

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**Anna Klečková**



# FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Anna Klečková**

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

## **AGRESIVNÍ PACIENT S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU – POSTUP ZDRAVOTNÍKŮ VE SPOLUPRÁCI S PČR**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna KLEČKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z16B0143P**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Název tématu: **Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou - postup zdravotníků ve spolupráci s PČR**  
Zadávající katedra: **Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **CARLAT, Daniel J.** The psychiatric interview. Fourth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. Practical guides in psychiatry. ISBN 978-1496327710.
- **ČÍRTKOVÁ, Ludmila.** Policejní psychologie. 2., rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. ISBN 978-80-7380-581-4.
- **KUČEROVÁ, Helena.** Psychiatrické minimum. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- **LÁTALOVÁ, Klára.** Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
- **POLÁK, Martin.** Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3208-7.
- **SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ.** Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

Vedoucí bakalářské práce:

**MUDr. et Mgr. Marcel Hájek, Ph.D.**

Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Datum zadání bakalářské práce:

**31. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**29. března 2019**



PhDr. Lukáš Štich  
děkan



PhDr. Alena Pistulková  
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a veškeré použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

**V Plzni dne 29. 3. 2019**

.....

vlastnoruční podpis

Předmluva:

*„Největší chybou lékařů je, že se snaží léčit tělo, aniž by léčili duši. Přitom tělo a duše jedno jsou“*

*Platón, 427 – 347 př. n. l.*

Již řeční filozofové věděli, že léčba duševních chorob je stejně důležitá jako terapie tělesných chorob. Do současnosti se však mnozí duševně nemocní nedočkají pochopení a léčby bez stigmatizace. Zároveň jsou psychiatričtí pacienti stále častěji agresivní a jejich oběťmi nebývá zpravidla nikdo jiný než zdravotnický personál a příslušníci Policie České Republiky. Z těchto důvodů bylo vybráno téma bakalářské práce: *„Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou – postup zdravotníků ve spolupráci s PČR.“*

Cílem této práce je pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a kazuistik porovnat postup zdravotníků a Policie České Republiky, zjistit, zda komunikace a domluva mezi složkami IZS a pacientem funguje bez problémů a dále zjistit, jak probíhá medikace na zklidnění pacienta.

**Poděkování:** Děkuji MUDr. et Th. Mgr. Marcelu Hájkovi, Ph.D., FICS za odborné vedení této bakalářské práce, za jeho odborné nápady, cenné rady a věnovaný čas. Zároveň děkuji Zdravotnické záchranné službě Karlovarského kraje, Krajskému policejnímu ředitelství Karlovy Vary a České Budějovice a obvodnímu oddělení PČR Cheb a Mar. Lázně za spolupráci při vypracování této práce.

# ANOTACE

Jméno a příjmení: Anna Klečková

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou – postup zdravotníků ve spolupráci s PČR

Vedoucí práce: MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.

Počet stran: číslované: 72, nečíslované: 24

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: agresivní pacient, policie, psychiatrie, psychoaktivní látky, spolupráce, zdravotník

Vlastní text:

Bakalářská práce se zabývá problematikou spolupráce zdravotníků s Policií České republiky při zásahu u agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části práce jsou popsány základní pojmy a etiologie agresivity. V další kapitole je zdůrazněno spektrum psychiatrických diagnóz projevujících se agresivitou. Dále se věnujeme možnostmi řešení agresivity v přednemocniční péči, a to jak komunikačně, tak farmakologicky nebo fyzicky a směřováním pacienta do zdravotnického zařízení. Možnosti řešení agresivity jsou popsány i v situacích při předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení a nadále v ošetrovatelské péči. V závěrečné kapitole teoretické části se věnujeme postupu a spolupráci zdravotníků spolu s Policií České republiky nejprve z pohledu právních předpisů České republiky a nadále popsány postupy z pohledu všech spolupracujících složek integrovaného záchranného systému.

V praktické části jsme prostřednictvím rozhovorů s pracovníky zjišťovali úskalí těchto postupů a komunikace a možný přínos vytvoření společné metodiky. Prostřednictvím kazuistik jsme zkoumali použití medikamentózní terapie u agresivních pacientů s psychiatrickou diagnózou.



# ANOTATION

Name and Surname: Anna Klečková

Department: Department of Rescue, Diagnostics and Public Health

Title of thesis: Aggressive patient with psychiatric diagnosis - consecution of paramedics in cooperation with the Police of the Czech Republic

Supervisor: MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.

Number of pages: numbered: 72, unnumbered: 24

Number of appendices: 6

Number of literature titles used: 37

Key words: aggressive patient, police, psychiatry, psychoactive substances, cooperation, paramedic

Summary:

The bachelor thesis deals with the issue of cooperation between health care workers and the Police of the Czech Republic in the intervention of an aggressive patient with a psychiatric diagnosis. It is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part describes the basic concepts and etiology of aggression. The next chapter emphasizes the spectrum of psychiatric diagnoses manifesting by aggression. We also pursue the possibilities of solving aggression in pre-hospital care with communication, pharmacologically or physically and by directing the patient to a medical facility. Possibilities of solving aggressiveness are also described in situations when transferring patients in a healthcare facility henceforward in nursing care. In the final chapter of the theoretical part, we deal with the consecution and cooperation of paramedics with the Police of the Czech Republic first from the point of view of legal regulations of the Czech Republic and further described procedures from the point of view of all cooperating components of the integrated rescue system.

In the practical part, through the interviews with the staff, we investigated difficulty of these procedures and communication, the possible benefits of creating a common

methodology. Furthermore we dove into the use of drug therapy in aggressive patients with psychiatric diagnosis, using numerous case reports.

# OBSAH

Úvod .....	11
Teoretická část .....	13
1 Agrese a agresivita .....	13
1.1 Vysvětlení a definice pojmů .....	13
1.2 Etiologie agresivity .....	14
1.2.1 Neurobiologie .....	15
1.2.2 Genetika .....	15
2 Psychiatrické poruchy .....	16
2.1 Nejčastější psychiatrické diagnózy projevující se agresivitou .....	17
2.1.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10) .....	17
2.1.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29) .....	24
2.1.3 Afektivní poruchy (F30 – F39) .....	28
3 Možnosti řešení agresivního chování .....	31
3.1 Agresivní chování v PNP .....	31
3.1.1 Cíle intervence .....	31
3.1.2 Řešení agrese pomocí komunikace .....	31
3.1.3 Farmakologické řešení agrese .....	34
3.1.4 Nefarmakologické řešení agrese .....	38
3.1.5 Směrování pacienta do ZZ .....	39
3.2 Agresivní chování při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení .....	39
3.3 Agresivní chování v ošetrovatelské praxi .....	40
4 Postup zdravotníků ve spolupráci s Policií České Republiky .....	42
4.1 Právní předpisy České republiky .....	42
4.1.1 Zákon o zdravotních službách .....	42
4.1.2 Zákon o specifických zdravotních službách .....	44

4.1.3	Zákon o Policii České republiky .....	45
4.1.4	Trestní zákoník .....	48
4.1.5	Konzultace s právní kanceláří ČLK .....	48
4.2	Úkol zdravotnické záchranné služby .....	49
4.3	Úkol Policie ČR a městské policie .....	50
4.3.1	Úkol policejního vyjednavče .....	51
4.4	Úkol HZS .....	53
	Praktická část .....	54
5	Cíle a úkoly práce .....	55
5.1	Cíle práce .....	55
5.2	Výzkumné otázky .....	55
6	Charakteristika výzkumného souboru .....	56
7	Metodika šetření .....	57
8	Analýza a interpretace výsledků .....	59
8.1	Rozhovory .....	59
8.2	Kazuistiky .....	75
9	Diskuze .....	78
	Závěr .....	81
	Seznam zdrojů .....	83
	Seznam zkratk .....	86
	Seznam tabulek .....	88
	Seznam obrázků .....	88
	Seznam příloh .....	89
	Přílohy .....	90

## ÚVOD

Fenomén psychiatrických onemocnění je navzdory pokrokům v medicíně a modernizaci doby ve společnosti nadále tabuizován. Ačkoliv od silné bagatelizace psychiatrických diagnóz doba značně pokročila, nelze říci, že psychiatrický pacient není zdravotníky stigmatizován předsudky. Stále se na problematiku psychiatrie pohlíží s odstupem. Vývoj a zejména vynález internetu však zajistil lepší informovanost společnosti o našem tématu a ze strany psychiatrických léčeben je snaha prostřednictvím různých seminářů přiblížit duševní choroby veřejnosti. Problémem dnešní doby je, že nejen zdravotníci záchranáři, ale i zdravotnický personál bývá čím dál častěji terčem agresivních pacientů buď s primární psychiatrickou diagnózou, nebo s chorobami sekundárně způsobenými nadměrným užíváním alkoholu nebo jiných návykových látek.

Téma bylo zvoleno na základě článků a zpráv v médiích od obou skupin jedinců. Na jedné straně je tedy pacient, který se chtě nechtě potýká s diagnózou F a na straně druhé je zdravotnický personál vnímající rostoucí agresi ze strany klientů. Zastáváme názor, že by se měla zlepšit informovanost obou skupin o tomto fenoménu a upozorňujeme na to, že tato práce poukazuje na velmi aktuální problematiku, s níž se denně setkávají záchranáři, policisté, hasiči, strážníci městské policie, zdravotní sestry a v neposlední řadě i veřejnost.

V této práci se zaměřujeme jen na jednu stranu této problematiky, kterou jsou zaměstnanci Policie České republiky (PČR), kteří úzce spolupracují se zdravotníky. Cílem práce je zjistit jak jejich spolupráce probíhá, jaké jsou rozdíly v kompetencích obou skupin zaměstnanců, zda by bylo vhodné postupy zestruturovat do jednoho předpisu, jak moc nás omezuje nesnadnost komunikace s takovým pacientem a zda jsme schopni vhodně léčit agresivní chování i s mnoha přidruženými faktory.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první kapitole se zabýváme vysvětlením termínů agrese a agresivita, popisujeme způsob vzniku a důležité faktory. Dále seznamujeme čtenáře se škálou psychiatrických onemocnění projevujících se agresivitou. V další části práce se zabýváme možnostmi zvládnání agrese u duševně nemocných pacientů. V poslední kapitole jsou porovnány právní předpisy týkající se zdravotníků s předpisy týkajícími se PČR. Tím jsou ujasněny kompetence obou složek. Následuje rozbor úkolů a kompetencí obou složek v této problematice.

V praktické části bakalářské práce jsme využili kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum jsme zvolili, jelikož během hodnocení postupu složek jsme chtěli proniknout hlouběji a osobněji k respondentům a objevit tak aspekty, na které kladou důraz a které by v případě kvantitativního výzkumu mohly zůstat skryty. Jako metody jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor a popis kazuistik z přednemocniční péče ve vybraných případech. V bakalářské práci jsme shrnuli teoretické poznatky k dané problematice, na které posléze navazují výsledky objevené výzkumným šetřením.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 AGRESE A AGRESIVITA

Vystavení agresi na pracovišti je jedním z nejzávažnějších nebezpečí. Agrese může mít různou podobu, počínaje křičením, nadávkami, zastrašováním a konče fyzickými útoky. Mezinárodní Organizace Práce tvrdí, že zdravotníci jsou druhou nejčastější profesní skupinou, vystavovanou násilím na pracovišti. Dle Evropské komise zahrnuje agrese na pracovišti všechny situace, v nichž je pracovník urážen, zastrašován nebo napadán při výkonu své práce a představuje přímé nebo nepřímé nebezpečí pro jeho bezpečí, pohodu a zdraví. (Penar, Zadarko, Marc, 2011)

### 1.1 Vysvětlení a definice pojmů

Pojem agrese nemá žádnou obecně přijatou formulaci, existuje pouze jedna podle amerického psychologa Moyera: „*Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě, nebo destruktivně vůči jinému organismu.*“ (Moyer, 1976). Později se rozšířila i o chování k předmětům, ale nebylo do ní zahrnuto agresivní chování vůči sobě samému. Tato teorie se vztahuje i na zvířata. Kunik vyjádřil agresi takto: „*Slovní či fyzické jednání s cílem ublížit.*“ (Kunik et. al., 2010) – tato hypotéza se soustředí na klinické využití. Oba tyto výklady se shodují na tom, že agresi lze zjevně vyzorovat u osob, které nadále jednají s určitým záměrem. (Látalová, 2013)

Hartl ve svém psychologickém slovníku popsal agresi jako jednání projevující se útokem (útočností) nebo explozivní chování, hostilitou vůči konkrétnímu předmětu, vědomé napadení bariéry, jedince nebo objektu, jenž zabraňuje uspokojení určité potřeby – např. jako odpověď na frustraci, tj. zklamání či zmaření touhy. (Hartl, 2009)

Rozdělení dle českého psychiatra V. Vondráčka rozlišuje agresi dle dvojího významu. Zahrnuje činnost nebo úmyslné odmítnutí činnosti za účelem poškození nebo snížení morální hodnoty. Takto široce pojatá se projevuje sprostou mluvou, nadávkami, anekdotami, úmyslným porušením společenské konvence a také odmítnutím nabízené pomoci. Úzce pojatá se kryje s chápáním fyzického útoku nebo násilí. Vondráček rozděluje agresi na přátelskou a nepřátelskou, přičemž nepřátelská je všeobecně známý pojem, zatímco přá-

telská agrese – z důvodu nejasnosti – se dá vysvětlit overprotektivním přístupem, což je případ matky, která je příliš opatrovatelská, a tím svému dítěti škodí.

V následující části vysvětlím rozdíly mezi agresí a agresivitou. První z uvedených pojmů, agrese, značí chování, které je pozorovatelné, přičemž druhý pojem, agresivita, se chápe jako vnitřní připravenost k agresivnímu chování – tím se rozumí vnitřní dispozice nebo vlastnost určité osobnosti, a to jako těžce ovlivnitelná nebo trvalá charakteristika. (Látalová, 2013) „*Agresivitu lze také chápat jako útočnost, v etiologii tendence k hrozbě, útočnému jednání vůči druhému jedinci.*“ (Hartl, 2009, str. 23)

Obecně také rozlišujeme mezi destruktivní a konstruktivní agresivitou. Destruktivní agresivita se vyznačuje touhou ničit a ubližovat. V případě vážné destruktivní agresivity ji psychologové označují jako poruchu osobnosti – psychopatii. Je to známka narušení vztahu osobnosti k sobě a k ostatním. Zatímco konstruktivní agresivita se vyznačuje přirozeným lidským projevem, který splňuje účel i v subhumánním chování. Konstruktivní agresivita neničí, ani nepoškozuje druhé a zároveň je nápomocna v rozvoji osobnosti. Přestože je společnost upozorňována psychology na to, že je bezpochyby účelná a nezbytně potřebná v našem životě, stále se v sociálním prostředí spíše odmítá. Důležité je poznamenat, že hranice mezi oběma těmito druhy je velice tenká a rozlišit je nelze lehce, protože kritéria pro jejich stanovení jsou neurčitá a obsáhlá. (Látalová, 2013)

## 1.2 Etiologie agresivity

U psychiatrických pacientů lze rozdělit agresivní chování do tří skupin:

1. Psychotické – je následkem psychotických poruch a jejich příznaků: bludy, vidiny a poškození přijímání informací.
2. Instrumentální – plánovaná, s cílem uspokojení potřeby, vyskytující se jak u obyčejného obyvatelstva, tak hlavně u pacientů, a to zejména u pacientů s abúzem: alkoholismus, toxikomanie.
3. Impulzivní – znamená, že pacient jedná neplánovaně, nemá zábrany v jednání a následky jsou mu lhostejné. (Látalová, 2013)

Etiologie agresivního jednání je různorodá. Agresivní chování může být závislé na předchozích či dlouhotrvajících vlivech, roli hraje například genetika, vystavení toxicitě před narozením či traumatizující události v dětství. (Látalová, 2013)



### **1.2.1 Neurobiologie**

Agresivita je kontrolována v mozku orbitofrontální kůrou, která ji potlačuje a tím reguluje pochod struktur limbického systému neboli vztek podněcujících stimulů. Spuštění těchto komplexů za nepřítomnosti kortikálního řízení může vyvolat zlost a zároveň i zřejmou fyzickou útočnost. Ke korekci a často i k potlačování agresivního jednání slouží hormon zvaný serotonin, jenž působí na své receptory v orbitofrontální cerebrální kůře a v předním cingulu. Pokud se působení tohoto hormonu sníží, může stimulovat agresivitu. Když se do mozku dostane psychoaktivní látka – např. amfetamin – dojde ke zvýšení katecholaminergních funkcí, což způsobí, že člověk začne jednat agresivně. (Látalová, 2013)

### **1.2.2 Genetika**

Určité geny se podílejí na biosyntéze serotoninových receptorů a jejich přenašečů, a zároveň jsou spojovány se vznikem a rozvojem agrese. Nutriční deficit v těhotenství, užívání alkoholu a kouření jsou prenatální rizikové faktory, které stupňují pravděpodobnost agresivity u potomků. Odborné výzkumy tvrdí, že zneužívání dětí má na agresi vliv, ale ve skutečnosti majorita těchto osob nejeví ani v dospělosti známky tohoto chování, protože geny zmírňují tyto účinky. Špatná socioekonomická situace se spojuje s agresivitou stejnou měrou jako některé závažnější duševní poruchy (např. schizofrenie). (Látalová, 2013)

## 2 PSYCHIATRICKÉ PORUCHY

V této kapitole a jejich podkapitolách se zaměříme na nejčastější psychiatrické diagnózy, se kterými se lze setkat v přednemocniční neodkladné péči či policejní praxi, a které se zároveň projevují agresivním chováním. S agresivitou se lze setkat i u pacientů při traumatu, u dalších forem intoxikace (zde nepopsaných) při neurologických onemocněních, (encefalitida, meningitida). V těchto případech je nutno provést důkladnou diferenciální diagnostiku. Výše popsané příčiny spadají nad rámec této práce. (čerpáno z rozhovoru)

V psychiatrii se používá rozdělení duševních poruch podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10). Na základě společných znaků se dělí do skupin označených písmenem F: F00 – F09: Organické duševní poruchy včetně symptomatických, F10 – F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, F20 – F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F30 – F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady), F40 – F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, F50 – F59: Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, F60 – F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých, F70 – F79: Mentální retardace, F80 – F89: Poruchy psychického vývoje, F90 – F98: Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (Papežová a kol.).

Z jednoho výzkumu násilí na školách, konajícího se v roce 2013, který zveřejnili autoři Lödel a Bliesel, lze odvodit rizikové faktory způsobující agresivní chování. Tyto faktory se vyskytovaly u agresorů a vykonavatelů šikany. „Zjistili následující znaky (procenta jsou odvozena z počtů agresorů, u kterých byl rizikový znak zaregistrován):

- *Neadekvátní zpracování a interpretace informací ze sociálního okolí, **hostinní** (nepřátelská – může být vyvolána duševními poruchami – **mánie, paranoia** – pozn. autora) a agresivní skripta (31,4 %)*
- *Vyhledávání a konzumace agresivních programů v médiích (25,1 %)*
- *Experimentování s drogami či jejich konzumace – od **tabakismu, alkoholismu až po tvrdé drogy** (22,9 %)*
- *Příslušnost k problematické partě (20,9 %)*
- *Nestrukturované trávení volného času „**poflakování**“ (18,5 %)*
- ***Psychické problémy nebo poruchy osobnosti a chování** (16,5 %)*
- *Špatné školní a třídní klima – nejasná pravidla a normy nebo jejich nedodržování, tolerování násilí (11,9 %)*
- *Problémy v rodině, negativní vliv rodinného klimatu (6,8 %)*
- *Problémy s výkonem a výsledky ve škole (4,9 %)*“ (Čírtková, 2015, str. 183)

V tomto výzkumu jsou psychické poruchy zastoupeny celkem v 39,4 %. Zvýrazněné jsou příčiny, kterými se v této práci budu zabývat. Alkoholismus, tabakismus a toxikomanie, ve výzkumu uváděné na 3. místě, jsou zařazovány do diagnózy F10 – F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, čili na tyto poruchy se v této kapitole zaměříme. Další, uvedené ve výzkumu na 6. místě s 16,5 % jsou mimo jiné poruchy osobnosti a chování, které zahrnují diagnózy F30 – F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady) a F90 – F98: Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (Papežová a kol.).

*„Dle retrospektivní kohortové studie, která sledovala výskyt násilí mezi pacienty se schizofrenií ve vzorcích z roku 1949, 1969, 1989 a 2000 v Praze záznamy 404 pacientů splňovaly měřítko agresivity (definovaná jako tři body získané ve škále Modified Overt Aggression Scale /Kay et. al, 1988/) od prvních zjištěných psychotických příznaků až do doby posledních dostupných informací. Celková prevalence násilí byla 41,8 % u mužů a 32,7 % u žen. (Látalová, 2013, Agresivita v psychiatrii str. 38)“* Tento výzkum tedy potvrzuje, že diagnózy F20 – F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy se v určitých případech u pacientů projevují agresivitou. (Čírtková, 2015)

## **2.1 Nejčastější psychiatrické diagnózy projevující se agresivitou**

S odkazem na předchozí text se nyní zaměříme na 4 nejčastější diagnózy, se kterými se setkáváme při policejních i zdravotnických zásazích a které se projevují agresivitou. Patří sem: poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy a afektivní poruchy. (Čírtková, 2015)

### **2.1.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10)**

Psychoaktivní látky mají velice proměnlivý účinek na vznik nebo rozvinutí agrese a násilného chování. Závisí na množství látky, osobnosti člověka, který si látku aplikuje, jeho předchozích zkušenostech s určitou substancí a na tom, zda se v jeho okolí nachází potencionální oběť. Alkohol a drogy mají komplexní vliv na vznik agrese, je zde obsaženo mnoho mechanismů působení, například záleží na toleranci osoby k látce, na přítomnosti organického poškození mozku, na zasažených receptorech a jejich mechanismech, na dávce látky a na chování osoby v postavení oběti útočníka. (Látalová, 2013)

Abuzy a související nemoci bývají v moderním lékařství podhodnocované. Odborníci jsou schopni odhalit abuzus u 75 % nemocných, zatímco praktičtí lékaři pouze u jedné

desetiny. Onemocnění, jež jsou ovlivněny toxickým vlivem psychoaktivních látek, jsou přítěží pro zdravotnická zařízení a s jejich léčbou se potýkají akutní lůžka. V intenzivní péči se setkáme spíše s intoxikacemi nebo abstinenčními příznaky, které jsou pro pacienty těžce zvladatelné. Touto problematikou se zabývají specialisté (tzv. adiktologové). V této skupině jsou zahrnuty rozmanité nemoci všech závislostí a všech závažností, které mají shodný příznak, a to právě užívání těchto látek. (Praško, Látalová, 2013)

*„MKN – 10 specifikuje 9 druhů psychoaktivních látek: alkohol, opioidy (např. heroin), kanabinoidy (marihuana), sedativa a hypnotika (psychofarmaka), kokain, psychostimulancia, (sem patří kofein, amfetaminy, extáze a jiné), tabák (nikotin) a organická rozpouštědla.“ (Praško, Látalová, 2013, str. 302)*

Zjištění této látky by mělo doprovázet zajištění co největšího množství informačních pramenů, tzn. anamnézy z biologických materiálů pacienta, typické symptomy, prokázání látky u pacienta nebo informace od dalších osob. Při zjištění požití látky se klade důraz na pečlivé odebrání anamnézy, včetně informací od dalších osob, zajištění biologických materiálů na vyšetření a za účelem prokázání požití látky. Vždy bychom měli mít na paměti důležitost získaných informací. (Praško, Látalová, 2013)

Akutní intoxikace (F1x.0) – tuto diagnózu označujeme jako nestálý stav, je vyvolaný krátkodobým dokázaným požitím látky nebo látek, jež jsou psychoaktivní a ve vysoké dávce mohou způsobit intoxikaci. Mohou způsobit poruchy vnímání nebo emotivity a chování. Příznaky musejí být závažné, tudíž mohou vyvolat poruchy některých základních životních funkcí, např. vědomí nebo kognitivních funkcí. Také mohou způsobit poruchy chování a afektivity. Vše je závislé na množství a typu látky a stavu pacienta. Komplikace mohou zahrnovat delirium, křeče, trauma, nebo kóma.

Škodlivé užívání (F1x.1) – Tímto termínem se rozumí fyzické, nebo psychické poškození zdraví, které souvisí s dlouhodobým požíváním látek, a to samotným užíváním, nebo způsobem užití. Výjimkou u diagnostiky je syndrom závislosti. Mohou být poškozeny například játra, (dg. jaterní cirhóza), a to jak alkoholem u chronického užívání, tak i u látek, které si pacient aplikuje intravenózně.

Syndrom závislosti (F1x.2) – vzniká postupně po opětovném užití látky. Zahrnuje pocit po dobu nejméně jednoho měsíce během posledního roku silné touhy po látce. Pacient nad sebou nedokáže držet kontrolu a špatně reguluje množství jednotlivých dávek lát-

ky. Po odnětí látky jsou u pacienta známy fyzické nebo psychické projevy závislosti. Pacient cítí nutkání zvýšení požitého množství, aby dosáhl požadovaného účinku.

Odvykací stav (F1x.3) – Vyznačuje se různými fyzickými nebo psychickými příznaky, které má za důsledek náhlé vysazení nebo prudké snížení dávek dlouhodobě užívané látky. Stav závisí na typu užívané látky.

Psychotické poruchy (F1x.5) – Nadužívání některých návykových látek může vyvolat množství psychických poruch.

Amnestický syndrom (F1x.6) – Vyznačuje se neschopností pacienta získat nové poznatky při ztrátě náhledu na jeho poruchu. (Praško, Látalová, 2013)

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním nástupem (F1x.7) – Tento stav nastává při dlouhotrvajících psychotických příznacích, a pokud nastane porucha emocí, osobnosti, či jednání. Předpokládáme odeznění akutní „otravy“. Tento stav zahrnuje i psychotické poruchy, a také tzv. „flashbacky“. Tento stav je přechodný, krátkodobý. Spuštěn může být například únavou. Poruchy se rozdělují dle hlavní zneužívané psychoaktivní látky. (Praško, Látalová, 2013)

**Alkohol** – obecně má různé vlivy na centrální nervovou soustavu (CNS). Záleží také na tom, zda jde o dlouhodobé zneužívání, či akutní požití, nebo vznik závislosti, či abstinční syndrom Agresivita je přítomna ve většině případů při požití akutní formou, tedy při ebrietě, sekundárně při dlouhodobém užívání a u závislosti. Speciální stav, u kterého také můžeme pozorovat projevy agrese, je vyvolán u tzv. alkoholového deliria. V pozdější fázi akutní ebriety pozorujeme netaktnost, křik a bezohlednost, a to v důsledku účinku alkoholu nejen na kortex, ale hlavně na podkorové systémy a mozeček. V této fázi si člověk nepromýšlí a nekoriguje své chování. V další fázi se již objevuje útlum CNS a následně spavost. U dlouhodobého užívání může mít alkohol výrazně devastující účinky na mozek. Osoby, které dlouhodobě zneužívají alkohol, mohou mít narušeny základní životní hodnoty, jejich osobnost se může změnit a je riziko, že tento stav progreduje až k alkoholové demenci, při níž je známo již i organické poškození mozku. Většina agresorů prokazatelně trpí nějakou psychickou poruchou, při které spolu s užíváním alkoholu roste nebezpečí, že se pacient začne chovat agresivně. (Látalová, 2013)

Poruchy vyvolané požíváním alkoholu (F10.X) – Do této skupiny zahrnujeme akutní intoxikaci alkoholem prostou – ebrieta (F10.0) – Agresivní jednání se projevuje u středně silné opilosti, tzn. v rozmezí od 1,5 do 2,5 ‰. Při obsahu alkoholu v krvi nad 2,5 ‰ je agresivní chování častější, a to obzvláště u lidí s predispozicí k tomuto jednání. (Pavlovský a kol., 2012)

Komplikace odvykacího stavu – delirium tremens (F10.4) – vzniká zhruba po 1 až 2 dnech od posledního užití alkoholu a může se projevit i agresivním chováním, může být přítomna také somnolence, krátkodobé amnézie, bludy, bojácnost a dlouhodobá insomnie. (Nigel C. Barson, 2011) Delirium také vzniká, když je alkoholik umístěn do zdravotnického zařízení nebo do vazby. (Pavlovský a kol. 2012)

Alkoholické psychózy (F10.5) – projevují se po několikaleté závislosti na alkoholu (Raboch, Pavlovský a kol., 2008), přičemž se neprojevují u akutní intoxikace nebo odvykacího stavu (Petr, Marková a kol., 2014) Nejčastěji se můžeme setkat s tzv. alkoholovou halucinózou, která se projevuje u pacienta konzumujícího alkohol 10 a více let (Raboch, Pavlovský, 2008), jejíž symptomy zahrnují mimo jiné i akustické halucinace. (Malá, Pavlovský, 2002) Ve většině případů je pacient neklidný až agitovaný a aktivním způsobem reaguje na momentální prožitky, tudíž ho můžeme hodnotit jako jedince nebezpečného pro okolí a pro svoji osobu. (Praško, Látalová, 2013)

Amnestický syndrom (F10.6) – neboli Korsakov syndrom, je snížení schopností krátkodobé paměti (Raboch, Pavlovský a kol., 2008), jeho hlavním příznakem je neschopnost učení a konfabulace. (Pavlovský a kol. 2012)

Dále sem patří patologická intoxikace (F10.7) – ta se projevuje vznikem mráкотného stavu, ve kterém postižený může spáchat násilný trestný čin. Patická opilost se vyznačuje různými epizodami, kupříkladu agrese kontra depresi. (Nigel C Benson, Piero, 2011). Tento stav není podmíněn užitím většího množství alkoholu. Dotyčný může trpět až několikahodinovým vynecháním paměti – obnubilací. (Nigel C., Benson, 2011) Některé faktory podmiňující vznik patické ebriety mohou být např. nesnášenlivost alkoholu, kombinace s léčivý (antidepresiva, benzodiazepiny), nebo např. počasí nebo děje, které mají účinek na ochromení zdraví. (Pavlovský a kol., 2012)

**Psychostimulancia** – Do této kategorie řadíme amfetamin, kokain – v některých zdrojích je uváděn samostatně pod dg. F14.X (Pavlovský a kol., 2012, Praško, Látalová,

2013, Malá, Pavlovský, 2010), také sem řadíme pervitin, neboli metamfetamin (Látalová, 2013), pro jehož vznik je potřeba látka zvaná efedrin. Do této kategorie patří i fenmetrazin, dexfenmetrazin, fencyklidin, částečně také metylendioxyamfetamin (MDMA – extáze). (Pavlovský a kol., 2012) V některých literárních zdrojích je uveden i kofein, piperaziny, a mefedron. (Praško, Látalová, 2013) Jejich účinek spočívá v celkové stimulaci, tzn. snížení únavy a naopak zvýšení bdělosti, pacient má potřebu neustálé činnosti, je neklidný, nespavý, má pocit nadřazenosti a větší síly, je agresivní, nemá chuť k jídlu, po ukončení působení těchto látek člověk pocítuje pravý opak, a to pocit hladu, vyčerpanost, depresi. Při náhlém přerušeni dlouhodobého užívání může být člověk neklidný, nevrly, agresivní až zuřivý. Při pravidelném užívání se může objevit i toxická psychóza, kterou mohou provázet auditivní, akustické či taktilní halucinace provázející paranoidními bludy a možnou agresivitou – stihomam. Člověk se může chovat agresivně, v důsledku paranoie, protože se cítí ohrožený, nebo důsledkem závislosti, z důvodu které si pomocí trestné činnosti opatruje další dávky. (Látalová, 2013)

Poruchy vyvolané požíváním psychostimulancií (F. 15. X) – F15.0 – akutní intoxikace – příznaky otravy se dají vysvětlit tím, že v mozku dojde k zábraně zpětného vychytávání některých tzv. hormonů štěstí (dopamin, serotonin) a také některých stresových hormonů (noradrenalin). Ve většině případů se používá nitrožilně, účinkuje ihned po aplikaci, odezní po 8 – 24 hodinách od podání. (Praško, Látalová, 2013) Mezi jeho účinky patří mimo jiné: vzestup nálady, neklid, větší ochota ke komunikaci s ostatními, rozšíření zorniček, zvýšenou srdeční frekvencí a vymizením společenských zábran, (Pavlovský a kol., 2012) mohou být narušeny i paměťové funkce. (Papežová a kol., 2014) Při společné intoxikaci alkoholem spolu s metamfetaminem se stupňuje riziko agresivního chování. (Praško, Látalová, 2013)

Abusus se vyznačuje rychlým vznikem a je většinou psychického rázu se silným prahnutím po látce, neboli cravingem. (Praško, Látalová, 2013) Během abúzu dochází postupně ke vzniku paranoie, nebo paranoidní psychózy, která může být podobná jako schizofrenie. Přítomna je i agresivita, jež bývá obrácena i na nejbližší přítomné spoluobčany. Při soudním líčení trestných činů je nutné také posoudit stupeň závislosti. Při současném výskytu psychotických příznaků, přičemž dochází ke snížení ovládací schopnosti, může být trestní odpovědnost vyloučena. V pervitinové otravě může pachatel spáchat i zvlášť závažný zločin vraždy – dle Novotné s Pokorou. Jedná se zde i o rozdíly mezi chronickým

abúzem, který může být komplikovaný psychotickým stavem a mezi jednorázovou dávkou např. na diskotéce. (Pavlovský a kol., 2012)

U kokainu se lze setkat se vším výše uvedeným, po jeho aplikaci – žvýkáním, šňupáním, kouřením, injekčně, nebo v tabletách či aplikací na sliznice (Praško, Látalová, 2013) – se dostávají pocity mimořádných schopností, nebo osvícení. Z důvodu některých halucinací, které mohou být taktéž přítomné, může chování velice snadno přejít do agresivity. Závislost na kokainu je považována za nejvíce rizikovou, protože způsobuje povahové změny uživatele, narůstá jeho agresivita a může docházet k loupeži nebo k vraždě. (Malá, Pavlovský, 2010) K trestným činům může dojít jak u akutní intoxikace, tak i se změnou osobnosti u syndromu závislosti. (Pavlovský a kol., 2012) Při akutní intoxikaci kokainem je také přítomná hrubost a agrese. (Praško, Látalová, 2013)

**Opiáty (F11.X)** – Opiáty se běžně používají zejména na JIP k tlumení bolesti. (Praško, Látalová, 2013) Řadí se sem kodein a jeho deriváty – heroin a morfin. Jelikož mají opiáty tlumivý účinek, spíše zmenšují riziko agresivity. S agresivním chováním je v tomto případě spojen odvykací stav a to hlavně v souvislosti s potřebou opatřit si finance k získání další dávky. Obecně je tento abuzus spojován se sebepoškozováním až suicidem. (Látalová, 2013) Pro závislost na morfinu bylo typické střídání nálad – při odvykání se jednalo o podrážděnost, nevykonnost, s častou bolestí hlavy a insomnií, zatímco po požití látky bylo velmi rychlé typické uvolnění – a k zaniknutí fyzických potíží. (Pavlovský a kol., 2012)

Kodein působí tak, že se zčásti metabolizuje stejně, jako morfin. Mezi zdroje kodeinu patří Alnagon obsahující 20 mg této látky, nebo nezralé makovice, jejichž vařením vzniká tzv. braun. Heroin – jeden z krátkodobě působících a silně návykových opiátů, z čehož vyplývá, že u toxikomanů musí docházet k intravenózní aplikaci nebo sniffingu i několikrát denně. Mezi odvykací příznaky se řadí neklid, křeče, emotivita, zvyšuje se agresivita. (Pavlovský a kol., 2012)

**Odvykací stav (F11.3)** – Vyskytuje se u závislých častokrát, většinou u absence návykové látky. Většinou se obejde bez vážného ohrožení na životě. (Raboch, Pavlovský, 2008) Mimo jiných příznaků zahrnuje i neklid, podrážděnost nebo záchvaty. Podle Papežové (2014) se obvykle objeví po 4 – 12 h od posledního užití, nejrychleji u heroinu (do 4 – 6 hodin), třetí den se vystupňují, a poté odezní po týdnu až dvou týdnech.



(Praško, Látalová, 2013) Opiáty nevyvolávají toxické psychózy, pokud se u těchto osob objeví, jsou spojeny s kombinací užívání opiátů a jiné drogy. (Raboch, Pavlovský, 2008)

**Halucinogeny (F16.X)** Psychedelika, fantasika – Přírodní halucinogen je psilocybin, který obsahuje houba lysohlávka kopinatá. (Malá, Pavlovský, 2010) Řadí se sem například hašiš a marihuana nebo některé delirogeny – Calypsol a také LSD. (Praško, Látalová, 2013) Obvyklým způsobem konzumace marihuany a hašiše je kouření. (Raboch, Pavlovský a kol., 2008) V této skupině návykových látek se o projevy agresivity jedná zejména u akutních intoxikací (F16.0), které mohou trvat až několik hodin, stupňuje se po perorálním podání. (Pavlovský a kol., 2012) Agresivita se při aplikaci těchto látek projevuje proto, že dochází k takzvaným protrahovaným toxickým psychózám. Ty vznikají z toho důvodu, že se tyto látky dříve používaly pro zjištění příčin schizofrenie. Po aplikaci nastávají změny psychiky a jeden s efektů je agresivita vůči okolí, nebo vůči sobě samému. (Látalová, 2013) Také je zaznamenána přítomnost bohatých zrakových halucinací, pseudo-halucinací a iluzí. (Papežová a kol., 2014) Užívání halucinogenů, zejména marihuany, které trvá delší dobu, může podněcovat náchylnost ke vzniku psychotických poruch, může se projevit i vyšší afektivní dráždivost. (Pavlovský a kol., 2012)

**Benzodiazepiny (dále BZD – F13.0)** – Řadíme sem Diazepam, Midazolam, Alprazolam (Neurol), Oxazepam a další léčiva. Tyto léky jsou jedny z nejčastěji předepisovaných léčiv v ČR z toho důvodu, že mají rychlý účinek proti úzkosti a pro zklidnění pacienta. Rizikem je vysoká návykovost těchto látek. Agresivita se může projevit u některých pacientů snížením nebo úplnou ztrátou společenských zábran. Tento účinek se liší vlivem osobnostních vlastností nemocného. Výše uvedený fakt, že se BZD, zejména diazepam, používají na utlumení neklidného pacienta, nemusí být vždy pravdivý, poněvadž může vzniknout tzv. paradoxní reakce zejména po aplikaci i. v., přičemž může neklid a agrese buď vzniknout z úplného klidu, anebo vzrůst při jejím, zprvu mírném stupni. Z tohoto důvodu se doporučuje spíše aplikace antipsychotika samotného nebo v kombinaci s BZD. (Látalová, 2013) Za nebezpečné se považuje užívání těchto léčiv v kombinaci s alkoholem a to z důvodu způsobování deliriantních, nebo mráкотných stavů. Při vysazení vzniká velice těžký odvykací stav, který se může někdy projevit i epileptickými záchvaty. (Malá, Pavlovský, 2010)

Stavy při užívání benzodiazepinů, projevující se agresivitou: Akutní intoxikace – je zdrojem agresivního chování podobně jako ebrieta, v některých případech se s ní může

i diagnosticky zaměnit. Dochází k euforii, také k surovému chování, ale uživatel může být útlumem dechu ohrožen i na životě. (Raboch, Pavlovský a kol., 2008) Znamky agresivního chování jsou zaznamenány i při chronickém zneužívání BZD. (Látalová, 2013)

**Organická rozpouštědla** (Solvencia – F18.x) – Nejvýznamnějším zástupcem této skupiny je toluen, který se užívá vdechováním jeho par, nebo vzácně per os a vyvolává stavy opojnosti. (Malá, Pavlovský, 2008) Těmito cestami se velmi rychle vstřebává. Akutní intoxikace – připomíná ebrietu, objevují se sklony k agresivitě, hádavost, hrubost (Raboch, Pavlovský, 2008), poživatel trpí také amnézií nebo poruchami vnímání. Závislost je většinou psychická. Stav pachatele násilného trestného činu, který spáchal při akutní intoxikaci, můžeme hodnotit jako u ebriety. (Pavlovský a kol. 2012)

**Požívání několika látek a jiných psychoaktivních látek** (F19.X) – Zřídka se jedná o závislosti jen na jedné látce, častěji se setkáváme s kombinovanou závislostí na několika látkách (např. heroin a pervitin). (Malá, Pavlovský 2010) Kombinací návykových látek stoupá riziko vzniku závislosti a objevení záporného zdravotního a společenského vyjádření pacientů. Mezi nejčastější kombinování užívaných látek patří pervitin + heroin, čímž si uživatel snaží vyvážit stav své psychiky. Také se samozřejmě kombinují alkohol s kokainem, marihuanou nebo běžně předepisovanými sedativy. Interakce právě posledních dvou látek je i soudně významná. (Pavlovský a kol. 2012) Může vznikat kombinovaný syndrom závislosti (polytoxikomanie) a tím snadněji dochází ke zkřížené závislosti na několika látkách. (Raboch, Pavlovský, 2008)

## **2.1.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29)**

### **Schizofrenie (F20)**

Schizofrenie se definuje jako rozštěp osobnosti (výskyt protikladných pocitů, postojů a myšlenek), jenž pacientovi neumožňuje vést normální život. Je to tentýž pojem, který se používá pro celou skupinu psychóz se ztrátou smyslu pro reálný svět. Obraz této nemoci je velmi rozlišný, nelze nalézt dva stejné jedince. (Hartl, Hartlová, 2011) Psychiatřička Helena Kučerová ji ve své knize označuje jako „chorobu chorob“, neboť u každého pacienta je tato nemoc naprosto originální. (Kučerová, 2010, 2013) Můžeme ji charakterizovat jako onemocnění, u něhož jsou přítomny halucinace, bludy, neorganizované jednání spojené s neuspořádaným slovním projevem. „*Je představitelem psychotických onemocnění*“ (Češková 2013). Změny v mozku jsou velice nepatrné, zato projevy choroby jsou váž-

né. Patří mezi velmi vážné nemoci, 25 % pacientů ročně s touto diagnózou je krátkodobě hospitalizovaných a dvojnásobek je přijímán do psychiatrických léčeben. Jak se ukázalo ze studie světové zdravotnické organizace (WHO), ze všech léčených pacientů na světě (24 000 000) jich je méně než polovina v adekvátní péči, což je zneklidňující, ale přesto i ti pacienti, kteří mají nejkvalitnější péči, trpí význačným výkonným a společenským nedostatkem. Je nutno si uvědomit, že schizofrenie je proces a nikoliv permanentní záležitost. V čase se tato nemoc vyvíjí. V praxi to znamená, že pacienta nebude možné uzdravit úplně a v takovém rozsahu, jakoby se nemocný vyléčil z běžné nemoci, jako je angína. Základem nemoci je rozštěp mysli, tedy i osobnosti. Můžeme to vyjádřit tak, že osoba je jako mandarinka, jejíž vnitřek se rozdělí na díly, které na dolní straně necháme spojené, kdežto na horní budou oddělené. Z toho vyplývá, že dílky jsou navzájem spojeny s ostatními, ale přitom je každý samostatný. Jednotlivé dílky představují mysl, vnímavost, emotivnost, paměť atd. sice pohromadě, ale mají poruchu vzájemné součinnosti, tedy nemohou spolu fungovat. (Kučerová, 2010) Pacient však nerozumí tomu, co se děje, a chápe své myšlení jako správné, normální, (Kučerová, 2013) a proto nerozumí okolnímu světu. Chová se nepochopitelně pro okolí a neuplatní se ani v životě. Inteligence a vědomí jsou většinou beze změn, ale v pozdější době se mohou vyskytnout jisté kognitivní poruchy.

### **Výskyt a etiologie**

U žen je známo, že nemoc začíná později, tj. kolem 25 – 35 let. Ženy jsou též méně často přijímány do zdravotnických zařízení a mají menší problém se společenským chováním. Pravděpodobně je to z důvodu vlivu ženských hormonů (estrogenů a dopaminergního systému). U mužů začíná onemocnění velmi brzy, tj. ve věku 15 – 25 let a vyskytuje se u nich častěji. Prevalence a incidence je po celém světě obdobná a kolísá mezi 0,5 – 1 %. Etiologie je nejasná. Pravděpodobně se jedná o multifaktoriální onemocnění. Prokazatelné jsou genetické vlivy. Na změnách v mozku mohou mít přičinění infekce, trauma, nebo evoluční abnormalita. Je dokázána vyšší četnost schizofrenie u jedinců, kteří žijí na nižší životní úrovni. Schizofrenie navíc způsobuje propad jedince na sociálním žebříku. (Kučerová, 2013)

### **Příznaky**

Mohou se zde objevit mnohé psychické příznaky, které si dokážeme vybavit. Výjimkou je delirium a amnence, jež poukazují na postižení mozku. Záleží na vazbě mezi

samotnými symptomy. Hlavní symptomy jsou: „*slyšení vlastního myšlení a intrapsychické halucinace (odnímání myšlenek a jejich vysílání), bludy kontrolovanosti a ovlivňován, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že subjekt je ovládán psychotickými prožitky, halucinové hlasy, které komentují chování pacienta, popř. o něm rozmlouvají, bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře.*“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2013, str. 78 – 79, Pavlovský, 2012 str. 74). Alespoň jeden z těchto příznaků musí postižený vnímat nejméně 30 dní, aby se mohla určit diagnóza schizofrenie, jestliže tyto příznaky nevnímá, musíme sledovat, zda se nevyskytují alespoň dva symptomy z těchto: „*Přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy), negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči (alogie), autismu a emočního oploštění až vyhaslosti, nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost...*“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2013, str. 79, Pavlovský, 2012, str. 74 – 75). Jako další faktor můžeme označit i čas, přesněji průběh nemoci v čase. (Kučerová, 2013)

Příznaky se ještě dělí na negativní a pozitivní. (Dle J. H. Jacksona – Pearce 2004) Negativní příznaky můžeme vysvětlit jako příznaky minus – tedy něco, co je oproti normě v deficitu, naopak plus příznaky jako něco, co je nad normál. (halucinace atd.) Když jsou příznaky v deficitu – nazýváme tuto skutečnost jako „*defekt (deficit) osobnosti*“ (Kučerová, 2013 str. 88) Postupem času je postižena tělesná složka osobnosti. Pacienti jsou poté osláblí, nemohou podávat žádné výkony a jednají pomalu a ne zcela přesně. Tuto únavu se pak snaží překonat a tím způsobí svému tělu mnohé problémy, mezi které patří bolesti, nauzea a pocit bušení na hrudi. Tomuto stavu říkáme astenizace osobnosti.

## **Průběh**

Může probíhat jako epizodická choroba se stoupající nebo stávající poruchou, někdy jako záchvatovité onemocnění s celkovou či částečnou úlevou nebo též chronicky, kdy se nezlepšuje. Tento proces si můžeme představit tak, jakoby mladá žena ztrácela postupně svoje orgány (oko, ucho, ledvinu, atd.). Nezemřela by, ale kvalita bytí by se značně zhoršila, a zabraňovala by této ženě vést normální život.

## **Dělení**

Existuje více forem schizofrenie, v této práci krátce popíšeme ty nejzávažnější: **Paranoidní schizofrenie (F. 20.0)** – toto je nejběžnější diagnóza. Vyznačuje se bludy

a slyšitelnými halucinacemi, projevuje se agresivní chováním. Patologickým myšlením by mohlo být inspirováno chování podněcující trestný čin násilného rázu. (Pavlovský, 2012)

**Hebefrenní schizofrenie (F20.1.)** – Tato forma schizofrenie také zahrnuje agresivní jednání, vyskytuje se u dospívajících osob. **Katakonní schizofrenie (F20.2)** – je vzácnější, projevuje se vysokou excitací, jejíž vážné stavy mohou být i smrtelné. **Nediferencovaná schizofrenie (F20.3.)** – nelze začlenit do jedné z předchozích. **Postschizofrenní deprese (F20.4), Reziduální schizofrenie (F20.5), Simplexní schizofrenie (F20.6), Jiná schizofrenie (F20.7.)**. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2013)

### **Agrese u schizofrenie**

Téma násilí ve schizofrenii může spolehlivě vyvolat žhavé debaty. V mysli široké veřejnosti je často schizofrenie spojována s neodůvodněným násilím. Pro pacienty, jejich rodiny a pro obhájce osob s duševním onemocněním je skutečným problémem to, že se postižení mohou pravděpodobněji stát oběťmi než pachateli. Ačkoli je předchozí tvrzení potvrzené a existují studie s negativními nálezy, je pravda, že dostupné důkazy ukazují jen malé procento lidí se schizofrenií, kteří se dopustí nepřiměřeného násilí anebo dokonce i vraždy. Běžné zjištění ukazuje, že lidé se schizofrenií jsou čtyřikrát častěji zapojeni do násilných činů než lidé bez schizofrenie. Velké kohortní studie a menší specifické studie diagnostiky prováděné v různých zemích, které mají různé výchozí míry násilí, ukazují, že přítomnost diagnózy schizofrenie zvyšuje riziko páchání násilí nebo zatčení. (Sadock, Sadock, Ruiz, 2009)

Agresivita u těchto pacientů je velmi nebezpečná a zároveň v mnoha případech nepředvídatelná. Někteří nemusejí dodržovat léčbu a v některých případech mohou zneužívat psychoaktivní látky, což přispívá k pravděpodobnosti, že pacient bude jednat agresivně. V očích veřejnosti stále může přetrvávat myšlenka, že psychiatricky nemocní pacienti jsou automaticky agresivní. Do celé této teorie přispívá neznalost laiků, bagatelizování psychiatrických onemocnění a nevědomost o nich. Lékaři jsou proto v mnoha případech nuceni pacienta nátlakem přimět ke spolupráci. Jde tady o dilema mezi tím nechat pacienta s plnou pravomocí nebo pacienta přinutit léčit se a zároveň ochránit ostatní. Hodnocení se dělí na méně závažnou agresivitu, která se vyznačuje: *„mladším věkem, pozitivní psychotickou symptomatologií, komorbidním abúzem na psychoaktivních látkách, dlouhodobé léčbě, zneužívání v anamnéze, pocit, že mu členové rodiny nenaslouchají, policejní vyšet-*

řování v anamnéze atd.“ (Látalová, 2013, str. 54) Studie CATIE, která se zabývá terapeutickou účinností antipsychotik v terapii chronické schizofrenie, prokázala, že větší náchylnost k agresivnímu chování mají ženy, které trpí tímto onemocněním. Později se ukázalo, že to bylo kvůli podskupině mladších žen, které v minulosti zneužívaly a experimentovaly s psychoaktivními látkami a byly již v minulosti ve výkonu trestu ve věznicích. Nebezpečnější formy agresivity jsou spojeny s: „*Depresivními příznaky, s pozitivními příznaky (halucinace, bludy), pocity vkládání nebo odnímání myšlenek, pocity, že je ohrožen na životě, asociální poruchou osobnosti, abúzem na psychotických látkách.*“ (Látalová, 2013, str. 54) Důvody k agresivitě a její příčiny jsou stejně jako u samotné choroby komplikované a souvisí jedna s druhou. Mezi ně patří biologické faktory, faktory abúzu a faktory z okolí. (Látalová, 2013)

### 2.1.3 Afektivní poruchy (F30 – F39)

„*Afektivní – 1 citový, týkající se citové stránky člověka, 2 – silně citový, vzrušený*“ (Hartl, Hartlová, 2009, str. 19) Primárním příznakem těchto diagnóz je patrná porucha nálady bez příčiny z postižení CNS nebo účinky psychoaktivních látek. Patří sem stavy, které jsou charakteristické výskytem patické nálady buď konstantně, nebo jen dočasně. Hlavním příznakem těchto poruch je změna nálady do deprese, která může být z úzkostí, nebo k nadnesení nálady. Poruchy nálady jsou třetí nejčastější psychiatrické onemocnění, přičemž je postižená takřka pětina populace. Nejčastěji jsou přítomny dvě epizody – depresivní a manické, přičemž manické epizody zrcadlí depresi. Pacient může být agresivní ze změny nálady. (Raboch, 2012) V této části jsou důležité zejména mánie nebo hypománie, jež se mohou projevat zvýšenou náladou až agresí. (Pavlovský, 2012)

**Hypománie (F30.0)** vyznačuje se euforií nebo podrážděností, jež jsou „*pro dotyčného jedince zcela nenormální a trvá nejméně čtyři po sobě jdoucí dny.*“ (Pavlovský a kol., 2012, str. 81) Pacient je více komunikativní, méně se soustředí na běžné činnosti a trpí roztěkaností a neklidem, objevují se u něj znaky lehkomyšlného jednání – např. nakupuje nepotřebné věci – nadměrně mrhá finančními prostředky. Takový pacient také vykazuje nadměrnou sexualitu a klesá jeho potřeba spánku, cítí se odpočinutě a dobře – je nadměrně aktivní. Je to zmírněná forma mánie. (Pavlovský, 2012)

**Mánie (F30.1)** se projevuje zintenzivněním výše popsaných symptomů, přičemž tyto změny nálady přetrvávají alespoň 7 dní a jsou markantní. Obvyklé aktivity jsou kvůli zrychlenému chaotickému myšlenkovému chodu, celkovému nepokoji nebo nadměrně

aktivitě těžko proveditelné. Zřídka jsou součástí onemocnění bludy – tzv. psychotické mánie. Tyto bludy mohou být erotomanické nebo náboženské. Pacient má úplný deficit potřeby spaní, pozbývá mravních společenských zábran, oplývá sebejistotou a není schopen uvědomit si následky svého jednání. Takto nemocný člověk nevěří, že je něco špatně, jeho chování mu připadá normální a to často komplikuje léčbu, jelikož není ochotný spolupracovat a sám si připadá nezvykle dobře. (Pavlovský, 2012)

Ze soudního hlediska je určení obou výše zmíněných diagnóz zásadní, a to z toho důvodu, že se takoví jedinci dopouštějí násilnických činů, například napadení veřejného činitele, ublížení na zdraví nebo rvaček, výtržností a jiných násilností, právně kvalifikovaných jako násilná trestná činnost. Rizikové je v tomto případě požití alkoholických nápojů. Pacient je schopen v jednu chvíli velkoryse hostit všechny zákazníky restauračního zařízení a v další chvíli demolovat jeho vybavení a útočit na zasahující policejní posádku. U takového jedince šlo o periodicky opakující se stav, opakovala se u něj i hospitalizace ve specializovaném zdravotnickém zařízení. Pro tuto práci je důležité, že pacient s diagnózou mánie nebo v manické fázi jedná neuváženě a je lehkomyšlný, neuvědomí si tedy následky svých činů a může se stát nezměrně nebezpečným sobě i okolí, například neopatrně a neuváženě zachází se střelnou nebo jinou zbraní. (Pavlovský, 2012)

K těmto poruchám se řadí i deprese, ale jsou spíše důvodem pro suicidium. V této práci se o nich zmiňuji jen jako součástí bipolární poruchy. Dále poukážu na bipolární afektivní poruchu (F31), která se vyznačuje periodickým střídáním dvou a více depresivních a výše uvedených manických fází a zásadním narušením aktivity nemocného. Při této nemoci se tedy setkáme s hypomanií, či mánií a s depresivní poruchou. Dělí se a diagnostikují podle současně přítomné fáze. (Praško, Látalová, 2013) Z jedné klinické studie vyplývá, že u pacientů s BAP došlo k napadení jiného jedince ve 30 %. Výzkum se prováděl ještě u jiných diagnostických skupin, ale u této byl podíl vyšší. Další studie se zabývala všemi pacienty, kteří byli hospitalizováni, a z těchto 1269 nemocných, se vyskytovala u manických pacientů nejvyšší pravděpodobnost, že spáchají agresivní čin. (Látalová, 2013).

Psychiatrička Kučerová ve svých knihách uvádí, že existuje samotná periodická mánie jen jako velice ojedinělé onemocnění a označení diagnózy jako samostatné mánie (F30) je jen označení pro prvotní fázi mánie, nikoliv jako samostatnou diagnózu. Dále popisuje, že manických stavů je mnohem méně než depresivních. Všeobecně se tyto poruchy

vyskytují více u žen, prvně se projevují kolem třicátého roku života a typicky se zhoršují s ročním obdobím (jaro, podzim). Nejprve se manické epizody vyskytují u adolescentů a v brzké dospělosti nejčastěji mezi 15 a 30 lety. Muži mají častěji manickou epizodu než ženy. Mánie (F30) se dělí ještě na mánií bez psychotických symptomů (F30.1) a na mánií s psychotickými symptomy. (Kučerová, 2013)



### **3 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ**

Podle výzkumů se čím dál větší procento ošetřovaných osob řadí do kategorie agresivní pacient. Při řešení situací v denní praxi využíváme několika možností, z nichž jednou z nejdůležitějších je komunikace. Bohužel ne vždy je s námi pacient ochoten spolupracovat a musíme proto přistoupit k dalším postupům. Ty se dělí na farmakologické a nefarmakologické – zejména v přednemocniční péči (dále PNP). Následující kapitoly se zaměřují zejména na PNP z důvodu zaměření autorky. Povrchově zmíněny budou i postupy a důležité poznatky při předání pacienta do zdravotnického zařízení (dále ZZ). Tyto podkapitoly vycházejí i z kapitoly o PNP.

#### **3.1 Agresivní chování v PNP**

Podstatou péče o rizikového pacienta a zabránění potenciálním nepříjemným událostem je dobré klinické vyšetření. Mít situace, ve kterých dochází k ohrožení zdraví nebo života pacienta či jeho okolí spolehlivě pod kontrolou, je v psychiatrické praxi nezbytné. Je také důležité věnovat se se zvýšenou pozorností těmto situacím ze soudního hlediska a dbát na ochranu práv pacienta. Zpravidla dochází k agresi u skupin pacientů, kteří užívají alkohol nebo jsou jím akutně intoxikováni a také u diagnózy antisociální poruchy osobnosti, dále u osob, které užívají drogy nebo na ně získávají prostředky násilnou činností. Psychotičtí pacienti mají rovněž sklony k útočnosti. (Zelman a kol., 2006)

##### **3.1.1 Cíle intervence**

Akutně se snažíme pacientovi zabránit v sebepoškození, v poškození majetku a personálu, měli bychom dát pacientovi možnost bezpečného projevu. Z dlouhodobého hlediska chceme uklidnit pacienta a zabránit recidivě události. (Zelman a kol., 2006)

##### **3.1.2 Řešení agrese pomocí komunikace**

Komunikací se rozumí sdělování a přijímání informací, zároveň i všímání si reakcí druhého. I v situacích, při kterých člověk ví, že ho nikdo nevidí, jsou součástí verbální komunikace gesta a mimika. (Čermáková, 2010) Vhodnou formu komunikace v těchto situacích by mohla být komunikace terapeutickým rozhovorem v PNP i u pacientů přijímaných ve zdravotnickém zařízení. V rozhovoru můžeme stanovit role účastníků. Ve zdravotnictví je to zjednodušené tím, že jsou naše role předem určené. Existuje tzv. struktura rozhovoru, ve které se identifikuje záměr, čili nějaký plánovaný cíl, jež plánujeme pacientovi sdělit. Smysl pro mluvčího a smysl pro příjemce – z těchto pojmů vyplývá, že je důležité poro-

zumět tomu, co je pacientovi sdělováno, a pro druhou stranu, aby rozuměla tomu, co říká. Poté z rozhovoru vytěžíme tzv. efekt pro příjemce, tedy jaký je výsledek informací sdělených v rozhovoru, zda příjemce, v našem případě pacient, porozuměl sdělenému a zda to na něj mělo nějaký vliv (zda se agresivita zmírnila). Rozhovorem je možné získat si pacientovu důvěru. (Venglářová, Mahrová, 2006) Stran policie je potřebné systematické a stále rozvíjení schopností, a to komunikací na základě realistického vjemu a působením na postoje druhých lidí. (Matoušková, Spurný, 2005)

Terapeutický rozhovor – zde jsou nejdůležitější pocity pacienta. Měli bychom naslouchat tomu, co pacient cítí. Pokud se jedná o přijímání pocitů druhých v rozhovoru, nazýváme tento akt akceptací. Pokud je z naší strany akceptace úspěšná, pacient by měl pokračovat ve sdělování svých pocitů, což pomůže zmírnit jeho tenzi. (Venglářová, Mahrová, 2005)

Před podnikáním jakýchkoliv kroků zvážíme přivolání policie. Zdravotníci se mohou bránit jen v případě nutné obrany (vysvětleno níže), proto by bylo přivolání policie vhodné včas, aby k této situaci nemuselo dojít. (názor ČLK)

1. Faktory ovlivňující komunikaci – Na zvládnutí komunikace působí několik faktorů. Mohou být jak personalistické, tak situační povahy. Mezi nejdůležitější faktory patří osobnost mluvčího, způsob a obsah sdělování informací, osobnost a nálada recipienta, podmínky probíhající komunikace a metody a postupy, jež jsou použity. (Matoušková, Spurný, 2005)
2. Prevence agresivních stavů – Nejprve je dobré pokusit se o zvládnutí této situace verbálně, tj. empatickou komunikací. Ovšem jen pokud to situace umožňuje. Pacientovi poskytneme prostor k projevení jeho emocí. Bohužel mnohdy nemůžeme předvídat, jak se bude situace vyvíjet, přestože se snažíme pacientovi vyhovět, nemusí se pacient uklidnit. (Hanušková 2008)
3. Vyhodnocení situace a zhodnocení rizika
  - a. Rizikové faktory (např. násilné chování v minulosti...).
  - b. Klinický obraz – Abúzus na návykových látkách, bludy a halucinace, pocit vkládání myšlenek spolu s bludy ovládnutí d'áblem a podezření, že ostatní chtějí škodit pacientovi, jsou považovány za velmi rizikové (linková trias).
  - c. Varovné signály – Fyzické (nadměrná aktivita), signály z nálady – slovní výhrůžky, důrazná řeč, signály z vnímání – nesoustředěnost, agresivní myšlenky a bludy,

halucinace s násilnou tematikou, signály z vnímání hranic – pacient má dojem, že narušujeme jeho svobodu, nebo sám narušuje osobní prostor druhých, další signály – anamnéza, abúzus, tolerance frustrace, přítomnost a průběh léčby.

4. Deeskalace násilí – Dle doktorky Drábkové není k dispozici žádná komunikační dovednost, jejíž osvojení by zaručovalo zklidnění pacienta. Máme ale k dispozici zásady komunikace, na kterých se shoduje několik článků. (Drábková, 2008)
  - a. Neverbální komunikace – je nejstarším způsobem sociálního chování a je většinou neuvědomovaná. Stran zdravotníka nebo příslušníka policie se snažíme o co nejlepší zvládnutí mimovolných gest, mimiky a pozice, jež musí být po dobu komunikace v souladu. (Matoušková, Spurný, 2005) Co se týče postoje, je nevhodné mít ruce v bok, naopak důležité je mít pod kontrolou své pohyby a pózy. Od agresora dodržujeme odstup 1 m a při zvýšené účinnosti je vhodné ho trojnásobně zvětšit a naopak. Podrážděného pacienta se v žádném případě nedotýkáme. Zastrášující pohledy i dlouhý oční kontakt vynecháme. Co se týče očního kontaktu, názory se rozcházejí. Dle doktorů Zelmana a Hanuškové bychom neměli oční kontakt udržovat, doktorka Drábková naopak doporučuje stálý oční kontakt udržet, ovšem nesmí být z našeho směru zastrašující. Neotáčíme se k pacientovi zády. (Hanušková, 2008)
  - b. Verbální komunikace – Dispozicí zdárného využití dialogu je osvojení techniky a taktiky jeho řízení. (Matoušková, Spurný, 2005) Základem je příjemný a zřetelný tón hlasu, nevyjímaje plynulou komunikaci. Nejprve volíme jednoduché příkazy a soustředíme se na zásadní problém, ačkoliv to nemusí být jednoduché. (Zelman a kol., 2016) Snažíme se s pacientem empaticky hovořit o jeho problému. Působíme jako osoba způsobilá a ochotná najít řešení. Snažíme se pacienta přesvědčit o nepříznivém vlivu jeho chování na ostatní. Např. „Děsíte lidi kolem sebe“. Při vystupňovaném neklidu hovor ukončíme. Ke zvládnutí fyzické agrese u pacientů voláme příslušníky PČR. (Hanušková, 2008)
5. Taktika vyjednávání – Neshoda mezi požadavky pacienta a zdravotníků většinou dospěje do agrese. Jedná se o vyváženost **výhra – prohra**. Hledáme způsob, aby výsledek byl **výhra – výhra**. Možným postupem je konzultovat různé škály variant a dát pacientovi možnost zvolit si z nich nejvíce vyhovující s dostatkem času. Je důležité, aby agresor měl dojem řízení situace.

6. Poruchy v komunikaci – I při dobré interpretaci vět v komunikaci může dojít ze strany příjemce k nedorozumění. Děje se tak z důvodu přiřazování různých významů, jež jsou viděny nebo slyšeny cíleným člověkem, což platí několikanásobně u psychiatrických pacientů – ti předem podezírají člověka z nekalých úmyslů. Hlavní vinou je zejména nutkání příjemce souhlasit nebo nesouhlasit s výroky produktora. Jedním z projevů poruch v komunikaci je patologická komunikace – zpravidla zahrnuje projevy duševně nemocného jedince. Psychiatrický pacient je schopen komunikace, ale jen po určitou dobu, jelikož je rychle přetížen nepříznivými podněty. O normalizaci komunikace s duševně nemocným člověkem se můžeme pokusit, ovšem zpravidla nebývá úspěšná. Dalšími projevy jsou komunikace jedince ve stresu – lidé jsou jím ovlivňováni, problém odborného žargonu – problém depersonalizace, diskvalifikace komunikace – připravujeme o význam partnerovy nebo naše promluvy a agování – převedení potlačené komunikace do činů. (Matoušková Spurný, 2005)

Při nedostatečném efektu pokusu o verbální uklidnění agresora se dále postupuje dle jasně formulovaných a právně nenapadnutelných podmínek (které jsou uvedeny v další kapitole) k farmakologickému zklidnění a k fyzickému omezení pacienta. (Drábková, 2008) Téma komunikace s agresivním pacientem přesahuje rozsah této práce a je zpracované samostatně v jiné kvalifikační práci.

### **3.1.3 Farmakologické řešení agrese**

Řešit agresi pomocí farmak není jednoduchý úkol a leckdy se k tomuto přistupuje jako k nejzazšímu řešení. Většina odborníků se shodne, že je dobré vědět, co způsobilo agresi u našeho pacienta, a poté tomu přizpůsobit jeho léčbu. Bohužel v některých případech se musíme, zvláště v PNP, obejít bez těchto informací. Není nám známo, zda pacient nějakou látku požil, ale podle výše (kapitola č. 2) popsaných příznaků můžeme odhadnout, o jakou látku se jedná a v jakém je množství. Z těchto důvodů je výše uveden výčet návykových látek, u kterých nejčastěji dochází k agresi. Stejně tak nám není známa informace o pacientově zdravotním stavu a o jeho chronické medikaci. Z tohoto důvodu jsou výše popsány příznaky psychiatrických poruch, aby bylo možno lépe poznat a zhodnotit, o jaké onemocnění se jedná, poté můžeme volit jednak přesnější léčbu, také bude snadnější konzultace s lékaři ZZS a s psychiatry. Důležité je všimnout si příznaků a pokusit se odebrat anamnézu. Léčba také závisí na zkušenostech lékaře, který volí medikaci. Dalším důležitým faktorem je stáří a hmotnost pacienta, pomocí nich můžeme stanovit strop dávky. Po-

kud si nejsme jistí ani osobní a farmakologickou anamnézou, můžeme volit léky, které jsou popsány u obecných zásad medikace u agrese. Tato část práce byla konzultována s několika specialisty – anesteziology a psychiatry. (čerpáno z rozhovorů) U léčby farmaky jsou diskutovány hlavně principy přesné diagnostiky, rizika a alternativní způsoby zvládnání neklidu (popsáno v předchozí i v následující podkapitole). (Hýža, Chvíla, 2008)

V PNP máme výhodu, můžeme si zavolat hlídku PČR, která může i na naši žádost provést testování na psychoaktivní látky pomocí speciálního testovacího setu DrugWipe®5 S (Obrázek č. 1, 2, 3) provést ze slin nebo z potu pacienta. Tento test rozpozná 5 skupin drog – THC, Amfetaminy /Metamfetaminy /Extáze, Kokain a Opiáty. Mezi nevýhody použití testeru patří dlouhé trvání (v některých případech desítky minut), test není na 100 % přesný, protože nemusí být dobře viditelné kontrolní linky, z tohoto důvodu nejsou vždy policisti ochotni zkoušku na přítomnost látek použít, jelikož špatný výsledek může zapříčinit i špatnou medikaci a riziko poškození nebo smrti pacienta. Dalším problémem může být nesouhlas pacienta s testováním. Stejně tak mohou policisté použít dechovou zkoušku na přítomnost alkoholu pomocí přístroje Dräger (Obrázek 4), která ovšem nelze provést bez souhlasu pacienta. V případě nemožnosti použití testerů lze požádat o odběr krve na toxikologii ve zdravotnickém zařízení. (čerpáno z rozhovorů)



Obrázek1: DrugWipe, Zdroj: vlastní



Obrázek 2: DrugWipe, Zdroj: vlastní



Obrázek 3: DrugWipe, Zdroj: vlastní



Obrázek 4: Alkoholtester, Zdroj č. 1

1. Obecné zásady medikace u agrese – Používají se léky s rychlým účinkem a navozením mírné sedace, neboť potřebujeme zklidnit pacienta, aby se nám naskytl prostor pro další vyšetření. (Hanušková, 2008) Preferují se léky jako diazepam, midazolam, lorazepam, které patří do skupiny BZD a měly by pacienta zklidnit. Po-

té neuroleptika – používají se dohromady s BZD (haloperidol, levopromazin). Další volbou jsou antipsychotika, například tiaprid se dá použít u pacientů, kteří jsou závislí na alkoholu. Pokud pacient není schopný přijmout tabletu per os (což je preferováno), nebo si nechat do žíly aplikovat roztok s léky, je možno využít i solventních roztoků a perorálních tablet. (Zelman a kol., 2016) Dle názorů odborníků jsou první volbou u agresivních pacientů léky ze skupiny BZD, nejčastěji diazepam. Z prostého důvodu – v případě komplikací se tyto léky dají antagonistovat flumazenilem (Anexate). Anesteziologové také upřednostňují medikaci před fyzickým omezením. Důležitou zásadou, pokud nám anamnéza pacienta není známa, je nepřetržitá monitorace základních životních funkcí. (čerpáno z rozhovorů)

2. Medikace při agresi způsobené intoxikací – Co se týče intoxikace, je zde riziko vzniku neklidu po látkách s budivým, nebo halucinogenním účinkem. Odvykací stavy spojeny s agresi se většinou naskytnou po látkách s tlumivým účinkem. Patří sem velká škála intoxikací látkami, a proto je nutno pro lepší přehlednost rozdělit tyto úkony do skupin. (Hýža, Chvíla, 2008)
  - a. Ebrieta – v terapii agrese u ebriety je vždy riziko reakce léčivé látky s alkoholem, kterou není možno předvídat. Musíme zde počítat se zvýšenou reaktivitou na dávky a tirovat je. První volbou je diazepam, poté tiapridal, je šetrnější, ale u mladších a statnějších pacientů nemusí mít žádný účinek. V praxi se většinou mimo uvedených používají haloperidol a chlorpromazin v nižších dávkách. Je zde riziko, že pacient bude nadměrně tlumen.
  - b. Syndrom z odnětí alkoholu zahrnuje také riziko neklidného chování. Zde je důležité rozhodnout, zda jde o abstinenci bez komplikací, nebo o pravděpodobné či probíhající delirium tremens. Pokud se jedná o abstinenci syndrom bez komplikací, většinou se doporučuje tiaprid, je možná i jeho kombinace s karbamzepinem. Pokud se rozhodneme o hospitalizaci pacienta, můžeme volit i BZD. U deliria tremens se přistupuje ke klomethiazolu. V těchto případech jsou časté somatické komplikace a možný je rozvrat vnitřního prostředí, v těchto případech se tedy jako první volí hospitalizace na JIP.
  - c. U neklidu způsobeného zneužíváním psychostimulancií, zejména pervitinu, je zvýšené riziko srdeční zástavy, proto se v tomto případě volí BZD např. diazepam.

- d. Co se týče halucinogenů, díky jejich krátkému biologickému poločasu ve většině případů neužijeme farmakologický zásah, pokud je přece jen nutný, používají se antipsychotika (např. haloperidol) v malých dávkách.
  - e. Syndrom z odnětí sedativ (BZD a barbiturátů) je podobný jako syndrom z odnětí alkoholu, zde je třeba profylaktickým zásahem ošetřujícího lékaře zabránit tomuto stavu, a to pomocí pomalého snižování jednotlivých dávek. Barbituráty se v současnosti již nevyrábí z důvodu rozsáhlého zneužívání. (Málek a kol., 2016)
  - f. Otrava solvencii souvisí s možným ohrožením života, jako příznivou léčbu uvádí doktor Hýža a doktor Chvíla inhalaci kyslíku na metabolické JIP.
  - g. Důsledkem užívání psychoaktivních látek mohou být také psychotické stavy, ty se rozdělují na akutní (toxické psychózy) a s pozdním začátkem. Zde jsou léky 1. volby antipsychotika. (Hýža, Chvíla, 2008)
  - h. U užívání více látek najednou se medikamenty mohou kombinovat, ale musíme dbát na opatrnost při volbě dávkování. V tomto případě je velmi důležitá monitorace.
3. Medikace u pacientů s poruchou osobnosti – Zde je jako prvním lékem volby používán haloperidol. V tomto případě hraje velkou roli chronická medikace, o které nemáme vždy všechny informace.
  4. Pokud je pacient poraněn a vyžaduje diagnostické metody – Pacient vykazuje jeden ze znaků uvedených výše a navíc je poraněn v oblasti hlavy nebo páteře. V tomto případě není doporučeno příliš sedovat dané pacienty, vhodným lékem volby může být dexdor, s výhodou sedace a nevymizelé reakce na podnět. U neklidných pacientů s potřebou CT vyšetření je také doporučován propofol v titrovaných dávkách.
  5. Rizikové léky – Sem patří poměrně široká škála léků, ale u všech záleží na dávkování. Nevhodný je v PNP propofol, protože způsobuje apnoické pauzy a my potřebujeme, aby pacient zůstal vyšetřitelný. Vyvarovat bychom se měli léků, které utlumí pacienta na neprobuditelnou úroveň. Neuroleptika se dají považovat za rizikové medikamenty, proto jsou v některých případech až poslední volbou. (čerpáno z rozhovorů)

### **3.1.4 Nefarmakologické řešení agrese**

Fyzické omezení – Fyzické manuální omezení personálem lze použít jen krátkodobě – po dobu bezprostředního ohrožení pacientem sebe, ostatních osob nebo majetku nebo



veřejného pořádku – a zajistí snadnější podání vnitřní medikace u nespolupracujícího pacienta. Toto opatření má jisté podmínky: ohrožování sebe nebo okolí, kontrola stavu, použití jen v době bezprostředního ohrožení, musí se provést záznam do dokumentace dle platné legislativy. (Zelman a kol., 2016) Za fyzické omezení se považuje manuální fixace PČR nebo personálem a v PNP dále upínací popruhy na lůžku – jako „kurty“. (Hanušková, 2008) Postup, který rozvádím v této podkapitole, je dán pro zdravotníky a policii právními předpisy, které popisují v následující kapitole. Podrobněji tam také bude popsán postup a použití donucovacích a omezovacích prostředků.

### **3.1.5 Směřování pacienta do ZZ**

Co se týče směřování pacienta do ZZ, připadá zde v úvahu protialkoholní záchytná stanice (dále PAZS), psychiatrická léčebna a centrální příjem nebo emergency. Na PAZS (protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou službu) patří pacienti, kteří splňují kritérium dle zákona o specifických zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů, (uve-  
dono níže) tedy osoby pod vlivem drog nebo alkoholu, které neovládají své chování a tím bezprostředně ohrožují sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek. Z rozhovorů v karlovarském kraji bylo zjištěno, že osoby po propuštění obdrží doporučení k psychiatrickému vyšetření, a pokud ho absolvují, bude jim pobyt na PAZS uhrazen. Do psychiatrické léčebny nebo na psychiatrickou ambulanci směřujeme osoby psychiatricky vyšetřitelné, což znamená, že nejsou pod vlivem látek, nebo jsou pod minimálním vlivem látek, tedy ve stavu, který umožňuje komunikaci. Na emergency patří pacienti intoxikovaní psychoaktivní látkou nebo alkoholem, u kterých je nutná monitorace fyziologických funkcí pro jejich možné nebo probíhající selhávání vitálních funkcí, následně se konziliem specialistů rozhodne o přemístění pacienta na JIP nebo ARO, popř. psychiatrickou kliniku. I v tomto případě je nutné vyšetření psychiatrem. Na centrální příjem směřujeme pacienty, které nemůžeme zařadit do předchozích skupin a je nutné vyšetření psychiatrem. Vždy při podezření na psychiatrickou diagnózu, při intoxikaci a při nedůvodné agresi bychom měli zajistit vyšetření psychiatrem. (čerpáno z rozhovorů)

## **3.2 Agresivní chování při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení**

Většinou ZZS transportuje do zdravotnického zařízení útočného pacienta pod vlivem alkoholu, se suspektním úrazem hlavy za účelem CT vyšetření nebo rentgenu. S posádkou v některých případech přijíždí hlídka PČR, ta však opustí zdravotnické zařízení ihned po předání pacienta. Postižený je agresivní, nesouhlasí s vyšetřením a léčbou, je

nebezpečný pro zaměstnance a není způsobilý porozumět vysvětlení lékaře a podepsat re-verz. Můžou nastat následující situace:

1. **Pacient je agresivní a ohrožuje zdravotníky i okolí** – od okamžiku převzetí od ZZS sprostě nadává a vyhrožuje, odmítá vyšetření, v některých případech i fyzicky napadá zdravotnický personál. Za přítomnosti policistů lze hlídku požádat, aby setrvali na místě, neboť jejich práce končí, až když pacient nebude ohrožovat zdravotníky nebo okolí. Když policisté odmítnou setrvat, přestože je pacient stále nebezpečný, obrátíme se na operačního důstojníka krajského ředitelství PČR, ten může nařídit přítomným policistům setrvat ve zdravotnickém zařízení a mezitím chránit zdraví a život přítomných a pacienta. Pokud důstojník policistům příkaz nevydá, lze se obrátit na operačního důstojníka Policejního prezidia ČR. **Povinností policie je bránit vzniku trestných činů a přestupků.** Za nepřítomnosti PČR je v případě agrese vhodné zavolat linku 158 a žádat, aby se výjezdová skupina dostavila. Z legislativy ústavního a nejvyššího soudu vyplývá, že bránit se neozbrojenému útočníkovi se zbraní není zcela zjevně nepřiměřená sebeobrana a zbraň lze použít. Další možností je přepravit agresora na záchytnou stanici také za asistence PČR.
2. **Vyhrožování** – pokud je lékaři vyhrožováno, je třeba tuto situaci nepodceňovat, protože se v tomto případě jedná o kvalifikovaný trestný čin.
3. **Pronásledování** – stalking je trestný čin a je potřeba ho ohlásit na PČR a trvat na zabránění pokračování trestného činu. (Mach, 2014)

### 3.3 Agresivní chování v ošetrovatelské praxi

Dle studie, která proběhla v roce 2009 mezi 465 sestrami (Bc. 33,3 %, Mgr. 11,8 % maturantky 52,4 %.) pracujícími v různých střediscích zdravotní péče v Podkarpacie (Jihovýchodní část Polska) není problém agrese ve zdravotnických zařízeních nový fenomén. V průběhu let se jednalo o tabu, ale změna pohledů na faktory, které určují efektivní fungování osoby na pracovišti, přispěla k analýze důvodů, zdrojů a důsledků agrese pro pracovníka a organizaci. Analýza ukázala, že většina zdravotních sester (81,1 %) prožívala agresi na pracovišti. Většina respondentů zažila fyzickou agresi na pracovišti (65,9 %). Každý třetí respondent (33,3 %), který zažil agresi na pracovišti, se setkal s agresí spojenou s poruchami duševního zdraví. (Penar, Zadarko, Marc, 2009)

Při hospitalizaci nemocného trpícího bolestí je pro něj velmi složité se zadaptovat na mechanismus a režim oddělení, lze pochopit, že jsou jeho reakce někdy nepřiměřené

našemu očekávání. Agresivní chování může mít mnoho podob a mezi jeho první projevy patří nezaujatý či nenávislný způsob konverzace se zdravotnickým personálem. (Venglářová, Mahrová, 2006) Psychická agrese na pracovišti zahrnovala: urážlivé komentáře (39,2 %), křičení (15,1 %), zastrašování (6,9 %) a hromadné napadení/dotírání (5,6 %). Neoprávněná kritika (23,5 %), urážení/nadávky (20,6 %), vytváření a popularizace nepravdivých informací (19 %) byly nejčastější formy hromadného napadání/dotírání na pracovišti. (Penar, Zadarko, Marc, 2009) Vážnější je, když pacient začne projevovat násilí vůči věcem, například shazuje léky, nebo úderů do nábytku. Nejvyšším stupněm je násilí proti lidem, nebo sobě samému. Dle odezvy pacientovy reakce lze zpozorovat tzv. spouštěče, na které můžeme pozorovat jeho rychlou a prudkou odpověď. Pacient může přehnaně reagovat z několika důvodů: strach ze smrti, možné pocity bezprávi, zbytečně dlouhé čekání, nebo také z důvodu protražované a intenzivní bolesti. Z důvodu narušeného vnímání – drogy, alkohol, nebo vlivem psychiatrického onemocnění, vlivem jeho psychopatických rysů může pacient reagovat nepřiměřeně. Nespokojenost a agrese může rovněž vyvolat pacientův subjektivní pocit ohrožení jeho zájmu. (Venglářová, Mahrová, 2006)

V případě verbálního konfliktu je třeba dodržovat některé zásady – zůstat klidný, respektovat společenské chování, neútočit zpět na agresora, shledáme, snažíme se mít neutrální postoj, ale přesto vyjádříme nesouhlas s chováním, hledáme příčiny zloby. Pokud lze splnit požadavky pacienta, učiníme tak, v opačném případě sdělíme náš postoj a pochopení nepříznivé situace, vyvodíme s konfliktu závěr, zopakujeme a ujistíme se, že pacient vše pochopil. Při fyzickém násilí je důležité ovládat základní principy odvrácení/zvládnutí napadení: znát prostředí daného zdravotnického zařízení, personál, zvážit přivolání posily nebo ochranky. Včas a správně zhodnotit možné nebezpečí. Musíme zhodnotit náš a útočnickův prostor, zároveň dávat pozor, aby cokoliv z okolí nemohl agresor použít. Po zvládnutí napadení je třeba poskytnout zdravotníkovi psychologickou podporu, abychom zabránili syndromu vyhoření. Možný postup je následující: pokud pacient působí podrážděně, výhružně gestikuluje, bouchá či kope do vybavení pokoje, nebo přímo ohrožuje zdravotníka, tak přistoupíme k uklidňujícím vlivům. Ty jsou: vzít na vědomí, že není zapotřebí nad agresorem dominovat, zpomalit tempo mluveného projevu, všimnout si všech signálů, které na sobě dává agresor znát, udržovat bezpečný odstup, nechat otevřenou přístupovou cestu pro sebe i pro pacienta, odvrátit jeho pozornost. Pochybení v tomto postupu může mít následky, např. když útočíme zpět na pacienta, nebo když podceníme situaci. (Venglářová, Mahrová, 2006)

## 4 POSTUP ZDRAVOTNÍKŮ VE SPOLUPRÁCI S POLICIÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Postupy těchto dvou základních složek IZS jsou řízeny na místě většinou velitelem zásahu, součinnost těchto složek je zpracována mimo jiné v katalogu společných typových činností (dále STČ) – nejvíce podobné těmto případům jsou STČ Demonstrace sebevraždy a Aktivní střelec. Z těchto STČ bylo pro účely kvalifikační práce čerpáno, přiloženo nejsou z důvodu velkého rozsahu. Dále je činnost obou složek řízena právními předpisy ČR.

### 4.1 Právní předpisy České republiky

Právní předpisy k této problematice jsou z oblasti veřejného práva. Konkrétně vycházejí z oboru trestního práva, tj. Trestní řád a Trestní zákoník. Dále zákony týkající se policie tj. zákon o PČR a zákon o obecní policii. Nesmí zde chybět i zdravotnické zákony o zdravotnících a specifických zdravotnících službách. (Gerloch, 2017)

#### 4.1.1 Zákon o zdravotnících službách

Zákon 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů O zdravotnících službách a podmínkách jejich poskytování se týká mimo jiné práv a povinností zdravotnických pracovníků, poskytovatelů zdravotnících služeb a pacientů. Pro nynější účely je důležitá část čtvrtá, hlava I Práva a povinnosti pacienta a jiných osob, § 28 Svobodný a informovaný souhlas. Výjimky týkající se pacienta, jemuž je poskytována záchytná služba, jsou uvedeny v odstavci (5): Práva pacienta, (tudíž c) vyžádat si konzultaci od odlišných pracovníků nebo poskytovatelů zdravotnících služeb než těch, kteří mu poskytují zdravotní služby a e) na přítomnost blízkých osob, opatrovníka nebo zákonného zástupce) „nemůže uplatnit pacient, kterému je poskytována záchytná služba nebo který je povinen se podrobit odbornému lékařskému vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Tento pacient rovněž nemůže při uplatňování práva podle odstavce 3 písm. h) odmítnout přítomnost příslušníka Policie České republiky, příslušníka Vojenské policie, strážníka obecní policie nebo příslušníka Vězeňské služby České republiky (dále jen „Vězeňská služba“), který na žádost poskytovatele poskytuje součinnost při poskytování záchytné služby nebo při vyšetření podle věty první.“(ust. § 28 odst. 5 zákona č. 372/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Právo na informace – pacientovi, který v důsledku svého stavu není kompetentní k pochopení daných informací, se nepodávají informace o zdravotním stavu po dobu neschopnosti porozumění podle § 31 odst. (4). Co se týče souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb (dále souhlas), může pacient odmítnout podepsat souhlas, pokud je schopen porozumět informacím o zdravotním stavu. Jestliže je pacient v takovém zdravotním stavu, že nemůže souhlasit nebo nesouhlasit s poskytováním zdravotních služeb, zaznamená zdravotnický pracovník jeho projev vůle do dokumentace a podepíše se pod něj spolu se svědkem. To neplatí u služeb poskytovaných bez souhlasu pacienta. (z. č. 372/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Pacienta lze hospitalizovat bez souhlasu, v případě že splňuje podmínky podle § 38. Mimo jiné pokud: „(1) b) ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak“, (ust. § 38 odst. 1 písm. b zákona č. 372/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů) Také se bez souhlasu poskytují zdravotní služby nezbytné k záchraně života a to u všech skupin pacientů. O hospitalizaci je nutno informovat osoby blízké nebo osobu určenou, pokud nejsou známy, informujeme Policii České republiky. Poskytnutí záchranné služby je prováděno rovněž bez souhlasu pacienta. (z. 372/2011 Sb.)

V ust. § 39 Omezení volného pohybu pacienta jsou uvedeny podmínky použití omezovacích prostředků v nemocniční i v přednemocniční péči. Ve vozích ZZS se nachází ochranné pásy nebo kurty určené k tomuto účelu. K omezení pohybu pacienta během poskytování zdravotních služeb lze užít: „a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, c) umístění pacienta v síťovém lůžku; to neplatí v případě poskytování záchranné služby, d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, e) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f), (dále jen „omezovací prostředky“). (ust § 39 odst. 1 zákona č. 372/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů) Podmínky použití omezovacích prostředků jsou, pokud odvrací přímé ohrožení života a zdraví pacienta

a jiných osob a pouze po dobu nezbytně nutnou. Písm. c) odstavce (2) upozorňuje na nutnost předchozích, neúspěšných pokusů o uklidnění pacienta bez použití omezovacích prostředků výjimkou neúčelnosti těchto postupů. Volí se nejméně omezující prostředek, ale s podmínkou účelnosti. V odstavci č. 3 jsou uvedeny povinnosti poskytovatele, např. povinnost zajistit, aby byl pacient pod nepřetržitou kontrolou zdravotnického pracovníka. **Použití omezovacích prostředků musí vždy indikovat lékař a každé použití omezovacího prostředku i s důvodem jeho použití musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace.** Vede se centrální evidence o použití omezovacích prostředků. Dle ust. § 40 je nutné oznámit hospitalizaci pacienta bez souhlasu krajskému soudu do 24 hodin. (z. č. 372/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů)

#### **4.1.2 Zákon o specifických zdravotních službách**

Tento zákon – 373/2011Sb., ve znění pozdějších předpisů, o specifických zdravotních službách upravuje poskytování specifických zdravotních služeb, kterými se rozumí služby poskytované dle tohoto zákona, dále práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb. Hlava VII Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba stanovuje podmínky pro převezení a přijetí pacienta na záchytnou službu. Poskytována je osobě, která: *„pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek.“* (ust. §89a, odst. 1, z. č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Dle ust. § 89a se tato služba se poskytuje v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici, (PAZS) jež se považuje za zdravotnické zařízení. Záchytná služba je zřízena krajem a zahrnuje vyšetření osoby, kterým je zjištěno, zda je toto umístění důvodné a zda je pacient kompetentní absolvovat tuto službu.

V ust. § 89b je popsáno, jaké osoby lze a nelze do záchytné stanice umístit. *„(1) Osoba, která pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek a tuto hrozbu nelze odvrátit jinak, je povinna se podrobit vyšetření a pobytu v záchytné stanici, včetně nezbytné péče směřující k zabránění ohrožení zdraví bezprostředně souvisejícího s akutní intoxikací, po dobu nezbytně nutnou, avšak kratší než 24 hodin.“* (ust. § 89b, odst. 1, z. č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Nelze sem umístit osobu v bezprostředním ohrožení zdraví a života, s již selhávajícími nebo s podezřením na možné selhání základních životních funkcí a se zraněními, jež nelze ošetřit na záchytné

stanici a osoby pod 15 let věku. Podmínkou pro přijetí osoby je souhlas lékaře. Pro účely této práce je uvedena podmínka pro součinnost PČR: „*Pokud osoba, které je poskytována záchytná služba, bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu nebo poškozují majetek poskytovatele záchytné služby a poskytovatel záchytné služby tomu nemůže zabránit vlastními silami, může tento poskytovatel požádat o nezbytnou součinnost Policii České republiky, Vojenskou policii, jde-li o osobu vyzvanou k orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek vojenským policistou, obecní policií a v případě osob ve výkonu vazby, zabezpečovací detence nebo trestu odnětí svobody Vězeňskou službu.*“ (ust. § 89b, odst. 4 z. č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.) Poskytovatel doporučí pacientovi po odchodu ze zařízení odbornou péči.

Doprava do záchytné stanice je upravena v ust. §89c, většinou ji zajišťuje ten, kdo vyzval osobu k orientačnímu nebo lékařskému vyšetření podle zákona č. 65/2017Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Poskytovatel zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnické dopravní služby může požádat o spolupráci Policii České republiky, pokud je osoba nebezpečná a poskytovatel nemůže zabránit hrozícímu poškození osob poskytujících zdravotní péči nebo jejich majetku.

Ustanovení § 89e upravuje úhradu za poskytnutou záchytnou službu a za dopravu do záchytné stanice. Pokud je prokázána přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, hradí náklady ten, jemuž byla tato služba poskytnuta, popř. jeho zákonný zástupce. To se týká i úhrady tlumočnicka osobě, která jej v danou chvíli potřebovala. V případě neprokázání alkoholu nebo jiné návykové látky v krvi hradí tyto náklady „*Policie České republiky, Vojenská policie, obecní policie, Vězeňská služba, zaměstnavatel, kontrolní orgán nebo poskytovatel zdravotních služeb, v rámci jejichž působnosti byla učiněna výzva k orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami.*“ (ust. §89e, odst. 2 z. č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

#### **4.1.3 Zákon o Policii České republiky** *Povinnosti příslušníků Policie ČR*

Mezi základní povinnosti se dle zákona 273/2008 Sb. o Policii ČR řadí zdvořilost, iniciativa, přiměřenost postupu, prokázání příslušnosti a poučení. V případě, že policista

ve službě zjistí ohrožení nebo porušení veřejného pořádku a bezpečnosti, je povinen provést úkony k jeho odstranění. V době mimo službu je policista povinen zasáhnout v případech, kdy je ohrožen život, zdraví, majetek či svoboda osob. Policista je dále povinen postupovat tak, aby žádné osobě nepřivodil bezdůvodnou újmu a aby případný zásah nebyl nepřiměřený. Prokázání příslušnosti k Policii ČR je policista povinen při provádění každého úkonu, pokud to povaha a okolnosti zásahu dovolí a nedošlo by tak ke zbytečnému odkladu. Obecně ale platí, že by policista měl použít alespoň ústní prohlášení „policie“. Poučit musí policista každou osobu, vůči které směřuje úkon spojený se zásahem do práv nebo svobod. Osobu musí poučit o jejích právech a povinnostech. (z. č. 273/2008 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

#### *Oprávnění příslušníků Policie ČR*

Policista může omezit osobu na osobní svobodě a to připoutáním k předmětu zejména pomocí pout na max. dobu 2 hodin. Zajistit osobu může policista z důvodů uvedených v ust. §26 v zákoně 273/2008 Sb., například pokud osoba „*a) svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život, život nebo zdraví jiných osob anebo majetek, b) v budově útvaru policie úmyslně znečišťuje nebo poškozuje majetek anebo slovně uráží policistu nebo jinou osobu, e) při předvedení kladla odpor nebo se pokusila o útěk,*“ (ust. § 26, odst. 1, písm. a, b, e, z. č. 273/2008Sb., ve znění pozdějších předpisů) Zajištění osoby může trvat maximálně 24 hodin. Osobu, která je zajištěná, zadržená, zatčená nebo je u ní nutné provést další úkony dle zákona č. 273/2008 Sb., může policista umístit do policejní cely. Před umístěním osoby do cely má oprávnění přesvědčit se, zda u sebe osoba nemá zbraň. Za tímto účelem je tedy oprávněn provést osobní prohlídku. Osoby pod vlivem návykové látky lze umístit do cely, pokud lékař neshledá důvody pro jejich umístění na protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici nebo v jiném zdravotnickém zařízení.

#### *Použití donucovacích prostředků a zbraně*

Policista je oprávněn k použití donucovacích prostředků a zbraně při zákroku. (Obrazek č. 5) „*Donucovací prostředky jsou: a) hmaty, chvaty, údery a kopy b) slzotvorný, elektrický nebo jiný obdobně dočasně zneschopňující prostředek, c) obušek a jiný úderný prostředek, d) vrhací prostředek mající povahu střelné zbraně podle jiného právního předpisu s dočasně zneschopňujícími účinky, e) vrhací prostředek, který nemá povahu zbraně*



podle § 56 odst. 5, f) zastavovací pás, zahrazení cesty vozidlem a jiný prostředek k násilnému zastavení vozidla nebo zabránění odjezdu vozidla, g) vytlačování vozidlem, h) vytlačování štítem, i) vytlačování koněm, j) služební pes, k) vodní stříkač, l) zásahová výbuška, m) úder střelnou zbraní, n) hrozba namířenou střelnou zbraní, o) varovný výstřel, p) pouta, q) prostředek k zamezení prostorové orientace.“ (ust. § 52 z. č. 273/2008 Sb., ve znění pozdějších předpisů)



Obrázek 5: Donucovací prostředky. Zdroj č. 2

Policisté používají donucovací prostředky k účelu ochrany své nebo jiné osoby, majetku a veřejného pořádku. Než policista použije donucovací prostředky, je povinen vyzvat osobu, aby upustila od protiprávního jednání, a uvést výstrahu o použití donucovacích prostředků. Od výstrahy lze upustit, pokud zákrok nesnese odkladu, tzn. je ohrožen život nebo zdraví osoby. Musí být použit donucovací prostředek, jenž je účelný a nezbytný. Policista dbá, aby nezpůsobil osobě újmu, a používá elektrický donucovací prostředek pouze při nedostatečné úspěšnosti ostatních donucovacích prostředků. Použití zbraně je možné v nutné obraně a krajní nouzi, pokud se pachatel nevzdá a k překonání aktivního odporu, nelze – li ho jinak překonat, dále pokud osoba opakovaně neuposlechne příkazu policisty po použití donucovacích prostředků hrozba namířenou střelnou zbraní nebo varovný výstřel. Zbraň lze použít pouze při nedostačující účinnosti donucovacích prostředků. Policista je povinen poskytnout raněné osobě první pomoc, pokud k jejímu zranění došlo po použití výše uvedených prostředků a sepsat o jejich použití úřední záznam s uvedením důvodu, vyjma použití pout. Vedoucí policejního útvaru je povinen neprodleně vyznamet státního zástupce v případě zranění nebo usmrcení osoby, způsobených použitím donucovacích prostředků nebo zbraně.

Dále je zde zmíněn zákon 553/1991 Sb., zákon České národní rady o obecní policii, který upravuje pravomoci strážníků městské policie, jež jsou podobné jako pravomoci Policie České republiky s výjimkami uvedenými v tomto zákoně. Podle ustanovení §18 jsou donucovací prostředky totožné jako písm. a, b, c, m, n, p, v zákoně o Policii České republiky a navíc h) technický prostředek k zabránění odjezdu vozidla. Další úkony týkající se této práce jsou téměř totožné s úkony PČR. (z. č. 553/1991 Sb., zákon České národní rady o obecní policii, ve znění pozdějších předpisů)

#### **4.1.4 Trestní zákoník**

V zákoně 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů jsou uvedené pro tuto práci důležité okolnosti vylučující protiprávnost činu. Jsou to krajní nouze, nutná obrana, svolení poškozeného, přípustné riziko a oprávněné použití zbraně. Pro naše účely je důležitá krajní nouze definována v ustanovení § 28: „(1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem. (2) Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen jej snášet.“ (ust. § 28, odst. 1, 2 z. č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Nutná obrana (§ 29) je odvracení přímo hrozícího nebo trvajících útoku na zájem chráněný trestním zákonem, tedy v našem případě je to zdravotnický pracovník bránící se přímému útoku agresivního pacienta. Je to speciální případ krajní nouze, umožňuje osobám chránit zájmy chráněné trestním zákonem, a to svépomocí, která nahrazuje nedostatek ochrany ze strany veřejné moci v danou chvíli. Je tedy jednáno ve shodě s trestním zákonem. Jedná se zde o střet zájmů: na straně jedné zájem napadený útokem (majetek bránícího se občana), a na druhé straně zájem útočnicka (jeho zdraví). Tato obrana nesmí být nepřiměřená způsobu útoku. (Šámal a kol., 2016) Ust. § 32 Oprávněné použití zbraně se týká Policie České republiky a osob, které používají zbraň v mezích právních předpisů. Osoby pod vlivem psychotropních látek a osoby duševně nemocné se mohou dopouštět trestných činů dále definovaných v tomto zákoně, zejména násilí proti orgánu veřejné moci, ublížení na zdraví, nebo zvlášť závažného zločinu vraždy.

#### **4.1.5 Konzultace s právní kanceláří ČLK**

Za účelem této práce byla konzultována právní kancelář České lékařské komory otázkami: Kam až může posádka ZZS zajít při zásahu u agresivního pacienta? Jaké úkony jsou v tomto případě povoleny a co v žádném případě nesmí použít? Jaký se z hlediska

právního doporučuje postup v této problematice – pokud pacient ohrožuje sám sebe nebo okolí? Mohou pracovníci záchranné služby, pokud nejsou ohroženi podnikat nějaké kroky? V případě kdy je podniknou a pacient bude zraněn, jak se postupuje?

Zde uvádím odpověď z emailu z právního oddělení České lékařské komory: *Zdravotnická záchranná služby poskytuje zdravotní péči, není cvičena k "pacifikaci" agresora. Zdravotník má tedy jako každý jiný občan právo na sebeobranu v mezích nutné obrany. K zajištění agresivní osoby je volána Policie ČR. Pokud je již agresivní osoba zajištěna, provede ZZS její ošetření v potřebném rozsahu. Pak je již možné použít i omezovací prostředky v rozsahu vymezeném zákonem o zdravotních službách. V praxi to bude zejména farmakologické omezení v kombinaci se zajištěním pásky na lůžku - bezpečnostními. Policie často využije pouta, je-li to nutné. ZZS nemá právo jakkoli pacienta fyzicky nutit či zajišťovat. Zůstává zde tedy právo na nutnou obranu při napadení, jak jsem již uvedla. Zdravotničtí záchranáři jsou zdravotníci, zajištění osoby, zneškodnění útočnicka atd., je věcí Policie ČR. (právní oddělení ČLK)*

## **4.2 Úkol zdravotnické záchranné služby**

V případě agresivního pacienta je činnost ZZS na místě téměř daná povinností chránit svou osobní bezpečnost a svůj život a zdraví. Proto, jak je již uvedeno výše, zdravotničtí záchranáři mohou provádět obranné úkony jen v případě ohrožení zdraví, života nebo majetku, než přivolají příslušníky PČR. Výjimkou jsou případy, kdy záchranná služba dorazí jako první k demonstraci sebevraždy a s pacientem je vhodné i podle doporučení policejního vyjednavatele navázat komunikaci za účelem zabránit jí v dokonání tohoto činu. V tomto případě je třeba dle slov záchranářů nejdříve nechat pracovat PČR nebo přivolat a nechat pracovat krizové interventy. To znamená, že vozidlo záchranné služby s jeho pracovníky vyčkává na místě, až budou nápomocni, což se stane v případě, že dojde ke zranění osoby nebo zajištění osoby PČR s úmyslem jejího transportu.

V případě, že je na místě přítomen pacient ohrožující své okolí, tak záchranáři chrání svoje zdraví a zdraví a život ostatních kolegů, popř. osob nalézajících se na místě a v rámci možností chránit majetek ZZS. Je důležité opatrně se pohybovat i vyjadřovat, aby záchranář nevyprovokoval agresora k útoku, zavolat příslušníky PČR, v případě rizika se uchýlit k vyčkání ve voze nebo odjet z místa útoku agresora, dokud nedorazí hlídka PČR. Je důležité snažit se zhodnotit závažnost stavu a volbu postupu, příp. zvážit i směřování pacienta a potřebu lékaře na místě. Dále zahrnuje práce záchranářů ošetření a trans-

port pacienta na indikované pracoviště, přičemž si lze vyžádat PČR na asistenci při převozu. Z rozhovorů bylo zjištěno, že někdy záchranáři volí taktiku rozdělení na „hodného a zlého“. Další činnosti se odvíjí podle zákona o ZZS 374/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Postup po předání pacienta policií se odvíjí od pravidel popsanych výše. (čerpáno z rozhovorů)

### 4.3 Úkol Policie ČR a městské policie

Hlavním úkolem je chránit bezpečnost osob, majetku a chránit veřejný pořádek. Z toho se také odvíjí postup PČR na místě. Oficiální předpis ani metodika nebyla poskytnuta příslušníky PČR za účelem této práce, z interních důvodů, který nám není znám. PČR postupuje dle výše zmíněného zákona č. 273/2008 Sb., o PČR, ve znění pozdějších předpisů. Ze zveřejněných informací za rok 2017 na oficiálních stránkách PČR bylo zjištěno následující. *„Zákon č. 273/2008 Sb. v ustanovení § 11 ukládá policistům vždy postupovat tak, aby případný zásah do práv a svobod osob, vůči nimž směřuje úkon, nepřekročil míru nezbytnou k dosažení účelu sledovaného tímto úkonem. Metodický návod k řešení různých problematických situací, s nimiž jsou příslušníci Policie České republiky při výkonu služby často konfrontováni, včetně situací, v nichž figurují osoby intoxikované alkoholem nebo jinými návykovými látkami, poskytují právní stanoviska odboru bezpečnostní politiky a prevence kriminality Ministerstva vnitra. Příslušníci Policie České republiky se seznamují se zásadami postupu při provádění služebních úkonů s takovými osobami v rámci základní odborné přípravy, služební přípravy a specializačních kurzů, jež absolvují podle své odbornosti. Ředitelství služby pořádkové policie Policejního prezidia České republiky aktuálně připravuje metodickou příručku k používání donucovacích prostředků a zbraně příslušníky Policie České republiky, v níž bude problematika zákroků vůči osobám pod vlivem omamných a psychotropních látek zahrnuta.“* (Vokuš, 2017, [www.policie.cz](http://www.policie.cz))

Co se týče spolupráce s integrovaným záchranným systémem (IZS), je považována za standardní a je řízena zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Za účelem nácviku koordinovaného postupu v rámci jednotlivých typových plánů činností při řešení různých krizových situací probíhají pravidelná prověřovací a taktická cvičení složek IZS. U policistů probíhá kurz základní detekce drog pomocí orientačního testu DrugWipe®, jehož součástí byl i nácvik komunikace s osobami intoxikovanými omamnými a psychotropními látkami

a prevence jejich případného rizikového chování. Absolventi jsou oprávněni školit další příslušníky PČR. (Vokuš, 2017)

Z rozhovorů bylo zjištěno, že postup PČR bez znalosti konkrétní situace se velice těžce popisuje. V případě, že pacient ohrožuje sám sebe lze obecně říci, že v první fázi zákroku je zajištění osoby. Po tomto úkonu je osoba předána do péče ZZS. Každý takový případ je posuzován individuálně a v případě složitosti se povolávají specializované složky policie, které jsou na tyto situace vyškolené. Zde se jedná o psychologa, vyjednavče nebo zásahovou jednotku, která je vyškolená na práci ve výškách, slaňování apod.

V případě, že pacient ohrožuje své okolí a okolní osoby, je úkolem PČR zamezit dalšímu protiprávnímu jednání. V případě verbálního napadání je osoba vyzvána k ukončení svého protiprávního jednání, příp. vyzvána s výstrahou, že bude proti ní použito donucovacích prostředků. V případě, že pokračuje v agresivním jednání, tak jsou osobě nasazena pouta. Následně je osoba předána ZZS k dalším úkonům. V případě pokračujícího agresivního chování lze na žádost ZZS pokračovat v součinnosti, při které je přítomen policista i při přepravě pacienta do nemocnice. Policie má dále za úkol držet bezpečnou zónu v okolí incidentu, zastavení dopravy, evakuaci domu, pokud je to nutné. Úkoly městské Policie jsou podobné jako PČR. Jsou řízeny výše uvedenými předpisy.

#### **4.3.1 Úkol policejního vyjednavče**

Pro upřesnění a zorientování v situaci uvádím citaci emailu od policejního koordinátora týmu krizové intervence. U PČR existují různé týmy se specifickou činností:

*„Tým systému krizové intervence, který slouží k zajištění nepřetržitého poskytování krátkodobé specializované pomoci za účelem redukce nepříznivých psychických následků způsobených traumatizující událostí a obnovení psychické rovnováhy (dále jen „krizová intervence“)* atd. – více v zákoně č.45/2013 Sb., o obětech trestných činů, ve znění pozdějších předpisů (pozn. autorky)

*Stálý tým krizového vyjednávání, který je určen pro komunikaci s osobou, která se nachází v krizovém stavu, jímž je např. demonstrování úmyslu sebevraždy, barikádová situace, zadržování rukojmí, únosy a vydírání. Účelem krizového vyjednávání je navázat kontakt s osobou v krizi a cestou cílesměrné komunikace vytvořit podmínky pro zklidnění a stabilizaci krizového stavu a odvrátit tak osobu od krizového jednání a vyřešit krizový stav bez použití síly. Pro příklad pacient na římse by na místo události byl povolán vyjednavč a v ideálním případě po úspěšném odvrácení úmyslu by se nabízela možnost podpo-*

ry krizového intervanta.“(z elektronické komunikace s koordinátorem týmu krizové intervence)

V praxi se setkáváme při agresi s vyústěním do několika situací, z nichž můžeme charakterizovat dvě základní. Jedním případem je agrese pacienta vůči sobě a to ublížením na zdraví, nebo životě své osobě, tudíž suicidální jednání nebo agrese obrácena vůči dalším osobám nacházejících se v dané situaci. (Matoušková, Spurný, 2005, čerpáno z rozhovorů s příslušníky Policie ČR).

V obou těchto případech je postup policejního vyjednavče podobný. Policejní vyjednavč je zpravidla přivolán hlídkou, která je na místě a to pomocí vysílačky skrze operační středisko kraje nebo hned po nahlášení události, pokud toto hlášení obsahuje slova jako: „*demonstrace sebevraždy, rukojmí, ohrožení majetku nebo života osob.*“ Krajské operační středisko má k dispozici plán pokrytí kraje vyjednavči, tím pádem zavolají toho nejbližšího dostupného. Již po cestě na místo zjišťuje prostřednictvím určených pracovníků vyjednavč totožnost osoby a co nejvíce informací o osobě, protože může být tato osoba známa opakovanými případy. Ve vlastním vyjednávání je nejdůležitějších prvních 5 – 10 minut, během kterých bude zjištěno, z jakého důvodu osoba takto jedná. Policejní vyjednavč musí mít pod kontrolou veškeré emoce, po celou dobu vyjednávání s osobou musí být v klidu a jeho prioritou je, aby si osoba na místě neublížila. Před touto prioritou má přednost zásada ochrany svého života a zdraví. Vyjednávání ovlivňují faktory, jako zkušenost vyjednavče, pohlaví vyjednavče a způsob řeči. Hlavními úkoly jsou: a) dovést vyjednávání k úspěšnému cíli, b) ochrana života a zdraví majetku, policistů, svojí osoby a pacienta. Cíle vyjednávání jsou uklidnit osobu, která ohrožuje svým chováním sebe nebo okolí a zjistit důvody (nejčastěji finanční), proč takový stav nastal. Pokud agresivní pacient ohrožuje osoby v uzavřeném prostoru, je nutno tyto osoby „osvobodit“. Z rozhovorů bylo zjištěno, že způsob vyjednávání se pokaždé liší. Může se stát, že tato osoba odmítne komunikovat, ale tito vysoce kvalifikovaní pracovníci jsou na tyto případy školeni. Většinou odmítnutí komunikace prodlouží dobu zásahu na dobu až šesti hodin. U agresivního pacienta je možné přivolat pořádkovou jednotku.

Osoby ovlivněné psychoaktivními látkami jsou nejnáročnější na komunikaci, jelikož mají emocionální nestabilitu a mnohdy není možné s nimi navázat kontakt. U duševně narušených osob lze těžce předpokládat jejich chování, proto je nejlepší vědět o dané nemoci co nejvíce. Vyjednavč musí velmi pozorně volit každou větu. U paranoidní osobnosti

musí pracovník vyjednávat jasně, průhledně, nesmí lhát, musí si vybudovat důvěru a v žádném případě nepopírat bludy nemocného. Pokud se při vyjednávání naskytne problém, může se vyjednávač spojit s ostatními vyjednávači. V České republice se nachází přibližně 160 vyjednávačů. V Mariánských Lázních, kde byl rozhovor prováděn, dochází v průměru k deseti případům vyjednávání za rok.

#### **4.4 Úkol HZS**

Při spolupráci složek v případě, že je pacient nebezpečný sám sobě je hlavní úkol Hasičského záchranného sboru (HZS) přiblížit policisty k pacientovi pomocí žebříku nebo jiného technického vybavení. HZS disponuje také psychology, které je možno přivolat na místo. Popřípadě použití plachty pro zachycení osoby v případě skoku z výšky. Také asistuje u zabezpečení okolí – zastavení dopravy atd.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**



## **5 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE**

### **5.1 Cíle práce**

Cíle práce budou naplněny v rámci kvalitativního výzkumu, v jehož rámci budou analyzovány polostrukturované rozhovory s příslušníky Policie České republiky a se zdravotnickými záchranáři, které proběhly v rámci Jihočeského, Karlovarského a Plzeňského kraje. Dále budou analyzovány kazuistiky získané od zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje.

C1: Porovnat postup zdravotnické záchranné služby a Policie České republiky při zásahu u agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou.

C2: Zjistit problémy v komunikaci zdravotnické záchranné služby s Policií České republiky.

C3: Zjistit problémy v komunikaci s agresivním pacientem.

C4: Zjistit, zda by dle respondentů bylo vhodné vytvořit společnou metodiku, která by radila, jak postupovat u agresivního pacienta.

C5: Zjistit, zda, popř. jaká byla použita medikace za účelem zklidnění pacienta.

### **5.2 Výzkumné otázky**

K těmto cílům vztahují výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou rozdíly v postupu ZZS a PČR?

VO2: Jaké jsou problémy v komunikaci s agresivním pacientem?

VO3: Jaké jsou problémy v komunikaci se ZZS/PČR?

VO4: Mělo by podle respondentů přinést vytvořit společnou metodiku?

VO5: Byla použita medikace? Pokud ano, jaká?

## 6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor tvoří pro výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů zdravotníci záchranáři výjezdových skupin výjezdové základny (VZ) Karlovy Vary a příslušníci Policie České republiky Obvodních oddělení Cheb, Karlovy Vary, České Budějovice a Plzeň – střed. Respondenti byli vybíráni na základě blízké dostupnosti, s různými zkušenostmi a s odlišnou délkou praxe v oboru, z důvodu porovnávání jejich zkušeností s problematikou. Také přetrvávala snaha o porovnání přístupu v různých krajích u PČR, což posléze znemožnila neochota ke spolupráci některých krajských ředitelství PČR nebo příslušníků PČR. Výběr respondentů byl realizován pomocí elektronické komunikace s krajskými ředitelstvími Praha, Plzeň, Karlovy Vary, České Budějovice a s obvodním oddělením Příbram. Odpovědi byly obdrženy od krajů, v nichž probíhal výzkum (Karlovy Vary, Cheb, České Budějovice).

Celkem se rozhovorů zúčastnilo 15 osob. Z toho bylo 5 zdravotnických záchranářů z Karlovarského kraje a 8 příslušníků PČR. 7 příslušníků PČR pocházelo rovněž z Karlovarského kraje a 1 příslušník PČR zaměstnán v Jihočeském kraji. Dále se účastnili 2 příslušníci PČR s obvodního oddělení Plzeň – střed. V rámci výzkumu byl také u 2 respondentů proveden předvýzkum, jehož výsledky nebudou do analýzy zakomponovány. Výzkum, z důvodu nedostatečné validity některých informací je doplněn o kazuistiky. Sledovaný soubor pro výzkum pomocí kazuistik tvoří kazuistiky z Karlovarského kraje.

## 7 METODIKA ŠETŘENÍ

Pro potvrzení či vyvrácení stanovených cílů a předpokladů byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů, kterých se zúčastnili členové výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje a příslušníci Policie České republiky Plzeňského, Jihočeského a Karlovarského kraje.

Z důvodu neochoty spolupráce některých pracovníků ZZS a PČR, například Krajského ředitelství České Budějovice z neznámého a neuvedeného písemného odůvodnění, se slovní argumentací utajenosti informací postupu PČR při zásahu u agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou doplňujeme výzkum o sběr kazuistik. Jako další důvod neposkytnutí souhlasu se sběrem dat PČR ČB uvedla ust. §115 zákona 273/2008 Sb., O PČR, ve znění pozdějších předpisů: „*Policista nebo zaměstnanec policie jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, se kterými se seznámili při plnění úkolů policie nebo v souvislosti s nimi, a které v zájmu zabezpečení úkolů policie nebo v zájmu jiných osob vyžadují, aby zůstaly utajeny před nepovolanými osobami. Tato povinnost trvá i po skončení služebního nebo pracovního poměru.*“ (Ust. § 115 z. č. 273/2008Sb., O PČR, ve znění pozdějších předpisů) Z důvodu citlivosti informací není toto šetření dostatečné. Přesto se vyvinula snaha o zjištění validních informací a v Jihočeském kraji byl nakonec proveden polostrukturovaný rozhovor s jedním příslušníkem PČR. Rozhovorů provedeným v Plzeňském kraji chyběly validní informace, (mlčenlivost) a proto v práci chybí. Z kazuistického šetření se zaměříme především na medikaci, ale budeme se věnovat i dalším získaným informacím.

Rozhovory byly provedeny pomocí osobního kontaktu s respondenty. Celkem jsme pokládali čtrnáct otázek, z nichž byly dvě úvodní a tři doplňující. Úvodní otázky zjišťují pracovní zařazení osob a na délku jejich působení v zaměstnání. Získané informace v úvodu rozhovoru jsou zpracovány do tabulek. Hlavní otázky se týkají výzkumných otázek a uvádíme je níže. Doplňující otázky se zaměřují na vytěžení co nejvíce informací o postupu u agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou a na sdělení anonymizovaných kazuistik z vyprávění respondenta.

Rozhovory, spolu se sběrem kazuistik, se uskutečnily v období od 20. 1. do 15. 3. 2019 navštěvováním obvodních oddělení PČR a ZZS. Rozhovory byly následně vyhodnocovány, analyzovány a graficky zpracovány pomocí myšlenkových map a pomocí

tabulek Coggle. Příklady 2 strukturovaných rozhovorů se nachází v přílohách této práce, (Příloha č. 1, č. 2) stejně jako žádosti o povolení výzkumného dotazníkového šetření u PČR a ZZS. (Příloha č. 3, č. 4, č. 5)

Kvalitativní metodu výzkumu jsme zvolily z důvodu potřeby hlubšího pochopení souvislostí spojených s výzkumnými otázkami, možnosti položení doplňujících otázek k problematice a vyslechnutí osobního zážitku a názoru respondenta na tuto problematiku.

## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jejichž výsledky byly zpracovány do přehledných tabulek. Dodatečný výzkum byl proveden pomocí kazuistik.

### 8.1 Rozhovory

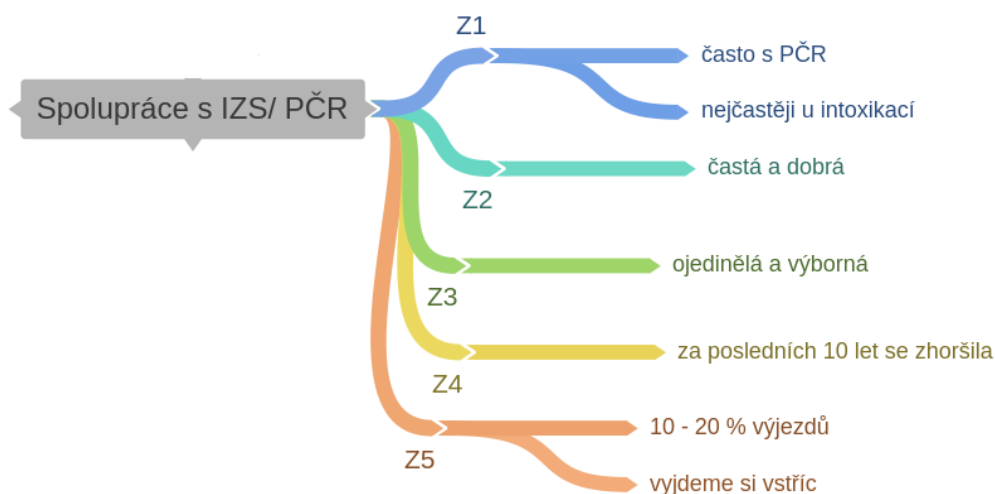
*Zdravotničtí záchranáři:*

Z důvodu přehlednosti je tato skupina označena znaky Z1 – Z5.

*Tabulka 1: Respondenti Z1 - Z5, Zdroj: vlastní*

Respondent	Pracovní zařazení	Délka praxe
Z1	Zdravotnický záchranář	1,5 roku
Z2	Zdravotnický záchranář	4 roky
Z3	Zdravotnický záchranář	22 let
Z4	Zdravotnický záchranář	25 let
Z5	Zdravotnický záchranář	12 let

Otázka č. 1: Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti se spoluprací s IZS/PČR?

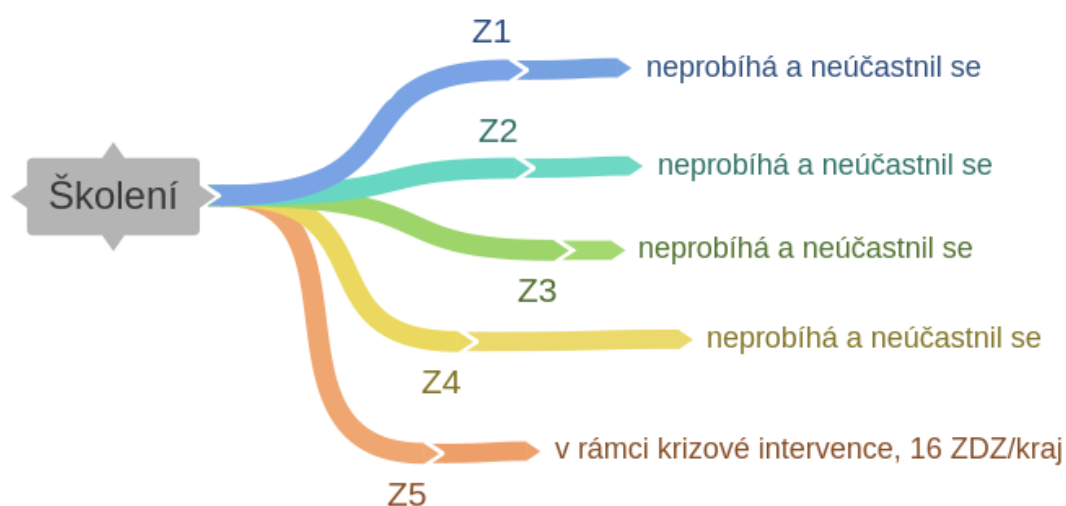


*Obrázek 6: Spolupráce s IZS/PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle*

Tato otázka se týká výzkumné otázky VO3. Respondent Z1 uvedl: „S PČR spolupracuji často. Nejvíce u psychiatrických pacientů, anebo pacientů intoxikovaných alkoholem“.

lem nebo jinými návykovými látkami.“ Respondent Z4 jako jediný ohodnotil spolupráci se sestupnou tendencí v posledních 10 – ti letech. Respondenti Z3 a Z5 ohodnotili četnost spolupráce jako ojedinělou. Kvalitu spolupráce většina respondentů hodnotí jako dobrou nebo výbornou.

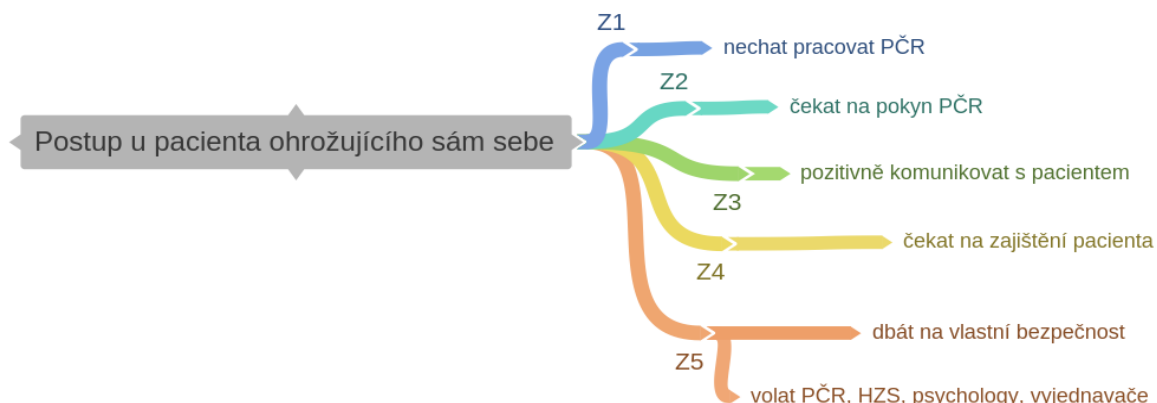
Otázka č. 2: Probíhá nějaké školení týkající se této problematiky? Účastnil jste se takového školení?



Obrázek 7: Školení, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká kvality připravování na spolupráci v rámci problematiky agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou, tedy VO3. Povědomí o školení podobné této tématice měl jen respondent Z5. Respondent Z5 uvedl: „My jsme měli jenom u našich dobrovolných zaměstnanců školení v rámci krizové intervence, takže jsme tam probírali nejen agresivního pacienta, ale i třeba neagresivního pacienta nebo pacienta s jinou poruchou chování. Ale toho se účastnilo v letošním roce asi jen 16 nelékařských zdravotnických pracovníků. Bylo to jen v rámci projektu, který u nás v současné době probíhá, ale zatím jsme neměli školení zaměřené vyloženě na agresivního pacienta.“ Respondent Z1 uvedl: „Momentálně si nejsem vědom, že by nějaké školení probíhalo a ani jsem se žádného neúčastnil.“

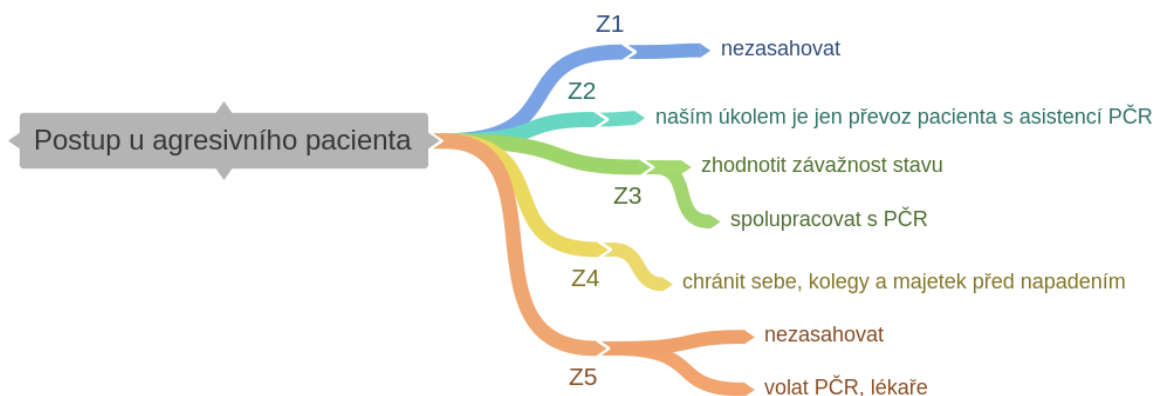
Otázka č. 3: Jaký je úkol (činnost) ZZS při spolupráci se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient, který ohrožuje sám sebe (Stojí na římse nebo drží nebezpečnou zbraň a chystá si bezprostředně ublížit)?



Obrázek 8: Pacient ohrožující sám sebe, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO1. Respondenti převážně uvedli, že čekají na zvládnutí pacienta PČR. Respondent Z4 uvedl: „Čekáme, až bude zajištěn PČR nebo až si ublíží.“ Respondent Z1 uvedl: „Většinou necháme pracovat PČR, nejlépe krizové interventy a být v případě potřeby po ruce.“ Respondent Z5 uvedl: „My z našeho pohledu musíme dbát na naši bezpečnost, ale záleží na situaci, jaká by tam byla. V tomto případě určitě voláme PČR nebo HZS, záleží na situaci. Oni mají svoje vyjednavče v tomto případě, což my nemáme, hasiči mají psychology, čili my na to nejsme vyškolení. Záleží na jednotlivci. Pokud není pacient zraněn, je vždy převezen na psychiatrickou kliniku.“

Otázka č. 4: Jaký je úkol (činnost) ZZS při spolupráci se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient ohrožující své okolí (Nadávky nebo přímý útok na zdravotníka)?

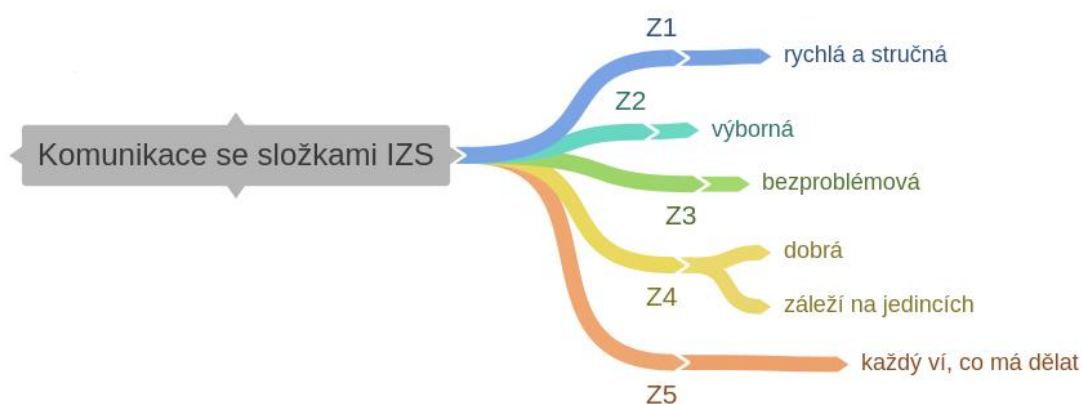


Obrázek 9: Agresivní pacient, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO1. Většina dotazovaných uvedla, že nezasahují a spolupracují s PČR. Respondent Z1 uvedl: „Většinou nebránit pacientovi v pohybu a sám se nepokoušet agresivní osobu zastavit nebo napadení opětvovat.“ Respondent Z2 uvedl: „Většinou asi jen převoz na indikované pracoviště. PČR dohlíží na to, aby pacient neublížil sobě nebo někomu jinému.“ Respondent Z5 uvedl zajímavost: „Pokud se pacient snaží dostat do vozu a jsme v ohrožení, aniž bychom něco podnikali, máme na vysílačkách nouzové tlačítko, kterým dáme signál na dispečink, kde se aktivuje PČR na místo zásahu.“



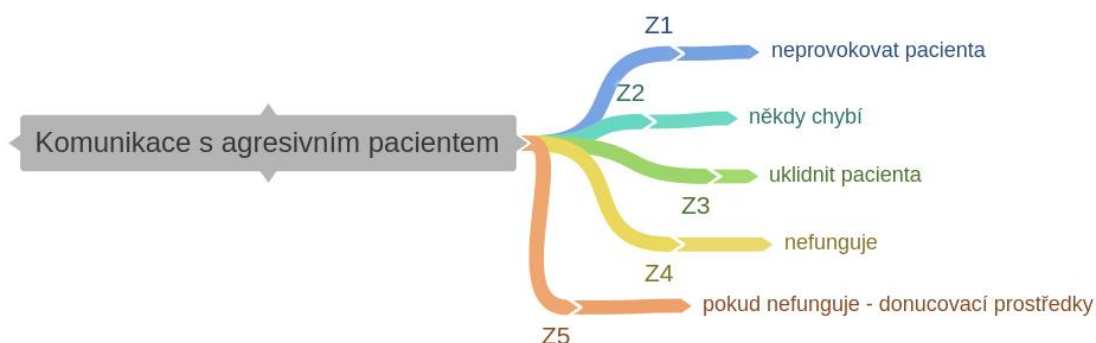
Otázka č. 5: Jak na místě funguje komunikace s ostatními složkami IZS? (jsou nějaká krizová místa?)



Obrázek 10: Komunikace s IZS/PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO3. Všichni respondenti se shodli na tom, že komunikace probíhá bez problémů. Respondent Z4 však uvedl: „Komunikace na místě funguje relativně dobře, ale velmi záleží na konkrétních jedincích a jejich postojích a zkušenostech. Městská policie většinou nefunguje vůbec nebo je s ní spolupráce velmi kritická nebo skoro nemožná.“ Respondent Z3 uvedl: „S ostatními složkami komunikuje vedoucí výjezdové skupiny, pokud je na místě velitel zásahu, komunikuje vedoucí výjezdové skupiny s velitelem zásahu.“ Respondent Z5 uvedl zajímavost: „Myslím si, že spolupracujeme dobře, jedná se o společném operačním středisku, v čemž je zde budoucnosti. Každý na místě ví, co má dělat.“

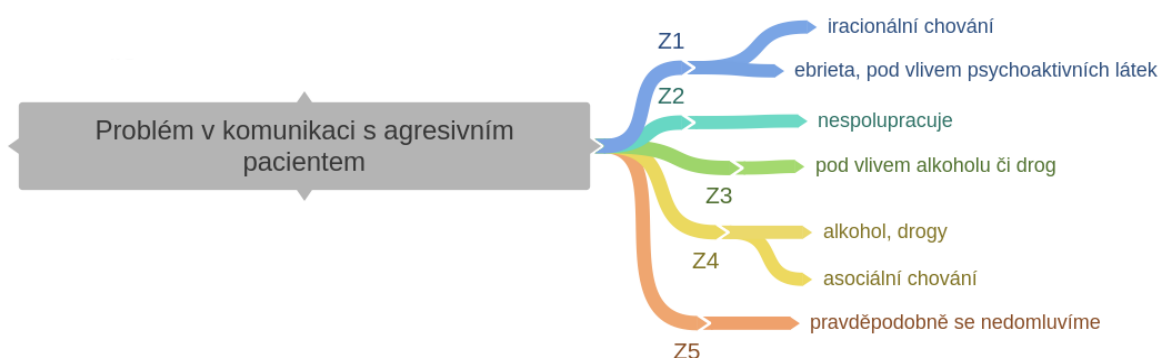
Otázka č. 6: Jak na místě funguje komunikace s agresivním pacientem?



Obrázek 11: Komunikace s pacientem, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka souvisí s VO2. Respondenti uvedli, že komunikace s agresorem je buď obtížná, nebo nefunguje vůbec. Respondent Z1 uvedl: „Člověk musí být asertivní a nevyprovokovat pacienta k útoku.“ Respondent Z3 uvedl: „Snažit se uklidnit pacienta, ve dvoučlenné výjezdové skupině se rozdělíme na role – hodný a zlý – a to někdy funguje, nasloučáme pacientovi, opakujeme jeho věty, aby bylo jasné, o čem je řeč a že rozumíme situaci, – odmlka – nezvyšovat hlas, přizpůsobit komunikaci intelektu, vlivu alkoholu, drog...“ Respondent Z4 uvedl: „V tomto případě komunikace nefunguje vůbec.“

Otázka č. 7: Co považujete za největší problém v komunikaci s agresivním pacientem?

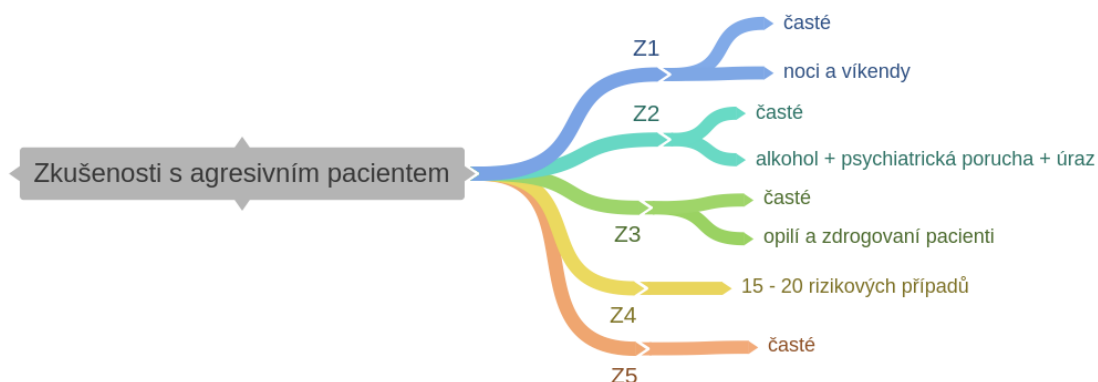


Obrázek 12: Problém v komunikaci, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se vztahuje k VO2. Respondent Z1, Z3, Z4 uvádí, že největším problémem je pacientova nespolupráce z důvodu vlivu alkoholu či psychoaktivních látek. Respondenti Z2 a Z5 uvádí problém s nespoluprací pacienta. Respondent Z1 uvedl: „Větš-

nou jeho stav, kdy je v ebrietě nebo pociťuje účinky jiných drog. To se pacient chová nejvíc iracionálně a snadno se rozzuří kvůli každé poznámce.“ Respondent Z5 uvedl: „To, že se s ním pravděpodobně nedomluví. Většinou musí dojít k použití donucovacích prostředků, a pokud je pod vlivem návykových látek, je s ním domluva velmi špatná.“

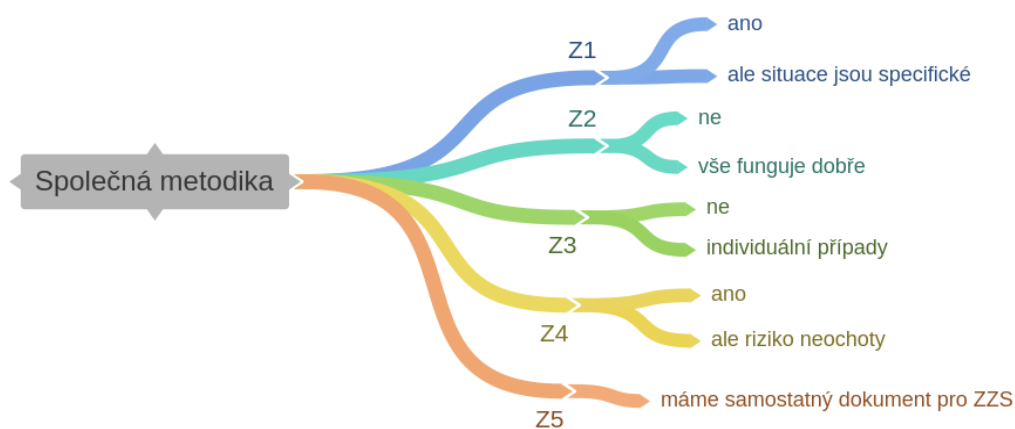
Otázka č. 8: Jaké jsou vaše zkušenosti s touto problematikou?



Obrázek 13: Zkušenosti, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka souvisí s VO2. Respondenti Z1, Z2, Z3 a Z5 uvedli, že se s agresivním pacientem s psychiatrickou diagnózou setkávají často. Respondenti Z2 a Z3 uvedli, že nejčastější setkání s agresivním pacientem s psychiatrickou diagnózou je za okolností vlivu alkoholu nebo drog. Respondent Z4 uvádí četnost nejvíce krizových případů. Respondent Z4 uvedl: „Relativně se nechá spousta věcí ustát, ale myslím, že v několika případech to bylo, jak se říká, o fous. Bylo to přibližně 15 – 20 rizikových případů.“ Respondent Z5 uvedl: „Setkávám se s těmito případy velice často a ze svých zkušeností musím říct, že některé pacienty, kteří jsou agresivní slovně, zvládneme uklidnit nějakou komunikací, ale pak jsou agresivní fyzicky, to znamená, že jsou schopni nám ublížit a z nich už máme respekt vůbec v komunikaci a v přiblížení se.“

Otázka č. 9: Mělo by podle vás přínos vytvořit guidelliness/metodiku pro policii a ZZS, který/á by radil/a, jak v těchto případech postupovat?



Obrázek 14: Metodika, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO4. Respondenti Z1 a Z4 by uvítali vytvoření metodiky, ale setkává se to s různými riziky. Dle respondentů Z2, Z3 a Z5 nemá vytvoření metodiky smysl, buď z důvodu dobrého fungování spolupráce, nebo se souvislostmi rizika případů. Dle respondenta Z5 má záchranná služba samostatný dokument a nelze posoudit, jak to funguje u ostatních složek. Respondent Z1 uvedl: „*Nějaká osnova by se hodila, ale většinou jsou situace specifické a člověk se musí rozhodnout rovnou na místě, popřípadě improvizovat.*“ Respondent Z3 odpověděl: „*Z mého pohledu je těžké vytvořit nějaký univerzální guidelliness, ke každému případu, byť jsou podobné, se musí přistupovat individuálně a podle toho volit i specifický přístup.*“

Na doplňující otázky byli u respondenta Z5 uvedeny zajímavé fakty. Na otázku: „*Je ještě něco, co nebylo zmíněno a hodilo by se to podle Vás k tématu?*“ Odpověděl respondent: „*Možná to, že se s tímhle typem pacientů setkáváme čím dál častěji, bohužel, a to zejména z toho důvodu, že hodně pacientů je pod vlivem alkoholu nebo pod vlivem nějakých dalších látek.*“

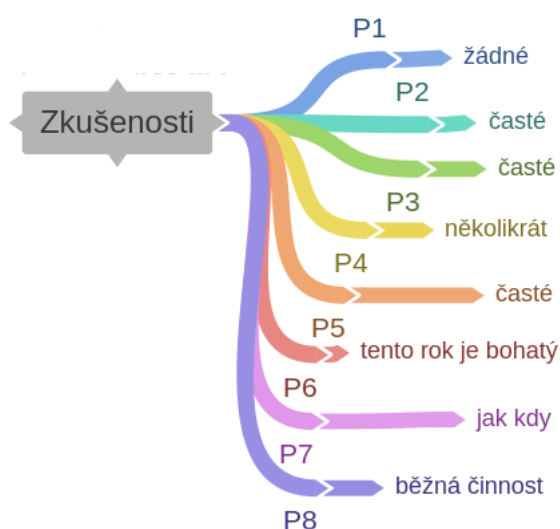
*Příslušníci PČR:*

Z důvodu přehlednosti byla tato skupina označena znaky P1 – P8.

*Tabulka 2: Respondenti P1 - P8, Zdroj: vlastní*

Respondent	Pracovní zařazení	Délka praxe
P1	Dozorčí služba	24 let
P2	Vrchní asistent	17 let
P3	Prvosledová hlídka	10 let
P4	Prvosledová hlídka	10 let
P5	Vrchní asistent	23 let
P6	Řadový policista	30 let
P7	Řadový policista	14 let
P8	Krajské ředitelství	11 let

Otázka č. 1: Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti se spoluprací s IZS/ZZS?

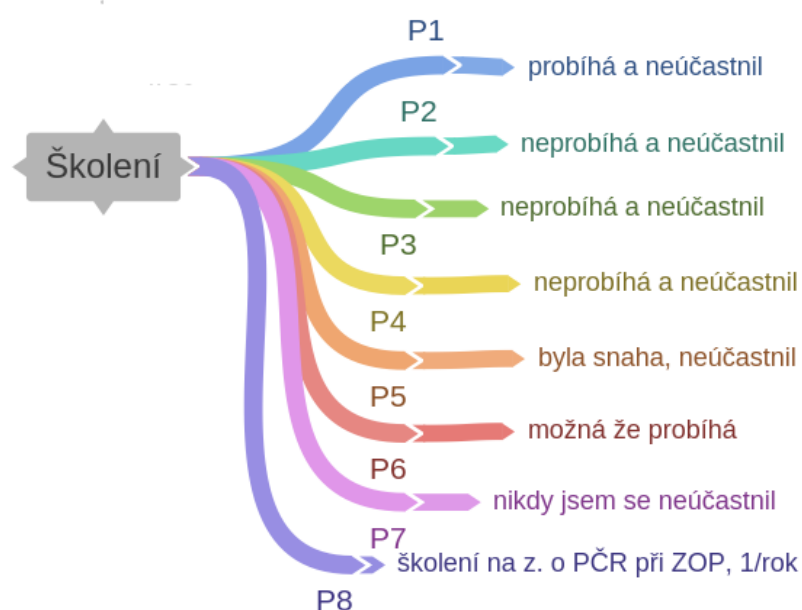


*Obrázek 15: Zkušenosti, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle*

Tato otázka se týká VO3. Většina respondentů uvedla, že spolupracují se zdravotnickou záchrannou službou často. Respondent P1 uvedl: „Zkušenosti mám dobré, spolupracujeme často a jsme pořád v kontaktu.“ Respondent P5 uvedl: „Zkušenosti mám dobré, máme kamarádský vztah. V některých případech máme problém, když žádáme lékaře

o umístění osoby do policejní cely.“ Respondent P8 uvedl: „Součinnost s ostatními složkami je téměř při každé službě. Co se týká spolupráce se ZZS, tak nejčastěji dochází ke spolupráci při rvačkách, kdy je potřeba ošetřit všechny účastníky. Často jsou účastníci rvaček pod vlivem alkoholu, což práci do značné míry stěžuje.“

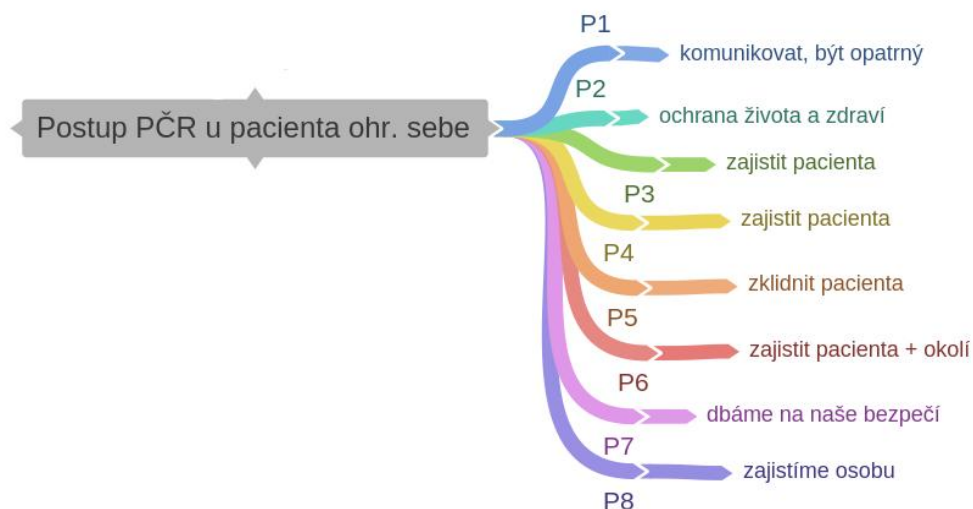
Otázka č. 2: Probíhá nějaké školení týkající se této problematiky? Účastnil/a jste se takového školení?



Obrázek 16: Školení PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka souvisí s kvalitou přípravování na spolupráci v rámci problematiky agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou, tedy VO3. Žádný z respondentů se neúčastnil tohoto školení. Respondent P1 uvedl: „Probíhá školení obecně, ale není zaměřené konkrétně na agresivního pacienta. Sám jsem se školení neúčastnil.“ Respondent P5 odpověděl: „Nějaké školení se zkoušelo, ale neosvědčilo se. Hlavní je psychologický aspekt u této problematiky.“ Respondent R8 odpověděl: „V tomto případě se postupuje převážně podle zákona o policii. Školení na zákon o policii probíhá na Základní odborné přípravě (ZOP), která je doplňovaná o další školení, která jsou minimálně jednou za rok.“ Respondent P6 odpověděl: „Nevím, možná že probíhá.“ Ostatní respondenti odpověděli, že o školení povědomí nemají a ani se žádného neúčastnili.

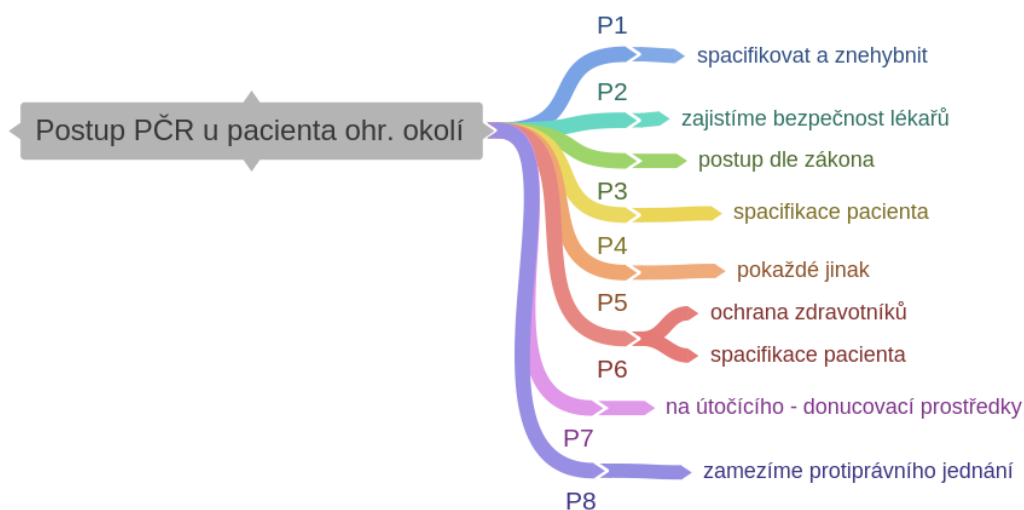
Otázka č. 3: Mohl/a byste popsat, jak probíhá spolupráce se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient, který ohrožuje sám sebe (Stojí na římse nebo drží bezpečnou zbraň a chystá se bezprostředně si ublížit)?



Obrázek 17: Postup u osoby ohrožující sebe, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO1. Většina respondentů odpovědělo, že jejich úkolem je primárně zajistit pacienta, chránit zdraví a život zdravotníků a dbát na bezpečí všech zúčastněných. Respondent P3 odpověděl: „Když je čas, tak voláme HZS s psychologem. Naším úkolem je zajistit pacienta a předat ho záchranné službě. Tam pak rozhodnou, co bude dál. V případě, že od nás potřebují asistenci, jede jeden člověk od nás s nimi.“ Respondent P5 uvedl: „Každý pacient je jiný, musíme zjistit, co se děje a zklidnit pacienta.“ Respondent P7 uvedl: „Hlavně dbáme na svoje bezpečí, ale záleží na tom, zda je osoba opravdu přesvědčená skočit.“

Otázka č. 4: Mohl byste popsat, jak probíhá spolupráce se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient ohrožující své okolí (Nadávky nebo přímý útok na zdravotníka)?

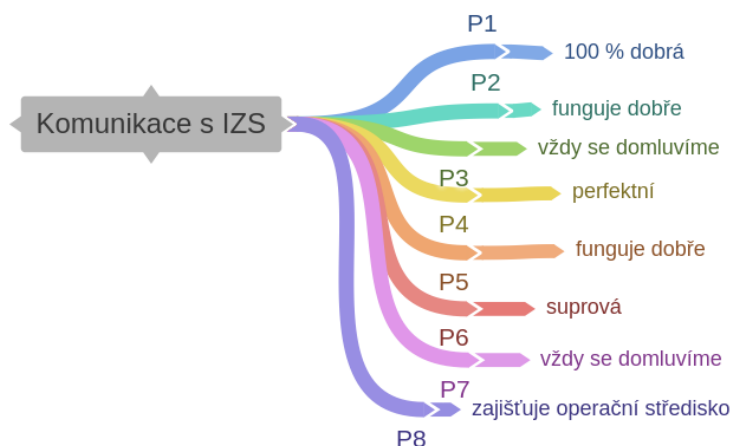


Obrázek 18: Postup o osoby ohrožující okolí, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO1. Většina respondentů odpověděla, že postupují dle zákona, a to spacifickovat osobu po výzvě, aby zanechala protiprávního jednání, upozornění, že proti ní budou použity donucovací prostředky, a následně jejich použití. V případě nutnosti a ohrožení se dá od zákonných výzev upustit. Tento postup se následně musí pečlivě zdokumentovat. Dalším úkolem zjištěným z rozhovorů je doprovod ZZS při prevozu pacienta. Respondent P7 uvedl: „*Neřeším, zda je osoba psychicky narušená, pokud útočí, použiji donucovací prostředky.*“



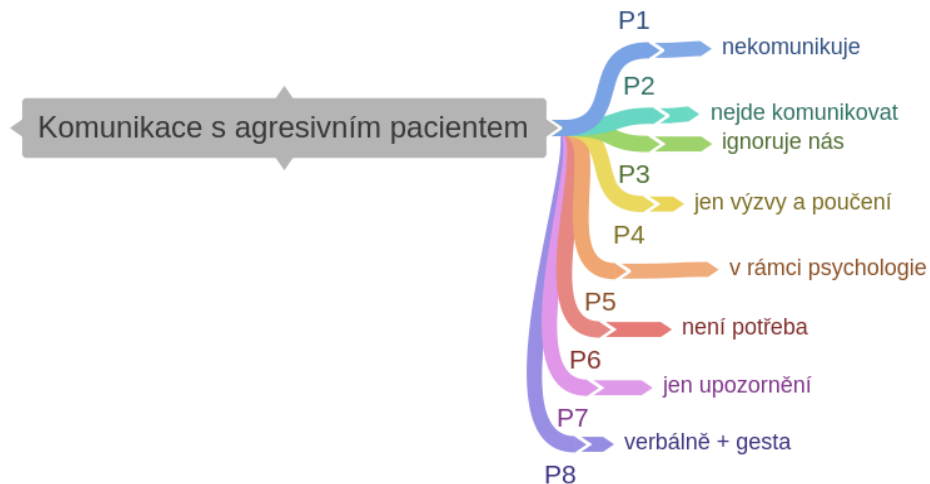
Otázka č. 5: Jak na místě funguje komunikace s ostatními složkami IZS?



Obrázek 19: Komunikace s IZS/ZZS, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO3. Většina respondentů je s komunikací spokojená. Komunikace probíhá buď slovně přímo na místě, nebo skrz integrované operační středisko. Také je možnost naladit vysílačky na společný kanál, který je mimo běžný provoz a používá se u větších akcí. Respondent P7 uvedl: „*My se snažíme získat co nejvíc důležitých informací, pokud je lékař zaměstnán, je nám známo, že si musíme vyžádat pouze informace, bez kterých se nelze obejít. Vždy se domluvíme se zdravotníky a informace, které požadujeme, jsou nám poskytnuty.*“

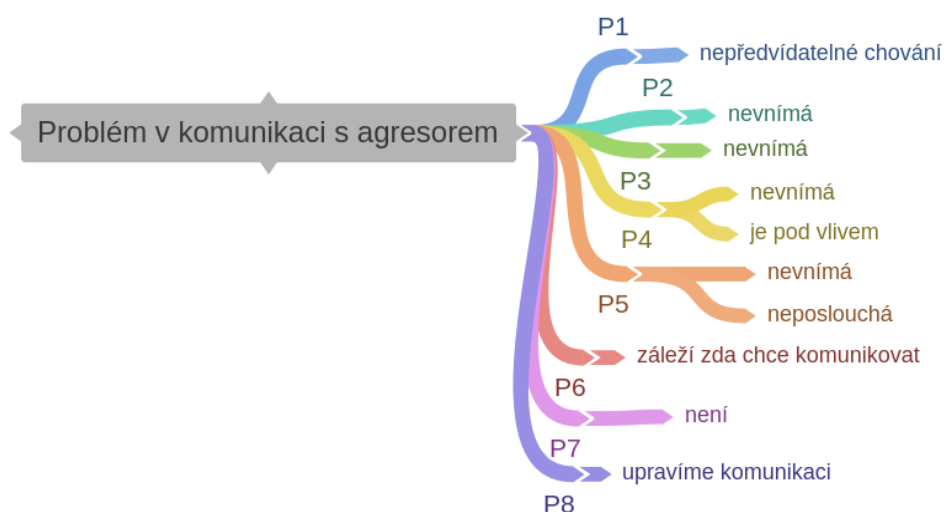
Otázka č. 6: Jak na místě probíhá komunikace s agresivním pacientem?



Obrázek 20: Komunikace s agresorem, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO2. Respondenti P1 – P3 odpověděli, že komunikace neprobíhá s agresorovy strany. Respondenti P4, P5 a P7 uvedli, že jim ke komunikaci stačí zákonné výzvy a poučení, další komunikace není potřeba. Poslední dva respondenti, P5 a P8 přizpůsobují komunikaci osobě, aby pochopila, co se od ní požaduje. Respondent P5 odpověděl: „Komunikujeme v rámci psychologie, na každého platí něco jiného a je to velmi složité takto popsat. Přizpůsobujeme se inteligenci osoby a také bereme v potaz, zda již jsme u této osoby zasahovali, což se dá zjistit z našeho systému přes operační středisko.“

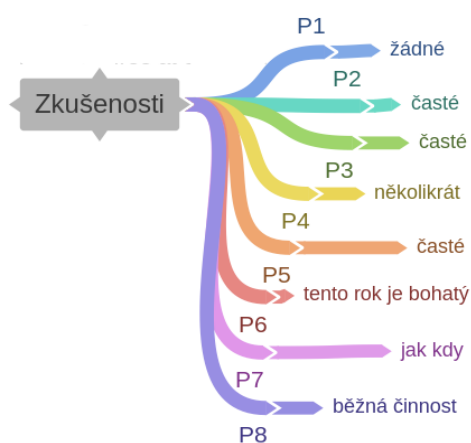
Otázka č. 7: Co považujete za největší problém v komunikaci a agresivním pacientem?



Obrázek 21: Problém v komunikaci s agresorem, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO2. Většina respondentů uvedla, že je pacient nevnímá. Respondent P 7 uvedl: „Musíme vyzkoušet možnosti, problém zde nevidím.“

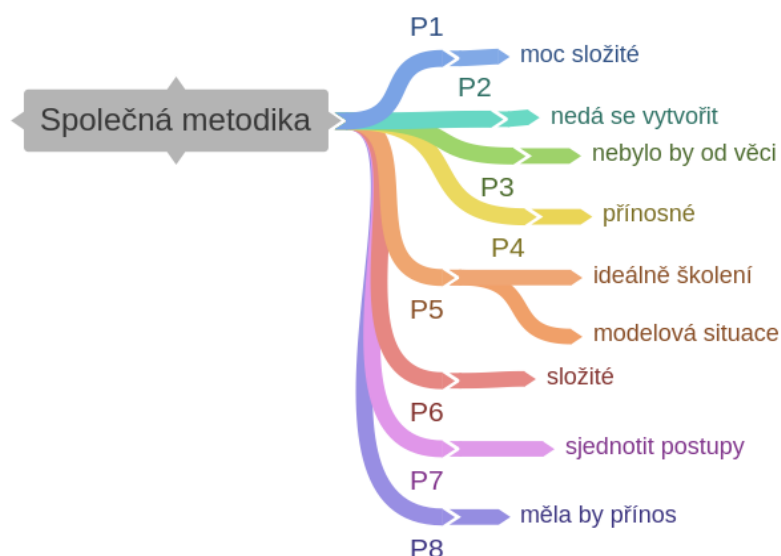
Otázka č. 8: Jaké jsou Vaše zkušenosti s touto problematikou?



Obrázek 22: Zkušenosti PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka souvisí s VO2. Většina respondentů má bohaté zkušenosti s problematikou. Respondent P2 uvedl: „Časté, patřím k prvosledové hlídce, takže nás posílají na místo jako první.“

Otázka č. 9: Mělo by podle Vás přínos vytvořit metodiku pro policii a ZZS, která by radila, jak v těchto případech postupovat?



Obrázek 23: Společná metodika, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle

Tato otázka se týká VO4. Respondenti P3, P4, P5, P7 a P8 jsou pro vytvoření společné metodiky, ovšem za splnění jistých podmínek. Respondenti P1, P2 a P6 nesouhlasí. Respondent P2 uvedl: „Případy jsou hodně individuální, proto se nedá metodika vytvořit.“ Respondent P3 odpověděl: „Nebylo by to od věci, ale musela by se určitě konzultovat s psychologem.“ Respondent P5 řekl: „Ideální by to bylo formou nějakého školení formou modelových situací.“

Z doplňujících informací bylo zjištěno u respondenta P4, že ve vozidle PČR se nachází videokamera, která může celou událost nahrávat a je nepřenosná. Policisté si také mohou natočit protiprávní jednání osoby na mobilní telefon. Respondent P6 na otázku: „Je ještě něco, co nebylo k dané problematice zmíněno?“ uvedl: „Někdy je problém u ZZS s vysláním výjezdové skupiny na místo zásahu, pokud ještě nedošlo ke zranění osoby. ZZS nepřeváží osoby na PAZS a je zde riziko zdravotních komplikací nebo odmítnutí pacienta poskytovatelem PAZS. V takovém případě je nutno osobu ponechat na místě.“

## 8.2 Kazuistiky

### Kazuistika 1

Pacientka 1, pohlaví: žena, věk: 66 let

Ve 22:38 hodin (h) byla předána výzva posádce ZZS KVK s indikací: agresivní pacient s naléhavostí stupně II. Jednotlivé výjezdové časy jsou zpracovány v tabulce č. 3. Po příjezdu na místo události nachází záchranáři ženu, která byla agresivní a vyhazovala ze 4. poschodí domu z okna talíře na zaparkovaná auta. Na tomto základě pojali zdravotníci podezření na užití alkoholu. Výjezdová skupina vyčkává na pokyny přítomné posádky PČR a na místo dovolává lékaře.

*Tabulka 3: Výjezdové časy, kazuistika 1, Zdroj: dokumentace ZZS KVK*

	RZP	RV
Výzva	22:38	-
Výjezd	22:39	-
Na místě	22:43	22:54
Volný	23:22	23:22 - předání PČR

OA: snad psychóza FA: neznámá AA: 0

*Nynější onemocnění:* Agresivní pacientka vyhazovala talíře z okna na zaparkovaná auta. Požila alkohol, hlasitě křičí.

*Objektivní nález:* Pacientka nebyla vyšetřena pro agresivitu. Přesto byly později změřené některé vitální hodnoty, zpracované v tabulce č. 4. Při příjezdu držena policií, následně byla snesena čtyřmi příslušníky PČR ze čtvrtého poschodí, kteří ji pro agresivitu stěží udrželi. Nespolupracuje, je nevyšetřitelná, slovně i fyzicky agresivní. Dechová zkouška nebyla provedena z důvodu nespolupráce. Lékař dorazil na místo ve 22:54 hodin. Pacientka byla ponechána na místě PČR s doporučením transportu na PAZS. Vypsán dokument pro PČR.

*Tabulka 4: Vitální funkce, kazuistika 1, Zdroj: dokumentace ZZS KVK*

Čas	TK (mmHg)	TF (/min)	SpO <sub>2</sub> (%)	GSC
23:00	150/80	95	98	0 (nevyšetřitelné)

*Terapie:* Byly změřeny základní životní funkce – tlak krve, tepová frekvence. GCS bylo z důvodu ebriety u pacientky a probíhající agrese nevyšetřitelné. Byl podán **haloperidol** 1 ampule (amp.) intramuskulárně (i. m.), přičemž byla pacientka stále držena čtyřmi policisty. O použití donucovacích nebo omezovacích prostředků není v záznamu o výjezdu zmínka.

*Stanovené diagnózy:*

- F919 – Porucha chování nervového systému (NS), po požití alkoholu

Pacientka byla přenechána ve 23:22 h na místě PČR s doporučením transportu na PAZS. Vypsán dokument pro PČR, předán záznam o výjezdu RV.

## **Kazuistika 2**

Pacientka 2, pohlaví: žena, věk 35 let.

Ve 14:24 h byla předána výzva posádce ZZS KVK s indikací: pokus o sebevraždu s naléhavostí stupně III. Výjezdové časy jsou zpracovány v tabulce č. 5. Po příjezdu na místo události nachází posádka ženu, která byla bez zranění, za přítomnosti PČR.

*Tabulka 5: Výjezdové časy, kazuistika 2, Zdroj: dokumentace ZZS KVK*

	RZP
Výzva	14:24
Výjezd	14:26
Na místě	14:37
Transport	15:00
Předání	15:20 > Psychiatrie

OA: Psychiatrický pacient – schizofrenie v anamnéze, epilepsie, abusus THC, pervitin FA: na psychiatrii z dokumentace biston, tiapridal, rivotril, více nezjištěno AA: neuvedeno

*Nynější onemocnění:* Dnes údajně volána PČR pro napadání dětí a vyhrožování jejich smrtí. Při příjezdu skočila PČR před auto, při vědomí, bez bezvědomí, bez úderu do hlavy, bez zranění, voláno RZP. Susp. požití alkohol, nespolupracuje, foetor ex ore není přítomen. Proveden orientační test na drogy – **pervitin pozitivní**. Léky již dlouhodobě neužívá, nevíme jaké – není dostupná dokumentace.

*Objektivní nález:* Výzva – pokus o sebevraždu.

*Status praesens:* Pacientka chodící, PČR na místě. A – při vědomí, eupnoe, bez cyanózy B – poslech – nelze, stenokardie neguje C – viditelně – hematom na loketní jamce LHK, staršího data, exkoriace LHK, malého rozsahu, více nelze pro nespolupráci a **verbální agresi nemocné**. D – neurologicky – chodící, bez viditelných poranění, zornice izokorické, více nelze – odmítá vyšetření

*Tabulka 6: Vitální hodnoty, kazuistika 2, Zdroj: dokumentace ZZS KVK*

Čas	TK (mmHg)	TF (/min)	RR (/min)	SpO <sub>2</sub> (%)	GCS
14:43	135/80	95	12	98	15 (4-5-6)
15:18	135/80	95	12	99	15 (4-5-6)

*Terapie:* Domluveno vyšetření na psychiatrii Ostrov nad Ohří. Monitorace vitálních funkcí, více nelze.

*Stanovená diagnóza:* F209 – Schizofrenie NS

Pacientka byla převezena za nutného doprovodu PČR na psychiatrické oddělení. Předána na psychiatrické oddělení byla v 15:20 h.

## 9 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou postupu zdravotníků ve spolupráci s PČR. Předmětem výzkumu byli vybraní zaměstnanci zdravotnické záchranné služby, příslušníci PČR a 2 kazuistické studie. Důvodem volby kvalitativního výzkumu byla možnost získání co největšího množství informací a získání lepšího náhledu na problematiku. Pro účely práce byli respondenti – zdravotničtí záchranáři označeni Z1 – Z5 a respondenti – policisté P1 – P8.

Cílem bakalářské práce bylo porovnat postup zdravotníků a příslušníků PČR při zásahu u agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou. Dalším cílem jsme měli zjistit problémy v komunikaci zdravotnické záchranné služby s PČR. Dále jsme si kladli za cíl zjistit problémy v komunikaci s agresivním pacientem. Poslední otázkou v polostrukturovaném rozhovoru jsme měli za úkol zjistit názor policistů a zdravotnických záchranářů na vytvoření společné metodiky. Pomocí kazuistik jsme zjišťovali, zda, popř. jaká byla použita medikace za účelem zklidnění pacienta.

První výzkumná otázka zněla: *Jaké jsou rozdíly v postupu ZZS a PČR?* S touto výzkumnou otázkou souvisejí otázky č. 3 a č. 4 v polostrukturovaném rozhovoru. Výzkumná otázka byla rozdělena na dvě základní situace, a to pacient ohrožující sám sebe a pacient ohrožující okolí.

Zdravotničtí záchranáři ve většině případů odpověděli, že nechají pracovat PČR a vyčkají jejich pokynů, a pokud jsou na místě jako první, buď se pokusí o komunikaci, nebo přivolají specialisty. Tato tvrzení jsou naprosto očekávaná směrem ke kompetencím záchranáře vyplývajících z vyhlášky 55/2011Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků. Nelze, aby zdravotnický záchranář někoho odněkud „sundával“, nebo aby se pokusil o odejmutí zbraně. U útočícího pacienta by prioritou měla být jejich vlastní bezpečnost, podle zákona 372/2011 o zdravotních službách. Většina dotazovaných uvedla, že nezasahují a spolupracují s PČR. V prvním případě je u příslušníků PČR prioritou zajistit pacienta, chránit zdraví a život zdravotníků, dbát na bezpečí všech zúčastněných, pokud není časová tíseň, přivolají specializované složky. V druhé situaci zpacifikují osobu podle zákona o PČR, (273/2008), a to pomocí donucovacích prostředků.

**Odpovědí na VO1 je: ZDZ vyčkávají a příslušníci PČR zajistí nebo uklidní pacienta.**



Druhá výzkumná otázka zněla: *Jaké jsou problémy v komunikaci s agresivním pacientem?* S touto výzkumnou otázkou souvisejí otázky č. 6, č. 7 a č. 8. Na otázku č. 6 odpověděli ZDZ, že komunikace s agresorem je buď obtížná, nebo nefunguje vůbec. Příslušníci PČR uvedli, že buďto neprobíhá z agresorovy strany, obejdou se bez ní, nebo jí přispůsobí situaci. Na otázku č. 7, že problémem je nespolupráce z důvodu vlivu alkoholu či psychoaktivních látek a ze strany policistů je problémem omezený stav vnímání pacienta, přesto zde někteří problém nevidí. Další otázka k tomuto tématu je ohledně zkušeností s agresivním pacientem s psychiatrickou diagnózou. ZDZ se setkávají s agresivním pacientem velice často, což potvrzuje i výzkum v článku o vystavení všeobecných sester agresí. (Penar, Zadarko, 2011) Na zvýšenou frekvenci agitovaných pacientů v praxi poukazuje i paní doktorka Drábková ve svém článku. (Drábková, 2008) Stejně tak je tomu u příslušníků PČR. Obtížná komunikace s agresivním pacientem je také popsána v článku o komunikaci s duševně nemocným pacientem. (Čermáková, 2010)

**Odpověď na VO2 je: Komunikace je obtížná, nebo nefunguje, a to z důvodu vlivu alkoholu či psychoaktivních látek a pacientovy poruchy vnímání.**

Třetí výzkumná otázka zněla: *Jaké jsou problémy v komunikaci se ZZS/PČR?* Souvisejí s ní otázky č. 1, č. 2 a č. 5. Otázka č. 1: Zkušenosti se spoluprací jsou převážně hodnoceny jako časté a dobré. Otázka č. 2: Školení týkající se této problematiky u záchranářů neprobíhá nebo jen zřídka, stran PČR probíhá jen školení na zákon o policii. Otázka č. 5: Z pohledu ZZS je komunikace bezproblémová. Dle názoru PČR funguje komunikace dobře, někdy však záleží na jedincích. Ve výzkumu bylo zjišťováno také edukování zdravotníků na zvládnutí agresivního pacienta, výsledek byl, že na tuto problematiku edukování nejsou, (Látalová, 2013) což potvrzuje i naše zjištění, že neprobíhá žádné školení zdravotníků a příslušníků PČR týkající se této problematiky.

**Odpověď na VO3 zní: V komunikaci se ZZS/PČR žádné problémy nejsou. Vše funguje výborně, školení týkající se agresivního pacienta spíše neprobíhají.**

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: *Mělo by podle respondentů přinést vytvořit společnou metodiku?* Tato výzkumná otázka se týká otázky č. 9 v polostrukturovaném rozhovoru. Z pohledu ZDZ by dva respondenti uvítali vytvoření metodiky, ale setkává se to s různými riziky. Dle ostatních ZDZ nemá vytvoření metodiky smysl z důvodu dobrého fungování spolupráce nebo se souvislostmi rizika případů. Podle příslušníků PČR je 5 respondentů

pro vytvoření společné metodiky, ovšem za splnění jistých podmínek. 3 respondenti ne-souhlasí. Z oficiálních webových stránek uvedených v teoretické části bylo zjištěno, že se pracuje na vytvoření společné metodiky. (Vokuš, 2017)

**Odpověď na VO4 je: Pokud by se vytvořila společná metodika, muselo by to být za splnění jistých podmínek.**

Pátá výzkumná otázka zněla: *Byla použita medikace? Pokud ano, jaká?* Na tuto otázku jsme se pokusili odpovědět pomocí rozboru kazuistik. V první kazuistice byl podán haloperidol 1 amp. a v druhé nebyla podána žádná medikace z důvodu odmítnutí úkonů pacientkou, ale byl použit test na drogy a doprovod PČR. První pacientka byla přenechána na místě hlídce PČR. Na problematiku medikace u agresivního pacienta nebyla nalezena žádná kvalifikační práce. Tato problematika je zpracována v mnoha odborných člancích, ze kterých jsme při této kvalifikační práci vycházeli. Za účelem zpracování medikace do teoretické části práce a odpovědi na poslední výzkumnou otázku byli konzultováni lékaři. Na tomto základu byla stanovena odpověď na tuto otázku.

**Odpověď na VO5 nelze, jelikož je výzkumný soubor málo rozšířený, přesto jsou kazuistiky přínosné.** Na tuto otázku lze odpovědět slovy anesteziologů nebo lékařů ZZS, kteří tvrdí, že lepší je vyhnout se medikaci úplně, neboť nadměrné tlumení pacienta je ne-žádoucí, z důvodu nutnosti vyšetření psychiatrem. Také existuje velké riziko nadměrného utlumení pacienta s nepříznivým vlivem na jeho vitální funkce. Proto lékaři doporučují spíše manuální terapii akutní agrese před léky. V kazuistikách jsme se soustředili i na použití alkoholtesteru, testu na drogy a omezovacích a donucovacích prostředků.

Autorka práce považuje za přínos při zpracovávání této práce přinejmenším pro vlastní osobu uvědomění si problému ošetření agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou, spolu s problémem medikamentózní terapie a směřováním pacienta do ZZ. Toto téma je velice široké a je velké množství možností pro další zpracování, například v oblasti medikace agresivních pacientů.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se v rámci teoretické a praktické části zabývali problematikou postupu zdravotníků ve spolupráci s příslušníky s PČR při zásahu u agresivního pacienta a jeho komplikujícími faktory. Cílem práce bylo shrnout dosavadní poznatky týkající se agresivního pacienta s psychiatrickou diagnózou, spolupráce zdravotníků s PČR a zjistit všechny komplikace související s touto problematikou.

V teoretické části jsme ve čtyřech kapitolách za pomoci odborné literatury vysvětlili základní pojmy, tedy agresi a agresivitu, popsali jsme základní diagnózy projevující se agresi, ve třetí kapitole jsme shrnuli zásady správného postupu v těchto situacích a v poslední kapitole jsme se věnovali problematice zákonných ustanovení a průběhu postupu v praxi.

V praktické části bakalářské práce jsme se za pomoci strukturovaných rozhovorů pokusili zmapovat problémy a rozdíly v postupu jednotlivých složek, názor respondentů na tvorbu společné metodiky a pomocí kazuistik jsme zkoumali, jak dané složky fungují v praxi, zejména užití medikamentů, donucovacích a omezovacích prostředků, testování na přítomnost omamných látek a směřování pacienta do ZZ.

Ač se nám na jednu výzkumnou otázku nepodařilo odpovědět, zjistili jsme z kazuistik zajímavosti jako: lékař naordinoval lék na zklidnění pacientky a poté pacientku předal do rukou PČR, aby byla převezena na PAZS. V druhém případě byl proveden orientační test na drogy, pozitivní, policisté byli využiti jako doprovod do ZZ. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že policisté mají lepší kompetence a právní předpoklady k zásahu a podnikání kroků k ochraně zdraví a života policistů, záchranářů i jiných přítomných osob, zatímco ZDZ vyčkávají na ošetření zranění a transport pacienta. Problémy v komunikaci s agresivním pacientem spočívají v jeho poruše vnímání v důsledku omamných látek, také z nedostatku probíhajících školení pracovníků na tuto problematiku. Problémy v komunikaci mezi ZDZ a příslušníky PČR nejsou žádné, nebo minimální. Vytvoření metodiky bude přínosné, jen pokud bude konzultována s odborníky a pokud bude zabráněno nadměrné byrokracii.

Původně byla snaha o získání metodiky postupu od PČR, ale bylo zjištěno, že většina policistů nemá jasnou informaci o tom, zda metodika existuje, či neexistuje. Odpovědi se nám dostalo až po téměř dvou měsících korespondence. Z krajského ředitelství PČR

Karlovarského kraje bylo zodpovězeno následující: „jako vedoucí odboru služby pořádkové policie jsem byl pověřen ředitelem Krajského ředitelství policie Karlovarského kraje plk. Mgr. Petrem Macháčkem ke zpracování odpovědi na Váš e-mail ze dne 25. 2. 2019, ve kterém se dotazujete na možnost nahlédnutí do interního aktu řízení policie, který upravuje na postup policie při zásahu proti agresivním pacientům. Vzhledem k tomu, že žádný takový pokyn, rozkaz či jiný interní akt řízení neexistuje, a tudíž není možné Vás na něj odkázat ani Vám ho poskytnout. Případy, kdy policisté zasahují při útocích agresivních pacientů, ať z důvodu intoxikace nějakou z omamných či psychotropních látek nebo alkoholu, nebo z důvodu psychických či psychiatrických, není v policejní praxi málo. Policisté jsou na tyto případy připravováni v rámci základní odborné přípravy, při modelových situacích a zejména v hodinách psychologie, které jsou součástí této přípravy. Postup je v mnoha případech podobný, přesto vždy individuální už z povahy osoby, proti níž je úkon veden. Samostatná metodika k těmto zákrokům není také zpracována. Ze stejných důvodů nebude možno provést Vámi požadovaný výzkum formou strukturovaného rozhovoru, který by se týkal postupů policie a spolupráce policie se záchrannou službou při zákrocích proti agresivním pacientům.“

Z tohoto vyplývá, že výzkum v dané problematice byl velice náročný, ač se nakonec podařilo s územními odbory Karlovarského kraje dohodnout. Podobné odpovědi přicházely ze všech krajů. Také je zajímavé, že někteří policisté odmítli odpovědět na všechny otázky z důvodu mlčenlivosti, jiní byli ochotnější a v rámci dodržení tohoto zákonného paragrafu vyhověli a podělili se jen o informace, které byly anonymizované, a tedy mlčenlivost nebyla porušena.

Podle názoru autorky by bylo přínosné zvážit udělení titulu úřední osoby zdravotnickým záchranářům, z důvodu omezení možností obrany, také je nutné zvážit přínos a propracovanost společné metodiky, popřípadě zrealizovat společné školení. Dále by bylo přínosné provést další výzkumné šetření na tuto problematiku a rozvíjet spolupráci s PČR při zpracování kvalifikačních prací.

## SEZNAM ZDROJŮ

Bibliografické zdroje:

1. BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2010. 176 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
2. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. 3.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2012. 118 s. ISBN 978-80-7345-266-7.
3. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. 2. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s. r. o., 2015. 320 s. ISBN 978-80-7380-581-4.
4. GERLOCH, Aleš. *Teorie práva*. 7. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s. r. o., 2017. 332 s. ISBN 978-80-7380-652-1
5. HARTL, Pavel; Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3. Vyd. Praha: Portál, 2015. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
6. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
7. KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 112s. ISBN 978-80-247-2045-6.
8. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. 240s. ISBN 978-80-247-4454-4.
9. MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 144s. ISBN 978-80-7367-723-7.
10. MÁLEK, Jiří a kol. *Praktická anesteziologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
11. MATOUŠKOVÁ, Ingrid; SPURNÝ, Jožo. *Komunikačně náročné situace v policejní praxi*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s. r. o., 2005. 160s. ISBN 80-86898-37-7.
12. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 240s. ISBN 978-80-247-4332-5.
13. PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. 496 s. ISBN 978-80-7345-425-8.
14. PRAŠKO, Ján; LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta a.s., 2013. 856s. ISBN 978-80-204-2798-4.

15. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ Pavel a JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. 239s. ISBN 978-80-7387-582-4.
16. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4.
17. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
18. SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott a RUIZ, Pedro. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 9. Vyd. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009. 4510 s. ISBN 978-0-7817-6899-3.
19. ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní právo hmotné*. 8. vyd. Wolters Kluwer, 2016. 1052 s. ISBN 978-80-7552-358-7.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

#### Články:

1. ČERMÁKOVÁ, Jitka. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence* (Praha), 2010, roč. 6, č. 3, s. 20-21. ISSN 1801-464X.
2. DRÁBKOVÁ, Nina. Agitovaný pacient v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 9, ABSTRAKTUM, s. 12. ISSN 1213-0508.
3. HANUŠKOVÁ, Vlasta. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 4, s. 168 – 169. ISSN 1213-0508.
4. HÝŽA, Martin; CHVÍLA, Libor. Terapie neklidu u duševních poruch způsobených psychoaktivními látkami. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 5, s. 220–222. ISSN 1213-0508. Dostupné online: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/05.pdf> [čteno 15. 2. 2019]
5. MACH, Jan. Jak reagovat na agresivitu. *Tempus medicorum* (Olomouc), 2014, roč. 23, č. 9, s. 26-29. ISSN 1214-7524.
6. PENAR, ZADARKO; MARC, Beata, Małgorzata. Exposure the nurses to aggression in the workplace. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. s. 721-727. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné online: [http://most.vspj.cz/files/16/jihlavske\\_zdravotnicke\\_dny\\_2011-sbornik.pdf](http://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf). [čteno 15. 2. 2019]

7. VOKUŠ, Jiří. 28. 4. 2017. *Policie*. Zákroky příslušníků Policie České Republiky. Dostupné online: <https://www.policie.cz/clanek/zakroky-prislusniku-policie-ceske-republiky.aspx>) [čteno 19. 2. 2019]
8. ZELMAN, Marek; HOLLÝ, Karol a BRAČOKOVÁ, Helena. Zvládanie akútneho psychomotorického nekl'udu a agresivity pacienta. *Psychiatrie pro praxi*, 2006, Roč. 7, č. 4, s. 185-190. ISSN 1213-0508.

#### Právní předpisy:

Zákon číslo 273/2008 Sb., O Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon číslo 372/2001 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon číslo 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon číslo 40/2009 Sb., Trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon číslo 45/2013 Sb., O obětech trestných činů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon číslo 553/1991 Sb., Zákon České národní rady o obecní policii, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška ministerstva zdravotnictví číslo 55/2011Sb.

#### Ostatní zdroje:

Katalog typových činností IZS Demonstrace sebevraždy STČ 02/IZS, Praha, 2015

Katalog typových činností IZS Amok – útok aktivního střelce STČ 14/IZS, Praha, 2013

#### Zdroje obrázků:

1. DRÄGER SAFETY S.R.O. *Drägerwerk AG & Co. KGaA* [online]. [cit. 10. 3. 2019]. Dostupný na WWW: <https://www.spyshop24.cz/policejni-alkohol-tester-drager-alcotest-7510-prukazne-stanovene-meridlo-929.html>
2. Zdroj: ZEMAN, Václav. *Krimi - Plzeň* [online]. [cit. 10. 3. 2019]. Dostupný na WWW: <https://www.krimi-plzen.cz/a/serial-pravni-minimum-ulice-dil-druhy-donucovaky/>

## **SEZNAM ZKRATEK**

AA – Alergická anamnéza

Amp. – ampule

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

Atd. – a tak dále

BAP – bipolární afektivní porucha

BZD – benzodiazepiny

CNS – centrální nervový systém

CT – computer tomograph (počítačová tomografie)

Č. – číslo

ČLK – Česká lékařská komora

ČR – Česká Republika

FA – farmakologická anamnéza

GSC – Glasgow coma scale

HZS – hasičský záchranný sbor

i. m. – intramuskulárně

JIP – jednotka intenzivní péče

Kol. – kolektiv

LHK – levá horní končetina

LSD – Lysergic acid diethylamide (diethylamid kyseliny d-lysergové)

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

NS – nervový systém

OA – osobní anamnéza

PAZS – protialkoholní záchytná stanice

PČR – Policie České Republika

PNP – přednemocniční péče

RR – respiratory rate – dechová frekvence

RV – Ranges vous – posádka lékaře



RZP – rychlá zdravotnická pomoc

Sb. – sbírky

TF – tepová frekvence

THC – tetrahydrokanabinol

TK – tlak krve

Tzv. – takzvaná/é/ý

Ust. – ustanovení

VS – výjezdová skupina

VZ – výjezdová/é základna/y

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZOP – základní odborná příprava

ZZ – zdravotnické zařízení

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZS KVK – zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Respondenti Z1 - Z5, Zdroj: vlastní .....	59
Tabulka 2: Respondenti P1 - P8, Zdroj: vlastní.....	67
Tabulka 3: Výjezdové časy, kazuistika 1, Zdroj: dokumentace ZZS KVK .....	75
Tabulka 4: Vitální funkce, kazuistika 1, Zdroj: dokumentace ZZS KVK.....	75
Tabulka 5: Výjezdové časy, kazuistika 2, Zdroj: dokumentace ZZS KVK .....	76
Tabulka 6: Vitální hodnoty, kazuistika 2, Zdroj: dokumentace ZZS KVK .....	77

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: DrugWipe, Zdroj: vlastní .....	35
Obrázek 2: DrugWipe, Zdroj: vlastní .....	36
Obrázek 3: DrugWipe, Zdroj: vlastní .....	36
Obrázek 4: Alkoholtester, Zdroj č. 1 .....	36
Obrázek 5: Donucovací prostředky. Zdroj č. 2 .....	47
Obrázek 6: Spolupráce s IZS/PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	59
Obrázek 7: Školení, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	60
Obrázek 8: Pacient ohrožující sám sebe, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	61
Obrázek 9: Agresivní pacient, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	62
Obrázek 10: Komunikace s IZS/PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	63
Obrázek 11: Komunikace s pacientem, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	64
Obrázek 12: Problém v komunikaci, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	64
Obrázek 13: Zkušenosti, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	65
Obrázek 14: Metodika, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	66
Obrázek 15: Zkušenosti, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	67
Obrázek 16: Školení PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	68
Obrázek 17: Postup u osoby ohrožující sebe, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	69
Obrázek 18: Postup o osoby ohrožující okolí, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	70
Obrázek 19: Komunikace s IZS/ZZS, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	71
Obrázek 20: Komunikace s agresorem, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	72
Obrázek 21: Problém v komunikaci s agresorem, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	73
Obrázek 22: Zkušenosti PČR, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle.....	73
Obrázek 23: Společná metodika, Zdroj: vlastní, aplikace Coggle .....	74

Obrázek 24: Příloha č. 3 – souhlas se sběrem dat ČB .....	93
Obrázek 25: Příloha č. 4 – souhlas se sběrem dat Karlovy Vary .....	94
Obrázek 26 Příloha č. 5 – souhlas se sběrem dat Cheb .....	95
Obrázek 27: Příloha č. 6 – souhlas se sběrem dat ZZS KVK.....	96

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1, Rozhovor se zdravotnickým záchranářem .....	90
Příloha č. 2, Rozhovor s příslušníkem PČR .....	91
Příloha č. 3, Souhlas s provedením výzkumu PČR České Budějovice .....	93
Příloha č. 4, Souhlas s provedením výzkumu PČR ÚO KV .....	94
Příloha č. 5, Souhlas s provedením výzkumu ÚO Cheb .....	95
Příloha č. 6, Souhlas s provedením výzkumu ZZS Karlovarského kraje .....	96

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Polostrukturovaný rozhovor se ZDZ

Dobrý den, jmenuji se Anna Klečková a jsem studentka 3. ročníku oboru zdravotnický záchranář na ZČU v Plzni.

**1) Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

NLZP u výjezdové skupiny ZZS KVK.

**2) Jak dlouho působíte u zdravotnické záchranné služby? (praxe)**

25 let.

**3) Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti se spoluprací s IZS/PČR?**

Před 10 lety a dříve to bylo na vysoké úrovni, poslední dobou je to spíše horší.

**4) Probíhá nějaké školení týkající se této problematiky? (Agresivní pacient) Účastnil jste se takového školení?**

Neúčastnil. Jen máme k dispozici obranný sprej. Nevozím ho.

**5) Jaký je úkol (činnost) ZZS při spolupráci se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient který ohrožuje sám sebe? (Stojí na římse, nebo drží nebezpečnou zbraň a chystá se bezprostředně si ublížit)**

Čekat až bude zajištěn PČR nebo až si ublíží.

**6) Jaký je úkol (činnost) ZZS při spolupráci se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient ohrožující své okolí? (Nadávký nebo přímý útok na zdravotníka)**

Úkolem je ochránit sám sebe a pokud možno i moje spolupracovníky před napadením, pokud to je možné ochránit majetek ZZS.

**7) Jak na místě funguje komunikace?**

**a. Komunikace s ostatními složkami IZS? (jsou nějaká krizová místa?)**

Relativně dobře, ale velmi záleží na konkrétních jedincích a jejich postojích a zkušenostech.

**b. Komunikace s agresivním pacientem**

Většinou nefunguje vůbec.

**8) Co považujete za největší problém v komunikaci s agresivním pacientem?**

Alkohol, drogy, asociální výchova a jeho asociální chování.

**9) Jaké jsou Vaše zkušenosti s touto problematikou?**

Relativně se nechá spousta věcí ustát, ale myslím, že v několika vážných případech to bylo, jak se říká, o fous. (15-20 případů)

**10) Mělo by podle Vás přinést vytvořit guidelliness/metodiku pro policii a ZZS, který by radil, jak v těchto případech postupovat?**

Bylo by to rozhodně lepší, může to narazit na neochotu nebo nadměrnou byrokracií.

Děkuji Vám za rozhovor a přeji hezký zbytek dne.

## **Příloha č. 2 – Polostrukturovaný rozhovor s příslušníkem PČR**

Dobrý den, jmenuji se Anna Klečková a jsem studentka 3. ročníku oboru zdravotnický záchranář na ZČU v Plzni.

### **1) Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

Sloužím na Krajském ředitelství Jihočeského kraje, obvodní oddělení policie ČR, ČB

### **2) Jak dlouho působíte u policie? (praxe)**

Sloužím od roku 2008

### **3) Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti se spoluprací s IZS/ZZS?**

Součinnost s ostatními složkami IZS je téměř při každé službě. Co se týká spolupráce se ZZS, tak nejčastěji dochází ke spolupráci při rvačkách, kdy je potřeba ošetřit všechny účastníky. Často jsou účastníci rvaček pod vlivem alkoholu, což práci do značné míry ztěžuje.

### **4) Probíhá nějaké školení týkající se této problematiky? Účastnil jste se takového školení?**

Při službě se postupuje převážně podle zákona o policii. Školení na zákon o policii probíhá po nastoupení k policii na Základní odborné přípravě, která probíhá půl roku. Základní odborná příprava je následně doplňována o další školení, která jsou minimálně jednou za rok.

### **5) Mohl byste popsat, jak probíhá spolupráce se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient který ohrožuje sám sebe? (Stojí na římse, nebo drží nebezpečnou zbraň a chystá se bezprostředně si ublížit)**

Bez znalostí konkrétní situace se takový postup těžce postupuje. Uvedené příklady, kdy si chce osoba ublížit, jsou velmi odlišné. V obecné rovině lze říci, že první fází zákroku by bylo zajištění osoby. Přiblížení k osobě (která je třeba na té římse) usnadní HZS za užití žebříku požárního vozidla. Po zajištění osoby je pak tato předána do péče ZZS. Každý takový případ je posuzován individuálně a v případě složitosti se povolávají specializované složky policie, které jsou na tyto situace vyškolené. Jedná se například o psychologa, vyjednavče nebo také zásahovou jednotku. Ta je vyškolená na práci ve výškách, slaňování a podobně.

### **6) Mohl byste popsat, jak probíhá spolupráce se složkami IZS na místě, kde je přítomen pacient ohrožující své okolí? (Nadávky nebo přímý útok na zdravotníka)**

Úkolem hlídky Policie ČR je zamezení dalšího protiprávního jednání. V případě verbálního napadání je osoba vyzvána k ukončení svého protiprávního jednání, případně vyzvána s výstrahou, že bude proti ní použito donucovacích prostředků. V případě, že použití donucovacího prostředku nesnese odkladu – v případě kdy je napadán zdravotník, tak je za použití donucovacích prostředků pacient zajištěn. V případě, že pokračuje v agresivním jednání, tak jsou osobě nasazena pouta. Následně je osoba předána ZZS k dalším úkonům.

**7) Jak na místě funguje komunikace?**

**a. Komunikace s ostatními složkami IZS? (jsou nějaká krizová místa?)**

Komunikaci s ostatními složkami IZS zajišťuje integrované operační středisko. Při řešení závažných událostí zasedá krizový štáb. To je třeba v případě povodní apod.

**b. Komunikace s agresivním pacientem**

Komunikace s agresivní osobou je verbální, případně doprovázená gesty, aby osoba pochopila, co se po ní požaduje.

**8) Co považujete za největší problém v komunikaci s agresivním pacientem?**

Za největší problém považuji, když je osoba pod vlivem alkoholu nebo drog. Takto ovlivněná osoba má jiné vnímání a je potřeba tomu upravit komunikaci s takovou osobou.

**9) Jaké jsou Vaše zkušenosti s touto problematikou?**

Spolupráce se ZZS je téměř běžnou činností policie.

**10) Mělo by podle Vás přinést vytvořit guideliness/metodiku pro policii a ZZS, který by radil, jak v těchto případech postupovat?**

Ano, ale mohlo by to narazit na nadbytečnou byrokracii nebo neochotu.

Děkuji Vám za rozhovor a přeji hezký zbytek Dne.

Policie České republiky  
Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje  
Obvodní oddělení  
Poštovní Příhrádka 125  
371 05 ČESKÉ BUDĚJOVICE

V Plzni dne 26. 2. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat u policejních obvodů jihočeského kraje

Vážený pane Tomane,

Jmenuji se Anna Klečková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o možnost provést u příslušníků Policie České republiky v jihočeském kraji sběr dat k mé bakalářské práci a to formou strukturovaného rozhovoru. Téma mé bakalářské práce je „Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou – spolupráce zdravotníku s PČR.“

V práci nebudou uvedeny, vzhledem k problematice GDPR, žádné osobní údaje pracovníků. Uvedeny budou pouze odpovědi rozhovoru a pracovní zařazení vašich pracovníků.

Tuto závěrečnou práci zpracovávám pod vedením MUDr. Marcela Hájka z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Anna Klečková  
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář  
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

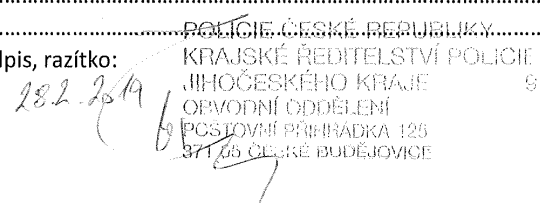
MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.  
Katedra záchranářství a technických oborů  
Fakulta zdravotnických studií  
ZČU v Plzni  
E-mail: Hayek.M@seznam.cz

Kontaktní údaje:

Anna Klečková  
Klatovská 78  
301 00, Plzeň  
Tel. č. : + 420 607 923 320  
E-mail: akleckov@students.zcu.cz

Vyjádření k žádosti:  a) žádost povolena  b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....  
.....  
Datum, podpis, razítko:   
POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY  
KRAJSKÉ ŘEDITELSTVÍ POLICIE  
JIHOČESKÉHO KRAJE 5  
OBVODNÍ ODDĚLENÍ  
POŠTOVNÍ PŘIHRÁDKA 125  
371 05 ČESKÉ BUDĚJOVICE

Obrázek 24: Příloha č. 3 – souhlas se sběrem dat ČB

Policie České republiky

KRAJSKÉ ŘEDITELSTVÍ POLICIE KARLOVARSKÉHO KRAJE

Územní odbor Karlovy Vary  
Závodní 100/386  
360 06 Karlovy Vary

V Plzni dne 26. 2. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat u policejních obvodů karlovarského kraje

Vážený pane Šavřto,

Jmenuji se Anna Klečková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o možnost provést u příslušníků Státní policie v karlovarském kraji sběr dat k mé bakalářské práci a to formou strukturovaného rozhovoru. Téma mé bakalářské práce je „Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou – spolupráce zdravotníku s PČR.“

V práci nebudou uvedeny, vzhledem k problematice GDPR, žádné osobní údaje pracovníků. Uvedeny budou pouze odpovědi rozhovoru a pracovní zařazení vašich pracovníků.

Tuto závěrečnou práci zpracovávám pod vedením MUDr. Marcela Hájka z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Anna Klečková  
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář  
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.  
Katedra záchranářství a technických oborů  
Fakulta zdravotnických studií  
ZČU v Plzni  
E-mail: Hayek.M@seznam.cz

Kontaktní údaje:

Anna Klečková  
Klatovská 78  
301 00, Plzeň  
Tel. č. : + 420 607 923 320  
E-mail: [akleckov@students.zcu.cz](mailto:akleckov@students.zcu.cz)

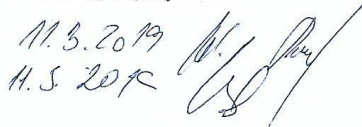
Vyjádření k žádosti: a) žádost povolena b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....  
.....

Datum, podpis:

11.3.2019  
14.5.2019



Obrázek 25: Příloha č. 4 – souhlas se sběrem dat Karlovy Vary



Policie České republiky  
KRAJSKÉ ŘEDITELSTVÍ POLICIE KARLOVÁRSKÉHO KRAJE  
Územní odbor CHEB  
Valdštejnova 4  
350 15 CHEB

V Plzni dne 26. 2. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat

Vážený pane Gonosi,

jmenuji se Anna Klečková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o možnost provést u příslušníků Státní policie v *Karlovarském kraji* sběr dat k mé bakalářské práci a to formou strukturovaného rozhovoru. Téma mé bakalářské práce je „Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou – spolupráce zdravotníku s PČR.“

V práci nebudou uvedeny, vzhledem k problematice GDPR, žádné osobní údaje pracovníků. Uvedeny budou pouze odpovědi rozhovoru a pracovní zařazení vašich pracovníků.

Tuto závěrečnou práci zpracovávám pod vedením MUDr. Marcela Hájka z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Anna Klečková  
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář  
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.  
Katedra záchranářství a technických oborů  
Fakulta zdravotnických studií  
ZČU v Plzni  
E-mail: Hayek.M@seznam.cz

Kontaktní údaje:

Anna Klečková  
Klatovská 78  
301 00, Plzeň  
Tel. č. : + 420 607 923 320  
E-mail: [akleckov@students.zcu.cz](mailto:akleckov@students.zcu.cz)

Vyjádření k žádosti:

a) žádost povolena

b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

*Podrobnosti obecně pro, odlehlé jež...*  
*che 04.02.2019*

Datum, podpis, razítko:

*04.02.2019*

POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY  
KRAJSKÉ ŘEDITELSTVÍ POLICIE  
KARLOVÁRSKÉHO KRAJE  
ÚZEMNÍ ODBOR CHEB

*MUDr. Miroslav Gonos*

*vedoucí odboru*

Obrázek 26 Příloha č. 5 – souhlas se sběrem dat Cheb

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, p.o.  
PhDr. Nikola Brizgalová  
Závodní 390/98C  
360 06, Karlovy Vary

V Plzni dne 5. 3. 2019

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS KVK

Vážená paní doktorko,

jmenuji se Anna Klečková, jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto bych Vás ráda požádala o umožnění nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, konkrétně do záznamů o výjezdech ZZS KVK. Tato data bych ráda využila k analýze při zpracování praktické části ve své bakalářské práci. Dále bych Vás chtěla požádat o provedení výzkumu formou rozhovorů se zaměstnanci. Téma mé bakalářské práce je: „Agresivní pacient s psychiatrickou diagnózou – postup zdravotníků ve spolupráci s PČR.“

V práci nebudou uvedeny, vzhledem k problematice GDPR, žádné osobní údaje pracovníků ZZS KVK ani ošetřovaných pacientů. Uveden bude pouze předmět výzvy, pohlaví a věk pacienta, postup, spolupracující složky a směřování pacienta.

Tuto bakalářskou práci zpracovávám pod vedením MUDr. Marcela Hájka z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji za vstřícnost,

Anna Klečková  
studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář  
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

MUDr. et ThMgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.  
Katedra záchranářství a technických oborů  
Fakulta zdravotnických studií  
ZČU v Plzni  
E-mail: Hayek.M@seznam.cz

Kontaktní údaje:

Anna Klečková  
Na Průhonu 232/45  
353 01, Mariánské Lázně  
Tel. č.: + 420 607 923 320  
E-mail: [akleckov@students.zcu.cz](mailto:akleckov@students.zcu.cz)

Vyjádření k žádosti: a) žádost povolena b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....  
.....  
.....

Datum, podpis, razítko:

11.3.2019

Zdravotnická záchranná služba  
Karlovarského kraje, příspěvková organizace  
MUDr. Jiří SMETANA  
ředitel  
Závodní 390/98C, 360 06 Karlovy Vary  
Tel. +420 353 362 520  
IČO: 005 74 660 (2) IČZ: 42 424 000



Obrázek 27: Příloha č. 6 – souhlas se sběrem dat ZZS KVK