospitalizace pro neprospívání, na čele zaznamenán starší hematom po pádu z postele na zem. Odběry v pořádku, neurologické vyšetření vývojově přelom II. a III. trimemonu. Při hospitalizaci 1× teplota, trochu průjem. Stav hlášený sociální pracovníci k prošetření. Podle vyjádření možno dítě propustit domů matce. Doporučeny pravidelné kontroly hmotnosti u PLDD, věnovat se dítěti, vyvážit jeho psychomotorický vývoj.

Okolnosti smrti: Dle policie byla dívka nalezena mrtvá v pokoji, na těle měla modřiny. Další informace nejsou k dispozici (Lemrova et al., 2021; Olecká, 2018; Olecká & Lemrová, 2019).

Časová osa Gabriela



Lukáš – případová studie číslo 4

Příčina smrti: 3měsíční kojeneček, přiměřené tělesné stavby i výživy, žádné změny svědčící o zanedbávání dítěte. Výrazná vodní rozedma plic, enormní množství tečkovitých krevních výronků. Zevní mechanické násilí neshledáno. Vnitřní stav charakteristický pro udušení z utopení – živý chlapec, musel před svou smrtí aktivně polykat a vdechovat vodnatou tekutinu. V játrech a ledvině stopová přítomnost ibuprofenu. 0,73g/kg ethanolu v krvi – tím byla snížena jeho schopnost sebeobraných reflexních pohybů (podle nálezu toxikologů muselo dítě vypít 0,23 dcl vína a více nebo 6 ml rumu – všechny alkohol ještě nebyl vstřebán). Násilná smrt, na smrti se musela podílet druhá osoba.

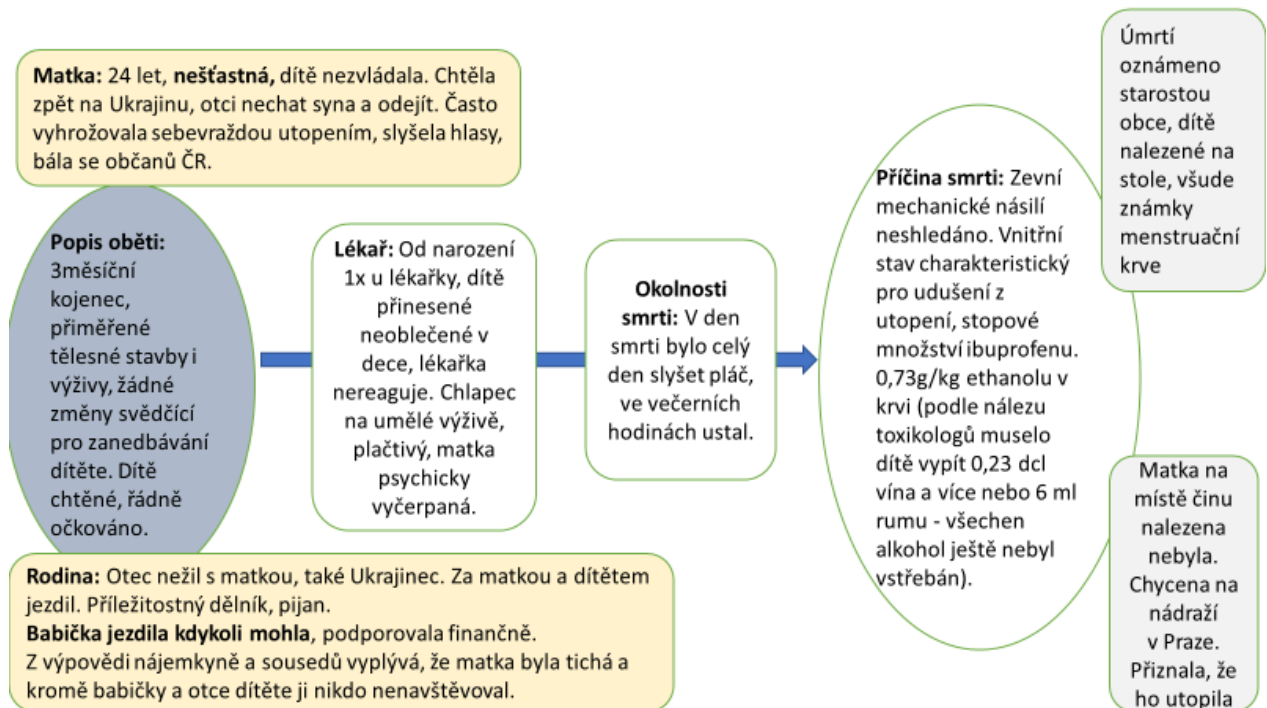
Rodina: 24letá matka, nešťastná, dítě nezvládala. Chtěla zpět na Ukrajinu, otci chtěla nechat syna a odejít. Často vyhrožovala sebevraždou utopením, slyšela hlasy, bála se občanů ČR. Otec (32 let) nežil s matkou dítěte, také Ukrajinec, příležitostný dělník, abúzus alkoholu. Za matkou a dítětem jezdil. Babička jezdila, kdykoli mohla, podporovala rodinu finančně.

Výpovědi svědků: Z výpovědi vlastníka bytu a sousedů vyplývá, že matka byla tichá, a kromě babičky a otce dítěte ji nikdo nenavštěvoval.

Záznamy z lékařských zpráv: Těhotenství normální, dítě chtěné, řádně očkováno. Po narození jen jednou u lékařky, dítě přinesené neoblečené, zabalené pouze v dece.

Okolnosti smrti: V den smrti byl z bytu celý den slyšet pláč, ve večerních hodinách ustal. Matka na místě činu nalezena nebyla, druhý den ráno podle svědků opustila dům. Úmrtí oznámeno starostou obce, dítě nalezené na stole v pronajatém bytě matky. Matka zadržena na nádraží, přiznala se, že dítě utopila. Během ohledání místa činu byly nalezeny četné známky menstruační krve.

Životní dráha Lukáš



Jan – případová studie číslo 5

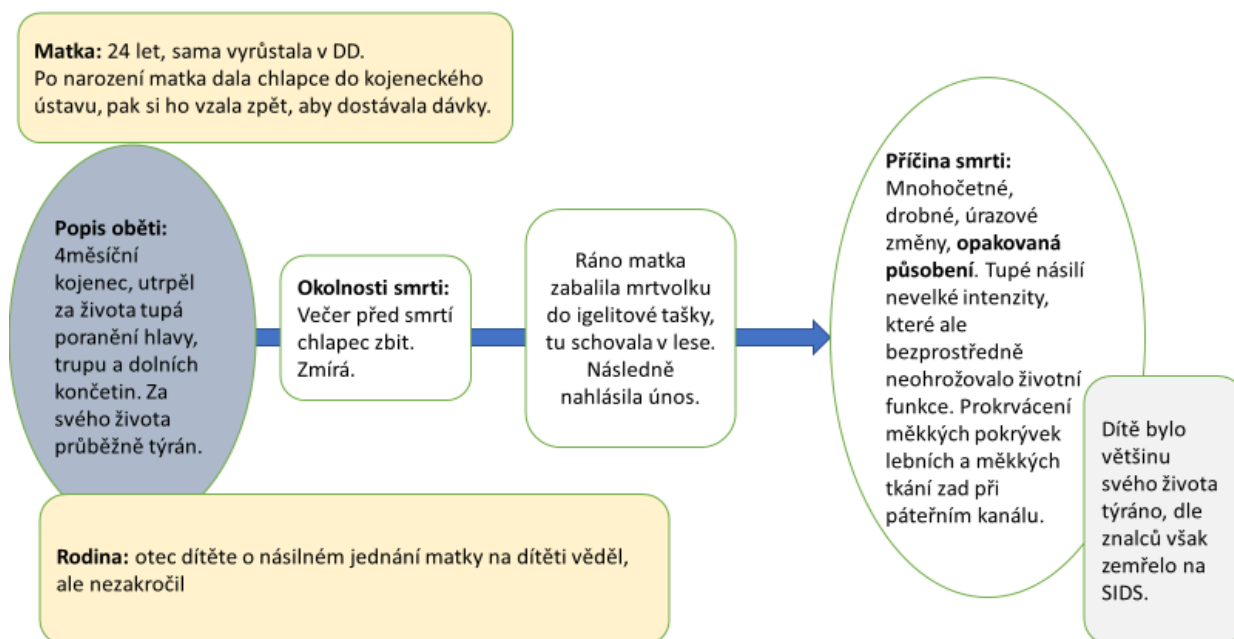
Příčina smrti: 4měsíční chlapec zmirá v důsledku SIDS. Na těle i hlavě dítěte patrné známky bití a týrání, které dle znalců nebyly příčinou smrti. Šlo o opakované násilí nevelké intenzity, které neohrožovalo bezprostředně životní funkce. Dle znalců byl chlapec týrán několik měsíců.

Rodina: 24letá matka provozující prostituci sama vyrůstala v dětském domově, během dětství byla sama obětí týrání ze strany své matky. Otec dítěte o násilném jednání matky vůči dítěti věděl, ale nezakročil. Po narození byl chlapec matkou umístěn do kojeneckého ústavu. Po dvou týdnech si chlapce matka z kojeneckého ústavu vyzvedává. Dle její výpovědi hlavně z důvodů přiznání přídavek na dítě.

Okolnosti smrti: Večer před smrtí chlapec zbit, uložen do postýlky. Ráno byl nalezen chlapec mrtvý. Matka tělo dítěte zabalila do pytle, odnesla do lesa a nahlásila jeho únos. Matka obviněna z týrání svěřené osoby⁸.

⁸ Tato kazuistika je převzata z publikace (Olecká & Lemrová, 2019)

Životní dráha Jan



Marek – případová studie číslo 6

Příčina smrti: 3měsíční chlapec zmírá v důsledku udušení vdechnutím žaludečního obsahu.

Rodina: Chlapec ze čtvrtého těhotenství. Šlo již o třetí dítě, které matce (26) zemřelo. První dítě zemřelo ve stáří 20 dnů na SIDS, druhé dítě zemřelo ve věku 5 měsíců v azylovém domě na zápal plic. Okolnosti smrti druhého dítěte byly prověřovány, provinění matky se však nepodařilo prokázat. Třetí dítě bylo soudem svěřeno otci. Nezaměstnaná matka měla trvalý pobyt na městském úřadě, před porodem žila na ubytovně pro bezdomovce, posléze v azylovém domě pro matky s dětmi. V azylovém domě žila dle vlastních slov především proto, že usilovala o přiznání sociálních dávek, které byly na toto bydlení vázány. Při výslechu sdělila, že tam prakticky nebydlela, jen se tam občas ukázala, aby si toto bydlení udržela.

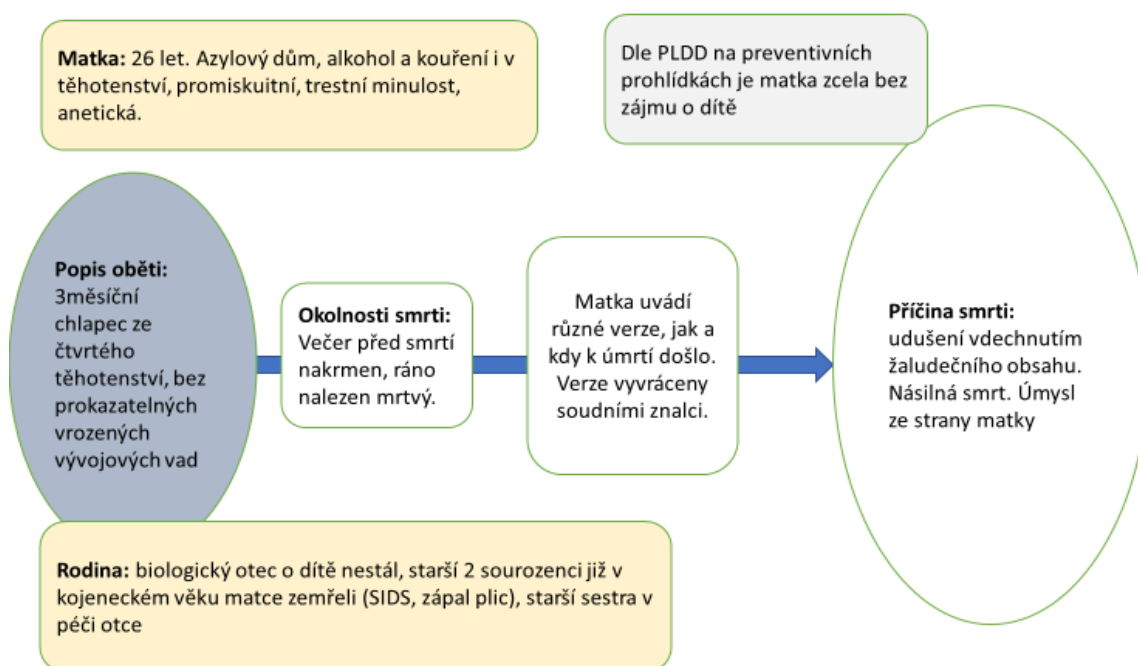
Matka žila promiskuitním životem, dle výpovědi ale věděla, kdo je otcem dítěte, protože s ostatními muži v té době spala s ochranou. Biologický otec o dítě nestál. V těhotenství chodila na preventivní prohlídky, byla jí diagnostikována těhotenská cukrovka, avšak navzdory varování i v těhotenství požívala alkohol. Při výslechu přiznala, že se někdy cítila opilá.

Absolvovala střední odborné učiliště. V minulosti byla trestána odnětím svobody na 3 měsíce s podmíněčným odkladem 12 měsíců pro podezření na ublížení na zdraví z nedbalosti a vyslýchána pro trestný čin krádeže

Záznamy z lékařských zpráv: S dítětem chodí na pravidelné prohlídky, ale dle pediatra o dítě nejeví zájem, je spíše laxní, lékařkou opakovaně vyzývána k přihlášení dítěte ke zdravotní pojišťovně. Dle závěrů znalce z oblasti psychologie jde o ženu anetickou, neschopnou navázat citový vztah, bez empatie a bez soucitu.

Okolnosti smrti: Kolem 3:30 v den smrti nakrmila syna Sunarem, uložila ke spánku, vzbudila se v 9:00, zjistila, že dítě nedýchá, volala záchrannou službu. V jiné výpovědi uvádí, že kolem 5:00 hodin syna začala kojit, u toho usnula, pak se vzbudila, zjistila, že dítě nedýchá, položila ho do postýlky a šla si lehnout. Vzbudila ji kolem osmé hodiny sousedka. Matka následně vzala tělo dítěte, šla za pečovatelkou na vrátnici a spolu volaly záchrannou službu. Podle znalců však dítě umírá až mezi sedmou a osmou hodinou ranní. Matka tvrdí, že usnula v tureckém sedu při kojení dítěte, které tak zadusila. Zpochybněno znalci ze dvou důvodů: sama by nemohla pořádně dýchat v takové pozici, takže usnutí je nepravděpodobné a dále by při usnutí dítě již nedržela, a to by vyklouzlo na zem. Dle matky bylo dítě kojeno několikrát za noc, ona z toho byla unavená a často při kojení usínala. Toto ovšem zpochybnil její současný partner, u kterého většinou bydlela, s tím, že u něj při kojení nikdy neusnula, navíc ji kojení bolelo. Dle výpovědi zaměstnankyně azylového domu předchozí dítě často plakalo a matka vedle něj tvrdě spala, takže si zaměstnankyně otvírala náhradním klíčem a budila ji.

Životní dráha Marek



Petr – případová studie číslo 7

Příčina smrti: 4týdenní chlapec ze 3. gravidity 39leté matky umírá v bytě matčiny kamarádky. Bezprostřední příčinou smrti bylo udušení způsobené s největší pravděpodobností znemožněním či zásadním omezením dýchacích pohybů zevním mechanickým násilím, a to tlakem na hrudní koš. V krvi dítěte nebyl zjištěn alkohol, v žaludku dítěte zjištěna přítomnost alkoholu 0,14 g/kg, dítě zřejmě zemřelo brzy po nakojení.

Rodina: Matku před porodem její přítel vyhodil na ulici, přespávala sama v opuštěném nádražním domku, žila ze sociálních dávek. Těhotenství nebylo sledované, poprvé ji lékař vyšetřil až v den porodu. Šlo o porod předčasný (chlapec, 2,4 kg, 54 cm) s následnou přítomností poporodní infekce. Podle jejích výpovědí ona sama v těhotenství nepožívala alkohol (což však popřel ve svědecké výpovědi její přítel), kouřila asi 10 cigaret denně. Sanitku jí v den porodu volal starší syn žijící s otcem. Matka z porodnice odešla bydlet do azylového domu. O narození i smrti dítěte informovala jeho otce telefonicky.

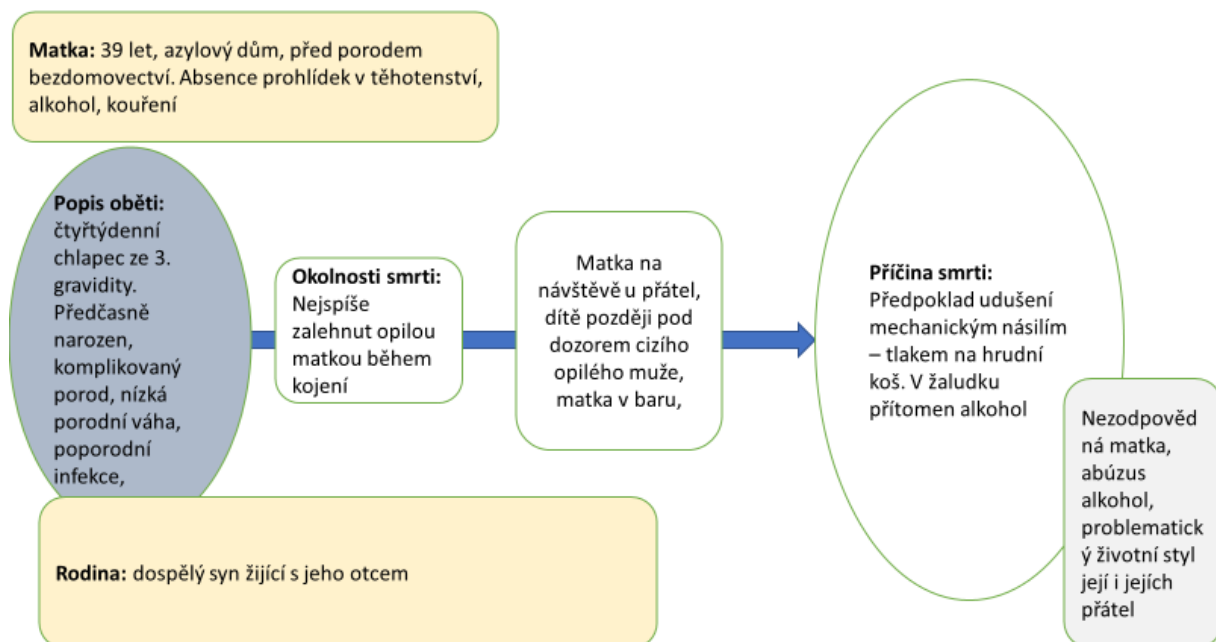
Okolnosti smrti: V den smrti dítěte odešla dopoledne na odbor sociální péče vyřídit dávky. Kolem 11. hodiny navštívila svého známého, kde syna nakojila, sama si dala kávu a jídlo. Od svého známého odešla ke kamarádce, kde dítě nakojila a poté s kamarádkou začala popíjet alkohol. Odpoledne se vrátil domů i nezaměstnaný partner kamarádky, společně všichni pokračovali v pití. V průběhu večera dítě kojila. Ve 22 hodin matka oznámila svou nepřítomnost pracovníci v azylovém domě (dle výpovědí k tomu byla donucena, sama by to zřejmě neudělala, a to ani za cenu komplikací, které by za takové počínání hrozily, v krajním případě až ukončení pobytu v azylovém domě). Kolem 23. hodiny odešla matka s kamarádkou do baru, přičemž dítě nechala v péči přítele kamarádky, který se tomu zprvu bránil. Po návratu z baru, kam dle výpovědi barmanky již obě ženy přišly opilé a v pití tam pokračovaly, matka prý dítě asi znovu nakojila a společně s ním na zemi usnula. Čas návratu a kojení matka nebyla schopna určit. Ráno kamarádka po rozsvícení našla dítě mrtvé. Společně volaly záchrannou službu a dle instrukcí po telefonu se snažily dítě oživit.

Záchranná služba obdržela výzvu v 5:50, kdy na těle dítěte již byly zřetelné známky smrti, dle znalce dítě nebylo matkou po jejím návratu z baru již kojeno. Předpoklad je, že ke smrti dítěte došlo 3 hodiny před příjezdem záchranné služby. Matka měla v krvi v 7 hodin ráno 1,48 g etanolu/1 kg – lze vypočítat, že hladina alkoholu v její krvi byla kolem 3. hodiny ráno 1,99–2,33 g etanolu/kg. V krvi kojence alkohol nebyl, pouze v žaludku, z uvedených údajů vyplývá, že dítě již nebylo kojeno po návratu z baru a výrazně pravděpodobnější je, že chlapec zemřel

v krátkém časovém intervalu, nejvýše však do půl hodiny od posledního kojení ve 22 hod, tedy v době předcházející konzumaci alkoholu matkou v nočním baru.

V průběhu vyšetřování matka několikrát změnila výpověď, výpovědi její i svědků si často odporovaly, nebyli schopni určit čas, kdy naposledy viděli dítě živé. Ještě ráno měla matka i její přátelé pozitivní test na alkohol, v krvi bylo zjištěno všem okolo 1,5 - 2 promile.⁹

Životní dráha Petr



Tabulka 13 uvádí, zda týrání nebo zanedbávání bylo známo někomu z okolí rodiny, případně někomu z aktérů institucí, podílejících se na ochraně práv a zdraví dítěte. Ve všech kazuistikách lze nalézt někoho, kdo o problémech v rodině věděl.

⁹ Případové studie 6 a 7 jsou převzaty z příspěvku publikovaného na konferenci *Kontexty sociálních deviací (sborník z konference sekce sociální patologie)*. Svratka 2017 (Lemrová et al., 2017)

	Rodina	Lékař	OSPOD, sociální pracovník	Sousedé, přátelé
Adam		X	X	x
Barbora	x		X	
Gabriela		X	X	
Lukáš	x	X		x
Jan	x		X	
Marek		X	X	x
Petr			X	x

Tabulka 13 Seznam aktérů informovaných o situaci dítěte

3.3 Výsledky Delfské metody

V této části výzkumu byli dotazováni oslovení experti prostřednictvím dotazníku. Dotazník byl konstruován na základě výsledků první části výzkumu, prováděného na soudně – lékařských pracovištích. Kapitola poskytuje odpovědi na třetí výzkumnou otázku a její 3 podotázky, zjišťuje názory expertů na možnosti prevence hostilního jednání. Experti byli v dotazníku vyzváni k prezentaci vlastních zkušeností. Mohli také doplnit další (v dotazníku nenavržené) otázky i odpovědi, případně přidat komentář k těm stávajícím.

- a. VO: Jaké jsou dle expertů nejčastější příčiny vedoucí k zanedbávání či týrání dětí v rodinách?
- b. VO: Jaké jsou na straně těchto rodin nejčastější překážky při hledání pomoci u institucí?
- c. VO: Jaké jsou názory expertů na možnosti ochrany dětí a prevence na základě zjištěných životních drah dětí zemřelých násilně do 1 roku života?

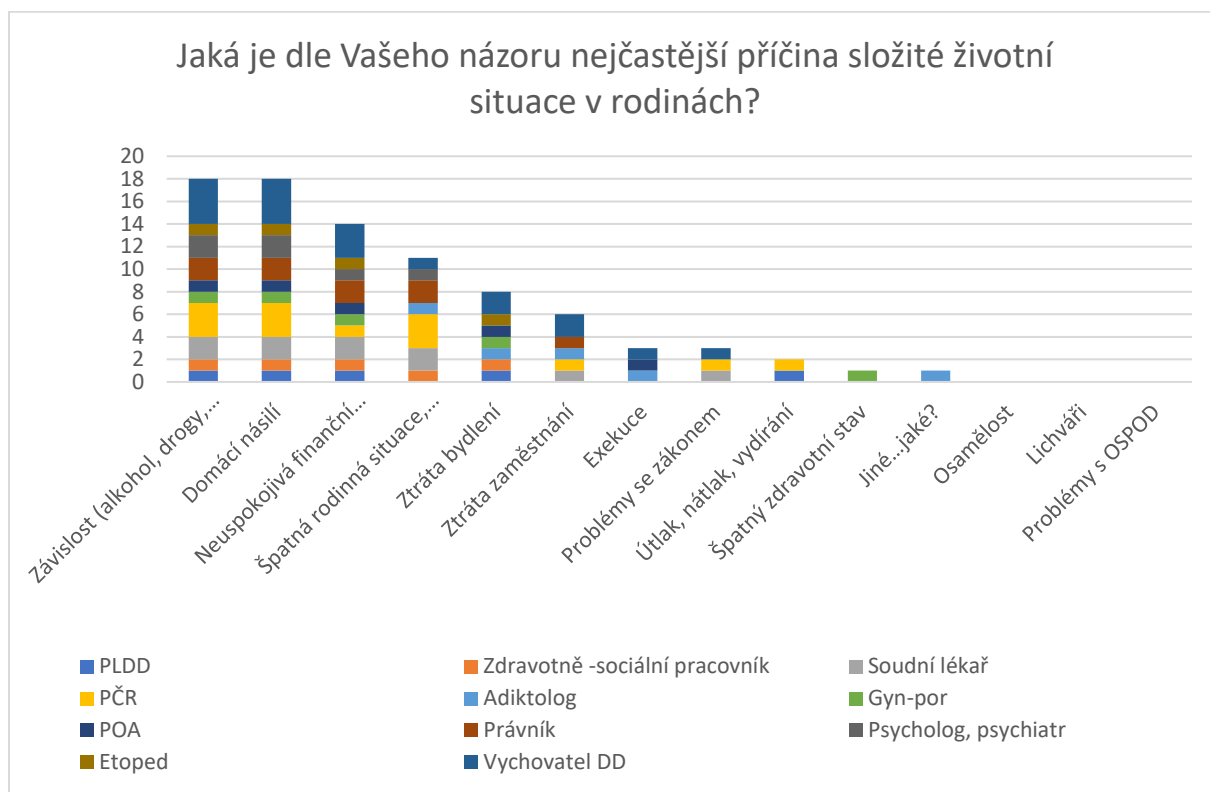
Výzkumný soubor obsahoval celkem 20 expertů z výše uvedených oblastí (tabulka 14)

	První kolo	Druhé kolo
PLDD	1	0
Zdravotně – sociální pracovník	1	1
Sociální pracovník – vychovatel v dětském domově	4	3
Soudní lékař	2	1
Policie České republiky	3	3
Adiktolog	1	1
Gynekolog, porodník	1	1
Porodní asistentka	1	1
Právník	2	1
Psycholog/ Psychiatr	3	0
Etoped	1	1

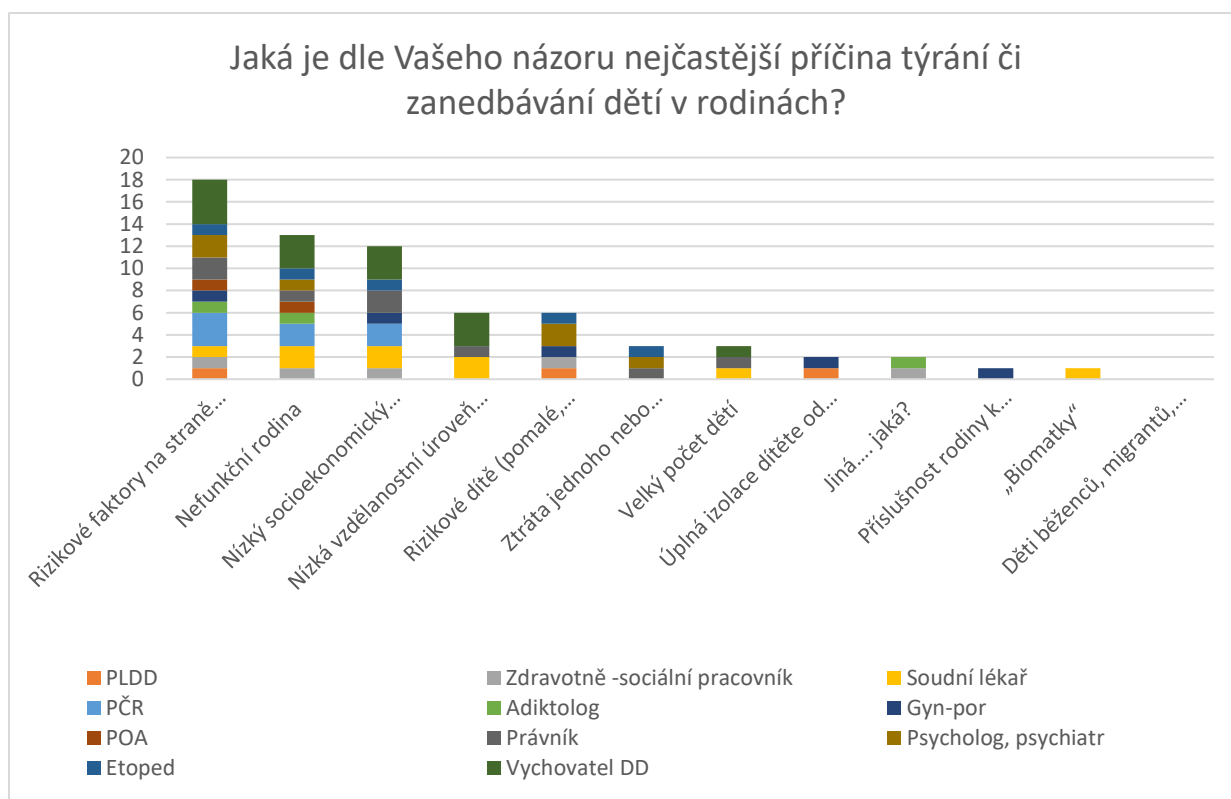
Tabulka 14 Počet a profese oslovených expertů

Následující dva grafy (17 a 18) prezentují názory expertů na nejčastější příčiny složité životní situace v rodinách a nejčastější příčiny zanedbávání či týrání dětí. Zodpovídají VO 3a: Jaké jsou dle expertů nejčastější příčiny vedoucí k zanedbávání či týrání dětí v rodinách? – Jako nejčastější příčina složité životní situace se jednoznačně jeví závislosti rodičů a domácí násilí v rodině. Někteří experti doplnili k odpovědím i své komentáře. *„Závislosti či domácí násilí nevnímám jako příčiny, ale jako důsledek například duševních obtíží, vztahových obtíží, neintegrovaného mezigeneračního soužití...atd.“* (expert). Dále byla za častou příčinu složité životní situace označena neuspokojivá finanční situace a rodinné krize. Je nutné zmínit, že *„důvodem pro nařízení ústavní výchovy dítěte nemohou být samy o sobě materiální nedostatky rodiny, zvláště pak její špatné bytové poměry“* (Nejvyšší soud, 2010, b.r.). Toto stanovisko, vydané Nejvyšším soudem potvrzuje, že rozdělení rodiny představuje až krajní řešení, ke kterému lze přistoupit až v okamžiku, kdy je dítě ohroženo také dalšími rizikovými jevy (například nedostatek péče o dítě, nespolupráce s lékařem, s OSPODem).

Rizikové faktory na straně rodičů (závislosti, workoholismus, nevyzrálost, invalidita) a nefunkční rodiny jsou dle expertů nejčastější příčinou zanedbávání nebo týrání dětí v rodinách. Častou příčinou je dle expertů rovněž nízká vzdělanostní úroveň rodiny a nízký socioekonomický status. Doplněna byla možnost „přenesené vzorce chování rodičů z primární rodiny“.



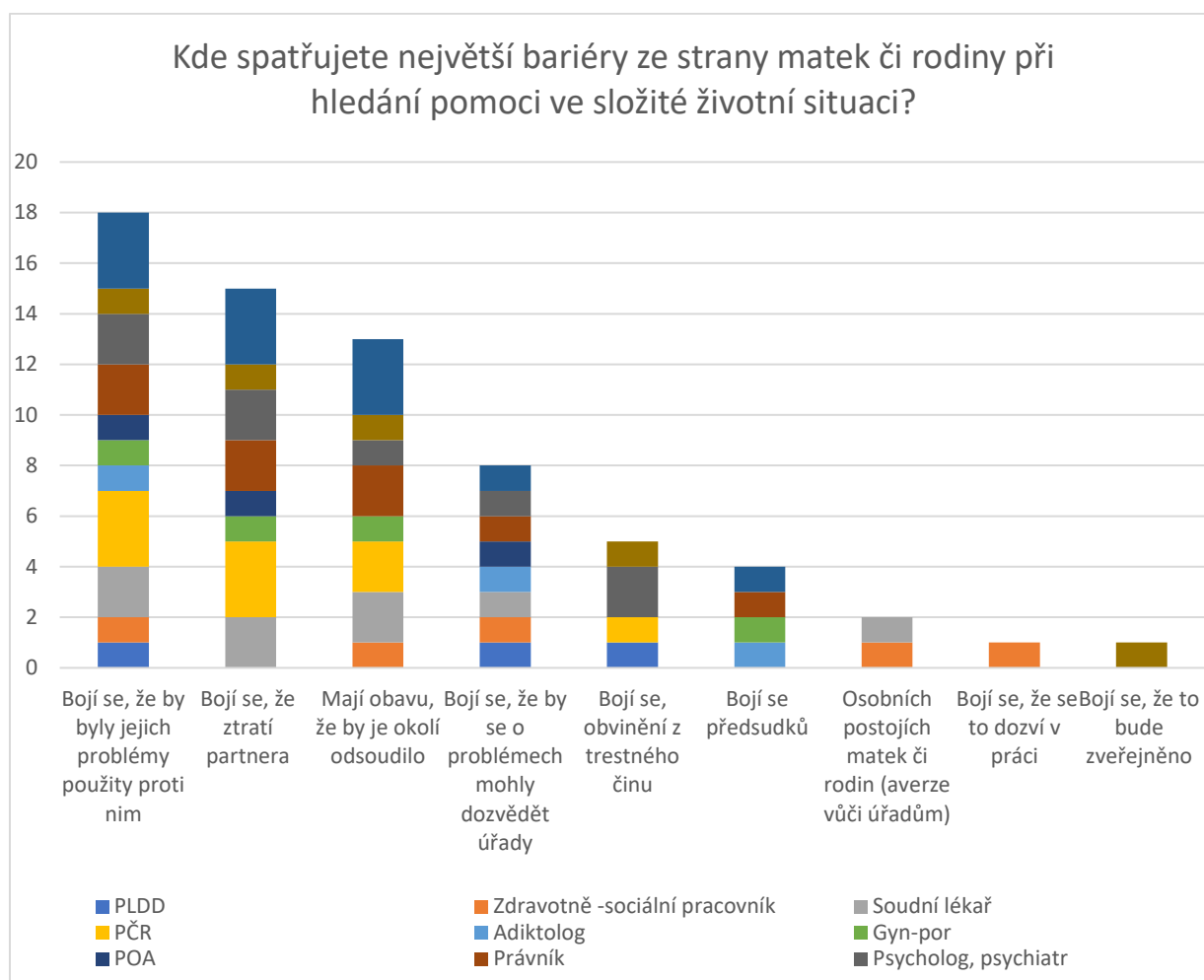
Graf 17 Nejčastější příčina složité životní situace



Graf 18 Nejčastější příčina týrání či zanedbávání dětí v rodinách

Těhotné ženy nebo matky či rodiny ve složité životní situaci potřebují vědět, že mají možnost se obrátit na instituce o pomoc. Mezi tyto institucionální aktéry patří lékaři a zdravotníci, školská zařízení, sociální úřad, policie či různé neziskové organizace. Důvodů, proč se tak neděje, může být mnoho. Je třeba najít příčiny špatné komunikace na obou stranách, tedy jak na straně matek, tak i na straně aktérů z různých institucí, které mohou pomoc nabídnout. Správná komunikace je v těchto případech nezbytnou podmínkou spolupráce s matkou a eliminace jejích obav. Experti byli proto dotázáni na možné příčiny obav ze strany rodiny. Následující graf (19) a tabulka (15) ukazují, jaké jsou dle jejich názorů na straně těchto rodin nejčastější překážky při hledání pomoci u institucí (VO 3b). Z grafu jednoznačně vyplývá obava rodin ze zneužití jejich potíží proti nim (obava ze šikany úřadů, „že je neschopná, nezodpovědná, závislá... Když žádám o pomoc, budu vypadat jako neschopná matka, možná mi hrozí odebrání dítěte“). Žena se také může bát partnera, je sama obětí. Častá je obava ze ztráty partnera či odsouzení ze strany nejbližšího okolí. Nejčastější předpokládané překážky na straně institucí ukazuje tabulka 15. Experti se domnívají, že mnohdy mají rodiny či matky

obavu, říci si o pomoc u lékařů a na sociálním úřadě, tedy právě u institucí, které by naopak měly být těmi prvními, jež lze o pomoc požádat.



Graf 19 Největší bariéry ze strany rodiny při hledání pomoci ve složité životní situaci

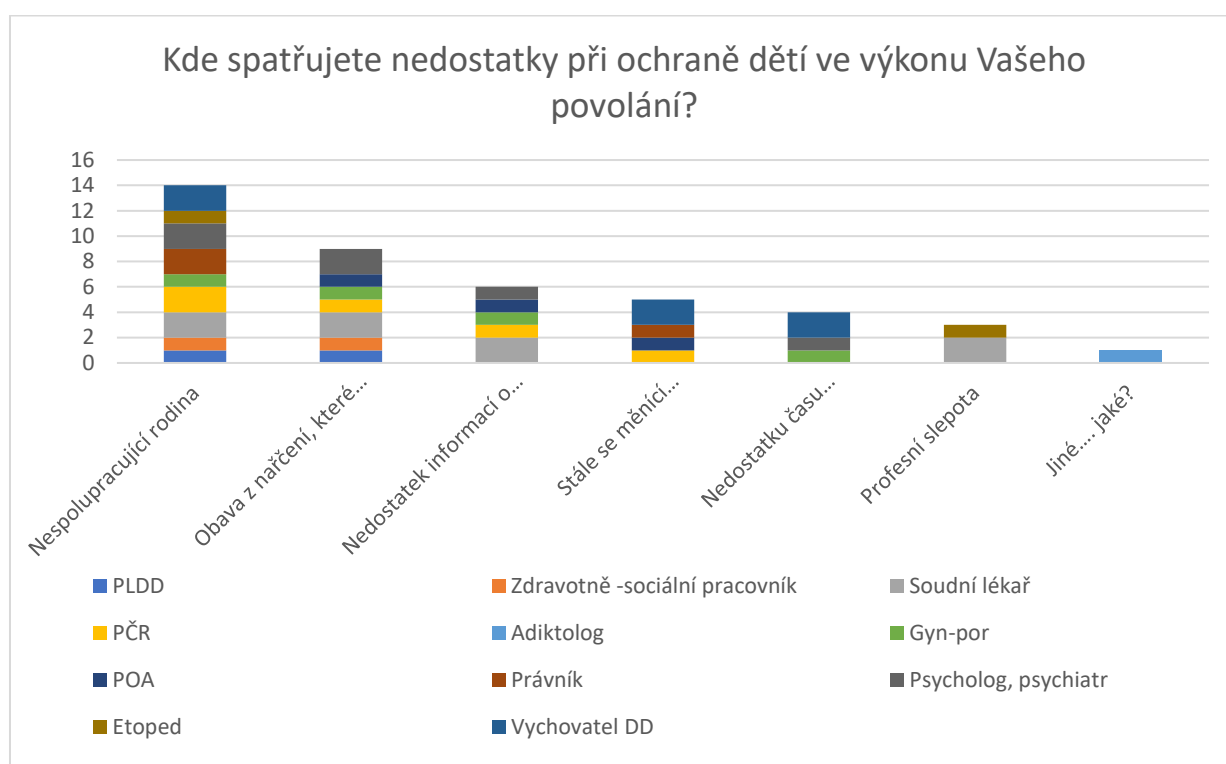
Nedostatek času na diskusi s aktéry z institucí	lékaři	12
	zdravotníci	8
	sociální úřad	6
	škola	1
	neziskové organizace	0
	policie	4
	žádný z uvedených	2
Neochota pracovníků institucí komunikovat či naslouchat	lékaři	8
	zdravotníci	4
	sociální úřad	7
	škola	5
	neziskové organizace	0
	policie	5
	žádný z uvedených	4

Arogance, nadřazenost, přezírání ze strany pracovníků institucí	lékaři	9
	zdravotníci	4
	sociální úřad	6
	škola	3
	neziskové organizace	0
	policie	8
	žádný z uvedených	2
Obava rodin se pracovníků institucí zeptat	lékaři	8
	zdravotníci	4
	sociální úřad	14
	škola	4
	neziskové organizace	1
	policie	10
	žádný z uvedených	0
Nepochopení informací, které rodiny dostávají	lékaři	13
	zdravotníci	6
	sociální úřad	11
	škola	0
	neziskové organizace	2
	policie	3
	žádný z uvedených	2
Složitý „úřední“ jazyk	lékaři	7
	zdravotníci	5
	sociální úřad	11
	škola	1
	neziskové organizace	0
	policie	6
	žádný z uvedených	3
Osobní postoje pracovníků institucí	lékaři	6
	zdravotníci	3
	sociální úřad	9
	škola	4
	neziskové organizace	0
	policie	8
	žádný z uvedených	5
Nespolupráce jednotlivých aktérů, organizací, zainteresovaných institucí	lékaři	6
	zdravotníci	5
	sociální úřad	10
	škola	4
	neziskové organizace	2
	policie	6
	žádný z uvedených	4

Tabulka 15 Předpokládané překážky ze strany rodiny při hledání pomoci u institucí

Poslední blok výsledků zodpovídá VO 3c: Jaké jsou názory expertů na možnosti ochrany dětí a prevence na základě zjištěných životních drah dětí zemřelých násilně do 1 roku života?

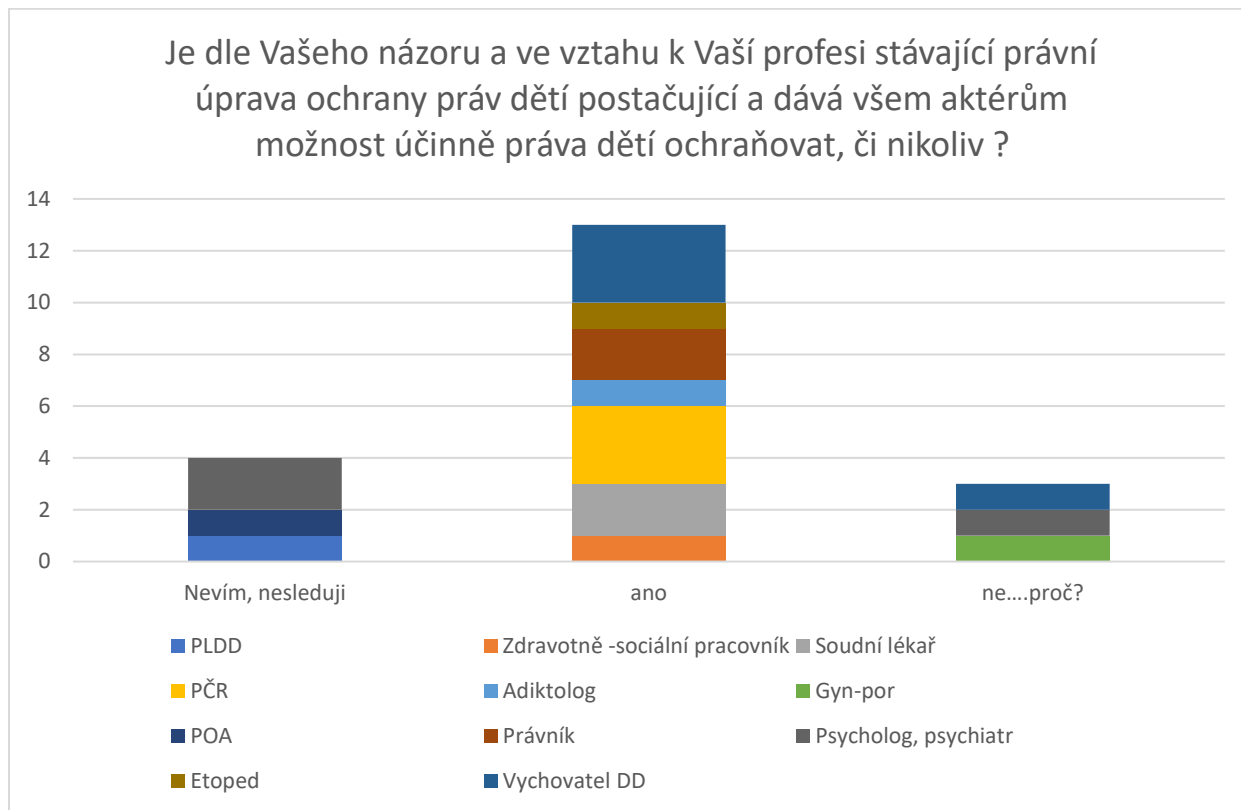
Experti sami vnímají nedostatky při výkonu jejich profese, nejčastěji byly zaznamenány problémy ze strany rodiny – nespolupracující rodina, a to zvláště tam, kde se rodiny samy s problémem nechtějí vypořádat nebo problém ani nevnímají (graf 20). Experti dále zmiňovali vlastní obavy z neopodstatněného nařčení rodiny a její následné stigmatizace a také nedostatek informací v této oblasti. Doplněna byla odpověď „malá provázanost s respektem k rolím jednotlivých aktérů v síti pomoci. Pokud by informace o rodině v krizi, například OSPODu, vedla k tomu, že se rodina dostane pod tlak a namísto koordinované podpory jim bude „vyhrožováno“ odebráním dítěte, zvažuji, zda takový krok vůbec učiním. Znamenalo by to ztrátu navázané důvěry klientů, a tedy naší možnosti alespoň nějak intervenovat.“ (expert)



Graf 20 Nedostatky při ochraně dětí v rámci výkonu povolání

Pro většinu expertů je stávající právní úprava ochrany dětí dostatečná (graf 21), byla zmíněna spíše nedostatečně zaběhnutá praxe. Experti, kteří neshledali právní úpravu dostatečnou, zmínili necitlivost úředníků, traumatizující a opakované výslechy dětí a pomalá soudní jednání, viktimizaci dětí. Další komentář představoval spíše zamyšlení: „Matky nechodí v těhotenství na prohlídky... neměli bychom už v této době chránit nenarozené děti? Víme, že existuje vyloženě škodlivé chování těhotných (návykové látky, spánková deprivace, přílišná fyzická

námaha, práce v nevhodných podmínkách, špatná výživa, hygiena, bydlení, nedocházení na prohlídky, neužívání léků a mnoho dalšího, ale nikdo to neřeší, dokud se chudák dítě nějak nenarodí“.



Graf 21 Dostatečnost stávající právní úpravy při ochraně dětí

Na otázku – „Kde Vy osobně vidíte další možnosti prevence z pohledu Vaší profese?“ – odpovídali experti takto:

- *Veřejné diskuze k dané problematice, odbourání netečnosti okolí z obav právního dopadu nahlášení;*
- *Sjednocení postupů při určování příčiny smrti prohlídkou a pitvou, diskrepance v používání diagnózy SIDS napříč ústavou soudního lékařství v ČR;*
- *Systematická edukace pracovníků;*
- *Osvěta na školách, vzdělávání pracovníků, intervize institucí;*
- *Lidštější a empatický přístup placených vystudovaných profesionálů, kteří se problematikou zabývají a přímo mají v povinnosti ji řešit. Ne všichni práci dělají z přesvědčení a z důvodu pomoci obětem, ale pouze a jen jako „nějakou práci“, která*

po osmi hodinách skončí a oni mají čistou hlavu. Jedná se o všechny zainteresované profese – lékaři, OSPOD, učitelé, preventisti, policisté, neziskové organizace. Dle mého názoru se někteří jen hrají na to, že chtějí pomáhat;

- *Lepší a důslednější péče o takto rizikové těhotné. Věnovat jím více času pro komunikaci, vysvětlit, proč je důležité, aby dítě bylo zdravé, i když se třeba rozhodnou je dát k adopci. Nesoudit jejich rozhodnutí, ale naopak nabídnout pomoc, i například ve smyslu doporučení vhodné antikoncepce, pokud vidíme, že 25letá žena má už sedmé dítě, z toho poslední tři k adopci a zbytek žije různě po prarodičích. Podle mě by měla existovat nějaká antikoncepce proplacená ze „sociálních důvodů“. Ideálně třeba měděné nitroděložní tělísko, které stojí 300 Kč a funguje 5 let. Pravda je, že zvyšuje riziko zánětu u promiskuitních žen, což mnoho z této kategorie bývá, nebo mají „akční partnery“, kteří mohou dovléct různé sexuálně přenosné nemoci domů, ale opakovaná těhotenství, interrupce nebo nesledované gravidity také zvyšují riziko zdravotních komplikací;*
- *Porodní asistentky mohou působit v rámci edukace sexuální výchovy a reprodukčního zdraví již od narození až po senium. Mohou tedy edukovat žáky, studenty ve školních zařízeních. Z vlastní zkušenosti víme, že to tak ale vždy není – často tato problematika není ve školách vůbec zmiňována nebo se jí zabývá někdo, kdo na to není dostatečně vzdělaný a erudovaný;*
- *Pedopsychiatrická péče chybí, také práce s rodinami, chybí zdroje – lidské, finanční;*
- *Navýšení počtu sociálních pracovníků a tím lepší kontakt s rodinou, dostatek času na šetření v konkrétních rodinách;*
- *Preventivní programy;*
- *Nebýt lhostejný;*
- *Provázanější legislativa jednotlivých resortů – zdravotnictví, školství, sociálních věcí, policie, státních zastupitelství;*
- *Překážky jsou v možnosti a oprávněnosti sdělování citlivých údajů (GDPR) – např. zdravotnictví. Posoudí, že u dítěte nejde o týrání, zanedbávání = dítě není třeba dle zákona o sociálně – právní ochraně dětí hlásit na OSPOD (pokud ano, je to povinnost zdravotníků) – OSPOD je přitom povinen poskytovat dle § 6 zákona o sociálně-právní*

ochraně dětí pomoc dítěti, u kterého je jen podezření, že by na něm mohl být páchan trestný čin...

- *Dalším problémem je postup orgánů činných v trestním řízení – pomalý, zdlouhavý.*

Většina expertů potvrdila, že v jejich profesi existuje oficiální doporučený postup při podezření na zanedbání či týrání dítěte (graf 22). Tam, kde experti o postupu nevěděli, doplnili komentáře („obecný zákonný rámec zpracovaný do postupů, víme jen o tom, co se týká znásilnění a zneužívání“).



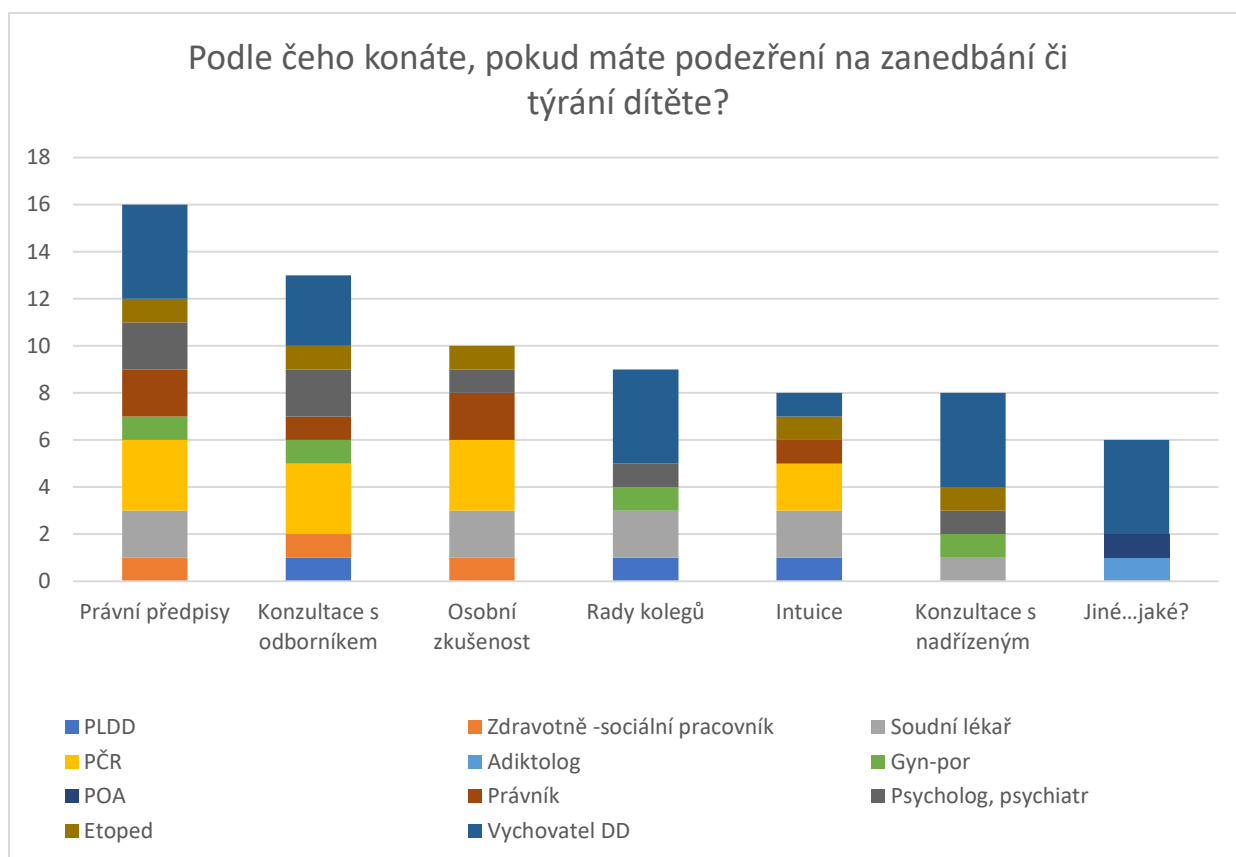
Graf 22 Existence oficiálního písemného postupu v dané profesi

Většina expertů se ve své praxi setkává s problematikou zanedbávání nebo týrání dětí (graf 23). Zajímavé je, že zamítavou odpověď poskytl praktický lékař pro děti a dorost. To však může být způsobeno lokalitou a okruhem pacientů, jimž je péče poskytována. Jiná odpověď by mohla být zaznamenána u lékaře například ve vyloučených lokalitách.



Graf 23 Vlastní setkání s problematikou zanedbávání či týrání

Při podezření na zanedbání nebo týrání dítěte experti nejčastěji konají podle stávajících právních předpisů, konzultací s odborníkem a na základě osobních zkušeností (graf 24). Dále byla zmíněna častá konzultace na případových intervizích, jednání podle etického kodexu dané profese. Péče bývá také poskytnuta „na základě předchozího upozornění OSPODU u např. *drogově závislé matky, která je již z nějakého důvodu pod jejich dohledem*“.



Graf 24 Jednání expertů při podezření na zanedbání či týrání dítěte

V závěru byli experti vyzváni k osobnímu komentáři k dané problematice. Z jejich vyjádření vyplývá, že jde o aktuální, ale složitou a málo akcentovanou problematiku:

- *Ve své praxi se s klasickým týráním dětí (brachiální násilí) setkávám jen výjimečně. Více případů mám jako zanedbání péče, které již hraničí s týráním;*
- *Jedná se o složitou oblast medicíny, kdy vzniká spousta nespecifických úrazových změn, jejichž interpretace není jednoduchá, a průkaz, že jsou způsobeny druhou osobou, nemusí být vždy možný;*
- *Velmi citlivé téma, které společnost podvědomě potlačuje, osvěta může napomoci prevenci za spolupráce institucí napříč odbornostmi;*
- *V konstrukci otázek je výrazně upozaděna role otců. Považuji to za kulturně symptomatické „přelévání“ odpovědnosti na matky. Tlak na ně, jako těch, kdo jsou odpovědné, je obrovský. Obecně mnoho matek i otců dokáží své chování nahlídnout a měnit, dokáží profitovat z respektující podpory, dokázali by sami si říci o pomoc;*

- *Porodní asistentka se moc neseťká s týranými dětmi, pokud se nejedná o sexuální zneužívání nebo znásilnění, kdy je vždy nutné vyšetření gynekologem a je vyžadována i přítomnost porodní asistentky. Vždy je nutné kontaktovat policii, která určí, jaká vyšetření a odběry jsou požadovány a následně je jim vše předáno;*
- *Druhou možností, kde se porodní asistentka může s touto problematickou setkat, jsou pak těhotné (alkoholičky, narkomanky), které již byly předem hlášeny OSPODem na porodnici a my jsme pak tedy povinny po porodu dát OSPODu vědět, že žena porodila. Dítě již následně po propuštění z porodnice nevidíme;*
- *Velmi zajímavé a důležité téma. Jen vše začíná a končí s rodiči;*
- *Je potřeba o téhle problematice mluvit;*
- *Legislativa existuje, není provázána a mnohdy ani zcela naplňována (bagatelizace, zamlčování atp.).*

Ve druhém kole byli osloveni stejní odborníci, návratnost dotazníků již byla nižší a nebyly zodpovězeny všechny otázky. Expertům byly předloženy výsledky prvního kola a 3 otázky (tabulka 16):

1. Domníváte se, že v ochraně dětí selhávají spíše jednotlivci – zaměstnanci odpovědných institucí? Pokud ano, jak?
2. Vidíte ve Vaší profesi (případně i v jiných profesích) možnosti prevence týrání či zanedbávání dětí v rodinách?
3. Váš případný další osobní komentář k dané problematice či k výsledkům

Otázka číslo	Ano	Ne
1. Selhávají jednotlivci	6	5
2. Možnosti prevence	8	1

Tabulka 16 Výsledky – druhé kolo Delfské metody

Experti poskytli další komentáře ke svým odpovědím:

Otázka číslo 1:

Ne:

- Jde za mne o systémové nastavení, kdy podporu mají poskytovat orgány a instituce, které zároveň provádí dohled, kontrolu, a i nastavují sankce či restriktivní opatření vůči svým klientům. Tato dvojrole je mnohdy matoucí jak pro klienty, tak pracovníky.¹⁰

Ano:

- Důkladná diagnostika;
- Lidštější a empatický přístup placených vystudovaných profesionálů, kteří se problematikou zabývají a přímo mají v povinnosti ji řešit. Ne všichni práci dělají z přesvědčení a z důvodu pomoci obětem, ale pouze a jen jako „nějakou práci“, která po osmi hodinách skončí a oni mají čistou hlavu. Jedná se o všechny zainteresované profese – lékaři, OSPOD, učitelé, preventisté, policisté, neziskové organizace. Dle mého názoru si někteří jen hrají na to, že chtějí pomáhat. Nedostatek informací, alibismus, obavy z konfrontace, neefektivnost opatření.
- Jistě se stává, že konkrétní zaměstnanec špatně vyhodnocuje své motivy, roli, míru angažovanosti či výše zmíněné ambivalence podpora/kontrola. Mnohdy je v této situaci ponechán dlouho sám a své postoje spíše utvrzuje než reflektuje.
- Domnívám se, že musí být velmi těžké někoho podezírat z domácího násilí a podniknout kroky k tomu, aby se situace začala řešit. Asi je často jednodušší přijmout „lepší“ vysvětlení – např. učitelka ve škole může uvěřit potlučenému dítěti, že spadlo z kola, pokud tímto příběhem maskuje domácí násilí.
- Primární odpovědnost je na rodiči. Selhávají jednotlivci, kteří nedodržují právní předpisy.
- Příliš mnoho práce na 1 pracovníka OSPODu.

¹⁰ Expert současně odpověděl i ANO: konkrétní zaměstnanec špatně vyhodnocuje své motivy, roli, míru angažovanosti či výše zmíněné ambivalence podpora/kontrola. Mnohdy je v této situaci ponechán dlouho sám a své postoje spíše utvrzuje než reflektuje.

Otázka číslo 2:

Ne:

- Zdravotníci, škola, OSPOD: prostor pro zlepšení, školení.

Ano:

- Málo se s rodiči nebo příbuznými komunikuje.
- Zajistit mohutnou kampaň ve sdělovacích prostředcích, na sociálních sítích, na internetu – mohutnou znamená stále se opakující – nezdá se mi, že by v současné době byla kampaň skutečně mohutná a stále se opakující. Prevence na školách všech typů spočívající v osobním setkání preventistů s dětmi, popřípadě i s rodiči. Zaškolení více pracovníků v dané problematice na jednotlivých odděleních, kteří dále budou nápomocni při řešení problému. Studium a sledování změn v legislativě, výjezdy k případům, odborné konzultace s dalšími institucemi zabývajícími se uvedenou problematikou. Nalézání rychlých a vhodných řešení při pomoci obětem – někdy vše trvá moc dlouho.
- Máme možnost pracovat s nastávajícími rodiči od okamžiku, kdy se o těhotenství dozví, respektive kdy se rozhodnou čerpat nějaký druh podpory/služby. Protože užívání návykových látek není kontraindikací v přístupu k našim službám, snižuje se práh, kdy budoucí rodiče získávají odvahu mluvit o svých potřebách a potřebách dítěte.
- Aktivněji se zabývat rodinným zázemím klientek, přestat ženu vnímat jenom jako „chodící dělohu“, ale zabývat se jí komplexně, včetně psychické a sociální komponenty osobnosti, která se nutně musí podílet i na fyzickém zdraví. Nebýt líný a lhostejný a překročit hranice toho, že udělám práci, která se po mně chce, a „zapátrám“ nad rámec povinností.
- Zachycení rizikových matek porodní asistentkou již při porodu v nemocnici nebo v rámci poporodní péče v komunitním prostředí, informování PLDD, odkázání je na instituce a případnou pomoc.
- Seznámit děti již v mateřské škole a na 1. stupni základní školy s touto problematikou.

Otázka číslo 3:

- Závažná problematika, je třeba jí věnovat pozornost.
- Chtělo by to zabývat se problematikou více do hloubky již v počátcích nějakého týrání – práce s rodinou, všímavost okolí. Chybí systematické vzdělávání učitelů, vychovatelů.

Z odpovědí expertů vyplývá, že si jsou vědomi závažnosti a naléhavosti dané problematiky. Nicméně jak na straně právní úpravy a vzdělávání, tak i na straně jednotlivců – zaměstnanců institucí vidí možnost zlepšení. *„Lidštější a empatický přístup placených vystudovaných profesionálů, kteří se problematikou zabývají a přímo mají v povinnosti ji řešit. Ne všichni práci dělají z přesvědčení a z důvodu pomoci obětem, ale pouze a jen jako „nějakou práci“, která po osmi hodinách skončí a oni mají čistou hlavu. Jedná se o všechny zainteresované profese – lékaři, OSPOD, učitelé, preventisti, policisté, neziskové organizace. Dle mého názoru si někteří jen hrají na to, že chtějí pomáhat“ (expert).*

Dalším problematickým okruhem se jeví nedostatečná edukace odborné veřejnosti a sociální slepota.

4 Diskuze

4.1 Případy zanedbávání a týrání dětí ve výzkumném souboru

Zanedbávání a týrání dítěte je problém, který může probíhat v rodinách skrytě a dlouho, často také zůstane neodhalen. Výsledky první části výzkumu potvrzují, že důsledky zanedbávání nebo týrání mohou být fatální a vést až ke smrti dítěte. Rovněž potvrzují, že nejen přesná diagnóza příčiny smrti dítěte, ale i popis okolností je zásadní pro určení případného pachatele. Mezi kazuistikami zkoumaného souboru byly prezentovány případy, kdy bylo dítě za svého života prokazatelně vystaveno hostilnímu jednání, to ale nebylo dle soudních lékařů přímou příčinou smrti. Výzkumné publikace (Leach et al., 1999; Shapiro-Mendoza et al., 2010; Stanton & Simpson, 2001) však uvádějí, že část úmrtí diagnostikovaných jako SIDS může být ve skutečnosti neodhaleným násilným úmrtím. Zvláště v této oblasti je nezbytné poukázat na nutnost existence guidelines, které pomohou prokazatelně odlišit násilná úmrtí od přirozených. Výzkum, který probíhal v České republice, poukázal na rozdílné postupy při pitvách kojenců a následném uzavření úmrtí jako SIDS (Olecká, 2018; Olecká et al., 2022). Výzkumný soubor obsahoval celkem 261 spisů dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně a pitvaných na čtyřech pracovištích soudního lékařství (Brno, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava). Z těchto spisů bylo prokazatelně ve 46 případech (téměř 18 %) identifikováno zanedbání nebo týrání dítěte. Výsledky výzkumu potvrzují, že existují rozdíly určení příčiny smrti na jednotlivých pracovištích. U dětí, které během svého života byly vystaveny hostilnímu jednání a následně zemřely, se značně lišila jednotlivá pracoviště v diagnostikovaných příčinách úmrtí. Na ostravském pracovišti z pěti případů žádný nebyl soudními lékaři vyhodnocen jako násilné úmrtí, naopak v Brně bylo statisticky významně častěji zaznamenáno, že příčinou bylo násilí. Skutečnost zjištěná na ostravském pracovišti se jeví jako značně nepravděpodobná. Je také nutné konstatovat, že ačkoli dítě zemřelo dle lékařů přirozenou smrtí, k jeho zanedbávání nebo týrání docházelo a často nebylo odhaleno včas. Mnohé již zmíněné výzkumy potvrzují, že přesná diagnostika násilného úmrtí dětí může činit obtíže, počty tak bývají podhodnocené (Byard, 2018; Meadow, 1990, 1999; Olecká, 2018; Olecká et al., 2022).

Zajímavý je rozdíl v čase úmrtí dětí v celém souboru a časech úmrtí dětí v souboru (podskupině) nazvaném „hostilní jednání“. Je zde jasně viditelný posun, kdy děti v hostilním

souboru častěji umírají v dopoledních hodinách, což může být způsobeno jednak prostým faktem, že pečovatelé podílející se na násilí v noci spí, ale také faktem, že jsou v tu dobu doma s dítětem sami. Z tohoto úhlu pohledu se jeví jako protektivní faktor více členů v domácnosti. Ti mohou jednak s dítětem pomoci, čímž se může snížit riziko zoufalství a/nebo únavy osamělého rodiče, a dále v přítomnosti více osob v domácnosti půjde méně snadno násilí na dítěti či jeho zabití utajit (Fujiwara et al., 2016; Meadow, 1999). Zanedbávání je častější příčinou úmrtí dětí než týrání. Pachateli bývají nejčastěji rodiče, častěji ženy, a biologicky příbuzní oběti. Větší počet dětí v domácnosti a předchozí zapojení rodiny do péče o děti zvyšují pravděpodobnost, že děti zemřou spíše na zanedbávání než na fyzické týrání (Damashek et al., 2013; Mulder et al., 2018).

Agresory v prezentovaných kazuistikách byli členové rodiny nebo osoby žijící ve stejné domácnosti. Ve všech prezentovaných kazuistikách šlo o rodiny v tíživé životní situaci, s nízkým socioekonomickým statusem a/nebo problematickým životním stylem. Matky nežily s biologickým otcem dítěte, případně s ním aktuálně ukončovaly vztah. Z hlediska věku matek nebyly vysledovány společné charakteristiky. V souboru dětí, které byly vystaveny hostilnímu jednání, byly evidovány případy, kdy šlo o více dětí v jedné rodině, jež se narodily v různých rozestupech po sobě. Lze se tedy domnívat, že v rodině probíhalo zanedbávání nebo týrání dětí delší dobu, v průběhu několika let, přesto nebylo odhaleno. V jednom případě provedeného výzkumu byly dokonce ve sklepě rodinného domu nalezeny troje ostatky novorozeneckých dětí, žena všechna svá těhotenství skrývala, porodila sama a děti následně usmrtila. Ani v tomto případě si okolí nevšimlo ničeho podezřelého. Matka přiznala závislost na návykových látkách a alkoholu.

V rámci aktuálně platné legislativy v České republice existují pro ženu, která se rozhodne utajit fakt, že porodila dítě, dvě možnosti. První variantou je porodit v nemocničním zařízení v režimu utajeného porodu. Druhou alternativou je porodit mimo zdravotnické zařízení a dítě po porodu vložit do babyboxu. Obě tyto alternativy však skýtají značná omezení a rizika.

Utajený porod je dle § 37 Sb., zákona o zdravotních službách (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, b.r.) umožněn pouze ženám s trvalým pobytem v ČR, nejedná-li se o ženu, jejímuž manželovi svědčí domněnka otcovství (dle § 776 a násl. zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákona) (*Zákon 89/2012 Sb. - občanský zákoník úplné a aktuální znění | ASPI*, b.r.). Popření domněnky otcovství je nutno prokázat, a to rozsudkem soudu o rozvodu v případě rozvedené ženy, či předložením úmrtního listu manžela. Z takto stanovené dikce

zákona vyplývá, že možnost využít utajený porod je omezena jen pro poměrně úzkou skupinu těhotných žen. V případě, že žena stanoveným podmínkám vyhoví a o utajený porod má zájem, předloží poskytovateli příslušné zdravotní služby písemnou žádost o utajení své totožnosti při porodu a vyplní prohlášení, že nehodlá o dítě pečovat. Jestliže se tedy podrobněji podíváme na procesy spojené s utajováním, lze předpokládat, že kroky, které je třeba podniknout, se ženám mohou jevit jako složité.

Pro ženy v nepříznivé životní a sociální situaci, jež jsou bez pomoci svých nejbližších a pro něž není možná varianta utajeného porodu, je zde možnost odložení dítěte do babyboxu. Ta s sebou nese pro ženy rizika sociální a zdravotní. Porodí-li žena dítě ve zdravotnickém zařízení, případně pokud se její okolí jakýmkoli způsobem dozví, že dítě porodila, může se pro ni jevit odložení dítěte do babyboxu obtížné, neboť absence dítěte vyvolává v blízkém okolí řadu pro ženu nepříjemných otázek. Porod mimo zdravotnické zařízení ovšem představuje výrazná rizika zdravotních komplikací. Obě tyto varianty navíc předpokládají informovanost žen o těchto alternativách, což se může jevit jako problematické zejména u žen s nízkou zdravotní gramotností (Ptáček & Bartůněk, 2020). S ohledem na tyto skutečnosti evidentně existuje riziko, že ženy ve snaze utajit své těhotenství a porod zvolí postup, který je nelegální (např. odložení dítěte na veřejném místě) a který může vést až ke smrti dítěte, ať už spáchané úmyslně, či jako následek neposkytování péče. Pro tyto ženy se využití babyboxu může jevit jako optimální řešení. Ze zkušeností v ČR i v zahraničí ale také vyplývá, že existence babyboxů nevede zásadně ke snížení počtu vražd novorozenců: „Pokud byly zjištěny matky dětí vložených do babyboxů, pak se nikdy nejednalo o ženy psychotické, které dítě zabijí bez ohledu na existenci, nebo neexistenci krabic na děti“. Rozhovory s odborníky pracujícími se ženami, které využily možnosti babyboxu, prokázaly, že jde spíše o ženy, které nebyly informovány o možnostech, jak řešit situaci nechtěného těhotenství, a nevěděly, kam a na koho se mohou v těchto případech obrátit (Ivanová & Olecká, 2020; Lemrová, Olecká, Hladíková, et al., 2021; Sovová & Mázlová, b.r.).

Matky v prezentovaných kazuistikách tohoto výzkumu neviděly nebo nechtěly vidět možnosti podpory ze strany státu nebo rodiny. Navzdory všeobecnému povědomí o existenci babyboxů, případně o jiných možnostech legálního odložení dítěte, ženy ze zkoumaných případů je nevyužily.

Výsledky první části výzkumu také potvrzují fakt, že často jsou děti zanedbávány nebo týrány s vědomím někoho z okolí. Mohou to být nejbližší příbuzní, sousedé, ale také lékaři. Podle

výzkumů, které shromáždil Meadow, stále mnoho pediatrických ambulancí v USA nedbá varovných signálů a nechrání některé velmi zranitelné děti. Mnoho matek zabilo své dítě odpoledne nebo večer poté, co byly ráno s dítětem propuštěny z nemocnice. Bylo by zajímavé zjistit, v kolika případech si například s takovou matkou před propuštěním pohovořil lékař nebo zdravotní sestra, aby zjistili, zda je v rodině vše v pořádku, zda se žena může vrátit domů či zda nemá další obtíže (Meadow, 1990).

Všechny kazuistiky prezentované v této práci potvrdily, že o problému v rodině věděli nejen nejbližší členové rodiny, ale také, což je zásadní, různí aktéři, kteří se podílejí na ochraně zdraví a života dětí. Tato povinnost je dána zákonem o sociálně právní ochraně dětí a je stanovena pro státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatele zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti (Vláda ČR, b.r.-a).

4.2 Příčiny zanedbávání a týrání dětí, předpokládané překážky na straně rodin při hledání pomoci

Výsledky druhé části výzkumu prováděného Delfskou metodou potvrdily sociální rizikové faktory na straně rodin, které často zmiňují výzkumy (viz kapitola 1.5), ale rozšířily je o vlastní konkrétní zkušenosti expertů, pracujících v systému ochrany dětí. Tato část výzkumu zodpovídá VO 3.

K nejčastějším příčinám, které dle oslovených expertů (VO 3a) vedou ke složité životní situaci v rodinách, patří jednoznačně závislostní chování, domácí násilí a neuspokojivá finanční situace. Důvody, které vedou k zanedbávání nebo týrání dětí souvisejí s rizikovými faktory na straně rodičů, nefunkční rodinou a špatnou finanční situací. Jde o úzce provázanou problematiku.

Závislost na alkoholu či jiných návykových látkách je celosvětovým problémem, jehož řešení se dosud nepodařilo nalézt. Z první i druhé části tohoto výzkumu vyplývá, že závislost může být sociálním rizikovým faktorem zanedbávání nebo týrání dítěte. Je prokázáno, že ženy v užívání alkoholu či návykových látek pokračují během těhotenství i po porodu (Jones & Telenta, 2012; Meurk et al., 2014; Olecká & Lemrová, 2022; Schölin et al., 2018; van der Wulp et al., 2013), o čemž svědčí statistiky i v České republice (*Rodička a novorozenec 2016 - 2021*, b.r.). V roce 2007 bylo dle údajů Hygienické stanice hl. města Prahy v ČR evidováno více než dva tisíce drogově závislých žen v reprodukčním věku (15–44 let). Z toho 1 851 žen užívalo

stimulancia, 546 opiáty, 247 kanabinoidy, 16 tlumivé látky (hypnotika, sedativa), 3 halucinogeny, ostatní byly závislé na jiných návykových látkách (těžké látky apod.). Výjimkou není současný abúzus několika druhů drog nebo kombinace drogové závislosti s nikotinizmem a nadužíváním alkoholu. Gravidita u těchto žen je obvykle nesledovaná, perinatální péče bývá nedostatečná (Stará et al., 2009).

Výzkumy se v této oblasti zaměřují na rozdílný vliv státních sankčních a podpůrných politik v oblasti perinatálního užívání návykových látek a na počty hlášení orgánům ochrany dětí. V zásadě existují dva přístupy: 1) sankční politiky kriminalizující perinatální užívání nelegálních návykových látek nebo definující je jako špatné zacházení s dítětem; 2) podpůrné politiky poskytující těhotným ženám přednostní přístup k programům léčby poruch způsobených užíváním návykových látek. Výzkum provedený v USA v letech 2008–2018 zkoumal vliv sankční i podpůrné léčebné politiky, týkající se užívání nelegálních látek během těhotenství, na míru výskytu abstinčního syndromu novorozence, nízké porodní hmotnosti, nízkého gestačního věku a využívání perinatální péče (Maclean et al., 2022). Novorozenecký abstinční syndrom se vyskytuje u novorozenců matek užívajících opiáty, stimulancia, kanabinoidy nebo jiné návykové látky. Projevuje se řadou příznaků vycházejících z reakce centrálního nervového systému, gastrointestinálního traktu, respiračních i vegetativních poruch (Stará et al., 2009). Bylo zjištěno, že po zavedení nějaké formy sankční politiky došlo k nárůstu evidence počtu novorozeneckého abstinčního syndromu o 10–18 %, neboť zdravotnická zařízení měla povinnost tuto skutečnost hlásit. Tento nárůst byl současně doprovázen mírným snížením množství poskytnuté perinatální zdravotní péče, což může poukazovat na obavy jejího využívání. Stigma a strach z trestu mohou některé těhotné ženy přimět k přerušování užívání nelegálních návykových látek, což by jistě vedlo ke zlepšení zdraví novorozenců. Avšak těhotné ženy, které nejsou ochotny nebo schopny návykové látky přestat užívat, to může odradit od vyhledání perinatální péče, což by opět vedlo ke zhoršení zdravotního stavu novorozenců. Těhotné ženy mohou také nahrazovat nelegální látky legálními (tj. tabákem, alkoholem). Zjištění naznačují, že represivní politiky vedou k velkému nárůstu odůvodněných hlášení o špatném zacházení s kojenci, což může ve státech s těmito politikami vést k většímu zapojení místních sociálních úřadů do systému péče o děti brzy po porodu. Naproti tomu je podpůrná politika spojena se snížením gestačního věku novorozenců a jejich nízké porodní hmotnosti, avšak s nárůstem využívání perinatální péče (Liu & Mumford, 2017; Maclean et al., 2022; Meurk et al., 2014).

Tato zjištění naznačují, že represivní přístupy mohou být spojeny s nezamýšlenými nepříznivými důsledky pro využívání péče v těhotenství. Podpůrné přístupy se jeví pro zlepšení perinatálního zdraví jako účinnější. Případ Ferguson v. City of Charleston v USA (532 U.S. 67 (2001) z roku 2001 ilustruje situaci, kdy Lékařská univerzita v Jižní Karolíně uzavřela dohodu s donucovacími orgány v Charlestonu, podle níž byly těhotné ženy, které měly pozitivní vyšetření moči na kokain, následně zatčeny a obviněny z držení drog, jejich distribuce nezletilému nebo zanedbávání dítěte. Během pětiletého období bylo v rámci tohoto programu zatčeno třicet žen. Soudní dvůr však rozhodl, že v tomto případě screening těhotných žen na užívání kokainu bez jejich souhlasu či pouze v odůvodnitelném případě představuje porušení ochrany práv jednotlivce před neoprávněnými zásahy státu do jejich osobní a domovní svobody. Ačkoli uvedený záměr programu zlepšit prenatální a postnatální péči o závislé matky, včetně léčby závislosti, mohl být ušlechtilý, mohou takováto opatření odradit těhotné závislé ženy nejen od prenatální péče obecně, ale také od léčby závislosti (Maclean et al., 2022; Snyder & Gauthier, 2008).

V České republice se podobné informace o pozitivních testech na návykové látky v těhotenství OSPODu ani orgánům činným v trestním řízení standardně nepředávají. Nicméně lze těmto matkám doporučit některý z dobrovolných programů léčby, a to prostřednictvím lékaře nebo porodní asistentky. V tomto ohledu se lze domnívat, že by pomohla užší spolupráce OSPOD, praktických lékařů pro děti a dorost, gynekologů a porodních asistentek s adiktologickými službami.

Preventivní screening na návykové látky může mít i dobré výsledky, je-li prováděn plošně. Snižuje se tak případné stigma spojené s tímto tématem a vyjadřuje se zájem o zdraví matky a dítěte. Intervence se může v případě problémů poskytnout okamžitě, čímž se sníží pravděpodobnost porodnických a novorozeneckých komplikací. Při záchytu závislosti matky v rámci prenatálního screeningu v těhotenství by měli gynekologové automaticky předávat matku adiktologickým službám, které jsou často dostupné i v nemocnicích. Tyto služby by měly mít doporučené postupy pro prevenci rizikového chování matek s abúzem. Podle výzkumů mohou ženy také považovat otěhotnění za příležitost zbavit se závislosti, ale nevědí, jak a kde si o pomoc říci (Abuse, 1997; Weiner & Larsson, 1987).

V zahraničí existuje řada programů, které jsou schopny problém detekovat ještě před narozením dítěte, odkázat matku do odborné péče a snížit tak rizika ohrožení dítěte po narození. Tato doporučení obsahují jak národní strategické dokumenty, tak dokumenty WHO,

v češtině je možné některé příklady konkrétních spoluprací nalézt v příručce Zaostřeno: „Ženy užívající drogy: otázky, potřeby, řešení, výzvy a význam pro politiku a praxi“, kterou vydal Úřad vlády ČR v roce 2018 (WHO Regional Office for Europe, 2007; 03/18 *Ženy užívající drogy*, b.r.; Lemrova et al., 2021).

Z doporučení experta – adiktologa, osloveného v části výzkumu probíhajícího Delfskou metodou – jasně vyplývá požadavek na zachování anonymity u závislé klientky, a to právě z důvodů obav před možnými represivními kroky ze strany OSPOD: *„Pokud by informace o rodině v krizi, například OSPODu, vedla k tomu, že se rodina dostane pod tlak a namísto koordinované podpory jí bude „vyhrožováno“ odebráním dítěte, zvažuji, zda takový krok vůbec učiním. Znamenalo by to ztrátu navázané důvěry klientů, a tedy naší možnosti, alespoň nějak intervenovat.“* Zde je však namístě diskuze nad nastavením hranice, která určí, kdy jde ještě o dobro závislého klienta (i jeho dítěte) a kdy již se dítě závislého klienta ocitá v důsledku závislosti v ohrožení. Je zřejmé, že stanovení takové hranice si vyžádá důkladnou analýzu situace.

Domácí i zahraniční výzkumy prokázaly, že častými původci zanedbávání nebo týrání dítěte jsou ti, kteří mají obdobnou historickou zkušenost z dětství (Dunovský et al., 1995; Kukla, 2016; Mulder et al., 2018). Je třeba se zaměřit na ochranné faktory, které podporují přerušování mezigeneračního přenosu. Podle Bartletta mají zanedbávané matky výrazně vyšší úroveň rodičovské empatie, pokud měly častý přístup k sociální podpoře. Přibližně 77 % matek, které byly v dětství vystaveny špatnému zacházení, se svými kojenci následně tento cyklus přerušilo (Bartlett & Easterbrooks, 2015). Příčinou rodičovského hrubého jednání k dítěti může být fyzické i verbální násilí mezi rodiči. Domácí násilí se obvykle vyskytuje současně v rodinách, které se potýkají s dalšími problémy, jako zneužívání návykových látek a socioekonomická deprivace. Děti vystavené domácímu násilí se kvalifikují jako týrané, protože žijí v prostředí, jež je pro ně nevyhovující (Devaney, 2008; Holden, 2003).

Domácí násilí jako často zmiňovaný sociální rizikový faktor bývá doprovázeno dalšími faktory rizikovými pro vývoj dětí, jako jsou chudoba, domácnost vedená ženou a nízká úroveň vzdělání primární pečující osoby. Představuje pro dítě zvýšené riziko sexuálního a fyzického zneužívání (Hornor, 2005). Dítě si vzorce chování z původní rodiny přenáší do své nové rodiny (Dunovský et al., 1995), dále může být násilí spouštěčem závislostního chování a má za následek množství zdravotních poruch fyzického i duševního rázu (Bernet & Stein, 1999; Brown et al., 1998). „Je

třeba závislosti či domácí násilí vnímat také jako důsledek například duševních obtíží, vztahových obtíží, neintegrovaného mezigeneračního soužití“ (expert).

Dle oslovených expertů lze u rodin v tíživé životní situaci (VO 3b) předpokládat mnohé důvody, proč pomoc nehledají nebo si o ni nepožádají. Nejčastější je jednoznačně obava, že by byly jejich obtíže zneužity. Tyto obavy ze zapojení služeb na ochranu dětí brání při vyhledávání pomoci i tam, kde je matka vystavena násilí ze strany intimního partnera (Rhodes et al., 2010). Druhým nejčastějším důvodem je obava matek ze ztráty partnera, a to také v případech, že je partner původcem domácího násilí. Důvodem mohou být obavy finančního rázu, strach ze samoty. Násilníci často oběť finančně a sociálně izolují a zanechávají ji tak zcela bez podpůrného systému (Halket et al., 2014).

Tento výsledek koresponduje s výše uvedenými výzkumy, které se týkaly trestních či podpůrných politik, kde obavy ze sankcí ve svém důsledku snižují psychosociální dostupnost podpůrných služeb. V podobných případech je nutno hledat rovnováhu mezi obavami a kontrolními a donucovacími prostředky. Dle jednoho z oslovených expertů je problémem malá nebo žádná vnější podpora rodiny nebo rodiče v nastalé náročné situaci. *„Lidé také velmi často netuší, kam se obrátit, spolu v ruce s velmi špatnou pověstí OSPODu, vnímaného jako nástroj kontroly než pomoci.“*

Rodiny ve složité životní situaci podle vyjádření expertů rovněž velmi často vnímají bariéry ze strany institucí. Jednu z možných příčin nezvládnutí této situace lze hledat v chybějící, nedostatečné či nesrozumitelné komunikaci ze strany lékařů či jiných aktérů, kteří by mohli těmto ženám pomoci a zabránit zanedbávání či usmrcení dítěte (pedagogové, sociální pracovníci, psychologové). Je třeba najít příčiny špatné komunikace na straně odborníků, zaměstnanců jednotlivých institucí, jak potvrdil výzkum Delfskou metodou.

Překážky ale existují i na straně matek. Je třeba zjistit, z čeho nebo jaké mají obavy, které jim brání si o pomoc požádat. V této oblasti není mnoho zdrojů, které se týkají výzkumu v oblasti nestandardních komunikačních situací mezi ženou – matkou s dítětem v době porodu nebo v prvním roce života v obtížné socioekonomické situaci a aktéry ve zdravotnictví či odborníky sociálně právní ochrany dětí. Tyto výzkumy se často týkají spíše problému v dosažitelnosti péče nebo imigrantských skupin obyvatelstva (Arora et al., 2012; Laurenzi et al., 2020; Poon et al., 2021). Nedostatek znalostí, odlišná očekávání a zkušenosti se zdravotnickými službami často brání matkám ve využívání zdravotní péče. Kvůli předchozím vnímaným neuspokojivým zkušenostem, jako jsou například nedostupnost termínů u praktického lékaře na tentýž nebo

následující den, dlouhé čekací doby na pohotovostních odděleních, léčí tyto matky děti častěji samy. Výzkum zmiňuje identifikaci překážek a podporu informovanosti o systému zdravotní péče jako zásadní při vhodném využívání zdravotnických služeb matkami imigrantkami (Akhtar et al., 2022). Výzkum ve venkovském okrese ve Východním Kapsku zkoumal strategie, které těhotné ženy a novopečené matky používají k překonávání překážek v poskytování zdravotní péče a k reakci na ně. Bylo zjištěno, že některé účastnice se rozhodly reagovat na překážky spíše pasivně, tedy pouze vytrvalým dotazováním, případně akceptací neposkytnutí pomoci, jiné se zaměřily na aktivní reakce, měly tendenci využívat k překonání překážek své vzdělání, stávající vztahy a dostupné komunitní zdroje. Přesto většina účastnic popisovala pocity frustrace a sklíčenosti. Ženy se cítily méně motivované k aktivnímu přístupu k péči po opakovaných systémových selháních (Laurenzi et al., 2020). Singapurský výzkum zaměřující se na poskytování péče matkám po porodu a v šestinedělí zjišťoval zkušenosti praktických lékařů s péčí o matky po porodu. Poskytování poporodní péče ze strany lékařů bylo ovlivněno jednak jejich osobními vlastnostmi, ale také předchozími školeními. Jejich profesionální vztah s místními multietnickými a multilingvlními asijskými matkami byl ovlivněn vzájemnou komunikací, jazykovou kompatibilitou a porozuměním místním porodnickým praktikám (Poon et al., 2021).

Experti při výzkumu Delfskou metodou předpokládali při poptávání pomoci matkami tyto bariéry:

U lékařů jde nejčastěji o nedostatek času a ochoty k řešení problémů či diskuzi o nich a obavy matek z jejich přezíravého chování. Problém může být příliš složitý jazyk, kdy pacient nemusí informace sdělované lékařem správně pochopit. Efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem je klíčová při budování jejich terapeutického vztahu, je důležitá pro poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče. Sebelepší komunikační dovednosti však samy o sobě nestačí. Je nezbytné se dále zaměřit na interpersonální dovednosti, zahrnující například sdílené vnímání pocitů týkajících se povahy problému, cílů léčby a psychosociální podpory. Mnoho stížností pacientů na lékaře je způsobeno právě selháním vztahu mezi lékařem a pacientem (Ha & Longnecker, 2010).

Sociální úřad je další institucí, která byla ve výzkumu nejčastěji zmiňována jako ta, kde mohou být ze strany rodin v tísní vnímány bariéry při poptávání pomoci. Nejčastěji šlo o obavu se vůbec k dotazu odhodlat, o problém se složitým „úředním“ jazykem a obavu z osobních

postojů zaměstnanců. Dalším problémem je skutečnost, že instituce, které v oblasti dohledu působí, často nemohou sdílet informace, které by mohly vést k včasnému intenzivnějšímu dohledu a v krajním případě i odpovídajícímu zásahu ze strany dotčených orgánů, včetně možnosti odebrání dítěte. Sociální pracovníci často nejsou informováni o tom, že klient již spolupracuje s jinou sociální službou, a proto postupují nekoordinovaně. Pokud dítě není v ohrožení, mohou být vzájemně informováni o klientovi pouze obecně nebo vůbec. V případě sdílení informací nad povolený rámec hrozí sociálnímu pracovníkovi v krajním případě ukončení služby. Problémem je i případná vzájemná nedůvěra mezi sociálními pracovníky navzájem (Lemrová, Olecká, & Ivanová, 2021; Zdražil, 2016).

Z tohoto výzkumu je zřejmé, že stále existují problémy v systematické ochraně dětí a v oblasti koordinace postupu jednotlivých zainteresovaných aktérů. Také dle Zdraví pro všechny do 21. století (MZČR, 2002) chybí vzájemná informovanost a koordinace postupů různých odborníků a nestátních organizací pro realizaci interdisciplinární spolupráce. Častá je neuspokojivá diskrétnost ve spolupráci mezi pracovníky sociální sféry, policií, školskými pracovníky a zdravotníky při následném přešetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení. Citelně chybí dostatek dobře vyškolených psychologů a psychoterapeutů v této oblasti. O dvanáct let později nový program WHO Zdraví 2020 (MZČR, 2014) znovu uvádí, že souhrnná validní data o násilí na dětech v ČR neexistují. V oblasti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí nadále přetrvávají nedostatky v mezioborové spolupráci mezi lékaři, psychology, policií, oddělení sociálně právní ochrany. „*Provázanější legislativa jednotlivých resortů: zdravotnictví, školství, sociálních věcí, policie, státních zastupitelství (expert).*

Překážky jsou v možnosti a oprávněnosti sdělování citlivých údajů (GDPR): zdravotnictví např. posoudí, že u dítěte nejde o týrání, zanedbávání, tedy dítě není třeba dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí hlásit na OSPOD (pokud ano, je to povinnost zdravotníků). OSPOD je přitom povinen poskytovat dle § 6 zákona o sociálně-právní ochraně dětí pomoc dítěti, u kterého je jen podezření, že by na něm mohl být páchan trestný čin“ (expert).

OSPOD je při své činnosti značně odkázán na vnější podněty. Lékaři a školská zařízení mají zákonnou povinnost podezření na týrání a zanedbávání OSPODu oznámit (Vláda ČR, b.r.-a). Ze sdělovacích prostředků v mediálně známých případech (*Neošetřené zlomeniny a krvavé rány. Babička nevěstné Valerie před 40 lety seděla za týrání syna, 2020; Týrané děti zabíjí i lhostejnost sousedů - iDNES.cz, b.r.*) vyplývá, že veřejnost často mlčí a týrání či zanedbání

dítě nenahlásí. V případě stěhování rodiny není nijak upravena povinnost se hlásit v místě nového bydliště, taková rodina potom „vypadne“ ze systému (Lemrova et al., 2021).

Jelen a kol (Jelen et al., b.r.) na základě výzkumu v Ostravě v letech 2002-2005 uvádějí, že pro včasnější detekci syndromu týrání je nutno soustředit informace o podezření na syndrom CAN od zdravotníků, sociálních pracovníků a učitelů do jednoho registru. Podle četnosti vybraných údajů ukazujících na možnost fenoménu týrání je pak možno ve spolupráci s příslušnými odborníky detailně situaci analyzovat a následně preventivně či represivně včas zakročit proti těm, kteří dítě týrají. Včasné, jednoduché a jednotné hlášení podezření na týrání dítěte a zohlednění opakovaných návštěv různých zdravotnických zařízení povede k detekci většího počtu týraných dětí. Z výzkumu je patrné, že existuje rozdíl v přístupu k problematice hlášení podezření na syndrom CAN. Nejvyšší byla aktivita sociálních pracovníků, vzrůstá zájem pedagogů, velká je také je aktivita policie. Zklamáním pro autory výzkumu byla minimální aktivita zdravotníků. Pediatři a chirurgové, u nichž lze kontakt s problematikou syndromu CAN očekávat nejčastěji, ve výzkumu selhali.

Z uvedené diskuze vyplývá, že intervence k překonání překážek pro zlepšení péče o znevýhodněné je nutné provést na obou stranách, tedy mezi rodinami, ale i mezi poskytovateli zdravotní péče a ochrany dětí.

4.3 Prevence zanedbávání a týrání dětí

Experti v části výzkumu realizované Delfskou metodou vnímají možnosti zlepšení prevence v ochraně dětí před zanedbáváním nebo týráním v několika oblastech:

1. Intenzivní komunikace s rodinami, podpora rodin v odvaze řešit problém.
2. Zvýšení možnosti včasné detekce rizik (například záchyt rizikových těhotných žen).
3. Propojení rodin s problémy s vhodnými poskytovateli péče.
4. Systematická edukace pracovníků, poskytovatelů péče.
5. Zvýšení dostupnosti péče, zkrácení čekacích lhůt u poskytovatelů péče, propojení celé podpůrné sítě.
6. Řešení problémů v oblasti práce s oběťmi: pomalá soudní jednání, traumatizující výsledky dětí, viktimizace dětí, necitlivost úředníků.

7. Zvýšení povědomí o této problematice v celé společnosti, ve všech věkových skupinách, ideálně prostřednictvím sdělovacích prostředků a sociálních sítí. Tyto kampaně by měly být konkrétně cílené na určitou skupinu tak, aby byla zajištěna větší srozumitelnost a efektivita. Veřejné diskuze k dané problematice.
8. Odbourání netečnosti okolí z obav právního dopadu nahlášení.

Existují tři základní typy prevence: primární prevence, sekundární prevence a terciární prevence. Tyto typy prevence se uplatňují v různých oblastech, včetně veřejného zdraví, duševního zdraví, kriminality a zneužívání dětí. Vzájemně se nevyklučují a v praxi se často překrývají. Komplexní přístup, který kombinuje prvky primární, sekundární a terciární prevence, je obvykle nejúčinnější při řešení složitých sociálních problémů, jako je zneužívání dětí (*Framework for Prevention of Child Maltreatment - Child Welfare Information Gateway*, b.r.).

Primární prevence:

Cílem primární prevence je zastavit problémy dříve, než nastanou, a to řešením základních příčin a rizikových faktorů. Zaměřuje se na snižování pravděpodobnosti poškození dítěte. Mezi příklady primární prevence týrání dětí lze uvést:

- Veřejné vzdělávací kampaně zaměřené na zvyšování povědomí o týrání dětí a jeho prevenci.
- Vzdělávací programy pro rodiče na podporu kvalitních rodičovských dovedností a zdravého vývoje dítěte.
- Politiky a programy, které řeší socioekonomické rozdíly a poskytují podporu potřebným rodinám (Carbone, 2020; Dawson & Berry, 2002; UNICEF, 2017).

Sekundární prevence:

Sekundární prevence se zaměřuje na včasné odhalení a intervenci s cílem minimalizovat negativní dopady již vzniklého problému. Jejím cílem je identifikovat ohrožené jedince nebo rodiny a poskytnout jim včasnou podporu a zdroje. Mezi příklady sekundární prevence v oblasti týrání dětí patří například:

- Školení odborníků, aby dokázali včas rozpoznat příznaky zneužívání dětí a vhodně na ně reagovali.
- Zavádění screeningových programů ve zdravotnických zařízeních s cílem identifikovat rodiny, které potřebují podporu.
- Zřízení linek důvěry pro hlášení podezření na zneužívání dětí, poskytování intervencí těmto rodinám (Cant et al., 2022; UNICEF, 2017).

Terciární prevence:

Cílem terciární prevence je minimalizovat dopad a opakování již vzniklých problémů. Zaměřuje se na poskytování podpory, léčby a rehabilitace jednotlivcům a rodinám, kterých se problém týká. Konkrétně jde o tyto možnosti:

- Terapeutické intervence pro osoby, které prožily zneužívání, a jejich rodiny na podporu uzdravení a zotavení.
- Podpůrné skupiny a poradenské služby pro osoby, které zažily zneužívání dětí nebo byly jeho svědky, a jejich dlouhodobá podpora.
- Právní služby pro oběti zneužívání dětí během soudních řízení (Dawson & Berry, 2002; Mulder et al., 2018; WHO Regional Office for Europe, 2007).

Experti současně často ($n = 9$) poukazovali na vlastní obavy z nepodloženého nařčení rodin ze zanedbání nebo týrání dítěte. Nespravedlivé obvinění ze zneužívání dítěte může vyvolat trauma, které může mít dlouhodobý dopad na život rodiny a následnou nedůvěru vůči zdravotnickým službám a úřadům. Tyto obavy ostatně potvrzuje výzkum z roku 2020 zkoumající zkušenosti rodičů, kteří vyhledali zdravotní péči pro své děti a byli zdravotníky obviněni ze syndromu třeseného dítěte nebo úrazu hlavy a byli nahlášeni sociálním službám, podrobena soudním jednáním a následně získali do péče své děti zpět. Účastníci výzkumu shodně uváděli, že osobně zažili neschopnost úřadů přehodnotit situaci a také vyjádřili získanou hlubokou nedůvěru k pediatrické péči (Högberg et al., 2020).

5 Závěr

Z výsledků výzkumu vyplývá zásadní potřeba všech stupňů prevence. Ta by měla být zaměřena na jednotlivé oblasti, které byly identifikovány experty. Včasná detekce rodin s problémy může pomoci předcházet (nebo alespoň minimalizovat následky) zanedbávání a týrání dětí. Odborníci se v části výzkumu prováděné Delfskou metodou shodli, že prostor pro zlepšení je veliký a zahrnuje také intenzivní spolupráci všech zúčastněných aktérů a celé společnosti.

V rámci jednotlivých profesí lze uvažovat o několika oblastech:

Závislosti:

Podle výše zmíněných výzkumů jsou závislosti nejen příčinou zdravotních rizik pro plod, ale také častým důvodem zanedbání nebo týrání dětí. Za tímto účelem by bylo možné zavést plošné screeningové programy na návykové látky u těhotných žen. Ačkoli je takové opatření ekonomicky nákladné, v dlouhodobém horizontu by právě včasný záchyt závislých matek pomohl snižovat škody závislostmi způsobené. Dle výzkumů se plošným opatřením snižuje riziko stigmatizace závislých žen z obav, že jsou testovány cíleně. V současnosti se takový screening neprovádí. Screening by mohl odhalit případy, ve kterých závislost není na první pohled zřejmá. V případě pozitivního záchytu by měl být zajištěn dostatek času na pohovor se ženou s vysvětlením důležitosti abstinence v těhotenství a v následném rodičovství. Motivovat ženu k vlastnímu správnému rozhodnutí vyžaduje dostatečně proškolené lékaře a zdravotníky, ale také dostatek času pro podobné situace. Expert v oboru gynekologie v Delfské metodě při rozhovoru konstatoval, že existence doporučeného postupu v případě záchytu těhotné závislé ženy by významně pomohla při péči o tuto skupinu. Zde je podstatné zmínit, že závislé těhotné podle názoru experta častěji žádají umělé přerušování těhotenství nebo se na preventivní prohlídky v těhotenství vůbec nedostavují a lékaře navštíví až v případě komplikací nebo v době porodu. Doporučený postup by také měl obsahovat seznam organizací, které tuto pomoc poskytují. Vhodné by bylo doporučení na svépomocné skupiny a mít možnost předat ženu adiktologovi. *„Matky nechodí v těhotenství na prohlídky ... neměli bychom už v této době chránit nenarozené děti? Víme, že existuje vyloženě škodlivé chování těhotných (návykové látky, spánková deprivace, přílišná fyzická námaha, práce v nevhodných podmínkách, špatná výživa, hygiena, bydlení, nedocházení na prohlídky, neužívání léků a mnoho dalšího, ale nikdo to neřeší, dokud se chudák dítě nějak nenarodí)“ (expert).*

Úloha porodních asistentek

V oblasti gynekologie a porodnictví je nezbytné zmínit úlohu porodních asistentek. Porodní asistentka je uznávána jako profesionál v oblasti porodní asistence. Ženám poskytuje potřebnou podporu, péči a poradenství během těhotenství, porodu a v poporodním období, vede porod a pečuje o novorozence a kojence. Tato péče zahrnuje podporu porodu, odhalování komplikací u matky a dítěte, přístup k péči o dítě a jeho zdraví, přístup k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provádění nouzových opatření. Porodní asistentka má důležitý úkol v oblasti zdravotního poradenství a výchovy, a to nejen pro ženu, ale také v rámci rodiny a komunity. Tato práce by měla zahrnovat předporodní výchovu a přípravu na rodičovství a může se týkat i zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péče o děti (Midwives, b.r.). *„Porodní asistentky mohou působit v rámci edukace sexuální výchovy a reprodukčního zdraví již od narození až po senium. Mohou tedy edukovat žáky, studenty ve školních zařízeních. Z vlastní zkušenosti víme, že to tak ale vždy není – často tato problematika není ve školách vůbec zmiňována nebo se jí zabývá někdo, kdo na to není dostatečně vzdělaný a erudovaný“* (expert).

V Belgii právní rámec upravuje autonomní praxi porodní asistentky pro zdravé ženy a novorozence během těhotenství, porodu a poporodního období (zákon z 22. dubna 2019). Porodní asistentka zjišťuje psychosociální rizika již u těhotných žen a dále po porodu. Informuje specifické rizikové skupiny o rizikových faktorech ovlivňujících plod. Má důležitou roli při pomoci vytváření vazeb mezi matkou a dítětem. Vzhledem k častému kontaktu je schopna detekovat sociální rizikové faktory a včas zasáhnout, čímž minimalizuje hrozby pro dítě. V případě podezření matku a dítě neprodleně odkazuje na lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka (Goemaes et al., 2020; voor de Vroedvrouwen, 2015).

V Německu proběhly studie zaměřené na detailní popis psychosociálně a zdravotně ohrožené rodiny a „portfolio“ péče, kterou jim poskytují tzv. rodinné porodní asistentky. Cílem jejich odborné péče je podpora a ochrana fyzického a emocionálního zdraví dětí, které se narodily do psychosociálně a zdravotně ohrožených rodin. Nabízejí nízkoprahovou péči tím, že průběžně navštěvují rodiny v závislosti na jejich potřebách od těhotenství až do prvních narozenin dítěte. Podporují co nejlepší zdravotní stav dítěte a rodiny jako celku. O jejich péči mohou požádat rodiny či zdravotní instituce a orgány péče o dítě prostřednictvím multidisciplinární spolupráce s dalšími odborníky ze zdravotnictví a sociální oblasti. Porodní asistentky usilují o zlepšení nejen přístupu k preventivním opatřením, ale i jejich využívání.

Z výzkumu vyplývá, že pokud mají rodiny k rodinné porodní asistentce přístup včas a její návštěvy doma jsou pravidelné, mohou tím být potenciálně posíleny mateřské kompetence v péči o dítě a ve vztahu k němu. Průměrná délka péče delší než 6 měsíců zlepšila mateřskou péči o dítě. Oceňován byl snadný kontakt s rodinnými porodními asistentkami prostřednictvím textových zpráv a mobilního telefonu. Matky upřednostňovaly, aby péče rodinných porodních asistentek začala již v těhotenství, nikoliv až po porodu. Tyto matky dle jejich vyjádření zažívaly méně kontroly či paternalismu ze strany zdravotnického systému a péči rodinných porodních asistentek považovaly za podporu. Naopak skeptické tendence vůči rodinným porodním asistentkám byly častější u rodin, které měly špatnou zkušenost se sociálními úřady (Ayerle et al., 2012).

Řada studií dochází k závěru, že praxe porodní asistentky je spojena s efektivnějším využíváním zdrojů. Dle systematického review v Cochrane databázi je rovněž žádoucí, aby péči v těhotenství a po porodu poskytovala kontinuálně jedna a tatáž osoba. Většina zahrnutých studií uváděla vyšší míru spokojenosti rodiček v modelech kontinuální péče vedené porodní asistentkou. Stejně tak byl zaznamenán trend úspory nákladů ve srovnání s ostatními modely péče (Sandall et al., 2016).

Porodní asistentky při svých návštěvách v rodinách získají přehled o průběžné péči o dítě, čímž mohou pomáhat dětským lékařům v jejich průběžném povědomí o situaci dítěte, případně o rizikových situacích. Stejnou roli by mohly vykonávat dětské sestry. Ke stejným závěrům dospěla Ivanová a kol. (Ivanová et al., 2018) ve svém výzkumu o zdravotní gramotnosti matek, kde jedna z expertek domácí návštěvy porodních asistentek nebo dětských sester považovala za dobrou praxi.

V České republice je v případě indikace lékařem možnost uskutečnit navíc 3 návštěvy porodní asistentky u matky během šestinedělí. Tato péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění (*Detail - Zdravotní výkony*, b.r.). Aktuálně probíhá spor o možnost rozšíření péče pro všechny rodičky. Stanovisko České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana E. Purkyně k odborné péči porodních asistentek se vymezuje vůči předepisování těchto návštěv. Na toto stanovisko reaguje Česká komora porodních asistentek právě poukázáním na ekonomickou stránku, ale hlavně na prospěšnost této péče pro ženy. Dle otevřeného dopisu je taková péče zásadní nejen po stránce fyzické, ale i v oblasti psychiky (*Otevřený dopis ke stanovisku ČGPS ČLS JEP - Česká komora porodních asistentek, z.s., b.r.*).

Metodická opatření

Jako dobrý počín na poli ochrany dětí se jeví nové metodické opatření, které je od roku 2022 dostupné na webu Ministerstva zdravotnictví ČR (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Metodické opatření Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě velmi přehledně shrnuje dosavadní poznatky týkající se zanedbávání a týrání dětí. Jde o více než šedesátistránkový dokument, v němž jsou velmi detailně popsána rizika a symptomy zanedbávání a týrání dětí. Zápisy do zdravotnické dokumentace jsou vnímány jako důležité pro případné forenzní posuzování nebo jako podpora pro OSPOD či policii.

Dokument je psán s přímým apelem (včetně občasného použití vokativu a rozkazovacího způsobu) na praktické lékaře pro děti a dorost jako na ty, kdo mají největší možnosti odhalit, a to zvláště u nejmenších dětí, symptomy svědčící o zanedbávání nebo týrání. Metodický pokyn je doplněn mnoha ilustrativními kazuistikami. Dokument navrhuje možné komunikační strategie jak s dětmi, tak s jejich rodiči. Součástí jsou přiložené dokumenty, které pomohou lékaři při praktické aplikaci opatření, pokud zjistí podezření na zanedbání nebo týrání dítěte (přehledně zpracovaná infografika, formuláře na trestní oznámení, formulář záznamu o zranění, kontakty na regionální odborníky). V dokumentu je zmíněna zásadní role praktických lékařů pro děti a dorost při včasné detekci rizik, vedoucích k zanedbání či týrání dítěte v rodině. Jejich role spočívá jednak v oblasti prevence (edukace rodičů, informace o správném vývoji dítěte, prevence rizikového chování), ale také v oblasti včasného zachytu dítěte, které se s problémy již potýká. Součástí (nejen) preventivních prohlídek by měl být rozhovor s dítětem o rodině, škole, zálibách. Dokument pracuje nejen s fyzickým týráním a sexuálním zneužíváním, ale také s psychickým týráním.

Nejtěžším úkolem pediatra je dle dokumentu správné a včasné rozhodnutí a následné oznámení této skutečnosti pověřeným orgánům. Hlavními úkoly praktického lékaře pro děti a dorost jsou (a dokument je detailně rozpracovává):

1. Odhalení následků fyzického týrání;
2. Pořízení záznamu o nálezů a pořízení fotodokumentace;
3. Obezřetnost;
4. Splnění oznamovací povinnosti.

Metodické opatření uzavírá výčet nejčastějších situací a případných dotazů, které se při poskytování péče mohou vyskytnout, včetně uvedení právního rámce jednání lékaře při

podezření na zanedbání nebo týrání dítěte. Následuje seznam organizací, které se ochranou dětí zabývají. Ty jsou stručně popsány, jsou uvedeny oblasti, ve kterých péči poskytují, a také jejich kontaktní informace (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Podle dokumentu *„je vhodné, aby PLDD byli v pravidelném kontaktu s OSPOD a měli možnost s pracovníky OSPOD konzultovat jednotlivé případy podezření na týrání či zneužívání dítěte. Je rovněž vhodné, aby se PLDD účastnili případových konferencí pořádaných OSPOD. Na případových konferencích se projednává aktuální situace konkrétního dítěte a snahou je zhodnotit názory a doporučení jednotlivých spolupracujících odborníků“*

Praktický lékař pro děti a dorost může také konzultovat právní aspekty oznamovací povinnosti na Rychlé lince právní pomoci, kterou zřídila pro své členy Česká lékařská komora (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Výzkumy a přehledy trestných činů na dětech a význam soudního lékařství

Zanedbání a týrání dítěte je trestným činem stejně jako nepřekažení nebo neoznámení takového podezření zodpovědným orgánům (*Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, b.r.*). *„Dalším problémem je postup orgánů činných v trestním řízení – pomalý, zdlouhavý – je nutno vše prokázat, podezřelý, popř. obviněný má právo na obhájce, co není jednoznačně prokázáno, svědčí ve prospěch podezřelého, popř. obviněného. Za trestné činy na dětech jsou dosti nízké trestní sazby = malý nebo žádný „odstrašující“ příklad pro ostatní potenciální pachatele...“ (expert).*

Ve statistikách Ministerstva spravedlnosti jsou počty odsouzených osob za týrání svěřené osoby evidovány souhrnně, mohou v nich tak být zahrnuty i jiné oběti než nezletilé. V České republice se ve veřejně dostupných statistikách neevidují odsouzení v souvislosti s věkem obětí a ani na základě dotazu na Ministerstvo spravedlnosti nelze toto zjistit, neboť se tato skutečnost zřejmě nesleduje ani interně. Kontrolní mechanismus efektivity konkrétních zákonů je tak ztížen tím, že neexistují dostatečně podrobné statistiky, které by evidovaly trestné činy podrobně diferencované pro jednotlivé věkové skupiny obětí. Stejně nedostatky v evidenci se objevují i v jiných státech, například na Slovensku nebo v Rakousku (Olecká et al., b.r.). Americké ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb každoročně publikuje zprávu, která obsahuje rozdělení smrtelného týrání podle jeho typu. Zpráva ale neposkytuje srovnání charakteristik dítěte, rodiny a pachatele podle typu týrání (Damashek et al., 2013; Mulder et

al., 2018). Výzkumy v této oblasti by mohly napomoci ke zmapování aktuální situace a zpřesnění preventivních opatření.

Důležitými aktéry jsou také soudní lékaři, jejichž správné určení příčiny smrti je nezbytné. Dle výsledků výzkumu lze usuzovat, že k poddiagnostikování násilí jako příčiny smrti může docházet i v České republice. *„Jedná se o složitou oblast medicíny, kdy vzniká spousta nespecifických úrazových změn, jejichž interpretace není jednoduchá, a průkaz, že jsou způsobeny druhou osobou, nemusí být vždy možný“ (expert).*

Interdisciplinární spolupráce a úloha sociálního okolí

Z hlediska prevence je nejučinnějším nástrojem ochrany dětí včasná identifikace potenciálně týraných či zanedbávaných dětí a následné včasné zahájení sociální práce s rodinou za interdisciplinární spolupráce různých aktérů. *„Velmi citlivé téma, které společnost podvědomě potlačuje, osvěta může napomoci prevenci, za spolupráce institucí napříč odbornostmi.“ (expert).* Mezi tyto aktéry patří lékaři, zdravotníci, sociální pracovníci, psychologové, právníci a další odborníci, kteří se zabývají touto oblastí. Jejich spolupráce je pro ochranu dětí nezbytná stejně jako k vytvoření takového klimatu ve společnosti, které nebude projevy násilí tolerovat. Za tímto účelem je nezbytné zvýšit povědomí společnosti o problematice zanedbávání a týrání dětí, ale také zvýšit zájem jednotlivců takové chování netolerovat. Přehlížení problematických jevů brání efektivní pomoci dětem. Kvalitní legislativa musí být doprovázena překonáním lhostejnosti a sociální slepoty.

Práce pomocí tří typů výzkumu ukázala možnosti zabránění zanedbání a týrání dětí do jednoho roku věku, a jako zásadní specifikovala tyto oblasti: řešení problematiky závislosti, úloha porodních asistentek, metodická opatření, výzkumy a přehledy trestných činů na dětech a význam soudního lékařství, interdisciplinární spolupráce a úloha sociálního okolí. V těchto oblastech jsou nezbytná preventivní opatření, další výzkumy, rozvíjení této tematiky a vzdělávání u všech aktérů. V rámci pregraduální výuky lékařů a zdravotníků jsou kazuistiky a zjištění z tohoto výzkumu prezentovány studentům s cílem zvýšit jejich vnímavost k diskutovanému sociálně-patologickému jevu a zvýšit tím jejich kompetence a znalosti při řešení podobných situací.

Abstrakt

Dětství je jednou ze zásadních determinant zdraví. Dle UNICEF se v roce 2020 narodilo téměř 140 miliónů dětí. Jejich šance dožít se dospělosti je napříč světem rozdílná. Velkým celosvětovým problémem je špatné zacházení s dětmi, které má závažný dopad na fyzické a duševní zdraví, pohodu a vývoj po celou dobu jejich života, a tím i na celou společnost. Děti po celém světě ve všech sociálních vrstvách jsou vystavovány týrání či zanedbávání, odhaduje se, že celosvětově je každoročně jedno ze dvou dětí ve věku 2–17 let vystaveno nějaké formě násilí.

Cílem disertační práce je zjistit, jaké jsou možnosti prevence zanedbání a týrání dětí do jednoho roku života.

Smíšený výzkum probíhal ve třech fázích, jako mixed – method design. Validita dat je ověřována metodologickou triangulací (studium dokumentů a Delfská metoda).

V první fázi výzkumu byly analyzovány pitevní spisy dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně do jednoho roku života a pitvaných na jednom ze čtyř pracovišť soudního lékařství (Brno, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava), v letech 2007–2016.

Výzkum zahrnuje 261 subjektů (dětí zemřelých náhle, neočekávaně nebo násilně do jednoho roku věku) a zkoumá základní charakteristiky v době jejich smrti: věk, pohlaví, čas a roční období smrti, věk matky. Ve druhé fázi výzkumu extrahovány případy, ve kterých bylo dítě během svého života vystaveno hostilnímu jednání ($n = 46$), jež však nemuselo být vždy příčinou smrti. Násilí, jako bezprostřední příčina smrti bylo uvedeno u třiceti případů. Z těchto případů je vybráno sedm kazuistik, které popisují rodinu dítěte, průběh jeho života a okolnosti smrti, pitevní nález, a jmenují aktéry z institucí (případně i veřejnosti), kteří o zanedbávání nebo týrání věděli nebo vědět měli. Kazuistiky byly zpracovány formou časových os a životních drah. Byla stanovena zdravotně sociální rizika vedoucí k týrání a zanedbávání dětí. Byly stanoveny otázky pro dotazník, určený expertům.

Poslední fáze výzkumu zjišťuje názory expertů na možnosti prevence hostilního jednání. Z výsledků výzkumu vyplývá zásadní potřeba všech stupňů prevence, experti specifikovali tyto oblasti: závislosti, úloha porodních asistentek, metodická opatření, výzkumy a přehledy trestných činů na dětech a význam soudního lékařství, interdisciplinární spolupráce a úloha sociálního okolí.

Experti se shodli, že včasná detekce rodin s problémy může pomoci předcházet (nebo alespoň minimalizovat následky) zanedbávání a týrání dětí. Prostor pro zlepšení zahrnuje také intenzivní spolupráci všech zúčastněných aktérů i celé společnosti.

Pro včasnější detekci syndromu týrání by bylo ideální informace o podezření na syndrom CAN od zdravotníků, sociálních pracovníků a učitelů sloučit do jednoho registru. Podle četnosti vybraných údajů ukazujících na možnost fenoménu týrání je pak možno ve spolupráci s příslušnými odborníky detailně situaci analyzovat a následně preventivně či represivně včas zakročit proti těm, kteří dítě týrají.

Klíčová slova: dítě, zanedbávání, týrání, rizikové faktory, prevence, instituce

Abstract

Childhood is one of the fundamental determinants of health. According to UNICEF, almost 140 million children were born in 2020. Their chances of reaching adulthood vary across the world. Child maltreatment is a major global problem that has a serious impact on the physical and mental health, well-being, and development of children throughout their lives, and thus on the society as a whole. Children around the world in all social strata are exposed to abuse or neglect; it is estimated that globally one in two children aged 2-17 are exposed to some form of violence each year.

The aim of the thesis is to determine what are the possibilities of preventing neglect and abuse of children under one year of age.

The mixed research took place in three phases, as a mixed-method design. The validity of the data is verified by methodological triangulation (study of documents and the Delphi method). In the first phase of the research, the autopsy files of children who died suddenly, unexpectedly or violently within one year of life and were autopsied at one of the four forensic medical centers (Brno, Hradec Králové, Olomouc, Ostrava) between the years 2007–2016 were analyzed.

The research includes 261 subjects (children who died suddenly, unexpectedly or violently under one year of age) and examines basic characteristics at the time of their death: age, gender, time and season of death, age of the mother. In the second phase of the research, cases were selected in which the child was exposed to hostile behavior during its life (n = 46), which, however, did not always have to be the cause of death. Violence as the immediate cause of death was mentioned in thirty cases. Seven case studies were selected from these cases, which describe the child's family, the course of its life and the circumstances of its death, the autopsy findings, and name the actors from institutions (or the public) who knew or should have known about the neglect or abuse. The case reports were processed in the form of timelines and life paths.

Health and social risks leading to abuse and neglect of children were determined. The questions for a questionnaire, intended for experts, were stated.

The last phase of the research identifies the opinions of experts on the possibilities of preventing hostile behavior. The results of the research show the essential need for all levels of prevention, the experts specified the following areas: addictions, the role of midwives,

methodological measures, research and overviews of crimes against children and the importance of forensic medicine, interdisciplinary cooperation, and the role of the social environment.

Experts agreed that early detection of troubled families can help prevent (or at least minimize the consequences of) child neglect and abuse. The room for improvement also includes the intensive cooperation of all the actors involved as well as the entire society.

For earlier detection of maltreatment syndrome, it would be ideal to merge information about suspected CAN syndrome from health professionals, social workers, and teachers into one register. According to the frequency of selected data indicating the possibility of the phenomenon of abuse, it is then possible to analyze the situation in detail in cooperation with the relevant experts and then take preventive or repressive measures in time against those who abuse children.

Key words: child, neglect, abuse, risk factors, prevention, institutions

Soupis bibliografie

1. 03/18 Ženy užívající drogy: Otázky, potřeby, řešení, výzvy a význam pro politiku a praxi. (b.r.). Získáno 18. únor 2022, z <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2018-zaostreno/03-2018-zeny-uzivajici-drogy/>
2. 117/1852 Ř. z. - Beck-online. (b.r.). Získáno 22. březen 2023, z <https://www.beck-online.cz/bo/chapterview-document.seam?documentId=onrf6mjyguzf6mjrg4wta>
3. Abuse, S. (1997). *Screening for substance abuse during pregnancy: Improving care, improving health*.
4. Akhtar, S. S., Heydon, S., & Norris, P. (2022). Access to the healthcare system: Experiences and perspectives of Pakistani immigrant mothers in New Zealand. *Journal of Migration and Health, 5*, 100077.
5. AKP ČR. (b.r.). Získáno 11. květen 2023, z <https://www.akpcr.cz/>
6. Amemiya, A., & Fujiwara, T. (2016). Association between maternal intimate partner violence victimization during pregnancy and maternal abusive behavior towards infants at 4 months of age in Japan. *Child Abuse & Neglect, 55*, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.008>
7. Analýza obsahová – Sociologická encyklopedie. (b.r.). Získáno 24. duben 2023, z https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Anal%C3%BDza_obsahov%C3%A1
8. Ariès, P. (2014). *Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime (L')*. Média Diffusion.
9. Arimoto, A., & Tadaka, E. (2021). Developing and validating a new scale to assess signs of neglect of infants and caregivers. *Journal of interpersonal violence, 36*(19–20), 8960–8983.
10. Arora, A., Liu, M. N., Chan, R., & Schwarz, E. (2012). 'English leaflets are not meant for me': A qualitative approach to explore oral health literacy in Chinese mothers in Southwestern Sydney, Australia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 40*(6), 532–541.
11. Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current epidemiology reports, 7*, 334–342.
12. Ayerle, G. M., Makowsky, K., & Schücking, B. A. (2012). Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: Continuous care by qualified family midwives. *Midwifery, 28*(4), e529–e537.
13. Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2015). The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child abuse & neglect, 45*, 21–34.
14. Bartlett, J. D., Raskin, M., Kotake, C., Nearing, K. D., & Easterbrooks, M. A. (2014). An ecological analysis of infant neglect by adolescent mothers. *Child abuse & neglect, 38*(4), 723–734.
15. Benedictová, R. (1999). Kulturní vzorce. *Argo, Praha*.
16. Bergman, M. M. (2011). The good, the bad, and the ugly in mixed methods research and design. In *Journal of mixed methods research* (Roč. 5, Číslo 4, s. 271–275). Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
17. Bernet, C. Z., & Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression and anxiety, 9*(4), 169–174.

18. Borse, N., & Sleet, D. A. (2009). CDC Childhood Injury Report: Patterns of Unintentional Injuries Among 0-to 19-Year Olds in the United States, 2000-2006. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*.
19. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 22(11), 1065–1078.
20. Browne, K. D., Hamilton-Giachritsis, C. E., & Vettor, S. (2007). Preventing Child Maltreatment in Europe: A Public Health Approach. Policy Briefing. *World Health Organization: Violence and Injury Prevention Programme. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe*.
21. Buek, K. W., & Mandell, D. J. (2023). Perinatal health profiles associated with removal from the home and subsequent child protective services report in maltreated infants. *Child maltreatment*, 10775595221150232.
22. Bůžek, A. (2011). Století dítěte a práva dítěte. *Sdružení zastánců dětských práv ČR*, 1–9.
23. Byard, R. W. (2018). *Sudden infant death syndrome: Definitions*.
24. Byard, R. W., Shipstone, R. A., & Young, J. (2019). Continuing major inconsistencies in the classification of unexpected infant deaths. *Journal of forensic and legal medicine*, 64, 20–22.
25. Cant, R. L., Harries, M., & Chamarette, C. (2022). Using a Public Health Approach to Prevent Child Sexual Abuse by Targeting Those at Risk of Harming Children. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 1–20.
26. Carbone, S. (2020). *Evidence review: The primary prevention of mental health conditions*.
27. Clever Prototypes. (b.r.). *Maker Šablony Časových řad Sekvence Událostí Tvůrce Časové osy*. Storyboard That. Získáno 17. duben 2023, z <https://www.storyboardthat.com/cs/articles/e/%C4%8Dasov%C3%A1-osa-maker>
28. Crume, T. L., DiGiuseppi, C., Byers, T., Sirotnak, A. P., & Garrett, C. J. (2002). Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990–1998. *Pediatrics*, 110(2), e18–e18.
29. Český statistický úřad. (2020). *Obyvatelstvo*. Český statistický úřad. https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide
30. ČR NZIP. (b.r.). *Adiktolog | NZIP*. NZIP.cz. Získáno 11. květen 2023, z <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1293>
31. Damashek, A., Nelson, M. M., & Bonner, B. L. (2013). Fatal child maltreatment: Characteristics of deaths from physical abuse versus neglect. *Child abuse & neglect*, 37(10), 735–744.
32. Dawson, K., & Berry, M. (2002). Engaging families in child welfare services: An evidence-based approach to best practice. *Child welfare*, 293–317.
33. *Definice porodní asistentky – ČSPA*. (b.r.). Získáno 19. květen 2023, z <https://www.porodniasistentky.info/index.php/predsednictvo-cspa/definice-porodni-asistentky/>
34. *Deklarace práv dítěte*. (b.r.). Získáno 22. březen 2023, z <https://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid-560>
35. *Demografický informační portál Porodnost*. (b.r.). Získáno 9. květen 2023, z http://www.demografie.info/?cz_porodnost=

36. *Detail—Zdravotní výkony*. (b.r.). Získáno 21. květen 2023, z <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06211>
37. Devaney, J. (2008). Chronic child abuse and domestic violence: Children and families with long-term and complex needs. *Child & Family Social Work, 13*(4), 443–453.
38. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect, 25*(12), 1627–1640.
39. Dunovský, J., Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada.
40. *Framework for Prevention of Child Maltreatment—Child Welfare Information Gateway*. (b.r.). Získáno 10. květen 2023, z <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/overview/framework/>
41. Fujiwara, T., Yamaoka, Y., & Morisaki, N. (2016). Self-Reported Prevalence and Risk Factors for Shaking and Smothering Among Mothers of 4-Month-Old Infants in Japan. *Journal of Epidemiology, 26*(1), 4–13. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20140216>
42. Giddens, A. (2000). Unikající svět. *Praha: Sociologické nakladatelství, 978–8085850918*.
43. *Global status report on violence against children 2020*. (b.r.). Získáno 21. únor 2022, z <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
44. Goemaes, R., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2020). Sustaining the quality of midwifery practice in Belgium: Challenges and opportunities for advanced midwife practitioners. *Midwifery, 89*, 102792.
45. Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner Journal, 10*(1), 38–43.
46. Haastrup, M. B., Pottegård, A., & Damkier, P. (2014). Alcohol and breastfeeding. *Basic & clinical pharmacology & toxicology, 114*(2), 168–173.
47. Halket, M. M., Gormley, K., Mello, N., Rosenthal, L., & Mirkin, M. P. (2014). Stay with or leave the abuser? The effects of domestic violence victim's decision on attributions made by young adults. *Journal of Family Violence, 29*, 35–49.
48. *Health risks—Alcohol consumption—OECD Data*. (b.r.). TheOECD. Získáno 18. leden 2022, z <http://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
49. *Health status—Infant mortality rates—OECD Data*. (b.r.). TheOECD. Získáno 2. květen 2023, z <http://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>
50. Högberg, U., Eriksson, G., Högberg, G., & Wahlberg, Å. (2020). Parents' experiences of seeking health care and encountering allegations of shaken baby syndrome: A qualitative study. *PLoS one, 15*(2), e0228911.
51. Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review, 6*, 151–160.
52. Holley, R. P. (2009). Applications of social research methods to questions in information and library science. *portal: Libraries and the Academy, 9*(4), 517–518.

53. Hornor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 206–212.
54. *Charta OSN - OSN Česká Republika*. (b.r.). Získáno 31. březem 2023, z <https://osn.cz/osn/charta-osn/>
55. Chrastina, J. (2019). *Případová studie–metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study–a method of qualitative research strategy and research design*. Palacký University Olomouc.
56. Iannuzzi, K. (2014). *Nazi Euthanasia and Action T4: Effects on the Ethical Treatment of Individuals with Disabilities*.
57. *Infant mortality*. (b.r.). Získáno 9. květen 2023, z <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/infant-mortality>
58. IVANOVÁ, K. (2006). Životní styl jako sociální determinanta zdraví. *Obhájená rigorózní práce. Katedra sociologie, Filozofická fakulta UK v Praze. Rok obhajoby*.
59. Ivanová, K., & Olecká, I. (2020). Kumulativní efekt sociálních rizikových faktorů u kojenců zemřelých udušením. *Czecho-Slovak Pediatrics/Cesko-Slovenska Pediatrie*, 75(8).
60. Ivanová, K., Olecká, I., Vencová, B., & Juríčková, L. (2018). Health literacy of mothers in the first year of motherhood–Expert interpretation map. *Kontakt*, 20(4), e333–e339.
61. Jalongo, M. R. (2006). The story of Mary Ellen Wilson: Tracing the origins of child protection in America. *Early Childhood Education Journal*, 34, 1–4.
62. Jelen, S., Novotný, Z., & Holčáková, M. (b.r.). Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v ostravském regionu. *Úrazová chirurgie*, 14(2), 56–59.
63. Johnson-Motoyama, M., Putnam-Hornstein, E., Dettlaff, A. J., Zhao, K., Finno-Velasquez, M., & Needell, B. (2015). Disparities in reported and substantiated infant maltreatment by maternal Hispanic origin and nativity: A birth cohort study. *Maternal and child health journal*, 19, 958–968.
64. Jones, S. C., & Telenta, J. (2012). What influences Australian women to not drink alcohol during pregnancy? *Australian journal of primary health*, 18(1), 68–73.
65. Kim, K.-E., Choi, J.-H., & Kim, Y. H. (2014). Effect of Infant Health Problem, Mother's Depression and Marital Relationship on Infant Abuse in Korea: Mediating Pathway of Marital Relationship. *Asian Nursing Research*, 8(2), 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.05.001>
66. Kim, S., Choe, S.-A., & Cho, S.-I. (2021). Harmful alcohol use among mothers of under-five child: Findings from the Panel Study on Korean Children. *BMC women's health*, 21(1), 1–7.
67. Knapp, J. F. (1998). The impact of children witnessing violence. *Pediatric Clinics of North America*, 45(2), 355–364.
68. Kukla. (2016). *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Grada Publishing as.
69. Lane, W. G. (2014). Prevention of child maltreatment. *Pediatric Clinics*, 61(5), 873–888.
70. Laurenzi, C. A., Skeen, S., Coetzee, B. J., Gordon, S., Notholi, V., & Tomlinson, M. (2020). How do pregnant women and new mothers navigate and respond to challenges in accessing health care? Perspectives from rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 258, 113100.

71. Leach, C. E. A., Blair, P. S., Fleming, P. J., Smith, I. J., Ward-Platt, M., Berry, P. J., BCH, F., & Golding, J. (1999). Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. *Pediatrics*, *104*, e43-53.
72. Lemrová, A., & Ivanová, K. (2022). Důstojnost dítěte ve zdraví i v nemoci: Od historie do současnosti. In Ptáček Radek & Bartůněk Petr, *Důstojnost v medicíně* (s. 400). Grada Publishing a.s.
73. Lemrová, A., Ivanová, K., & Janoušková, K. (2018). Ztracené životní šance: Problémy institucionální prevence hostility vůči dětem do 5 let. *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Paralely divergencie.
74. Lemrová, A., Ivanová, K., & Olecká, I. (2017). Je tíživá životní situace motivem pro vraždu dítěte. *Kontexty sociálních deviací (sborník z konference sekce sociální patologie)*, 180–187.
75. Lemrová, A., Olecká, I., Hladíková, E., & Ivanová, K. (2021). Anonymous Births: A Conflict of Three Rights—Which Prevails? *Social Pathology and Prevention*, *7*(2).
76. Lemrová, A., Olecká, I., & Ivanová, K. (2021). Children's violent deaths in families at risk—Is there any possibility of prevention? *Kontakt*, *23*(4), 297–304. <https://doi.org/10.32725/kont.2021.029>
77. Lemrova, A., Olecka, I., & Ivanova, K. (2021). Nasilna umrti deti v rodinach s rizikovým chovaním—Existuje možnosť prevencie? *Kontakt*. <https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-000000-0739.php>
78. Lévi-Strauss, C. (1999). *Rasa a dějiny*. Atlantis.
79. Liu, W., & Mumford, E. A. (2017). Concurrent Trajectories of Female Drinking and Smoking Behaviors Throughout Transitions to Pregnancy and Early Parenthood. *Prevention Science*, *18*(4), 416–427. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0780-6>
80. MacDorman, M. F., Mathews, T. J., Mohangoo, A. D., & Zeitlin, J. (2014). *International comparisons of infant mortality and related factors: United States and Europe, 2010*.
81. Maclean, J. C., Witman, A., Durrance, C. P., Atkins, D. N., & Meinhofer, A. (2022). Prenatal Substance Use Policies And Infant Maltreatment Reports: Study examines prenatal substance use policies and infant maltreatment reports. *Health Affairs*, *41*(5), 703–712.
82. Mahajan, V. (1976). The delphi method: Techniques and applications. *JMR, Journal of Marketing Research (Pre-1986)*, *13*(000003), 317.
83. Máchová, J. (1970). *Spor o rodinu*. MF.
84. Maříková, H. (2000). Proměny současné české rodiny. *Slon, Praha*.
85. Matoušek, O., & Hadinec, M. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Sociologické nakladatelství.
86. Meadow, R. (1990). Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *The Journal of Pediatrics*, *117*(3), 351–357.
87. Meadow, R. (1999). Unnatural sudden infant death. *Archives of disease in childhood*, *80*(1), 7–14.
88. Meurk, C. S., Broom, A., Adams, J., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy: Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 1–9.

89. Midwives, I. C. of. (b.r.). *ICM Definitions* (<https://www.internationalmidwives.org/>) [Text/html]. ICM; International Confederation of Midwives. Získáno 19. květen 2023, z <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
90. Ministerstvo zdravotnictví. (2022, září 12). Metodické opatření Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN). *Ministerstvo zdravotnictví*. <https://www.mzcr.cz/metodicke-opatreni-postup-prakticky-lekaru-pro-deti-a-dorost-pri-podezreni-na-tyrane-zneuzivane-a-zanedbavane-dite-syndrom-can/>
91. Možný, I. (1990). *Moderní rodina: Mýty a skutečnosti* (Vyd. 1). Blok.
92. Možný, I., & Jiránek, V. (2008). *Rodina a společnost*. <http://www.medvik.cz/link/MED00178667>
93. MPSV, *Statistiky*. (b.r.). Získáno 12. červen 2023, z <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>
94. Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G.-J. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*, 77, 198–210.
95. MZČR. (2002). *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR-Zdraví pro všechny v 21. Století*.
96. Nardinelli, C. (1980). Child labor and the factory acts. *The Journal of Economic History*, 40(4), 739–755.
97. Nejvyšší soud, 2010. (b.r.). *Stanovisko Nejvyššího soudu ze dne 08.12.2010, sp. Zn. Cpjn 202/2010, ECLI:CZ:NS:2010:CPJN.202.2010.1*. Nejvyšší soud. Získáno 5. červen 2023, z <https://sbirka.nsoud.cz/sbirka/6383/>
98. *Neošetřené zlomeniny a krvavé rány. Babička nezvěstné Valerie před 40 lety seděla za týraní syna.* (2020, květen 11). iROZHLAS. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/sona-kvasnickova-rozsudky-soud-tyrani-deti-valerie_2005110600_dok
99. Nešpor, K. (2018). *Alkohol a jiné návykové látky u žen-Identifikace a časná intervence.*[online][cit. 2019-06-19].
100. NKČR. (2017, květen 18). *Právník – notář – advokát: Kdo je kdo a co pro vás může udělat?* https://www.nkcr.cz/vasi-notari/detail/239_382-pravnik-notar-advokat-kdo-je-kdo-a-co-pro-vas-muze-udelat
101. Nový, L. (2013). Životní dráha jako objekt empirických šetření. *Životní dráha jako sociologický problém*, 35–77.
102. Olecká, I. (2018). *Sociální rizikové faktory matek dětí zemřelých náhle, neočekávaně a násilně do jednoho roku života [Social Risk Factors of Mothers of Children Up to One Year of Age Who Died Suddenly, Unexpectedly and Violently]*. Dissertation. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.
103. Olecká, I., Dobiáš, M., Lemrová, A., Ivanová, K., Fürst, T., Krajsa, J., & Handlos, P. (2022). Indeterminacy of the Diagnosis of Sudden Infant Death Syndrome Leading to Problems with the Validity of Data. *Diagnostics*, 12(7), 1512. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12071512>
104. Olecká, I., Dobříková, P., Lemrová, A., & Scheitel, R. (b.r.). *The Legislative Framework for the Protection of Children and a Comparison of the Czech, Slovak and Austrian Concepts*.
105. Olecká, I., & Lemrová, A. (2019). The Pitfalls of Diagnosing Sudden Infant Death Syndrome: Case Studies. *GRANT*, 81.

106. Olecká, I., & Lemrová, A. (2022). Alcohol abuse as a non-standard situation in the care of women in the preconception period, during pregnancy, during childbirth, and in the puerperium from the mother point of view: A challenge for health literacy education. *ICERI2022 Proceedings*, 8537–8541.
107. Olecká, I., Přecechtěl, P., & Skarupská, H. (2019). Abúzus alkoholu pečujících osob jako rizikový faktor smrti dětí do pěti let: Limity statistických přehledů kriminality. *Sociální Pedagogika*, 7(1).
108. Ornduff, S. R., Kelsey, R. M., & O'Leary, K. D. (2001). Childhood physical abuse, personality, and adult relationship violence: A model of vulnerability to victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 322–331.
109. *Otevřený dopis ke stanovisku ČGPS ČLS JEP - Česká komora porodních asistentek, z.s.* (b.r.). Získáno 21. květen 2023, z <https://www.ckpa.cz/rodice/informace-pro-rodice/literatura/8-ckpa/446-otevreny-dopis-ke-stanovisku-cgps-clj-jep.html>
110. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Pub. L. No. Zákon č. 372/2011 Sb., <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
111. Pavlík, Z. (2005). *Mnohojazyčný demografický slovník: Český svazek* (Roč. 15). Česká demografická společnost.
112. Poon, Z., Lee, E. C. W., Ang, L. P., & Tan, N. C. (2021). Experiences of primary care physicians managing postpartum care: A qualitative research study. *BMC Family Practice*, 22(1), 1–12.
113. Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatr. praxi*, 1, 29–32.
114. Preslová, I. (2012). Dopady alkoholismu rodičů na děti. *Dostupné z <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rodice-jsouzavisli/dopady-alkoholismu-rodicu-na-deti.shtml>*.
115. Ptáček, R., & Bartůněk, P. (Ed.). (2020). *Naděje v medicíně* (1. vydání). Grada.
116. Rabušic, L. (2001). *Kde ty všechny děti jsou?* Slon.
117. Raitasalo, K., Holmila, M., Jääskeläinen, M., & Santalahti, P. (2019). The effect of the severity of parental alcohol abuse on mental and behavioural disorders in children. *European child & adolescent psychiatry*, 28(7), 913–922.
118. REPORTIN, R. (b.r.). *US Department of Health & Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau*.
119. Rhodes, K. V., Cerulli, C., Dichter, M. E., Kothari, C. L., & Barg, F. K. (2010). "I didn't want to put them through that": The influence of children on victim decision-making in intimate partner violence cases. *Journal of Family Violence*, 25, 485–493.
120. *Rodička a novorozenec 2016—2021*. (b.r.).
121. Romeo, L., Cavelzani, A., Gorio, C., & Brazzoduro, V. (2019). *P312 Detecting infant maltreatments at the Emergency of a Children's Hospital*. BMJ Publishing Group Ltd.
122. Roubíček, V. (1997). *Úvod do demografie*. Codex Bohemia.

123. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD004667.
124. Shanahan, M. E., Runyan, D. K., Martin, S. L., & Kotch, J. B. (2017). The within poverty differences in the occurrence of physical neglect. *Children and youth services review*, 75, 1–6.
125. Shapiro-Mendoza, C. K., Kim, S. Y., Chu, S. Y., Kahn, E., & Anderson, R. N. (2010). Using death certificates to characterize sudden infant death syndrome (SIDS): Opportunities and limitations. *The Journal of Pediatrics*, 156(1), 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.07.017>
126. Schölin, L., Hughes, K., Bellis, M. A., Eriksson, C., & Porcellato, L. (2018). Exploring practices and perceptions of alcohol use during pregnancy in England and Sweden through a cross-cultural lens. *European Journal of Public Health*, 28(3), 533–537. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx208>
127. Singly, F. de. (1999). *Sociologie současné rodiny* (Vyd. 1). Portál.
128. Slack, K. S., Berger, L. M., DuMont, K., Yang, M.-Y., Kim, B., Ehrhard-Dietzel, S., & Holl, J. L. (2011). Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1354–1363.
129. Slaný, J., & Kováčová, M. (2021). *Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte* (E. Mydlíková, Ed.). Portál.
130. Snyder, J. E., & Gauthier, C. C. (2008). *Evidence-based medical ethics: Cases for practice-based learning*. Springer Science & Business Media.
131. Sobotková, I. (2003). *Psychologie rodiny: Třetí vydání*. PORTÁL sro.
132. Sontate, K. V., Mohamed, N., Mohamed, R. M. P., Shaikh, M. F., Kamal, H., & Kumar, J. (2021). Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. *Frontiers in psychology*, 12, 699726–699726.
133. Sovinová, H., Csémy, L., & Kernová, V. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let*. Státní zdravotní ústav.
134. Sovová, O., & Mázlová, M. (b.r.). Sociálně-právní otázky babyboxů. 24. *CELOSTÁTNÍ*, 81.
135. *Speciální pedagog (etoped) | Šance Dětem*. (b.r.). Získáno 11. květen 2023, z <https://sancedetem.cz/slovník/specialni-pedagog-etoped>
136. Stanton, J., & Simpson, A. (2001). Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective. *Archives of Disease in Childhood*, 85(6), 454–459. PubMed. <https://doi.org/10.1136/adc.85.6.454>
137. Stará, V., Lesná, P., Fencl, F., & Bláhová, K. (2009). Abstinenční syndrom novorozence a kojence a jeho léčba. *Pediatric pro praxi*, 6, 382–384.
138. Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 14(1), 13–29.
139. Šlamberová, R. (2012). Drugs in pregnancy: The effects on mother and her progeny. *Physiological research*, 61.
140. Šlamberová, R., & Charousová, P. (2008). Metamfetamin–droga těhotných závislých žen. *Československá fyziologie*, 57(1), 15–23.

141. Špeciánová, Š. (2007). *Sociálně-právní ochrana dětí*. Vzdělávací Institut ochrany dětí.
142. Štefan, J., & Hladík, J. (2012). *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Grada.
143. Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2006). A general typology of research designs featuring mixed methods. *Research in the Schools*, 13(1), 12–28.
144. *The State of the World's Children 2021 Statistical Tables*. (b.r.). UNICEF DATA. Získáno 21. únor 2022, z <https://data.unicef.org/resources/dataset/the-state-of-the-worlds-children-2021-statistical-tables/>
145. *Týrané děti zabíjí i lhostejnost sousedů—IDNES.cz*. (b.r.). Získáno 5. červen 2023, z https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/tyrane-deti-zabiji-i-lhostejnost-sousedu.A040713_203511_domaci_fri
146. *Úmluva o právech dítěte | Vláda ČR*. (b.r.). Získáno 31. březen 2023, z <https://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-o-pravech-ditete-42656/>
147. UNICEF. (2017). *Preventing and Responding to Violence Against Children and Adolescents. Theory of Change*. Nueva York: UNICEF.
148. van der Wulp, N. Y., Hoving, C., & de Vries, H. (2013). A qualitative investigation of alcohol use advice during pregnancy: Experiences of Dutch midwives, pregnant women and their partners. *Midwifery*, 29(11), e89–e98. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.014>
149. Van Horne, B. S., Moffitt, K. B., Canfield, M. A., Case, A. P., Greeley, C. S., Morgan, R., & Mitchell, L. E. (2015). Maltreatment of children under age 2 with specific birth defects: A population-based study. *Pediatrics*, 136(6), e1504–e1512.
150. Vévodová Šárka. (2015). *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*.
151. Vial-Dumas, M. (2014). Parents, children, and law: Patria Potestas and emancipation in the Christian Mediterranean during Late Antiquity and the Early Middle Ages. *Journal of Family History*, 39(4), 307–329.
152. *Victorian Child Labor and the Conditions They Worked In*. (b.r.). Získáno 22. březen 2023, z <https://victorianchildren.org/victorian-child-labor/>
153. Vláda ČR. (b.r.-a). 359/1999 Sb. *Zákon o sociálně právní ochraně dětí*. Získáno 31. březen 2023, z <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=359&r=1999>
154. Vláda ČR. (b.r.-b). *Zákon 66/1986 Sb. O umělém přerušení těhotenství úplně a aktuální znění*. ASPI. Získáno 5. květen 2023, z <https://www.aspi.cz/products/lawText/1/37130/1/2>
155. voor de Vroedvrouwen, F. R. (2015). Het beroeps-en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw. *Geraadpleegd op*, 13.
156. *Výroční zprávy | Dětský domov*. (b.r.). Získáno 5. duben 2023, z <https://www.ddolomouc.cz/vyrocnizpravy>
157. Weiner, L., & Larsson, G. (1987). Clinical prevention of fetal alcohol effects—A reality. Evidence for the effectiveness of intervention. *Alcohol health and research world-National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*.

158. WHO Regional Office for Europe. (2007). *Preventing Child Maltreatment in Europe: A Public Health Approach*. WHO.
159. Wildemuth, B. M. (2016). *Applications of social research methods to questions in information and library science*. Abc-Clio.
160. Wilkinson, R., & Marmot, M. (2005). *Sociální determinanty zdraví–Fakta a souvislosti [Social Determinants in Health–Facts and Connections]*. Kostelec nad Černými lesy: Institute of Health Policy and Economics.
161. Wilson, L. A., MacLeod, N., & Humphrey, L. T. (2008). Morphometric criteria for sexing juvenile human skeletons using the ilium. *Journal of Forensic Sciences*, 53(2), 269–278.
162. *World Bank Open Data*. (b.r.). World Bank Open Data. Získáno 9. květen 2023, z <https://data.worldbank.org>
163. Wu, S. S., Ma, C.-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child abuse & neglect*, 28(12), 1253–1264.
164. *Zákon 89/2012 Sb. - Občanský zákoník úplné a aktuální znění | ASPI*. (b.r.). Získáno 31. březen 2023, z <https://www.aspi.cz/products/lawText/1/74907/1/2/zakon-c-89-2012-sb-obcansky-zakonik>
165. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. (b.r.). Získáno 31. březen 2023, z https://eagri.cz/public/web/mze/legislativa/pravni-predpisy-mze/tematicky-prehled/Legislativa-ostatni_uplna-zneni_zakon-2009-40.html
166. *Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky (eAGRI)*. (b.r.). Získáno 11. květen 2023, z https://eagri.cz/public/web/mze/legislativa/ostatni/Legislativa-ostatni_uplna-zneni_zakon-2008-273.html
167. Zdraví 2020: Evropská zdravotní politika. (2013, prosinec 11). *Ministerstvo zdravotnictví*. <https://www.mzcr.cz/zdravi-2020-evropska-zdravotni-politika/>
168. *Zdravotnická ročenka ČR*. (2019).
169. Zdražil, J. (2016). Potřeby klientů OSPOD Otrokovice, Terénní služby pro rodiny s dětmi a Nového domova Otrokovice v roce 2016. *Výzkumná sonda Otrokovice: Komunitní plánování sociálních služeb.[online][cit. 2019-06-02]*. Available from: otrokovice.cz/assets/File.ashx.
170. Zelenko, M., Lock, J., Kraemer, H. C., & Steiner, H. (2000). Perinatal complications and child abuse in a poverty sample. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 939–950.
171. Zhou, Y., Hallisey, E. J., & Freymann, G. R. (2006). Identifying perinatal risk factors for infant maltreatment: An ecological approach. *International Journal of Health Geographics*, 5(1), 1–11.

Seznam zkratk

CAN	Child Abuse and Neglect Syndrom
DD	Vychovatel v dětském domově
GDPR	General Data Protection Regulation
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dítěte
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
POA	Porodní asistentka
SES	Socioekonomický status
SIDS	Sudden Infant Death syndrom
BR	Brno: pracoviště soudní lékařství
HK	Hradec Králové: pracoviště soudní lékařství
OL	Olomouc: pracoviště soudní lékařství
OVA	Ostrava: pracoviště soudní lékařství

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tabulka 1 Ukazatele plodnosti podle pořadí dítěte	10
Graf 2 Vývoj počtu živě narozených podle věku matky v ČR.....	11
Graf 3 Vývoj počtu potratů na 1.000 žen ve věku 15–49 let.....	12
Tabulka 3 Rodičky podle věku a návykových látek užívaných v těhotenství (rok 2021)	22
Tabulka 3 Možná nenásilná vysvětlení úrazů.....	28
Obrázek 1 Sociálně-ekologický model dle Austin et al.....	32
Tabulka 4 Rešeršní strategie: nalezené zdroje	38
Tabulka 5 Typ provedené pitvy podle pracoviště.....	48
Graf 4 Pohlaví zemřelých dětí	49
Tabulka 6 Věk dítěte v době úmrtí	49
Graf 5 Četnost úmrtí podle věku dítěte	50
Graf 6 Roční období úmrtí.....	51
Graf 7 Čas úmrtí (po 4 hodinách)	51
Tabulka 7 Věk matky v době úmrtí dítěte	52
Graf 8 Rozložení věku matky v době úmrtí dítěte.....	52
Graf 9 Počet soudních pitev na jednotlivých pracovištích: hostilní jednání	53
Graf 10 Počet soudních pitev v jednotlivých letech: hostilní jednání	54
Graf 11 Počet pitev v jednotlivých letech na pracovištích: hostilní jednání	54
Tabulka 8 Násilí jako příčina smrti, počty.....	55
Tabulka 9 Násilí jako příčina smrti, podle pracovišť.....	56
Graf 12 Příčina smrti podle pracoviště: hostilní jednání	57
Graf 13 Pohlaví zemřelých dětí: hostilní jednání.....	57
Tabulka 10 Věk dítěte v době úmrtí: hostilní jednání	58
Graf 14 Četnost úmrtí podle věku dítěte: hostilní jednání.....	58
Graf 15 Roční období úmrtí: hostilní jednání	59
Graf 16 Čas úmrtí (po 4 hodinách): hostilní jednání	60
Tabulka 11 Věk matky: hostilní jednání	60
Tabulka 12 Vliv sociálních faktorů na výskyt hostilního jednání	63
Tabulka 13 Seznam aktérů informovaných o situaci dítěte	75
Tabulka 14 Počet a profese oslovených expertů.....	76
Graf 17 Nejčastější příčina složité životní situace	77
Graf 18 Nejčastější příčina týrání či zanedbávání dětí v rodinách	78
Graf 19 Největší bariéry ze strany rodiny při hledání pomoci ve složité životní situaci.....	79
Tabulka 15 Předpokládané překážky ze strany rodiny při hledání pomoci u institucí.....	80
Graf 20 Nedostatky při ochraně dětí v rámci výkonu povolání.....	81
Graf 21 Dostatečnost stávající právní úpravy při ochraně dětí.....	82
Graf 22 Existence oficiálního písemného postupu v dané profesi	84
Graf 23 Vlastní setkání s problematikou zanedbávání či týrání	85
Graf 24 Jednání expertů při podezření na zanedbání či týrání dítěte.....	86
Tabulka 16 Výsledky – druhé kolo Delfské metody.....	87

Přílohy

Seznam příloh:

1. Stanovisko Etické komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci
2. Informovaný souhlas vědeckých a výzkumných pracovníků
3. Sběr dat soudní pracoviště (Záznamový arch pitevního protokolu)
4. Dotazníky Delfská metoda

Příloha č.1 : Stanovisko Etické komise



FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc předseda: doc.MUDr. Vladko Horčíčka, CSc., tel: 588 442477, e-mail: vladko.horcicka@fnol.cz tajemnice tel., fax 588442477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

Opinion of the Ethics Committee

Číslo jednací/Reference number: 52/18

Název KH/Full Title of Clinical Trial: Retrospektivní analýza úmrtnosti zemřelých dětí do 5 let náhle, neočekávaně a násilně

Žadatel/Applicant: Mgr. Adéla Lemrová, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 30.4.2018 Datum jednání EK /Date of Ethics Committee 's session: 14.5.2018

Vyjádření EK/ Ethics Committee 's opinion:

EK vydala souhlasné stanovisko / EC issues favourable opinion

EK vzala na vědomí / Taken into account

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and Where or from where supervision is performed:

Místo hodnocení/ zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Mgr. Adéla Lemrová, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc, I.P.Pavlova 185/6, 77900 Olomouc		EK FNOL

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Zádst o projednání výzkumného projektu	a	a		
Sylabus projektu		a	a	a
Informovaný souhlas	8	a	a	a
POKYNY PRO SBĚR DAT	a	a		
Strukturovaný životopis hlavního řešitele	a	a		
Souhlas vedoucího pracoviště s prováděním výzkumu	a	a		

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was

established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal


regulations:

Ano/Yes Ne/No



Datum/Date: 14.5.2018
 Rozdělovník/Distribution list:
 -Zadavatel
 -EK
 -Řešitel

doc.MUDr. Vladko Horčíčka, CSc.
 předseda EK FNOL a LF UP
 Chairman of the EC FNOL and LF UP

 CGMWÜTTEE
 the University Hospital
 at the Faculty
 Medicine
 Palacky University in

1/1

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc předseda: doc. MUDr. Vladko Horčíčka, CSc., tel: 588 442 477, e-mail:vladko.horcicka@fno/.cz tajemnice tel., fax: 588 442 477, e-mail:iveta.sudo/ska@fno/.cz

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members: 2018-05-14

Jméno a příjmení First name and surname	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialism	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasov al Voted
			Ano Yes	No		Ano Yes	Ne No	
Doc.MUDr. Vladko Horčíčka, CSc.		internista/ internist			předseda/ chairman			
Doc.MUDr. Jiřina Za letalová, Ph.D.	Z/F	pediatr/ pediatrics			1. místopředseda/ I. vice-chairman			
MUDr.Jindřiška Burešová	ZIF	neurolog/ neurolo ist			2.místopředseda/ 2. vice-chairman			

Prof.MUDr. Jaroslav Jezdinsk , CSc.		farmakolog/ harmacolo ist		člen/ member		
JUDr.Zora Krejčí	ž/F	Právnik-advokát/ lawyer-attorney		člen/ member		
MUDr.Libor Kvapil		praktický lékař/ ractitioner		člen/ member		
Doc.MUDr. Pavel Maňák, CSc.		traumatolog/ traumatolo ist		člen/ member		
Doc. Dr. Rudolf Smahel, Th.D.		theolog/ theologist		člen/ member		
Anna Holá	ZIF	zdravotní sestra/ nurse		člen/ member		
MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.	ZIF	gynekolog/ naecolo ist	C]	člen/ member		
PharmDr. Tomáš Anděl, Ph.D.		Farmakolog / harmacolo ist		člen/member		
Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.	ZIF	Psychiatr / s chiatrist		člen/member		
Doc. MUDr. et Mgr. Jiří Minařík, Ph.D.	MIM	hematoonkolog/ hematooncolo		člen/member		
Iveta Sudolská	ž/F	Tajemnice / secretar		člen/member		
Věra Bartlová	Z/F	Sekretářka / secreta		člen/member		

(pozn: Zaměstnanec zřizovatele EK] Employee of EC appointing authority)

doc. MUDr. Vladko Horčíčka, CSc., v.r.

Chairperson of the

EC

za správnost:

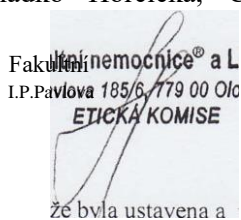
Iveta Sudolská

Olomouc

tajemnice EK

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes Ne/NO



Příloha č. 2: Informovaný souhlas vědeckých a výzkumných pracovníků:

Já, níže podepsaný, stvrzuji svým podpisem, že zachovám mlčenlivost o všech identifikačních údajích, které by bylo možno zjistit při vědecké práci s pitevními protokoly v rámci projektu Interní grantové agentury UP číslo IGA_LF_2018_023 „Retrospektivní analýza úmrtnosti zemřelých dětí do 5 let náhle, neočekávaně a násilně“. Veškeré údaje jsou a budou použity pouze k naplnění Usnesení vlády č. 1046/2002, k vědecké publikační činnosti, k projektové činnosti a k výukové činnosti, přičemž nebudou zveřejňovány žádné údaje, které by mohly konkrétně poškodit jakoukoliv osobu.

Při poučení jsem byl seznámen/a se zněním Zákona 372/2011 o zdravotních službách, konkrétně s § 65(3), který uvádí, že „Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka **nebo jiného odborného pracovníka** a zdravotničtí pracovníci uvedení v § 46 odst. 2 **mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky**; to neplatí, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal“ a § 66 (5), který uvádí, že „**Osoby uvedené v § 65 odst. 2 písm. b) až n) jsou povinny před nahlédnutím do zdravotnické dokumentace prokázat svou totožnost průkazem totožnosti** nebo jiným dokladem obsahujícím fotografii a příslušnost ke správnému orgánu nebo instituci nebo předložit písemné pověření. Jde-li o osoby uvedené v § 65 odst. 1, použije se obdobně § 41 odst. 3 a 4.“

Jsem si vědom/a, že podle § 66 (6) bude „Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení jejích výpisů nebo kopií podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, s výjimkou nahlédnutí podle § 65 odst. 2 písm. a) a odst. 3, se do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi zaznamená. Podle věty první se postupuje obdobně, jestliže byly oprávněnému subjektu poskytnuty podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů bez souhlasu pacienta údaje nebo jiné informace vztahující se k osobě pacienta.“

Jsem obeznámen/a s povinností provádět výzkum jen s vědomím nebo za přítomnosti hlavního řešitele projektu (Mgr. Adéla Lemrová), která má výslovné svolení s nahlížením do pitevních protokolů od přednosty Ústavu soudního lékařství a medicínského práva Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice v Olomouci zde dne 4. 4. 2018. Jsem si zejména vědom/a, že zkoumané dokumenty (pítevní protokoly) mohou být analyzovány pouze na pracovišti Ústavu soudního lékařství a medicínského práva LF UP a FN v Olomouci a nesmějí být vynášeny mimo pracoviště.

Dne:.....

Jméno:.....

Personální zařazení na Lékařské fakultě UP v Olomouci:

.....

Podpis:

.....

Příloha č. 3: Záznamový arch pitevního protokolu

Číslo protokolu		
Místo sběru dat		
Charakteristický znak případu		
Pitvu provedl(a)		
Protokol zpracoval(a)/ Datum zpracování záznamu		
Mrtvě narozené dítě	ANO NE	Neuvedeno
Pohlaví	ŽENA MUŽ	Neuvedeno
Datum narození		
Datum a čas úmrtí		
Provedená pitva	SOUDNÍ ZDRAVOTNÍ	
Úmrtí nastalo	1. DOMA 2. VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE 3. V JINÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ 4. NA ULICI, VEŘEJNÉM MÍSTĚ 5. PŘI PŘEVOZU DO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ 6. V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 7. JINDE, KDE: 8. NEZJIŠTĚNO Neuvedeno	

POUZE Z LISTU O PROHLÍDCE ZEMŘELÉHO	
Nemoc (stav), která(ý) přímo vedl(a) ke smrti dle lékaře ohledávajícího tělo	
Jiné, poznámky - dle lékaře ohledávajícího tělo	
Jedná se o (typ smrti) - dle lékaře ohledávajícího tělo	1. PŘIROZENOU SMRT 2. NEHODU 3. SEBEVRAŽDU 4. VRAŽDU 5. ÚMRTÍ VE VÁLCE 6. ŠETŘENÍ NEJSOU UKONČENA 7. NEZJIŠTĚNO Neuvedeno
DLE LÉKAŘE KONAJÍCÍHO PITVU	
Nemoc (stav), která(ý) přímo vedl(a) ke smrti A	
Nemoci, stavy, které vedly k příčině B	
Nemoci, stavy, které vedly k příčině C	
Nemoci, stavy, které vedly k příčině D	
Jiné závažné stavy nebo změny, které přispěly ke smrti, ale nevztahují se k nemoci nebo stavu, který smrt způsobil	
Jedná se o (typ smrti) - dle lékaře konajícího pitvu	1. PŘIROZENOU SMRT 2. NEHODU 3. SEBEVRAŽDU 4. VRAŽDU 5. ÚMRTÍ VE VÁLCE 6. ŠETŘENÍ NEJSOU UKONČENA 7. NEZJIŠTĚNO Neuvedeno
Bezprostřední příčina smrti	
Vrozené vývojové vady	
Úrazové změny	
Předpoklad hostilního jednání	

Trestní oznámení (v souvislosti se smrtí dítěte)	
Byla smrt odvratitelná a za jakých okolností?	
Alkohol množství (dítě i rodiče)	
Toxikologie (dítě i rodiče)	
Mechanismus smrti vč. kódu MKN - dle lékaře konajícího pitvu Závěry znaleckého posudku Jiné	

INFORMACE O RODIČÍCH

	datum narození	vzdělání, zaměstnání	samoživitel (ano/ne)
Matka			
Otec			

Společná domácnost OBOU biologických rodičů (ano/ne)	
Počet vyživovaných dětí v domácnosti	
Poznámky	
Národnost	

Sociální rizikové faktory	ANO/NE	poznámka
nezájem o dítě		
nepřivolání včasné pomoci		
dítě bez dozoru		
s matkou v posteli		

poloha na břicho		
kojení		
utajené těhotenství		
drogy a alkohol		
kouření		
Špatný psychický stav matky		
problematické rodinné prostředí (hádky, násilí)		
Návštěvy sociálky		
Kontaktován OSPOD		
nízké SES		
azylový dům		
bezdomovectví		
špatné hygienické podmínky		
Preventivní prohlídky v těhotenství		
Prohlídky u pediatra		
Očkování		
Nízká zdravotní gramotnost matky		
Plánovaná vražda		
Poskytovali rodiče resuscitaci?		

KVALITATIVNÍ POPIS ŽIVOTNÍHO PŘÍBĚHU MATKY A OKOLNOSTÍ KOLEM SMRTI DÍTĚTE

Podrobný popis podmínek, ve kterých matka s dítětem žila (bytové, ekonomické, sociální, počet dětí v rodině, vzdělání...) **v tabulce neuvedené**

1. Popis situace a okolností bezprostředně předcházející smrti dítěte
2. Jiné: ostatní informace relevantní pro zodpovězení výzkumných otázek – např. chování a reakce matky, reakce okolí, komentáře policie a lékaře...

SEZNAM DOKUMENTŮ

1.	List o prohlídce zemřelého	
2.	Průvodní list k pitvě	
3.	Nálezová část – pitva, předběžná zpráva o pitvě	
4.	Fotodokumentace	
5.	Nákres těla, hlavy	
6.	Laboratoř + toxikologie	
7.	Poznámkový blok	
8.	Znalecký posudek soudního lékaře	
9.	Dokumenty pohřeb	
10.	Záznam o výjezdu ZZS	
11.	Výpověď lékaře ZZS, pediatra, gynekologa apod.	
12.	Hlášení o narození, zpráva o novorozenci	
13.	Lékařské zprávy	
14.	Opatření a žádosti PČR	
15.	Záznam o zahájení úkonů v trestním řízení	
16.	Úřední záznam policie - všechny	
17.	Výpovědi svědků, podezřelých (PČR)	
18.	Rozsudek	
19.	Popis z místa činu	
20.	Transplantace	
21.	Znalecké posudky ostatní	
22.	Doklad, že není kontraindikace k očkování	
23.	Dotazník PLDD	
24.		
25.		
29.		
30.		
31.		
32.		

Příloha č. 4: Dotazníky Delfská metoda

Delfská metoda – 1. kolo

Vážená kolegyně, vážený kolego,

v souvislosti s probíhajícím výzkumem LF UPOL „**Řešení nestandardních situací při péči o ženu v prekoncepčním období a v těhotenství, matku a dítě při porodu a v šestinedělí: kolize diskurzů**“ a mou disertační prací si Vás dovoluji požádat o expertní spolupráci.

Výzkum se zabývá mimo jiné možnostmi a limity ochrany zdraví a života dětí 5 let. Navazuji tímto na výzkum, kterého jsem se zúčastnila v letech 2017 a 2018 se na LF UPOL a který byl zaměřen na náhlá, neočekávaná či násilná úmrtí dětí do 5 let věku. Ze spisů soudně-lékařských pracovišť ve 4 krajích ČR byly extrahovány případy násilně zemřelých dětí v letech 2007–2016. Výsledky tohoto výzkumu vedly k hlubšímu zájmu o tuto problematiku, kterou zpracovávám ve své doktorské práci.

Z výzkumu je přiložena ilustrativní kazuistika.

Dle dokumentů Zdraví 21 (Vláda ČR, 2002) a následně Zdraví 2020 (Vláda ČR, 2014) mezi sociálně patologické příčiny ve vztahu ke kojenecké a dětské úmrtnosti patří:

1. nedostatky v hlášení PLDD při podezření na násilí páchaném na dětech,
2. vzájemná neinformovanost a koordinace postupů,
3. nediskrétnost ve spolupráci mezi pracovníky sociální sféry, policií, školskými pracovníky a zdravotníky při přeshetřování skutečností orgány činnými v trestním řízení.

V případě podezření na týrání dítěte je stanovena oznamovací povinnost pro státní orgány, školy, školská a zdravotnická zařízení.

Cílem dotazníku je:

1. identifikovat bariéry při poptání pomoci či hledání informací na straně matek (rodin).
2. identifikovat bariéry či limity u institucionálních aktérů při poskytování ochrany dětí v rodinách ve složité životní situaci

Výzkum je realizován Delfskou metodou, která spočívá v tom, že skupina expertů vytváří odhady a prognózy nezávisle na sobě.

V prvním kole Vás prosím o laskavé zodpovězení otázek v dotazníku. Na konci dotazníku bude prostor k zapsání jakýchkoli postřehů k dané problematice, které nebyly v dotazníku postiženy, které pokládáte za důležité. Odpovědi expertů budou následně vyhodnoceny.

Ve druhém kole budete obesláni s výstupy vyhodnocení odpovědí jednotlivých expertů z prvního kola. Budete případně dále upozorněni na zajímavé či sporné problémy, a budete se k nim moci vyjádřit. Současně budete požádáni o vyjádření, zda problémy hodnotíte jako důležité (na Likertově škále) a naléhavé (na Likertově škále), bude Vám umožněno znovu se podívat a případně revidovat své odpovědi.

Poté proběhne analýza Vašich odpovědí a budou Vám představeny výsledky. V případě extrémních odpovědí můžete být požádáni o dovysvětlení.

Vaše odpovědi jsou anonymní, označení je pouze profesí.

Moje profese:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praktický lékař pro děti a dorost | <input type="checkbox"/> Gynekolog, porodník |
| <input type="checkbox"/> Sociální pracovník | <input type="checkbox"/> Porodní asistentka |
| <input type="checkbox"/> Učitel | <input type="checkbox"/> Právník |
| <input type="checkbox"/> Soudní lékař (forenzní patolog) | <input type="checkbox"/> Psycholog |
| <input type="checkbox"/> PČR | <input type="checkbox"/> Psychiatr |
| <input type="checkbox"/> Adiktolog | <input type="checkbox"/> Jiná..... |

Kazuistika ze soudně-lékařského spisu

Příčina smrti: téměř 5letý velmi drobný chlapec s výrazným poškozením zubů zmírá na ARO v nemocnici v důsledku masivního otoku mozku, subdurálního krvácení a nitrolebního poranění. Na chlapci jsou patrná čerstvá zranění i zranění staršího data. Ze závěrů lékařů v nemocnici i soudně-lékařského znaleckého posudku jde jednoznačně o hostilní jednání – hematomy po celém těle, několik pólů působení tupého násilí: hlava (zranění nad uchem, rozseknutá brada), hýždě, dolní končetiny. Poranění hlavy způsobilo tupé násilí střední až vyšší intenzity, z více směrů, na různé části hlavy v rozmezí dnů až týdnů. K úmrtí vedla poranění maximálního stáří 3 dnů.

Rodina: chlapec žije s 28letou matkou, 29letým otčím a 4měsíční sestrou (biologickou dcerou otčím) ve starém domku, který si rodiče svépomocí opravují. Z fotografií ze spisu je patrný velký nepořádek v domě i v okolí, který není vysvětlitelný pouze rekonstrukcí. O matce nejsou, vyjma věku, ve spisu žádné informace. Otčím je řidič. Biologický otec chlapce prý matku kdysi zbil, po rozchodu začala žít se současným partnerem. Původní rodina byla pod dohledem OSPOD, bližší detaily nejsou známy.

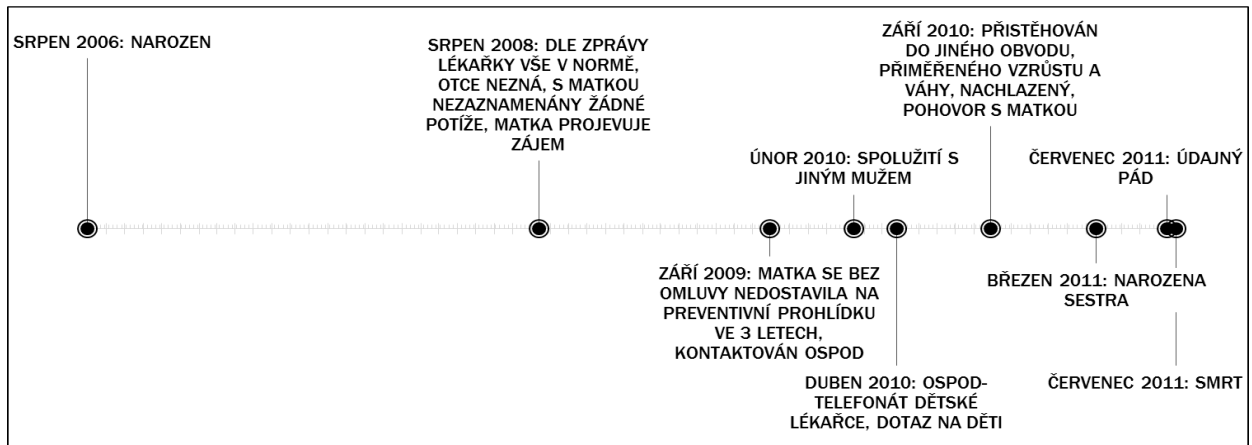
Chlapec navštěvoval mateřskou školu, do které ho nejčastěji vodila matka, příležitostně otčím i prarodiče. Ve škole prý byl chlapec spokojený, občas trpěl narážkami na silné brýle.

Po rozchodu s otcem chlapce začala matka žít s novým mužem. Otčím uváděl, že s chlapcem vycházel bez problémů, chlapec jej poslouchal a respektoval, údajně si ho i oblíbil. 4 měsíce před chlapcovou smrtí se mu narodila sestra. Otčím i matka udávali, že se v té době změnilo chlapcovo chování, začal na sestru žárlit, neposlouchal. Za svá provinění byl chlapec často trestán. Matka sama uvádí, že „občas za zlobení dostal na zadek, většinou rukou někdy i vařečkou“. Chlapce často trestal otčím, většinou opaskem nebo vařečkami různých velikostí. Chlapec se bití bránil a snažil se vysmeknout, proto se občas stalo, že byl zbit i přes ruce nebo záda.

Záznamy z lékařských zpráv: dle praktické lékařky pro děti a dorost (PLDD), kterou matka s chlapcem navštěvovala v místě předchozího bydliště, bylo vše bez problémů, matka o syna projevovala zájem, dostavovala se na preventivní prohlídky. První problém nastal v chlapcových 3 letech, kdy se matka bez omluvy na preventivní prohlídku nedostavila, lékařka kontaktovala OSPOD. Ze záznamů PLDD vyplývá kontakt ze strany OSPOD po 7 měsících, kdy byl vznesen dotaz na aktuální situaci. O několik měsíců později se matka se synem a novým partnerem stěhuje, mění také PLDD. Dle nové PLDD byl chlapec přiměřeného vzrůstu i váhy. V záznamech je zmíněn „pohovor s matkou“. Lékařka od té doby chlapce neviděla.

Okolnosti smrti: v den transportu chlapce do nemocnice došlo k jeho potrestání otcem – několik ran vařečkou. Chlapec byl následně ponechán o samotě, později jej rodiče našli na zemi nedýchajícího. Rodiče chlapce resuscitovali a současně volali ZZS. V nemocnici vysvětlovali zranění chlapce nedávným pádem z traktůrku, chlapcovou neposlušností i častými pády. V některých výpovědích dokonce popírali trestání chlapce vařečkou.

Soudní lékaři jednoznačně vyloučili možnost úmrtí chlapce v souvislosti s 2 týdny starým pádem. Otčím byl obviněn z těžkého ublížení na zdraví podle § 145, odst. 1 a 2 TrZ.



Graf: Časová osa života dítěte

DOTAZNÍK

Kde spatřujete největší mezery v ochraně života a zdraví dětí u rodin ve složité životní situaci?

1. Jaká je dle Vašeho názoru nejčastější příčina složité životní situace v rodinách? (Ize zaškrtnout až 5 odpovědí)

- Osamělost
- Neuspokojivá finanční situace
- Exekuce
- Lichváři
- Špatný zdravotní stav
- Závislost (alkohol, drogy, gambling...)
- Domácí násilí
- Ztráta bydlení
- Ztráta zaměstnání
- Problémy se zákonem
- Špatná rodinná situace, rodinná krize
- Útlak, nátlak, vydírání
- Problémy s OSPOD
- Jiné...jaké?

2. Jaká je, dle Vašeho názoru, nejčastější příčina týrání či zanedbávání dětí v rodinách? (Ize zaškrtnout až 5 odpovědí)

- Ztráta jednoho nebo obou rodičů
- Úplná izolace dítěte od společnosti
- Nízký socioekonomický statut a/nebo vzdělanostní úroveň rodiny
- Rizikové faktory na straně rodičů (závislosti, workoholismus, nevyzrálost, invalidita)
- Děti běženců, migrantů, imigrantů
- Příslušnost rodiny k minoritám (etnickým, náboženským, národnostním...)
- Nefunkční rodina,
- Velký počet dětí
- Rizikové dítě (pomalé, nemocné, retardované, nezaregistrované úřady během porodu..)
- „Biomatky“
- Jiná.... jaká?

3. Kde spatřujete největší bariéry ze strany matek či rodiny při hledání pomoci ve složité životní situaci? (Ize zaškrtnout až 5 odpovědí)

- Mám obavu, že by je okolí odsoudilo
- Mám strach, že "přijdou do řeči"
- Bojím se, že by se o problémech mohly dozvědět úřady

- Bojí se, že by byly jejich problémy použity proti nim (například odebrání dítěte)
- Bojí se, že se to dozví v práci
- Bojí se, že budou obviněni z trestného činu
- Bojí se, že to bude zveřejněno nebo medializováno
- Bojí se, že ztratí partnera
- Bojí se předsudků ze strany pracovníků institucí či jejich známých, které mohou oslovit Jakých?.....
- Osobních postojích matek či rodin (averze vůči úřadům)

4. Překážky ze strany rodiny matek či rodin při hledání pomoci spatřujete nebo předpokládáte nejčastěji u jakých institucí?

Nedostatek času na diskusi s aktéry z institucí

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Neochotě pracovníků institucí komunikovat či naslouchat

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Aroganci, nadřazenosti, přezírání ze strany pracovníků institucí

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Jejich obavě se pracovníků institucí zeptat

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Nepochopení informací, které dostávají

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Složitému "úřednímu" jazyku

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Osobních postojích pracovníků institucí

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | policie | žádný z uvedených

Nespolupráce jednotlivých aktérů, organizací, zainteresovaných institucí

- lékaři | zdravotníci | sociální úřad | škola | neziskové organizace
- | ombudsman | policie | žádný z uvedených

Jiné... jaké?

5. Kde spatřujete nedostatky při ochraně dětí ve výkonu Vašeho povolání? (lze zaškrtnout až 5 odpovědí)

- Nedostatek informací o problematice (chybí doporučené postupy)

- Nedostatku času (důvody???nadbytečná administrativa, podstav zaměstnanců)
- Nespolupracující rodina
- Stále se měnící legislativa
- Obava z nařčení, které se ukáže jako neopodstatněné (obava ze žaloby)
- Profesní slepota
- Jiné.... jaké?

6. Je, dle Vašeho názoru a ve vztahu k Vaší profesi, stávající právní úprava ochrany práv dětí postačující a dává všem aktérům možnost účinně práva dětí ochraňovat či nikoli?

- Nevím, nesleduji
- Ano
- Ne...proč?

7. Kde Vy osobně vidíte další možnosti prevence z pohledu Vaší profese?

8. Existuje ve Vaší profesi oficiální písemný postup při podezření na týrání či zanedbání dítěte?

- Ano
- Ne

9. Setkáváte se s problematikou týrání dětí ve své profesi?

- Ano
- Ne

10. Podle čeho konáte, pokud máte podezření na zanedbání či týrání dítěte? (lze zaškrtnout až 5 odpovědí)

- Osobní zkušenost
- Intuice
- Legislativa
- Konzultace s odborníkem
- Konzultace s nadřízeným
- Rady kolegů
- Jiné...jaké?

11. Váš osobní komentář k dané problematice

Děkuji za Váš čas.

Delfská metoda – 2. kolo

Vážená kolegyně, vážený kolego,

v souvislosti s probíhajícím výzkumem LF UPOL „Řešení nestandardních situací při péči o ženu v prekoncepčním období a v těhotenství, matku a dítě při porodu a v šestinedělí: kolize diskurzů“ a mou disertační prací si Vás dovoluji požádat o spolupráci ve druhém kole výzkumu.

Cílem dotazníku je:

1. identifikovat bariéry při poptání pomoci či hledání informací na straně matek (rodin).
2. identifikovat bariéry či limity u institucionálních aktérů při poskytování ochrany dětí v rodinách ve složité životní situaci

Přikládám hlavní výsledky prvního kola. Prosím Vás o zodpovězení následujících otázek:

1. **Domníváte se, že v ochraně dětí selhávají spíše jednotlivci – zaměstnanci odpovědných institucí?**
 - a. Ne
 - b. Ano....z jakého důvodu?

2. **Vidíte ve Vaší profesi (případně i v jiných profesích) možnosti prevence týrání či zanedbávání dětí v rodinách?**
 - a. Ne
 - b. Ano....Jaké?

3. **Váš případný další osobní komentář k dané problematice či k výsledkům**

Vaše odpovědi jsou anonymní, označení je pouze profesí.

Moje profese:

- Praktický lékař pro děti a dorost
- Sociální pracovník
- Učitel
- Soudní lékař (forenzní patolog)
- PČR
- Adiktolog
- Gynekolog, porodník
- Porodní asistentka
- Právník
- Psycholog
- Psychiatr

Jiná.....