

Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice

Velemínský M., Sr.¹, Velemínský M., Jr.¹, Rost M.², Samková J.¹, Samek J.¹, Sethi D.³

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, Česká republika

²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ekonomická fakulta, České Budějovice, Česká republika

³Regionální úřad Světové zdravotnické organizace, Kodaň, Dánsko

Čes-slov Pediat 2017; 72 (7): 409–420

SOUHRN

Cílem průřezové studie bylo určení prevalence násilí na dětech a negativních zážitků z dětství v České republice, jelikož v současné době v České republice neexistují souhrnná validní data o násilí na dětech. Průzkum byl proveden u 1760 náhodně vybraných studentů z pěti českých univerzit. Respondenti vyplňovali dotazník o negativních zážitcích z dětství. Výsledky ukázaly vysokou prevalenci násilí páchaného na dětech a dalších negativních zážitků z dětství. Psychické týrání uvedlo 20,7 % respondentů, fyzické týrání 17,1 %, pohlavní zneužívání 6,4 % a hrubé zanedbávání 8,0 %. Patologie rodiny byla rovněž vysoká: užívání drog uvedlo 4,9 % respondentů, abúzus alkoholu 15,3 %, duševní poruchy 13,4 %, domácí násilí v roli svědka 22,1 % a rodiče žijící odděleně 23 %. Zatímco 38 % respondentů nezažilo žádný negativní zážitek z dětství, 9,9 % respondentů uvedlo, že zažilo čtyři nebo více typů negativních zážitků z dětství. Významná souvislost byla zjištěna mezi negativními zážitky z dětství a zdravotně rizikovým chováním, jako je pokus o sebevraždu, užívání drog, rizikové sexuální chování a kouření. Zjištění poukazují na potřebu investovat prostředky do preventivních programů.

KLÍČOVÁ SLOVA

prevence a kontrola zneužívání dětí, zanedbávání péče o děti, zdravotně rizikové chování, prevence a kontrola násilí, zdravotní průzkumy

SUMMARY

Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic

A cross-sectional survey was undertaken to estimate the prevalence of child maltreatment and adverse childhood experiences in the Czech Republic, as data on these is scarce. The survey was conducted among 1760 randomly selected students from five Czech universities. Participants filled in the adverse childhood experiences survey instrument. The results showed that the prevalence of child maltreatment and other adverse childhood experiences is high: emotional abuse was reported by 20.7%, physical abuse by 17.1%, sexual abuse by 6.4%, and physical neglect by 8.0%. Household dysfunction was also high, with household street drug use reported by 4.9%, alcohol misuse by 15.3%, mental disorder by 13.4%, parental violence by 22.1% and parental separation by 23%. Thirty-eight per cent had not experienced any adverse childhood experience, while 9.9% reported experiencing four or more types of adverse childhood experiences. There was a significant association between adverse childhood experiences and health-harming behaviours such as suicide attempt, drug use, risky sexual behaviour and tobacco use. The findings suggest that there is a need to invest in prevention programming.

KEY WORDS

child abuse prevention and control, child neglect, health risk behaviour, violence prevention and control, health surveys

Tato studie byla publikována pod názvem „Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic“ v dokumentech World Health Organization for Europe [55]. Protože tyto zprávy nejsou k dispozici široké české pediatrické veřejnosti, udělila WHO Regional Office for Europe autorům souhlas s jejím překladem a otiskem v časopise Česko-slovenská pediatrie.

ÚVOD

Dětství je období mimořádného kognitivního, behaviorálního, tělesného a duševního rozvoje a tím je potenciálně obdobím zranitelnosti. Děti potřebují bezpečné, podporující a pečující prostředí, které je prosté násilí a jiných nepříznivých vlivů, aby se mohly rozvíjet a realizovat svůj potenciál. I když řada evropských zemí přijala legislativní rámce, které zamezují násilí na dětech a dalším negativním zážitkům z dětství (ACE), mnoho dětí se stále stává obětí zneužívání a zanedbávání v různých formách. Ochrana práv dětí je zahrnuta v Úmluvě o právech dítěte (dále jen Úmluva) [1], již ratifikovala většina zemí. Úmluva je klíčovým mezinárodním nástrojem pro ochranu dětí před všemi formami násilí a zajišťuje, aby byly jejich hlasy slyšeny. Uvádí, že by pro děti měla platit všechna práva, a to bez diskriminace na základě pohlaví, sociálního statusu nebo etnika, aby byly vzaty v úvahu nejlepší zájmy dítěte, aby byly respektovány názory dětí a aby byly chráněny proti všem formám násilí a vykořisťování. Současný přístup k vývoji dítěte vnímá dětství jako klíčové období, které poskytuje odrazový můstek pro zdravý a uspokojivý dospělý život.

Hlavním cílem politiky ochrany dětí je chránit děti před násilím a vykořisťováním, aby se zajistil jejich celkový rozvoj. Problém zneužívání a zanedbávání dětí není nový. Vždy existoval, i když jeho rozměr byl pochopen teprve relativně nedávno [2]. Obecně se předpokládá, že celoživotní prevalence násilí na dětech je nepřijatelně vysoká. Násilí na dětech nelze akceptovat v žádné z jeho forem, neboť narušuje a působí násilně na dětskou důstojnost a brání zdravému rozvoji. Bohužel, v evropských zemích se násilí na dětech stále vyskytuje, zejména v rodinném prostředí. Většina takových případů však zůstává skryta. Pokud nebudou provedeny průzkumy ve společnosti, je pravděpodobné, že rozměr tohoto problému bude stále podceňován. Údaje od institucí, orgánů a odborníků, jejichž úkolem je zajišťovat ochranu dětí a účinně předcházet zneužívání, jsou neúplné.

Násilí na dětech je jednou ze skrytých forem násilí a existují důkazy, že prevalence v 53 zemích evropského regionu Světové zdravotnické organizace (WHO) je nepřijatelně vysoká. Světová zpráva o násilí na dětech definuje násilí na dětech jako fyzické, pohlavní nebo psychické zneužívání a/nebo psychickou deprivaci a zanedbávání [2]. Pokud je závažné, může násilí páchané na dětech vést k vraždě. I když se tyto případy zdají být relativně nízké, ročně je evidováno přibližně 850 případů úmrtí dětí ve věku do 15 let, což je jen špičkou ledovce v 53 zemích evropského regionu WHO. Zprávy ukazují, že prevalence násilí na dětech může být mnohem vyšší. Například v evropském regionu WHO je prevalence pohlavního zneužívání 9,6 %, fyzického týrání 22,9 % a psychického týrání 29,1 % [3]. Zneužívání dítěte je jednou z těch vážnějších forem ACE, i když mohou být rovněž přítomny i další nepříznivé situace, jako například z důvodu patologie rodiny, některý člen rodiny má duševní chorobu, problém s drogami či alkoholem, může být uvězněn, nebo je dítě svědkem domácího násilí či rodiče žijí odděleně [4].

Nedostatek bezpečných a pečujících vztahů v dětství nepříznivě ovlivňuje vývoj nervové soustavy a tím i duševní, kognitivní a behaviorální vývoj dítěte. ACE souvisí

jak s náchylností ke zvýšenému násilí v pozdějším věku, tak i se zdravotně rizikovým chováním, jako je abúzus alkoholu a drog, nedostatek fyzické aktivity, deprese a sebepoškozování, což vede ke zdravotním problémům, včetně zvýšeného rizika vzniku chronických chorob a duševních poruch. Sethi et al. [3] vydali Evropskou zprávu k prevenci týrání dítěte, která popisuje špatné zacházení s dětmi, jeho příčiny, důsledky a preventivní programy. Vzhledem k obavám z rozsahu a následků násilí na dětech všech 53 členských států Regionálního výboru pro Evropu WHO jednohlasně podpořilo usnesení RC64/R6 „Investice do dětí: evropská strategie pro zdraví dětí a dospívajících 2015–2020 a Evropský akční plán prevence týrání malých dětí 2015–2020“ [5]. To vyzývá k tomu, aby resort zdravotnictví koordinoval mezioborové preventivní opatření zaměřené na lepší dohled, vypracování komplexního národního akčního plánu prevence a širší implementaci preventivních programů. Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj 2016–2030 [6], přijatá v roce 2015, obsahuje Cíl udržitelného rozvoje (SDGs) 16.2, který vyzývá k ukončení všech forem násilí na dětech do roku 2030.

Česká republika má málo údajů o prevalenci násilí na dětech ve společnosti. Vzhledem k významu násilí na dětech a jiných ACE na vzniku duševní choroby a zdravotně rizikového chování, které může vést k rozvoji chronických chorob, byla studie ACE v České republice naplánována jako součást spolupráce mezi WHO a Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Z pragmatických důvodů a v souladu s ostatními studii provedenými v Evropě byla naše studie prováděna na reprezentativním vzorku vysokoškolských studentů [7–9].

Vývoj přístupů v České republice

Česká republika vytvořila „Národní strategii prevence násilí na dětech 2008–2018“. Tato strategie definuje zneužívání podle počtu podtypů: tělesné a duševní týrání, pohlavní zneužívání, včetně bezdotykového zneužívání, stejně tak jako systémového týrání nebo komerčního sexuálního zneužívání (tj. dětská prostituce, pornografie a obchod s dětmi). Tato strategie vyzývá k legislativnímu zásahu a nutnosti vytvoření spolehlivého systému pro sběr dat k zabránění všech forem dětského zneužívání a zanedbávání [10]. Navíc tato strategie uvádí přehled preventivních opatření včetně veřejných kampaní pro zvýšení povědomí a podpory nulové tolerance dětského zneužívání. Preventivní opatření se rovněž zaměřují na příbuzné rizikové faktory, jako je rozvod, alkohol, drogy a abúzus tabáku [11–14], stejně tak jako na nezákonné vlastnictví zbraní. Tato strategie rovněž uvádí přehled preventivních opatření zaměřených na problematiku chudoby a nezaměstnanosti, školení záchranářů na rozpoznání známek zneužívání, stejně tak jako na zlepšení shromažďování dat a přístupu k službám. Multioborový přístup se používá k dosažení šesti hlavních cílů strategie:

1. podporovat rozvoj rodičovských kompetencí;
2. vytvářet ve školách a na pracovištích klima rovnocenného partnerství a respektuplné sociální komunikace;
3. zajistit dostupnou nabídku zájmových, sportovních aktivit jako předpoklad zvyšování odolnosti dětí;
4. naplňovat speciální práva dětí umístěných do zařízení ústavní výchovy;
5. usilovat o utváření bezpečných komunit;

6. zprostředkovat porozumění právu dětí na ochranu před násilím v celé společnosti s cílem změny jejich postojů.

Dále je Česká republika signatářem doporučení Rady Evropy o ochraně dětí před sexuálním zneužíváním. Vzhledem k vyššímu výskytu zneužívání dětí prostřednictvím elektronické komunikace je prevence více zaměřena na rizika on-line zneužívání. Legislativa v této oblasti je popsána v právním rámci zaměřeném na zneužívání dětí [15–38].

Národní údaje o násilí na dětech v České republice

V současné době neexistují validní data o násilí na dětech v České republice. Mnohé děti mohou být ohroženy zanedbáváním z důvodu, že žijí v sociálně vyloučených komunitách nebo i kvůli vysoké rozvodovosti. Dostupná data ukazují, že během poslední dekády vzrostl počet případů násilí, na které byly upozorněny orgány sociálně-právní ochrany dětí. Případy fyzického násilí se zvýšily 4krát a případy psychického zneužívání 12krát. Dále se od roku 1995 zdvojnásobil počet sexuálně zneužívaných dětí.

Údaje Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky ukazují, že v roce 2013 bylo evidováno 6642 násilných trestných činů na dětech – vzrůst o 855 oproti roku předešlému. Většina těchto případů se týkala dětí ve věku 6–15 let. 41 % případů se vyskytlo v domácnostech se dvěma rodiči a 36 % v domácnosti s jedním rodičem. V roce 2014 bylo v České republice hlášeno 5484 dětí vystavených špatnému zacházení a 2455 dětí, u nichž tyto případy byly chronické a opakované. Součástí problému může být následek deinstitucionalizace a neadekvátní podpora rizikových rodin. Existuje rostoucí obava ohledně pornografie a pohlavního zneužívání.

V roce 2010 uváděly české policejní záznamy 133 případů znásilnění dětí, z nichž 84 prováděly osoby zajišťující péči o děti (tj. rodiče, učitelé, trenéři atd.). Odhaduje se, že 1–2 dětí do 15 let bylo zneužito. Podle posledního sčítání bylo 11 % žen a 8 % mužů sexuálně zneužíváno ve věku do 15 let.

Reakce na problematiku násilí na dětech v České republice

V České republice je k dispozici síť krizových center pro děti a rodiny včetně 24hodinové hotline poskytované Fondem ohrožených dětí. Kromě toho bylo vyvinuto několik programů zaměřených na násilí na dětech. Například Mezinárodní bezpečná škola je preventivní program zaměřený na potírání násilí páchaného na dětech. Mezi další programy patří Bezpečná mateřská škola a Národní koordináční centrum pro prevenci násilí a zranění na dětech vyvinutých Fakultní nemocnicí Motol. Tento program využíval vzdělávací aktivity (např. TEACH-VIP – školení, vzdělávání, rozvoj, spolupráce v oblasti zdraví a prevence úrazů) s cílem vybudování kapacit mezi lékaři a dalšími pracovníky v oblasti prevence násilí [39]. Pro lepší podporu dětí mladších 3 let byly provedeny změny, včetně zřízení dětských center, jejichž cílem je poskytovat odbornou péči všem dětem a jejich rodinám, kterým hrozí zneužívání. Klienti by měli dostávat denní péči a další služby komunitní péče. Specializovaný vzdělávací modul založený na principu TEACH-VIP byl akreditován na vybudování kapacity personálu, který poskytuje podporu dětem. Pilotní projekt Fakultní nemocnice Brno o shromažďování dat o úrazech, nazvaný

Národní registr dětských úrazů, by měl poskytovat cenné informace o násilí na dětech, zaměřuje se na úmyslné úrazy a neúmyslné zranění, jejich příčiny, mechanismy a okolnosti. Národní koordináční centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti byl zřízen i Fakultní nemocnicí Motol, které pracuje na vytváření sítí, budování kapacit a poradenství.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo nařízení a vyhlášky, které se zabývají problematikou násilí páchaného na dětech [40–44].

Následky násilí na dětech a dalších nepříznivých zážitků z dětství

Příznaky fyzického zneužívání se mohou objevit jako fraktury, modřiny nebo změna barvy kůže (např. po popálení). Mohou pak vést k otokům, problémům se zrakem, poruchám sluchu, poškození mozku, kontuzi nebo úmrtí. Ross a Juarez [45] a Dunovský et al. [46] poskytli seznam smrtelných následků násilí na dětech.

Následky násilí na dětech a dalších ACE byly shrnuty v řadě publikací, včetně Evropské zprávy o prevenci týrání dítěte [3]. Zneužívání a zanedbávání způsobí bezprostřední psychické a fyzické poškození, ale může mít i dalekosáhlé následky. Zneužívání může být často chronické a opakující se, s větší tendencí k ublížení. Současně může existovat více než jeden typ zneužívání nebo nepříznivého zacházení, a ve studiích ACE je doložena spojitost mezi několika typy a větší závažností a horšími zdravotními následky.

Údaje o špatných zdravotních následcích ACE jsou dobře etablované [47, 48]. Existují silné důkazy o duševních poruchách, včetně deprese, úzkosti, poruchách příjmu potravy, poruchách pozornosti, zneužívání drog a alkoholu, sebepoškozování a sebevraždách. Vezmeme-li v úvahu odhady světových průzkumů o duševním zdraví WHO, vyplývá z nich, že ACE jsou odpovědné za 30 % všech duševních poruch na úrovni populace [49].

Existují silné důkazy, že násilí páchané na dětech souvisí s rizikovým sexuálním chováním, s vyšším výskytem těhotenství u dospívajících, s větším počtem sexuálních partnerů a se sexuálně přenosnými chorobami, včetně HIV [48, 50]. Obezita silně souvisí s pohlavním zneužíváním a objevují se důkazy o spojitosti mezi ACE a sníženou fyzickou aktivitou. Byly též popsány případy zvýšeného rizika kouření, zneužívání drog a alkoholu. To jsou významné rizikové faktory chronických chorob [3, 4, 50]. Mladí lidé, kteří zažili jakékoliv násilí v dětství, mají zvýšené riziko dalšího násilí během dospívání a v dospělosti [2, 51].

Evropská zpráva o prevenci týrání dítěte [3] zdůraznila rozsah, související zátěž a rizikové faktory ACE a preventivní programy. To vedlo k přijetí Investice do dětí: Evropského akčního plánu prevence týrání malých dětí 2015–2020 [52]. Několik zemí provedlo studie ACE mezi vysokoškolskými studenty ve spolupráci s WHO a byla zveřejněna kombinovaná analýza těchto výsledků, zdůrazňující skutečnost, že tento problém je běžný a že důsledky mohou být dalekosáhlé [53].

Ekologický model

Ekologický model je důležitým koncepčním modelem navrženým Světovou zprávou o násilí a zdraví, abychom porozuměli rizikovým faktorům násilí a tomu, jak lze

vybudovat preventivní programy, které by je řešily [2]. Skládá se ze čtyř vzájemně propojených úrovní příčin a prevence násilí. Ty jsou na individuální, rodinné, komunitní a společenské úrovni.

Na úrovni *individuální* se jedná o biologické rizikové faktory, jako je věk a pohlaví. Stejně jako v jiných zemích, i v České republice je spojena většina rizikových faktorů s pachatelem. Jedná se o problém s alkoholem či užíváním drog u rodiče nebo člena domácnosti, historii viktimizace dítěte, schvalování fyzických trestů, duševních poruch, sociální izolace a/nebo špatných návyků rodičů. Dětské faktory spojené se zvýšenou pravděpodobností týrání zahrnují poruchy chování, jako je hyperaktivita s poruchou pozornosti a děti s postižením či chronickým onemocněním.

Na *rodinné úrovni* se jedná o rodinné vztahy, tj. o kvalitu vztahů v rodině, které ovlivňují individuální rizika související s násilím. Na této úrovni jsou nejčastějšími rizikovými faktory rozpad rodiny, odloučení rodičů, násilí mezi partnery, nedostatečná podpora široké rodiny nebo izolace v komunitě. Mezi další faktory patří člen rodiny s duševním onemocněním a další příčiny, které vedou k nedostatečnému vztahu mezi rodičem a dítětem. Význam výchovy v rodinném prostředí zdůrazňuje řada autorů, jako jsou Vaníčková [27], Verny a Weintraubová [54].

Na *komunitní úrovni* mohou faktory, jako sociální vztahy se sousedy, na pracovišti nebo ve škole, přispět k násilí na dětech. Rizikové faktory na této úrovni zahrnují vysokou nezaměstnanost a chudobu, snadný přístup k alkoholu a drogám a toleranci násilí v komunitě.

Společenské faktory zahrnují podmínky ve společnosti, které přispívají k pravděpodobnosti výskytu násilí na dětech. V České republice se jedná o tyto faktory: ekonomická nerovnost mezi rodinami, vysoká míra rozvodovosti, vysoká míra nezaměstnanosti rodičů a používání fyzických trestů ve výchově dětí. Dále existuje rostoucí obava o vliv médií a videoher na vyzdvihování násilí.

Důležité je také zdůraznit ochranné faktory, které chrání před násilím na dětech, jako jsou bezpečné přístupy a vřelé a podpůrné vztahy.

Cíle

Předkládaná studie je překladem původní práce, která byla publikována Regionálním úřadem Světové zdravotnické organizace v roce 2017 [55]. Je nezbytné, aby s průběhem a výsledky této práce byla seznámena česká pediatrická odborná společnost. Záměrem této studie bylo změřit prevalenci násilí na dětech a dalších ACE na reprezentativním vzorku vysokoškolských studentů v České republice, vyšetřit souvislost mezi ACE a zdravotně rizikovým chováním a zjistit, zda existuje významný vztah mezi zvýšeným vystavením ACE a šancí na rozvoj zdravotně rizikového chování.

METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Průzkumu se účastnili studenti 5 vysokých škol v České republice v prvním a druhém ročníku bakalářského studia. Studenti byli zapsáni v nelékařských studijních programech. Průzkum byl prováděn v období leden až červen 2013. Z celkového vybraného počtu 2030 studen-

tů se průzkumu zúčastnilo 1760 respondentů (87 %): 506 mužů a 1254 žen. Do vyhodnocení nebylo zahrnuto 79 dotazníků (49 žen a 30 mužů) vzhledem k neúplnosti odpovědí, zejména v otázkách týkajících se pohlavního zneužívání. Celkový konečný počet respondentů s platnými dotazníky byl 1681.

Náhodnou volbou byly vybrány následující vysoké školy: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích; Technická univerzita v Liberci; Fakulta zdravotnických studií Pardubické univerzity; Fakulta biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Kladně a Vysoká škola polytechnická v Jihlavě. V této fázi byl proveden další náhodný výběr.

Primární údaje empirického výzkumu byly shromážděny pomocí kvantitativní metody za použití dotazníkového šetření. Dotazník ACE byl vyvinut v Centru prevence a kontroly nemocí v USA [4, 56]. Tento dotazník byl přeložen do českého jazyka a pro kontrolu zpětně přeložen do anglického jazyka. Validovaný dotazník pro ženy a muže byl poté použit v tomto výzkumu.

Sběr dat

Výzkum byl prováděn týmem zkušených vysokoškolských pracovníků, kteří byli proškoleni ve sběru dat pomocí dotazníků ACE. Pro sběr dat byla zvolena metoda individuálního vyplnění dotazníků, neboť by se respondenti mohli cítit nepohodlně v průběhu řízených pohovorů a byli by proto neochotni připustit ACE, což by vedlo ke zkreslení údajů.

Etický souhlas

Tato studie byla schválena Etickými komisemi Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a všech ostatních zúčastněných fakult. Každý student podepsal informovaný souhlas k výzkumu. Účast byla dobrovolná. Pokud respondenti odmítli účast, výzkumníci respektovali jejich rozhodnutí. Účastníci byli informováni o anonymitě poskytovaných údajů. Respondentům byly k dispozici různé prostředky pomoci včetně linky pomoci obětem domácího násilí.

Analýza dat

Prevalence ACE byla stanovena ze shromážděných údajů. Dalším krokem bylo stanovení odhadu poměru šancí, aby bylo možné porozumět vztahu mezi různými kategoriemi ACE (např. patologie rodiny a násilí páchaného na dětech).

Logická regresní analýza byla použita v oblasti Zážitky z dětství a typy zdravotně rizikového chování pro zamezení zavádějících významů věku, pohlaví a socioekonomického stavu.

Pro srovnání rozložení behaviorálních faktorů a faktorů životního stylu u mužů a žen byl použit chí-kvadrát test a/nebo Fisherův exaktní test. Prevalence a odhady poměru šancí byly vypočteny tak, aby se získal model asociace mezi ACE a následky zdravotně rizikového chování. K tomuto účelu jsme použili binární logistickou regresní analýzu, která se přizpůsobí potenciálně zavádějícím významům v kategorii věku a pohlaví [57]. Statistická významnost pro všechny analýzy byla stanovena na hladinu významnosti $p \leq 0,05$. Výpočet byl proveden pomocí statistického programu IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences, verze 20).

Tab. 1. Sociálně demografické charakteristiky 1681 účastníků studie, Česká republika, 2013 [55].

Charakteristiky	N	%
Věk		
Průměrná hodnota	20,42	-
18-19 let	387	23,0
20-21 let	600	35,7
22-23 let	538	32,0
24-25 let	152	9,0
25-26 let	4	0,2
Pohlaví		
Muž	480	28,6
Žena	1201	71,4
Stav		
Ženatý/vdaná	195	11,6
Svobodný/á, žije s partnerem	356	21,2
Ovdovělý/á, rozvedený/á	51	3,0
Svobodný/á	1079	64,2
Vzdělání rodičů		
Základní	90	2,7
Střední - odborné učiliště	1364	40,6
Střední s maturitou	1307	38,9
Vysokoškolské	242	7,2
Postgraduální vzdělání	359	10,7
Stav zaměstnání rodičů		
Plný úvazek	2911	86,6
Částečný úvazek	216	6,4
Nezaměstnaný/á	235	6,9

VÝSLEDKY

Charakteristiky studovaného souboru jsou popsány v tabulce 1. Průměrný věk dosahoval 20,4 let a bylo zde zřetelně více žen než mužů (71,4 %). Téměř dvě třetiny respondentů uvedly svobodný stav; 17,9 % mělo rodiče, kteří absolvovali alespoň střední školu, a 86,6 % mělo rodiče zaměstnané na plný úvazek.

Vliv negativních zážitků z dětství včetně násilí na dětech

Výskyt různých typů ACE uvedených v této studii je shrnut v tabulce 2. Mezi odpověďmi, které uváděli muži a ženy v kategorii Výskyt různých typů zneužívání a patologie rodiny, nebyl žádný rozdíl. Psychickým týráním bylo nejčastěji zneužívání (20,7 %), pak následovalo fyzické zneužívání (17,1 %). Nejméně převládalo pohlavní zneužívání (6,4 %). Patologie rodiny byla také častá, účastníkem domácího násilí v roli svědka bylo 22,1 % a 23 % respondentů mělo rozvedené rodiče. Abúzus alkoholu nebo duševní onemocnění u člena domácnosti byly hlášeny u 15,3 %, respektive 13,4 %.

Pokud jde o kategorie ACE, největší skupinou (37,8 %) byli respondenti, kteří uvedli, že nemají zkušenosti s ACE. 24,9 % respondentů uvedlo, že mají zkušenost s jedním typem ACE, 27,4 % uvedlo zkušenost se dvěma až třemi typy ACE a 9,9 % mělo zkušenost se čtyřmi nebo více typy ACE.

Korelace mezi kategoriemi negativních zážitků z dětství

Tabulka 3 ukazuje vztah mezi kategoriemi ACE. Výklad je následující. Z těch respondentů, kteří uvedli život v rodině s uvězněným členem rodiny, jich 78,3 % žije s rozvedenými rodiči či jejich rodiče žijí odděleně. Obecně tato studie nalezla souvislosti mezi negativními zážitky z dětství, s výjimkou těch, kteří zažili v dětství pohlavní zneužívání a uvěznění člena rodiny.

Z hlediska duševního onemocnění bylo psychické zneužívání nejčastější (41,8 %). Nejvýznamnějšími rizikovými faktory byly problémy s alkoholem v rodině (24,9 %) a rozvod rodičů (33,3 %). Pokud jde o fyzické zanedbávání, byla přítomna souvislost mezi psychickým zneužíváním (65,7 %) a podobně došlo ke zvýšenému riziku fyzického zneužívání, problémům s alkoholem v rodině a rozvodu rodičů; jinými slovy neúplné rodinné zázemí. Negativní zážitky, včetně pohlavního zneužívání, zvýšily rizikové faktory ještě více, zejména v případech rozvodu rodičů (35,5 %). Respondenti, kteří zažili fyzické zanedbávání, měli nižší míru vystavení se negativním vlivům oproti jiným kategoriím. Fyzické týrání však bylo spojeno s vyšší mírou vystavení psychickému týrání (44,1 %), následovně vyšší expozicí alkoholu v rodině (21,2 %).

Hodnocení patologie rodiny a míra expozice respondentů jiným kategoriím negativních zážitků ukázaly, že respondenti, kteří uvedli, že byli vystaveni užívání drog v rodině, byli nejvíce exponováni riziku rozvodu rodičů (48,2 %) a nadměrnému užívání alkoholu v rodině (28,9 %). V případě, že respondenti uvedli, že byli vystaveni zkušenosti s abúzem alkoholu v rodině, bylo zde i vyšší riziko separace rodičů (43,8 %) a následovalo psychické týrání (30,6 %).

Respondenti, kteří uvedli, že žijí v rodině s vězněným rodinným příslušníkem, byli vystaveni zvýšenému psychickému zneužívání (43,5 %). Domácí násilí páchané na matce respondenta bylo doprovázeno vyšším vystavením alkoholu v rodině (30,1 %) a signifikantně zvyšovalo expozici neúplnému rodinnému prostředí (43,5 %). Rodiče žijící odděleně nebo rozvod rodičů souvisel s nadměrným užíváním alkoholu v rodině (29,3 %) a s psychickým zneužíváním (28,2 %).

Prevalence a poměr pravděpodobnosti zdravotně rizikového chování s ohledem na negativní zážitky z dětství

Tabulka 4 uvádí prevalenci a souvislost mezi různými typy ACE a zdravotně rizikovým chováním, jak uvedli respondenti. Tato tabulka ukazuje, že expozice případům, kdy člen rodiny trpí duševním onemocněním, užívá drogy, pokusil se o sebevraždu, stejně tak jako separace rodičů v dětství a současně byl respondent v dětství obětí psychického týrání, fyzického a pohlavního zneužívání, významně souvisí s vyšší šancí na sebevražedné chování. Respondenti, kteří uvedli, že zažili pohlavní zneužívání v dětství, s větší pravděpodobností uvádějí, že mají rizikové sexuální chování (pohlavní styk před 16. rokem věku nebo mají 4 a více sexuálních partnerů), užívají nelegální drogy a začali kouřit v brzkém věku. Navíc respondenti,

Tab. 2. Výskyt negativních zážitků z dětství (ACE) během prvních 18 let života, Česká republika, 2013 [55].

KATEGORIE	Muži	Ženy	Obě pohlaví	Hodnota p	
	% (n)	% (n)	% (n)	Chí-kvadrát test	Fisherův exaktní test
ACE	(n = 480)	(n = 1201)	100 % (n = 1681)		
Zneužívání a zanedbávání v dětství					
Fyzické týrání	18,3 % (88)	16,7 % (200)	17,1 % (288)	0,409	0,431
Kontaktní pohlavní zneužívání	6,3 % (30)	6,4 % (77)	6,4 % (107)	0,903	1,000
Psychické týrání	21,9 % (105)	20,2 % (243)	20,7 % (288)	0,453	0,464
Fyzické zanedbávání	8,1 % (39)	7,9 % (95)	8,0 % (134)	0,883	0,921
Patologie rodiny					
Užívání drog	5 % (24)	4,9 % (59)	4,9 % (83)	0,940	1,000
Abúzus alkoholu	15,2 % (73)	15,4 % (185)	15,3 % (258)	0,920	0,940
Duševní onemocnění	14,4 % (69)	13 % (156)	13,4 % (225)	0,451	0,475
Pokus o sebevraždu	3,3 % (16)	4,2 % (50)	3,9 % (66)	0,429	0,489
Domácí násilí v roli svědka	21,3 % (102)	22,5 % (270)	22,1 % (372)	0,583	0,603
Uvězněný člen rodiny	1,3 % (6)	1,4 % (17)	1,4 % (23)	0,792	1,000
Rozvod rodičů/rodiče žijící odděleně	22,1 % (106)	23,3 % (280)	23,0 % (386)	0,588	0,608
Počet kategorií negativních zážitků z dětství					
0 ACE	39,2 % (188)	37,3 % (448)	37,8 % (636)		
1 ACE	23,3 % (112)	25,6 % (307)	24,9 % (419)		
2-3 ACE	26,7 % (128)	27,6 % (332)	27,4 % (460)		
4+ ACE	10,8 % (52)	9,5 % (114)	9,9 % (166)		

kteří uvedli zkušenost s fyzickým zanedbáváním v dětství, měli zhruba 4krát větší pravděpodobnost neplánovaného těhotenství. Život s členem rodiny, který užíval drogy během respondentova dětství, má více než 6krát vyšší šanci na užívání nelegálních drog, více než 3krát vyšší pravděpodobnost rizikového sexuálního chování a 3krát vyšší pravděpodobnost pokusu o sebevraždu.

Prevalence a upravené poměry šancí zdravotně rizikového chování ve vztahu k počtu ACE

Tabulka 5 ukazuje souvislost mezi zdravotně rizikovým chováním a počtem ACE. Jsou patrné významné souvislosti mezi některými druhy zdravotně rizikového chování a výskytem ACE. Například respondenti, kteří uvedli zkušenost se čtyřmi nebo více ACE, měli 3,7krát vyšší pravděpodobnost těhotenství v brzkém věku, 2,5krát vyšší pravděpodobnost neplánovaného těhotenství, 2,4krát vyšší pravděpodobnost kouření, 2,9krát vyšší riziko užívání nelegálních drog, 4krát vyšší pravděpodobnost, že mají 4 a více sexuálních partnerů a 23,6krát vyšší pravděpodobnost pokusu o sebevraždu.

DISKUSE

Tato studie ukazuje, že u reprezentativního vzorku vysokoškolských studentů v České republice je prevalence násilí na dětech a jiných ACE vysoká. Celoživotní prevalence fyzického týrání byla 17 %, psychického zneužívání 20,7 %, fyzického zanedbávání 8 % a pohlavního zneuží-

vání 6,4 % bez rozdílu mezi pohlavími. Tyto míry četnosti jsou v souladu s výsledky popsány v předchozích průzkumech ACE prováděných na podobných evropských populacích [52]. Naše četnosti jsou poněkud nižší než hodnoty v Evropské zprávě o prevenci týrání dětí [3], kde bylo popsáno psychické týrání u 18,4 % vzorku, fyzické týrání u 22,9 %, pohlavní zneužívání u 9,6 % (13,4 % dívek a 0,7 % chlapců) a fyzické zanedbávání u 16,3 % vzorku. Nižší prevalence mezi vysokoškolskými studenty lze vysvětlit skutečností, že pocházejí z poměrně privilegované populace a že ACE jsou do velké míry socioekonomicky určeny [3, 52, 56]. Je zajímavé poznamenat, že v rozdílu mezi prevalencí pohlavního zneužívání v závislosti na pohlaví nebyl žádný statisticky významný rozdíl, který se liší od zjištění v dosavadní literatuře, např. v Evropě byla prevalence pohlavního zneužívání u dívek 13,4 % a u chlapců 5,7 % [3]. Některé studie z balkánských zemí popisují opačný poměr [7, 58].

Prevalence patologie rodiny byla rovněž vysoká. Například 22,1 % respondentů uvedlo, že byli svědkem násilného zacházení s jejich matkou. 23 % respondentů mělo rodiče, kteří žili odděleně, 15,3 % uvedlo, že některý člen rodiny měl problémy s alkoholem a 13,4 % uvedlo duševní onemocnění. Důležité je, že zatímco 38 % respondentů nevykázalo žádné ACE, téměř jeden z deseti zažil čtyři nebo více ACE. Zjištění ukazují, že existuje zvýšená souvislost mezi počtem ACE a zdravotně rizikovým chováním. Zejména zde byla téměř 24krát vyšší pravděpodobnost pokusu o sebevraždu, 4krát vyšší

Tab. 3. Vzájemný vztah mezi kategoriemi vystavení negativním zážitkům z dětství, Česká republika, 2013 [55].

První kategorie negativních zážitků	Počet respondentů v první kategorii	Procento (%) vystavené jiné kategorii negativních zážitků z dětství										
		Alkohol	Duševní choroba	Užívání drog	Rodiče žijící odděleně	Pokus o sebevraždu	Uvězněný člen rodiny	Domácí násilí	Fyzické zanedbávání	Psychické týrání	Fyzické týrání	Pohlavní zneužívání
Abúzus alkoholu	258	-	21,7 %	9,3 %	43,8 %	7,4 %	3,9 %	43,4 %	9,7 %	30,6 %	23,6 %	10,9 %
Duševní choroba	225	24,9 %	-	8,0 %	33,3 %	6,2 %	1,8 %	28,9 %	13,3 %	41,8 %	30,2 %	12,0 %
Užívání drog	83	28,9 %	21,7 %	-	48,2 %	15,7 %	4,8 %	24,1 %	14,5 %	36,1 %	37,3 %	16,9 %
Separace rodičů	386	29,3 %	19,4 %	10,4 %	-	7,5 %	4,7 %	42,0 %	9,8 %	28,2 %	22,5 %	9,8 %
Pokus o sebevraždu	66	28,8 %	21,2 %	19,7 %	43,9 %	-	4,6 %	30,3 %	13,6 %	28,8 %	36,4 %	18,2 %
Uvězněný člen rodiny	23	43,5 %	17,4 %	17,4 %	78,3 %	13,0 %	-	56,5 %	21,7 %	43,5 %	13,0 %	0,0 %
Domácí násilí	372	30,1 %	17,5 %	5,4 %	43,5 %	5,4 %	3,5 %	-	14,0 %	29,6 %	32,5 %	10,2 %
Fyzické zanedbávání	134	18,7 %	22,4 %	9,0 %	28,4 %	6,7 %	3,7 %	38,8 %	-	65,7 %	41,0 %	9,0 %
Psychické týrání	348	22,7 %	27,0 %	8,6 %	31,3 %	5,4 %	2,9 %	31,6 %	25,3 %	-	36,5 %	13,8 %
Fyzické týrání	288	21,2 %	23,6 %	10,8 %	30,2 %	8,3 %	1,0 %	42,0 %	19,1 %	44,1 %	-	12,8 %
Pohlavní zneužívání	107	26,2 %	25,2 %	13,1 %	35,5 %	11,2 %	0,0 %	35,5 %	11,2 %	44,9 %	34,6 %	-

pravděpodobnost rizikového sexuálního chování, 3krát vyšší šance na užívání nelegálních drog a 2krát vyšší pravděpodobnost kouření u respondentů, kteří zažili 4 nebo více ACE ve srovnání s těmi, kteří nezažili žádné. To je v souladu s literaturou, která ukazuje, že následky ACE jsou dalekosáhlé, což vede ke zdravotně rizikovému chování. To může vést i k horšímu fyzickému a duševnímu zdraví a sociálním následkům [3, 4, 52, 56, 59]. Studie Ramira [60] na Filipínách a kombinovaná analýza východoevropských studií ACE [61] rovněž ukazují silný vztah mezi expozicí ACE a zdravotně rizikovým chováním.

Důsledky patologie rodiny na vývoj českých dětí byly popsány v literatuře [46, 62–66] a tyto vedou k negativním psychologickým a zdravotním problémům. Život s rodinným příslušníkem, který je závislý na alkoholu či drogách, který má duševní chorobu nebo byl uvězněn pro určitý druh kriminální činnosti a násilí, může děti nepříznivě ovlivnit. Tyto děti mohou mít vyšší míru agrese, delikvence, vyhledávání senzací, hyperaktivity, impulzivitu, úzkosti, negativní aktivity a problémů ve škole [59, 66–70]. Děti z rodin, kde rodiče žili odděleně nebo byli rozvedeni, trpí posttraumatickou stresovou poruchou [71]. Tyto děti jsou vystaveny značnému riziku porušování zákonů, závislosti na látkách, absence ve škole a problémům ve vztazích [72, 73].

Trauma v dětství může nejen způsobit bezprostřední fyzické poranění, avšak může též vést k dlouhotrvajícím biologickým, fyziologickým a psychologickým změnám a vyvoláním toxického stresu. Tendence k tomu, že ACE způsobují nárůst užívání drog a kouření, je v této studii spojena s rozvojem chronických chorob v dospělém životě. Abúzus alkoholu, nedostatek fyzické aktivity a obezita se popisují v dalších studiích, rovněž se zvýšeným rizikem výskytu chronických chorob [4, 52, 61]. Další viktimizace v dětství je spojena se zvýšeným rizikem stát se obětí nebo pachatelem násilí v dospívání a dospělém životě, což přispívá k mezigeneračnímu přenosu násilí [2, 3, 56].

Stále více je zdůrazňován význam životního přístupu k dosažení lepšího zdraví obyvatelstva. Nedávno přijatá Deklarace v Minsku [74] uznává důležitost vývoje v raném dětství, péči o vztahy a nepřítomnost nepříznivých faktorů v dětství jako důležitou pro prevenci pozdějšího nemocného či zdravého života. Investování do rozvoje v raném dětství, včasná prevence a řešení krizí v kritických stádiích života, jako je dětství a dospívání, by vedlo k lepšímu zdravotnímu a sociálnímu výsledku s méně chronickými chorobami, duševními poruchami a poruchami reprodukčního zdraví. Taková investice by rovněž pomohla jednotlivcům a společnosti dosáhnout jejich plného rozvoje a ekonomického potenciálu.

Omezení

Naše studie měla určitá omezení. Dvacet devět procent účastníků byli muži, což bylo méně, než je poměr mužů na vysokých školách (42 %) [75]. To může být částečně dáno skutečností, že na fakultách studoval vyšší podíl žen, ale také kvůli vyšší míře mužů, kteří nevyplnili dotazník. Náhodná volba vedla k univerzitám, na kterých studovalo více žen. I když celková míra odpovědí byla vysoká, nelze vyloučit možnost zkreslení osobami, které neodpovídaly.

Vybraná populace se skládala z vysokoškolských studentů. Je zřejmé, že nejsou reprezentativní pro populaci jako celek a představují relativně privilegovanou část

Tab. 4. Prevalence a poměry šanci typů zdravotně rizikového chování ve vztahu k negativním zážitkům z dětství, Česká republika, 2013 [55].

	Kouření	Počátek kouření ve věku pod 15 let	Pití alkoholu	Užívání nelegálních drog	Zahájení pohlavního života ve věku pod 16 let	Více partnerů (>4)	Neplánované těhotenství	Těhotenství v brzkém věku	Váha ≥85 kg	Pokus o sebevraždu
Počet respondentů	1681	684	1681	1681	1681	1681	1201	1201	1681	1681
Prevalence (frekvence)	25,8 (433)*	24,71 (169)	85,01 (1429)	17,73 (298)	20,52 (345)	33,02 (555)	6,16 (74)	3,91 (47)	10,53 (177)	3,21 (54)
Abúzus alkoholu	1,36 (1,0-1,8)	1,10 (0,7-1,7)	0,86 (0,6-1,2)	1,68 (1,2-2,3)	1,55 (1,1-2,1)	1,37 (1,0-1,8)	1,56 (0,9-2,8)	1,94 (1,0-3,8)	0,94 (0,6-1,5)	1,26 (0,6-2,5)
Duševní choroba	1,36 (1,0-1,9)	1,54 (1,0-2,4)	0,73 (0,5-1,1)	1,44 (1,0-2,0)	1,03 (0,7-1,4)	1,92 (1,4-2,5)	1,47 (0,8-2,7)	3,74 (2,0-7,0)	1,07 (0,7-1,7)	9,96 (5,7-17,4)
Užívání drog v rodině	2,44 (1,6-3,8)	1,50 (0,8-2,7)	1,69 (0,8-3,5)	6,64 (4,2-10,5)	1,72 (1,1-2,8)	3,46 (2,2-5,5)	0,81 (0,2-2,6)	0,86 (0,2-3,6)	0,53 (0,2-1,3)	3,04 (1,3-6,9)
Separace rodičů	1,51 (1,2-1,9)	1,05 (0,7-1,6)	1,08 (0,8-1,5)	1,59 (1,2-2,1)	1,70 (1,3-2,2)	1,78 (1,4-2,2)	1,33 (0,8-2,2)	0,66 (0,3-1,5)	1,09 (0,8-1,6)	2,38 (1,4-4,2)
Pokus o sebevraždu	1,00 (0,6-1,8)	1,35 (0,5-3,3)	0,59 (0,3-1,1)	1,15 (0,6-2,1)	0,86 (0,4-1,6)	1,62 (1,0-2,7)	2,63 (1,1-6,1)	1,18 (0,6-2,5)	1,18 (0,6-2,5)	3,27 (1,3-7,9)
Uvězněný člen rodiny	2,20 (1,0-5,2)	1,50 (0,5-5,2)	0,49 (0,2-1,3)	2,06 (0,8-5,0)	3,04 (1,3-7,0)	1,31 (0,6-3,0)	0,95 (0,1-7,3)	0,96 (0,9-1,0)	0,81 (0,2-3,5)	1,38 (0,2-10,4)
Prokázané domácí násilí	1,4 (1,1-1,8)	1,40 (1,0-2,0)	1,05 (0,8-1,5)	1,56 (1,2-2,1)	1,29 (1,0-1,7)	1,75 (1,4-2,2)	1,12 (0,6-1,9)	0,81 (0,4-1,7)	0,79 (0,5-1,2)	1,80 (1,1-3,2)
Fyzické zanedbávání	1,3 (0,9-1,9)	1,17 (0,6-2,1)	0,67 (0,4-1,1)	1,07 (0,7-1,7)	1,13 (0,7-1,7)	1,56 (1,1-2,2)	4,01 (2,2-7,2)	2,52 (1,1-5,6)	0,99 (0,6-1,8)	3,13 (1,6-6,2)
Psychické týrání	1,2 (0,9-1,5)	1,03 (0,7-1,5)	0,90 (0,7-1,2)	1,19 (0,9-1,6)	1,08 (0,8-1,4)	1,79 (1,4-2,3)	1,50 (0,9-2,6)	1,90 (1,0-3,6)	0,87 (0,6-1,3)	7,11 (4,0-12,5)
Fyzické týrání	1,57 (1,2-2,1)	2,28 (1,5-3,4)	0,90 (0,6-1,3)	1,68 (1,2-2,3)	1,13 (0,8-1,5)	1,72 (1,3-2,2)	1,54 (0,9-2,7)	1,76 (0,9-3,5)	0,99 (0,7-1,5)	3,52 (2,0-6,1)
Pohlavní zneužívání	1,50 (1,0-2,3)	2,38 (1,4-4,1)	1,00 (0,6-1,7)	2,91 (1,9-4,4)	2,27 (1,5-3,4)	3,02 (2,0-4,5)	0,39 (0,1-1,6)	0,99 (0,3-3,3)	0,87 (0,4-1,7)	3,58 (1,8-7,3)

Poznámka: Počty jsou zaokrouhlené na nejbližší desetinu.

*Hodnoty v kulatých závorkách znamenají 95% interval spolehlivosti;

společnosti. Výsledky proto nelze extrapolovat na celou společnost, kde jsou ACE a jejich důsledky pravděpodobně vyšší. Dále průřezový charakter omezuje příčinnou kauzalitu mezi ACE a zdravotně rizikovým chováním. Dotazník je založen na sebehodnocení a jelikož se otázky týkají citlivých oblastí, mohlo to ovlivnit respondenty v poskytování sociálně přijatelnějších odpovědí. Respondenti, kteří odevzdali nekompletní dotazníky, a ti, kteří nepodepsali informované souhlasy k výzkumu, byli ze studie vyloučeni. Retrospektivní přístup mohl vést ke zkrácení vzpomínek. I přes tato omezení výsledky nicméně ukazují vysokou prevalenci ACE a jsou v souladu s narůstající literaturou [4, 7, 8, 52, 58-60, 76].

Cesta vpřed

Dalekosáhlé následky negativních zážitků z dětství zdůrazňují, že na prvním místě je důležitá prevence násilí na dětech a dalších ACE. V Evropské zprávě o prevenci týrání dětí a v dalších souvisejících dokumentech [3, 56, 77, 78] byla popsána řada cenově efektivních intervencí. Mezi ně patří pozitivní rodičovství, předškolní vzdělávání, domácí návštěvy, školní vzdělávání dětí k rozpoznání známek pohlavního zneužívání, školení rodičů v nemocnicích k prevenci traumat způsobených zneužíváním, změna norem týkajících se používání násilí ve výchově dítěte.

S ohledem na vysoký výskyt ACE a souvisejícího zdravotně rizikového chování v České republice a pravděpodobnosti vysoké zátěže chronickými chorobami je důležité, aby byla věnována větší pozornost preventivním programům. Všechny 53 členských států evropského regionu WHO, včetně České republiky, podpořilo přijetí Investice do dětí: Evropský akční plán prevence týrání malých dětí 2015-2020 na zasedání 64. regionálního výboru [52]. Tento evropský akční plán vyzývá k lepšímu dohledu a průzkumům s vyššími investicemi do programů prevence a národních akčních plánů pro koordinaci prováděných preventivních programů. Aby se pomohlo členským státům a odborníkům k dosažení tohoto cíle, vypracoval Regionální úřad WHO tři příručky zaměřené na tři cíle: (1) Měření a monitorování prevalence týrání dětí: praktická příručka [79]; (2) Příručka o vypracování národních akčních plánů k předcházení násilí na dětech [80]; (3) Provádění programů prevence násilí na dětech: co říkají odborníci [77]. Evropská zpráva o prevenci týrání dětí [3] poskytuje osm klíčových akčních bodů pro prevenci týrání dětí v evropském regionu:

- vypracování vnitrostátních politik prevence prostřednictvím mezirezortní činnosti,
- přijetí opatření s preventivními programy založenými na důkazech,
- posílení reakce na prevenci a obnovu zdravotních systémů,
- budování kapacit a výměna osvědčených postupů,
- zlepšení sběru dat pro monitorování a hodnocení,
- definování výzkumných priorit,
- zvyšování povědomí o cílených investicích,
- řešení spravedlnosti v oblasti týrání dítěte v regionu.

Pouze zhruba 10 % případů dětského týrání, které se vyskytuje v komunitě, je zjištěno a hlášeno agenturám zabývajícím se problematikou týrání dítěte, což zdůrazňuje význam průzkumů pro zvýšení povědomí a znalosti o rozsahu problému a pro podporu preventivních programů a reakcí služeb [3, 50, 79].

Tab. 5. Prevalence a poměry šancí zdravotně rizikového chování ve vztahu k počtu negativních zážitků z dětství upravené ve vztahu k věku a pohlaví, Česká republika (2013) [55].

Zdravotně rizikové chování	Počet negativních zážitků z dětství				
	Prevalence (%)	0 (n = 636)	1 (n = 419)	2-3 (n = 460)	4+ (n = 166)
Kouření		21,38 %	25,29 %	27,61 %	38,55 %
n = 1681	433 (25,76)	136	106	127	64
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,23 (0,92-1,65)	1,37 (1,04-1,82)**	2,38 (1,65- 3,44)***
Počátek kouření ve věku do 15 let		7,07 %	7,15 %	13,47 %	19,27 %
n = 684	169 (24,71)	45	30	62	32
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	0,82 (0,49-1,39)	1,57 (1,0-2,45)*	1,84 (1,08-3,16)**
Pití alkoholu		83,80 %	89,02 %	83,67 %	83,13 %
n = 1681	1421 (84,53)	533	373	385	138
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,59 (1,09-2,31)**	1,01 (0,73-1,39)	0,974 (0,62-1,54)
Užívání nelegálních drog		11,95 %	15,27 %	23,91 %	28,92 %
n = 1681	298 (17,73)	76	64	110	48
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,29 (0,90-1,85)	2,28 (1,65-3,15)***	2,90 (1,92-4,39)***
Zahájení pohlavního života v brzkém věku		18,55 %	14,31 %	26,09 %	28,31 %
n = 1681	345 (20,52)	118	60	120	47
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	0,73 (0,52-1,03)	1,55 (1,16-2,06)***	1,75 (1,18-2,59)***
≥4 partneři		25,31 %	28,88 %	38,26 %	58,43 %
n = 1681	555 (33,02)	161	121	176	97
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,20 (0,91-1,58)	1,86 (1,43-2,42)***	4,02 (2,81-5,76)***
Tělesná hmotnost nad 85 kg		9,75 %	11,93 %	11,52 %	7,23 %
n = 1681	177 (10,53)	62	50	53	12
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,26 (0,85-1,87)	1,20 (0,81-1,77)	0,74 (0,39-1,42)
Pokus o sebevraždu		0,63 %	0,95 %	5,65 %	12,05 %
n = 1681	54 (3,21)	4	4	26	20
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,52 (0,38-6,13)	9,37 (3,24-27,09)***	23,63 (7,91-70,59)***
Zdravotně rizikové chování specifické pro ženy n = 1201	Prevalence (%)	žádné (n = 448)	1 (n = 307)	2-3 (n = 332)	4+ (n = 114)
Těhotenství v brzkém věku, ženy		2,9 %	4,23 %	3,01 %	9,65 %
n = 1201	47 (3,91)	13	13	10	11
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,54 (0,70-3,38)	1,07 (0,46-2,49)	3,70 (1,60-8,53)***
Neplánované těhotenství, ženy		4,69 %	4,89 %	7,83 %	10,53 %
n = 1201	74 (6,16)	21	15	26	12
<i>Poměr šancí (95% interval spolehlivosti)</i>		1,0 (reference)	1,09 (0,55-2,16)	1,81 (1,0-3,29)	2,49 (1,18-5,25)**

Hodnoty v závorkách ukazují 95% meze spolehlivosti pro poměry šancí (hodnota * $p \leq 0,1$; ** hodnota $p \leq 0,05$; *** hodnota $p \leq 0,01$)

ZÁVĚR

Náš průzkum mezi vysokoškolskými studenty v České republice zjistil vysokou prevalenci ACE a souvisejících druhů zdravotně rizikových chování. I když běžné informační systémy, jako například orgány sociálně-právní ochrany dítěte hlásí případy násilí na dětech, jedná se o rizikové případy, které se dostaly do pozornosti služeb

sociální péče a které podcenily rozsah problémů v komunitě. Takové informace je rovněž potřeba doplnit o údaje ze zdravotnického systému, jako jsou údaje shromažďované systémem dohledu na dětské úrazy v České republice a populační průzkumy u dětí.

Tato studie přispěla k plnění prvního cíle Evropského akčního plánu. Ten zdůrazňuje potřeby koordinovanějších akcí různých resortů k zajištění preventivních pro-

gramů. Je zapotřebí silné reakce na národní politiku, aby bylo možné řešit nesplněné potřeby obyvatel a přijmout preventivní programy v komunitě.

LITERATURA

1. UNCRF. Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989 entry into force 2 September 1990, in accordance with Article 49. New York: UN, Office of the High Commissioner, 1989. [online] [cit. 2016-12-09]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>.
2. **Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. (Eds).** World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
3. **Sethi D, Bellis M, Hughes K, et al. (Eds).** European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.
4. **Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al.** The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–258.
5. Resolution EUR/RC64/R6. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 and the European child maltreatment prevention plan 2015–2020. In: Sixty-fourth session of the Regional Committee for Europe, Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/259210/64rs06e_InvestChildren_140731.pdf?ua=1.
6. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. [online] [cit. 2016-12-23]. Dostupné z: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
7. **Qirjako G, Burazeri G, Sethi D, Miho V.** Community survey on prevalence of adverse childhood experiences in Albania. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/181042/e96750.pdf.
8. **Baban A, Cosma A, Balaszi R, et al.** Survey of adverse childhood experiences among Romanian university students: study report from the 2012 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/187713/e96846.pdf?ua=1.
9. Institute of Public Health of Montenegro. Survey on adverse childhood experiences in Montenegro. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/279201/Survey-Adverse-Childhood-Experiences-Montenegro.pdf.
10. **Vaničková E.** Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008–2018. Praha: Úřad vlády ČR, 2009.
11. Alkohol u dětí a mládeže. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://socialni-prace.webnode.cz/alkoholismus-a-koureni/>.
12. Děti jako svědci domácího násilí. Informační a poradenské centrum ROSA, 2013. [online] [cit. 2013-10-08]. Dostupné z: <http://www.rosa-os.cz/fileadmin/rosa/StatistikaROSA2003.pdf>.
13. Dopady alkoholismu rodičů na děti. Nadace Sirius, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rodice-jsou-zavisli/dopady-alkoholismu-rodicu-na-deti.shtml>.
14. **Nešpor K.** Aspekty dětského pití alkoholu a potenciální závislosti na něm. Alkoholik, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/deti_a_alkohol/aspekty_detskeho_piti_alkoholu__a_potencionalni_zavislosti_na_nem_alkoholismu.html.
15. Úmluva o právech dítěte. Článek 19. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.
16. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění (2016). Část 2, kapitola IV, § 201. Ohrožování výchovy dítěte. [online] [cit. 2016-12-22]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 11, s. 398–399. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&type-Law=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
17. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění (2016). Část 2, kapitola IV, § 202. Svádění k pohlavnímu styku. [online] [cit. 2016-12-22]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 11, s. 399. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&type-Law=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
18. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (2016). [online] [cit. 2017-01-22]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 131, s. 4762. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
19. Vládní nařízení č. 1139. Národní strategie prevence zneužívání dětí v České republice 2008–2018; 2008. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.stopnasilinaitech.cz/pdf/narodnistrategie.pdf>.
20. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: MZ ČR, 2014.
21. Vládní nařízení č. 611. Koncepce státního politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007–2013; 2007. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mladez/narodni-strategie-pro-mladez>.
22. Vládní nařízení č. 262. Národní akční plán pro prevenci domácího násilí 2011–2014; 2011. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Narodni-akcni-plan-prevence-domaciho-nasilii-na-leta-2011-2014.pdf>.
23. Vládní nařízení č. 549. Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007–2017.
24. Obhajoba plnění třetí a čtvrté periodické zprávy před výborem OSN pro práva dítěte v Ženevě. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zmocnenec-vlady-pro-lidska-prava/aktuality/obhajoba-plneni-treti-a-ctvrte-periodicke-zpravy-pred-vyborem-osn-pro-prava-ditete-v-zeneve-84567/>.
25. **Kovařík J.** Dětská práva, právní povědomí, participace dětí a sociální služby. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2001.
26. Akční plán k naplnění národní strategie ochrany práv dětí 2012–2015. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14311/APN_NSOPD_2012-2015.pdf.
27. Národní strategie ochrany práv dětí. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf>.
28. Předpis 104/1991 Sb., Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte, v platném znění. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=104&r=1991>.
29. Úmluva č. 182 o zákazu a okamžitých opatřeních k odstranění nejhorších forem dětské práce. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1197/182.pdf>.
30. Usnesení vlády České republiky č. 1046. Dlouhodobé zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století; 2002. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2872>.
31. Usnesení vlády České republiky č. 611. Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007–2013; 2007. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/search.cs?SearchView&Query=usneseni%20AD%20C4%8D.%20611.
32. Usnesení vlády České republiky č. 262. Národní akční plán prevence domácího násilí 2011–2014; 2011. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné

- z: http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web/cs?Open&2011&04-13.
33. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 3/2008. Metodické opatření k postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008: 35–42.
 34. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 6/2008. Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008: 2–7.
 35. Věstník vlády pro orgány krajů a orgány obcí – rok 2008. Usnesení vlády České republiky ze dne 3. září 2008 č. 1139 k Národní strategii prevence násilí na dětech v České republice na období 2008–2018. Praha: Ministerstvo vnitra, 2008; 6 (5): 90–100.
 36. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>.
 37. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění (2016). Trestné činy proti rodině a dětem. Část 2., hlava IV. [online] [cit. 2016-12-22]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 11, s. 201–202. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/cast2h4.aspx>.
 38. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (2016). [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
 39. Vaničková E. Prevence násilí ve výchově dětí: příručka pro rodiče. Praha: UK 3. LF, 2012.
 40. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Metodické opatření k postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Věstník 3/2008, částka 3, s. 35–42.
 41. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím. Věstník 6/2008, částka 6, s. 5–7.
 42. Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, v platném znění (2016). [online] [cit. 2016-12-22]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 27, s. 843–845. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=70/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
 43. Národní registr dětských úrazů. [online] [cit. 2017-01-22]. Dostupné z: <http://www.detskeurazy.cz/index.php?pg=home--o-narodnim-registru-detskych-urazu>
 44. Národní koordinační centrum pro prevenci dětského zneužívání a úrazů a podporu bezpečnosti dítěte. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/predsokolni-vzdelavani/narodni-koordinacni-centrum-prevence-urazu-nasilii-a-podpory>
 45. Ross AH, Juarez CA. A brief history of fatal child maltreatment and neglect. *Forensic Sci Med Pathol* 2014; 10 (3): 413–422.
 46. Dunovský J. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 1999.
 47. Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9 (11): e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
 48. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systemic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 647–657.
 49. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 378–385.
 50. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68–81.
 51. Sethi D, Hughes K, Bellis M, et al (Eds). European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. [online] [cit. 2016-12-09]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2010/european-report-on-preventing-violence-and-knife-crime-among-young-people>.
 52. WHO Regional Office for Europe. Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/282863/Investing-in-children-European-child-maltreatment-prevention-action-plan-2015-2020.pdf.
 53. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ* 2014; 92: 641–655B. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129247>.
 54. Verny TR, Weintraubová P. Rodičovstvo od počatia. Bratislava: Pozsony Pressburg, 2013.
 55. Velemínský M, Rost M, Samková J, Samek J, Sethi D. Survey of adverse childhood experiences in the Czech Republic. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017. [online] [cit. 2017-08-15]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/332906/ACE-Czh-survey.pdf.
 56. Butchart A, Phinney A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO, 2006. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf.
 57. Hosmer DW Jr, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. Hoboken: Wiley, 2013.
 58. Raleva M, Jordana Peshevska D, Sethi D (Eds). Survey on adverse childhood experiences among young people in the former Yugoslav Republic of Macedonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/185570/e96810.pdf.
 59. Anda RF, Felitti VJ, Walker J, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 56: 174–186.
 60. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 842–855.
 61. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, et al. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J Public Health* 2015; 37 (3): 445–454.
 62. Dunovský J. Dítě a poruchy rodiny. Praha: Avicenum, 1986a.
 63. Dunovský J. Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti. Praha: SEVT, 1986b.
 64. Matějček Z, Dytrych Z. Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí. Praha: Galén, 1994.
 65. Matějček Z, Dytrych Z. Krizové situace v rodině očima dítěte: dětská závist – žárlivost, nevěra a rozvod – nový partner v rodině, nevlastní sourozenci – vzpomínky z dětství. Praha: Grada, 2002.
 66. Flaherty EG, Thompson R, Litrownik AJ, et al. Effect of early childhood adversity on child health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 1232–1238.
 67. Dolan M, Whitworth H. Childhood sexual abuse, adult psychiatric morbidity, and criminal outcomes in women assessed by medium secure forensic service. *J Child Sex Abuse* 2013; 22: 191–208.
 68. Giancola PR, Parker AM. A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 166–178.
 69. Dube SR, Miller JW, Giles WH, et al. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health* 2006; 38 (4): 444.e1–e10.
 70. Kleinman RE, Murphy JM, Little M, et al. Hunger in children in the United States: potential behavioral and emotional correlates. *Pediatrics* 1998; 101: 100–111.
 71. Graham-Bermann SA, Levendosky AA. Traumatic stress symptoms in children of battered women. *J Interpers Violence* 1998; 13: 111–128.

- 72. Devries KM, Child JC, Allen E, et al.** School violence, mental health, and educational performance in Uganda. *Pediatrics* 2014; 133: 129-137.
- 73. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA.** Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Dev Psychopathol* 2007; 19: 149-166.
- 74. WHO Regional Office for Europe.** The Minsk Declaration. The Life-course approach in the context of Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf.
- 75. Eurostat (2015).** Tertiary education statistics. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tertiary_education_statistics#Further_Eurostat_information.
- 76. Kachaeva MA, Sethi D, Badmaeva VD, et al.** Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/267283/Survey-on-the-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-among-young-people-in-the-Russian-Federation-Eng.pdf.
- 77. Hardcastle KA, Bellis MA, Hughes K, Sethi D.** Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289602/Maltreatment_web.pdf?ua=1.
- 78. WHO.** INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO, 2016. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/.
- 79. Meinck F, Steinert JA, Sethi D, et al.** Measuring and monitoring prevalence of child maltreatment: a practical handbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. [online] [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317505/Measuring-monitoring-national-prevalence-child-maltreatment-practical-handbook.pdf.
- 80. Grey J, Jordanova Pesevska D, Sethi D, et al.** Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. [online] [cit. 2017-01-22]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/publications/2016/handbook-on-developing-national-action-plans-to-prevent-child-maltreatment-2016>.

Korespondenční autor:

Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav laboratorní diagnostiky a veřejného zdraví
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: veleminsky@zsf.jcu.cz

Inzerce A181000085

www.alkoholpodkontrolou.cz

expertní podporu pracovníkům veřejné správy a zpřístupňování vědy a výzkumu pro praxi v návaznosti na analytickou a výzkumnou činnost Centra

expertní podporu pracovníkům ve zdravotních, školských a sociálních službách v oblasti informací a zpřístupňování výsledků vědy a výzkumu pro praxi

CENTRUM VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA ALKOHOL

KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE
ve spolupráci se
STÁTNÍM ZDRAVOTNÍM ÚSTAVEM

nabízí:

podporu informovanosti a medializace ve vztahu k odborné i laické veřejnosti, a to prostřednictvím informačního portálu směřujícího k omezení negativních zdravotních dopadů užívání alkoholu, založeného na kvalitním zpracování a interpretaci aktuálních vědeckých výsledků

realizaci preventivních kampaní týkajících se alkoholu a negativních dopadů jeho užívání

ALKOHOL MŮŽE ZPŮSOBOVAT RAKOVINU

MATERIÁL VZNIKL V RÁMCI PROJEKTU:

„Příprava a spuštění veřejnozdravotního centra se zaměřením na alkohol“ ROZHODNUTÍ č. OZS/65/4141/2017 o poskytnutí účelového neinvestičního příspěvku ze státního rozpočtu ČR na rok 2017 přímo řízeným organizacím MZ ČR ze dne 11. srpna 2017.



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova



Klinika adiktologie



Copyright of Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie is the property of Czech Medical Association of JE Purkyne and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.