

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

POSLEDNÍ TEREZA

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5245

Tereza Poslední

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

PROBLEMATIKA OSOB SE ZÁVISLOSTÍ
NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Antonín Pojeta, LL. M.

Plzeň 2023

Čestné prohlášení

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Tereza Poslední

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Problematika osob se závislostí na psychoaktivních látkách
v přednemocniční neodkladné péči

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Antonín Pojeta, LL. M.

Počet stran – číslované: 69

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: Závislost, Psychoaktivní látky, Omezovací prostředky

Souhrn:

Bakalářská práce na téma „Problematika osob se závislostí na psychoaktivních látkách v přednemocniční neodkladné péči“ se zabývá přístupem k pacientům závislých na psychoaktivních látkách, jejich jednání se zdravotnickými pracovníky a vývojem jejich závislosti. Práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zaměřuje na historii, rozdělení, působení a styl užívání vybraných psychoaktivních látek. Ve druhé kapitole je popsána závislost jako taková a četnost jejího výskytu v České republice. Také jsou v bakalářské práci popsány omezovací prostředky, možnosti jejich použití a legislativa s nimi spojená.

Praktická část popisuje výsledky získané z osobních rozhovorů s vybranými operátory a záchranáři Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a poté se samotnými pacienty a jejich ošetřujícími lékaři z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Rozhovory jsou zaměřené na přístup, vnímání a práci s pacienty závislými na psychoaktivních látkách, postup jejich léčby závislosti a v neposlední řadě vnímání a získané zkušenosti kolem této problematiky očima samotných pacientů.

ABSTRACT

Surname and name: Tereza Poslední

Department: Department of rescue, Diagnostics and Public Health

Title of thesis: Problems of persons addicted to psychoactive substances in pre-hospital emergency care

Consultant: PhDr. Mgr. et Mgr. Antonín Pojeta, LL. M.

Number of pages – numbered: 69

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 45

Keywords: Addiction, Drugs, Restrains

Summary:

The bachelor's thesis on the topic "Problems of persons addicted to psychoactive substances in pre-hospital emergency care" is focused on the approach to patients addicted to psychoactive substances, their interaction with health-care workers and development of their addiction. The work is divided into two parts, the theoretical and the practical part.

The theoretical part focuses on the history, distribution, action and style of use of selected psychoactive substances. The second chapter describes addiction as such and the frequency of its occurrence in the Czech Republic. Furthermore, the bachelor's thesis describes restrictive practices, the possibilities of their use and the relevant legislation associated with them.

The practical part describes the results obtained from personal interviews with selected operators and paramedics from the Medical Ambulance Service of the Pilsen Region, as well as with the patients themselves and their attending physicians from the Psychiatric Hospital in Dobřany. The interviews are focused on the approach, perception and work with patients addicted to psychoactive substances, the progress

of their addiction treatment and, last but not least, the perception and experience gained around this issue through the eyes of the patients themselves.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. et Mgr. Antonínu Pojetovi, LL. M. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem zdravotnickým pracovníkům a vybraným pacientům z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech za ochotu a provedení rozhovorů do praktické části mé bakalářské práce. A také děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	12
SEZNAM OBRÁZKŮ	13
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM ZKRATEK	15
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	18
2 ADIKTOLOGIE	19
2.1 Diagnostická kritéria syndromu závislosti.....	19
3 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKA	21
3.1 Diagnózy závislostí na psychoaktivních látkách	21
3.2 Rozdělení psychoaktivních látek	22
3.2.1 Opioidy a opiáty	22
3.2.2 Psychomotorická stimulancia.....	23
3.2.3 Halucinogeny.....	26
3.2.4 Kanabinoidy	28
4 AGRESIVITA	31
4.1 Agresivita v psychiatrických zařízeních	31
4.2 Léčba agresivity	32
4.2.1 Terapeutické ovlivnění násilného chování	32
4.2.2 Farmakoterapie	32
4.2.3 Socioterapie	32
5 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY	34
5.1 Fyzické úchopy	34
5.2 Místnost zařízená k bezpečnému pobytu	35
5.3 Kurtovací pásy	35
5.4 Síťové lůžko a ochranný kabátek.....	36
6 KRIMINALITA U ZÁVISLÝCH	38
6.1 Trestná činnost související s návykovými látkami	38
6.1.1 Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost	38
6.1.2 Ekonomicky motivovaná trestná činnost.....	38
6.1.3 Systémová trestná činnost	39
6.1.4 Trestné činy porušující protidrogovou legislativu.....	39
7 PSYCHIATRIE A LEGISLATIVA	40
7.1 Svěprávnost.....	40

7.2	Hospitalizace.....	41
7.3	Ochranné léčení a zabezpečovací detence	41
7.3.1	Trestné činy vedoucí k ochrannému léčení	42
PRAKTICKÁ ČÁST		43
8	CÍL A PŘEDPOKLADY PRÁCE.....	44
8.1	Hlavní cíl.....	44
8.2	Cíle.....	44
8.3	Předpoklady	44
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	45
10	METODIKA PRÁCE	46
10.1	Rozhovory.....	46
10.2	Výběr respondentů	47
11	ANALÝZA ROZHOVORŮ	48
11.1	Rozhovory, týkající se pacienta č. 1	48
11.2	Rozhovory, týkající se pacienta č. 2	52
11.2.1	Operátor ZOS č. 2.....	52
11.2.2	Zdravotnický záchranář č. 2	53
11.2.3	Ošetřující lékař č. 2.....	54
11.2.4	Pacient č. 2.....	55
11.3	Rozhovory, týkající se pacienta č. 3	56
11.3.1	Operátor ZOS č. 3.....	56
11.3.2	Zdravotnický záchranář č. 3	57
11.3.3	Ošetřující lékař č. 3.....	58
11.3.4	Pacient č. 3.....	59
11.4	Rozhovory, týkající se pacienta č. 4	60
11.4.1	Operátor ZOS č. 4.....	60
11.4.2	Zdravotnický záchranář č. 4	61
11.4.3	Ošetřující lékař č. 4.....	62
11.4.4	Pacient č. 4.....	63
12	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	65
13	DISKUZE	77
ZÁVĚR.....		84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....		85
SEZNAM PŘÍLOH		89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: agresivita.....	69
Graf 2: přístup k pacientovi/ce.....	70
Graf 3: omezovací prostředky.....	71
Graf 4: vývoj stavu pacienta/ky.....	72
Graf 5: psychoaktivní látky.....	74
Graf 6: závislost na psychoaktivních látkách.....	75

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: extáze.....	24
Obrázek 2: houby lysohlávky.....	27
Obrázek 3: "peyotl".....	27
Obrázek 4: konopí indické a konopí seté.....	29
Obrázek 5: místnost zařízená k bezpečnému pobytu.....	35
Obrázek 6: kurtovací pásy.....	36
Obrázek 7: síťové lůžko.....	37

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: výsledky rozhovorů s operátory ZOS	65
Tabulka 2: výsledky rozhovorů se zdravotnickými záchranáři	66
Tabulka 3: výsledky rozhovorů s ošetřujícími lékaři.....	67
Tabulka 4: výsledky rozhovorů s pacienty.....	68

SEZNAM ZKRATEK

ATP.....	atypická antipsychotika
BDZ.....	Benzodiazepiny
CBD.....	kanabidiol
ČR.....	Česká republika
PS ČSL JEP.....	Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
IZS.....	integrovaný záchranný systém
LSD.....	dietylamid kyseliny lysergové
MBP.....	místnost bezpečného pobytu
MDA.....	methylen-dioxy-amfetamin
MKN-10.....	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
PČR.....	Policie České republiky
PNP.....	přednemocniční neodkladná péče
PNvD.....	Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
TANR.....	telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
TAP.....	typická antipsychotika
TAPP.....	telefonicky asistovaná první pomoc
THC.....	tetrahydrokanabinol
WHO.....	World Health Organization
ZOS.....	zdravotnické operační středisko
ZZS.....	zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Bakalářská práce na téma „Problematika osob se závislostí na psychoaktivních látkách v PNP“ se zabývá závislostí na psychoaktivních látkách, se kterou se v dnešní době setkáváme v přednemocniční neodkladné péči čím dál častěji. Závislost navíc bývá spojena s agresí a dalšími problémy při práci zdravotnických pracovníků s pacienty. Míru problematiky jednotlivých závislostí určuje především látka, na které je pacient závislý. Od lehkých drog se pacienti přesouvají k drogám tvrdým se všemi jejich účinky a negativním vlivem na tělesné i psychické zdraví.

Toto téma jsem si vybrala hlavně proto, že již třetím rokem pracuji v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech (dále jen PNVd) právě s pacienty závislými na psychoaktivních látkách. Většina takových pacientů se v naší léčebně objevuje opakovaně. Po tom, co pacient stráví určitou dobu na odděleních, zaměřujících se na problematiku závislostí, bývá, pokud to jeho psychický i fyzický stav dovolí, propuštěn. Bohužel procento pacientů, kteří se do léčebny již nevrátí a zvládnou ve světě za branami léčebny žít život bez psychoaktivních látek, je velmi malé. Závislost na těchto látkách je v dnešní době obrovským problémem a z mého pohledu je tato problematika stále ještě nedostatečně popisována, a tak věřím ve využití mé bakalářské práce v dalším profesním životě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V praktické části jsme se zaměřili na 3 hlavní cíle, kterými byly: „Zjistit, která psychoaktivní látka bývá mezi pacienty v České republice nejvíce užívána.“, „Zjistit, jaký mají zdravotničtí pracovníci přístup k pacientům, kteří jsou pod vlivem psychoaktivních látek.“ a „Zjistit, jaké omezovací prostředky proti agresivním pacientům bývají nejčastěji používány v přednemocničním prostředí a které v nemocničních zařízeních.“ S těmito třemi hlavními cíli bakalářské práce souvisí 3 základní předpoklady práce. Předpoklad, že nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou bude pervitin, že přístup k pacientovi pod vlivem psychoaktivních látek bude ze stran zdravotnických pracovníků negativní a také předpoklad, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem v terénu budou bezpečnostní pásy a v nemocničních zařízeních pásy kurtovací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) patří do systému zdravotnické péče České republiky (dále jen ČR). Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, určuje její základní úkoly. Prvním z nich je nepřetržitý příjem tísňových volání na národní tísňové číslo 155 a spolupráce s ostatními základními složkami integrovaného záchranného systému (dále jen IZS). Operátoři zdravotnického operačního střediska vyhodnocují stupně naléhavosti tísňového volání a okamžitě vysílají výjezdové skupiny na místo zásahu dle jejich dostupnosti a zároveň provádějí operační řízení. Operátor ZOS také poskytuje volajícímu instrukce do příjezdu výjezdové skupiny k provedení první pomoci, převážně telefonicky asistovanou první pomoc (dále jen TAPP) či telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (dále jen TANR). Zdravotníci záchranáři řídí a organizují přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP) na místě zásahu, případně spolupracují s velitelem zásahu a s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče. Při příjezdu na místo zásahu výjezdová skupina provede vyšetření pacienta a poskytne neodkladnou péči směřující k obnově nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta. Tyto a další úkony neodkladné péče je výjezdová skupina povinna poskytovat i během transportu, až do předání pacienta poskytovateli akutní lůžkové péče. Během řešení mimořádné události s hromadným postižením osob je jednou z činností ZZS třídění raněných osob dle metodiky START v souladu s doporučeným postupem České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně z roku 2009. Dalšími činnostmi ZZS dle paragrafu 4 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, je přeprava pacienta letadlem, v případě hrozícího prodloužení při záchranně jeho života nebo v případě, kdy není možné dopravit pacienta jinou než leteckou cestou. (Česko, 2011)

2 ADIKTOLOGIE

Adiktologie je transdisciplinární obor, zabývající se závislostí. Od její prevence, přes výzkum až k léčbě různých druhů závislostního chování. Zkoumá dopad závislosti na jedince i celou společnost. Zakladatelem tohoto rozsáhlého oboru byl lékař Jaroslav Skála, který prosazoval mezioborový přístup již v dobách, kdy to nebylo příliš obvyklé. Proto je jádrem celého oboru integrovaný, bio-psycho-sociální model závislosti a terapie dle Světové zdravotnické organizace. Také však bývá využíváno výkladového rámce kulturních, historických, sociálních, environmentálních a strukturálních podmínek a faktorů, které mají v obrovském rozsahu vliv právě na chování člověka, potýkajícího se se závislostí. (Kalina, 2015)

Závislost může být popisována jako tzv. „*nemoc žízně*“. Můžeme ji charakterizovat silnou touhou opakovaně užívat určitou látku, problematickou až nemožnou kontrolou, nemožností zastavit přijímání této látky a nárůstem tolerance organismu. Pokud látka není organismu dopřána, dojde k působení abstinčních příznaků a odvykacího stavu. Závislost působí jak po biologické stránce, tak po stránce psychické a sociální. Aspekty na kterých u této problematiky nejvíce záleží, jsou fakta, po čem člověk nejvíce žízní a z jakého důvodu není schopen žízeň utišit jinak než právě věcí nebo látkou, na které si vytváří pomyslnou závislost. Ve všech společenských vrstvách je možné setkat se s chorobnou závislostí, ať již mluvíme o dolních mezích společenského uznání nebo naopak o lidech, pohybujících se v extrémně úspěšných kruzích. Závislost se může objevit jednoduše kdekoliv. Postupem času přehluší chuť a užívání látky i dříve oblíbené zájmy či osobní vztahy. (Orel, 2020; Röhr, 2015)

2.1 Diagnostická kritéria syndromu závislosti

Tato kritéria splňují důkaz pro syndrom závislosti v případě, že trvají minimálně jeden měsíc nebo se vyskytují u pacienta opakovaně v kratších obdobích v průběhu 12 měsíců a jsou přítomna společně minimálně 3 z nich:

- silná touha či pocit nutkání získat danou psychoaktivní látku;
- nemožnost kontrolovat sebeovládání vůči dané látce, užívané množství, četnost aplikování látky;

- při vysazení/regulování látky výskyt patofyziologických příznaků odvykacího stavu;
- vznikající tolerance na psychoaktivní látku (například potřeba většího množství k intoxikaci);
- zanevření na dříve oblíbené zájmy, přátele, práci z důvodu tak velkého zaujetí danou látkou. (Praško, 2013)

3 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKA

Psychoaktivní neboli psychotropní látku je možné definovat jako látku, u které jsou splněny tyto dvě vlastnosti - psychotropní efekt a potenciál závislosti. Psychotropním efektem rozumíme schopnost přeměňování našeho prožívání, pohledu na svět a věcí v něm. Ve zkratce tedy celkové ovlivňování psychiky a duševních procesů. Potenciálem závislosti se míní fakt, že pravidelné a dlouhodobé užívání dané látky může vyvolat závislost, po které následuje ztráta kontroly nad užíváním. (www.drogy-info.cz, 2015; Kalina, 2015)

Mezi další rozdělení patří dělení dle potenciálu pro závislost nebo dle míry rizika. To jsou již však až sekundární možnosti dělení drog. (Kalina, 2015)

3.1 Diagnózy závislostí na psychoaktivních látkách

Následující seznam diagnóz závislostí na psychoaktivních látkách byl čerpán z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10), kterou zpracovává Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). Diagnózy závislostí patří do skupiny diagnóz označených písmenem F, které označuje skupinu poruch duševních a poruch chování, konkrétně pak poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (kapitola F10 – F19). (MKN-10, 2008)

- F10 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu;
- F11 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů;
- F12 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů;
- F13 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik;
- F14 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu;
- F15 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu;
- F16 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů;
- F17 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku;

- F18 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel;
- F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek. (MKN-10, 2008)

3.2 Rozdělení psychoaktivních látek

Rozdělení do jednotlivých skupin psychoaktivních látek určuje především hlavní účinek drogy na lidský organismus. Proto je například Pervitin řazen mezi psychomotorická stimulantia, jelikož účinky této skupiny drog jsou nejčastějším důvodem užívání Pervitinu, ačkoliv pravidelné užívání vyšších dávek této látky způsobí halucinace.

3.2.1 Opioidy a opiáty

Opioidy můžeme označit jako syntetické, polysyntetické nebo přírodní látky, vážící se na specifické opiátové receptory uložené v lidském mozku. Mezi nejčastěji ilegálně užívané zástupce této skupiny psychoaktivních látek, řadíme Heroin, Buprenorfin, odvar z makovic či opiovou šťávu. Legálně dostupné, ale zneužívané opioidy jsou Tramadol, Kodein, Oxykodon (obchodně také nazývaný Oxycontin), Metadon, Morfin (obchodně se jedná o Sevredol) nebo volně prodejný, běžně užívaný při léčbě kašle, Dextrometorfan (obchodně označován například jako Stopex či Robitussin). Proti získávání opia z máku hovoří zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, který tyto praktiky přímo zakazuje, a udává ohlašovací povinnost při pěstování máku na výměře větší než 100m². (Papežová, 2015; Hosák, Hrdlička, Libiger, 2021)

3.2.1.1 Intoxikace

Při intoxikaci opioidy pozorujeme euforii, psychomotorickou lehkou inhibici, pocit klidu, ospalost, zhoršenou pozornost a úsudek, obstipaci, setřelou řeč. Zornice jsou miotické, s výjimkou anoxie u těžkého předávkování, v takovém případě dochází naopak k dilataci zornic, tedy mydriáze. (Nešpor, 2019; Papežová 2015)

3.2.1.2 Odvykací stav

Odvykací stav u pacientů závislých na opioidech nastupuje v rozmezí hodin až několika dní. Závažnost závisí na fyzickém i psychickém stavu organismu a také na množství užívané látky. Projevuje se v první řadě nekontrolovatelnou touhou po dané látce, a také pozorujeme příznaky, které jsou velmi podobné příznakům chřipky. Mluvíme tedy o sekreci z nosu, slzení, kýchání, nevolnosti, zvracení, bolesti svalů či zimomřivosti.

Tyto příznaky doprovází navíc úzkost. Při závažnějším odvykacím stavu se dostaví i zvýšení tělesné teploty, úporná nespavost, třes, nechutenství, dehydratace nebo poruchy řeči. Mezi objektivní nálezy patří akcelerace tepové frekvence a v některých případech zvýšení krevního tlaku, ale nejedná se o přímé ohrožení života. (Svoboda, 2012; Kalina, 2015)

3.2.1.3 Léčba

Při akutní intoxikaci opiáty podáváme opiátového antagonistu, kterým je preparát Naloxone. Aplikuje se v dávce 0,4mg i.v. každých 30 minut. Jeho efekt je okamžitý. Součástí léčby je detoxifikace, která má za cíl zmírnění abstinčního syndromu, bažení po opioidech a posílení motivace k další léčbě. Vedení detoxifikace je různé, může být praktikováno snižujícími se dávkami opioidů nebo aplikováním kombinace antagonistů s preparátem Klonidinem či terapie lékem Naltrexonem, což je agonista s dlouhodobým poločasem rozpadu. K terapii pomocí detoxifikace se samozřejmě přidává léčba subjektivních potíží. Terapie syndromu závislosti na opioidech probíhá ve formě odvykací léčby, jež má jako hlavní cíl plnou abstinenci. Probíhá v dlouhodobých komplexních programech, závislý je součástí terapeutické komunity a následná léčba s resocializací se obvykle uskutečňuje v doléčovacích zařízeních. Tento proces trvá obvykle v rádech měsíců až let a i když bývá úspěšnost programu vcelku vysoká, stále hojně množství pacientů nevydrží úplnou abstinenci dodržovat a vrací se tedy v léčbě neustále na začátek celého procesu. (Hosák, 2021; Raboch 2012)

3.2.2 Psychomotorická stimulancia

Psychomotorická stimulancia můžeme zařadit mezi jedny z nejvyhledávanějších skupin psychoaktivních látek, zároveň jsou vysoce návyková a nebezpečná. Hlavní důvod vyhledávání této drogy je zvýšená výkonnost celého organismu a dlouho přetrvávající pocit bdělosti. Mimo jiné je u látek pozorován adrenalinový efekt, i chemicky se Adrenalinu velmi podobají. Nejznámějším zástupcem této skupiny je Amfetamin. Dále sem řadíme Efedrin, alkaloid, který najdeme v rostlinách ze skupiny Ephedra rostoucích v subtropických oblastech. Syntetická výroba byla poprvé zpozorována až ve dvacátých letech 20. století. Novější preparáty, užívané v dnešní době však zneužívání Efedrinu razantně snížily. Novějšími preparáty se rozumí například metamfetamin (Pervitin), který má podobný účinek jako amfetamin (obchodně označovaný jako Bazedrin). Do této obsáhlé skupiny také zařazujeme Dexamfetamin, Extázi a MDMA, chemicky se jedná o 3,4methyldioxymethamphetamine, které jsou dostupné v podobě tablet. Velmi podobný

extázi je Methylen-dioxy-amfetamin (dále jen MDA), jehož účinky jsou extázi velmi podobné, mimo fakta, že je více halucinogenní a jeho účinek přetrvává přibližně dvakrát déle (až 12 hodin od požití). Všechny tyto preparáty jsou deriváty původně zmíněného amfetaminu. (Dušek, 2015; Svoboda 2012; www.drogy-info.cz)

Jedním z nejznámějších zástupců psychostimulancií dnešní doby je bezesporu Kokain. Je to alkaloid získávaný ze sušených listů rostliny Koky, zneužívaný zejména pro své stimulační účinky na centrální mozkovou soustavu. Uživatel vnímá pocit zvyšující se svalové síly, energie, bystrosti, lepší náladu, sebedůvěru a nekritičnost. Po této euforii se dostavuje neklid a podrážděnost, které při opakovaném užívání přechází až v úzkostné deprese. Intenzita u pocitu euforie a úzkostné deprese je stejná. V posledních letech také zaznamenáváme rozšíření zneužívání tzv „cracku“, což je kokain v destilované formě smíchaný s jedlou sodou, užívaný nejčastěji kouřením. Na této látce se vytváří závislost velmi rychle a jeho abstinenční syndrom má zejména psychické příznaky jako je deprese, halucinace, poruchy spánku, neklid a agrese. (Svoboda, 2012; Dušek, 2015)

Mnohem menší potenciál ke vzniku závislosti má v Bolívii, Ekvádoru a Peru tolik oblíbený kokový čaj (*Maté de Coca*). Jeden šálek takového nápoje obsahuje asi jeden gram kokových listů, tedy přibližně 2-5mg Kokainu, což je účinná, ale prakticky neškodná dávka. Obyvatelé pohoří And považují tento čaj jako výrazné stimulantium, jehož obsahem jsou i vitamíny a minerály. Mezi jeho využití patří i mírnění příznaků vysokohorské nemoci, potlačení hladu nebo bývá popíjen pro své afrodisiakální účinky. (Hess, 2018)

Obrázek 1 Extáze



Zdroj: <https://drogy-web.estranky.cz/clanky/stimulacni-drogy/extaze/extaze.html>

3.2.2.1 Intoxikace

Mezi příznaky akutní intoxikace řadíme euforii, zrychlené myšlení a rozhodování, snížený pocit únavy a hladu, snížení potřeby spánku, zvýšené sebevědomí a výkonnost, což jsou příznaky velice podobné příznakům manického syndromu. Mezi somatické příznaky patří tachykardie, hypertenze, pocení, třes, nevolnost, mydriáza, pokles hmotnosti, křeče a další. Pokud dochází u uživatele k opakovanému aplikování látky, pozorujeme mírnění euforických i anorektických účinků, únavu, neklid, zvýšenou chuť k jídlu a nepříjemné sny. Dlouhodobé užívání obou těchto látek vyvolává chronickou intoxikaci, která způsobuje depresivním naladěním, sebevražednými tendencemi, podezíravostí, vztahovačností či až chorobnou žárlivostí. Zneužívány jsou tyto látky i ke snížení hmotnosti. (Dušek, 2015; Hosák 2021)

3.2.2.2 Extáze mezi ostatními návykovými látkami

Extáze je často užívána v kombinaci s amfetaminem, i přesto, že je tato kombinace „vlastně nesmyslná“. Jelikož amfetamin silně snižuje subtilní empatický účinek extáze a extáze snižuje povzbuzující účinek amfetaminu. Tudíž dojde téměř k vymizení dvou účinků, pro které jsou tyto psychoaktivní látky nejčastěji vyhledávány. Proto by se měl amfetamin užívat až po úplném vymizení účinků extáze. Navíc opakované současné užívání těchto dvou psychoaktivních látek způsobuje obrovskou zátěž pro serotonergní systém, který obsahuje neurony, které produkují serotonin, a tak hrozí vysoké riziko celkového poškození tohoto systému. (Hess, 2018)

Další drogou, se kterou bývá extáze často užívána je další psychomotorické stimulantium, dietylamid kyseliny lysergové (dále jen LSD). Tyto dvě látky jsou společně kompatibilní, z důvodu účinku LSD, který vyvolává díky svému složení v organismu zvýšenou aktivitu serotoninových receptorů bez ovlivnění vlastních zásob organismu. Často vyhledávané a oblíbené jsou na různých párty tzv. „Bowlen“, což je již předem připravená kombinace 50 μ g LSD a 50mg extáze. Přičemž u uživatele dochází díky LSD ke zvýšení empatických pocitů, které způsobuje extáze. (Hess, 2018)

3.2.2.3 Odvykací stav

Projevy odvykacího stavu jsou: útlum, únava, letargie, nepříjemné emocionální naladěním, sklíčenost, poruchy spánku a bizarní, nepříjemné sny. U uživatelů Kokainu je přítomný tzv. „Craving“, což je touha po Kokainu. (Raboch, 2012)

3.2.2.4 Léčba

Závislost na psychomotorických stimulanciích je spojována s vyšším rizikem závažných zdravotních komplikací a agresivního jednání než u většiny ostatních skupin psychoaktivních látek. Odvykací stavy naštěstí nebývají silné a specifická léčba není ve většině případů nutná. Pokud uživatel vyhledává odbornou pomoc, je to z důvodu toxické psychózy, ne kvůli příznakům závislosti. Spolupráce s takovými pacienty bývá náročná, často dochází k přerušení abstinence. Základem u terapie závislosti na psychostimulanciích je psychoterapie. Farmakoterapie bývá užívána pouze symptomatická. Dlouhý spánek pozorovaný po intoxikaci není projevem odvykacího stavu, ale důsledkem vyčerpání organismu a spánkovým deficitem, který vznikl během intoxikace. (Nešpor, 2019; Hosák, 2021)

3.2.3 Halucinogeny

Mezi nejrozšířenější halucinogeny patří LSD, které bývá užíváno ve formě tzv. „tripů“, což jsou papírové polštářky napuštěné danou drogou a dalším zástupcem je Psilocybin, který je rozšířený i v ČR, a je obsažen v houbách rodu Psilocybe (lysohlávkách). Chemickou strukturou jsou tyto psychoaktivní látky nejvíce podobné serotoninu, což je jeden z důležitých neuromediátorů lidského těla. Ve Střední Americe bývají dodnes používány drogy při různých rituálech. Například tzv. „Peyotl“ obsahující Meskalin, který se získává z kaktusů rodu Peyotes či Lophophora. Stále více vyhledávaný je alkaloid Ibogain, pocházející z liány Tabernanthea iboga ve střední Africe, kde je využíván také při náboženských rituálech. Hlavní příznaky, pro které jsou tyto drogy vyhledávány, jsou změna vědomí a vnímání okolního světa, často jde o vizuální halucinace, pocit depersonalizace a derealizace, změny nálad projevující se buď euforií, nebo naopak ataky úzkosti s panickými reakcemi a depresivními stavy. Uživatel má také problém s odhadem vzdáleností. Negativní důsledky má impulzivní jednání, které způsobuje snížená schopnost sebeovládání. Halucinogeny nevytváří u dlouhodobého uživatele biologickou závislost, ale psychickou ano. (Vágnerová, 2014; Raboch, 2012)

Obrázek 2 Houby lysohlávky



Zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/Lysohl%C3%A1vka_%C4%8Desk%C3%A1

Obrázek 3 „Peyotl“



Zdroj: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Peyotl>

3.2.3.1 Intoxikace

Mezi základní příznaky intoxikace halucinogeny zařazujeme poruchy chování nebo vnímání jako jsou úzkost, depersonalizace, derealizace, paranoidní představy, sluchové, zrakové či hmatové iluze nebo halucinace při plném vědomí a bdělosti, labilita nálady, vztahovačnost, aj. Z objektivních příznaků jsou přítomny tachykardie, hypertenze, hypertermie, palpitace, pocení, zimomřivost, nausea, vomitus, třes, mydriáza, rozmazané vidění a poruchy koordinace. (Nešpor, 2019; Hosák, 2021)

3.2.3.2 Odvykací stav

Po odeznění účinků drogy se většinou nedostaví odvykací stavy, ale často se objevují tzv. „*flashbacky*“, což jsou prchavé psychotické reminiscence. (Papežová, 2015)

3.2.3.3 Léčba

Pokud akutní intoxikaci doprovází vážné zdravotní obtíže, je možno ji přerušit pomocí antipsychotika jako je Risperidon nebo Haloperidol. V případě lehčích příznaků je vhodnější volba v podobě psychoterapeutické intervence nebo zklidnění pomocí Benzodiazepinů (dále jen BDZ), konkrétně Diazepam v dávce 5-10mg intramuskulárně. Musíme vždy brát v úvahu velmi vysoké riziko nepředvídatelného jednání u uživatelů, proto je potřeba kontinuálního dohledu v klidném a bezpečném prostředí a to i při zdánlivém zklidnění pacienta. Pokud je to nutné, volíme umístění pacienta na uzavřené psychiatrické oddělení. Somatické potíže řešíme somatickou léčbou. (Kalina, 2015; Raboch, 2012)

3.2.4 Kanabinoidy

Dle časopisu „*Statistika&My*“, Českého statistického úřadu z dubna roku 2022 má v ČR zkušenosti s užíváním konopí více než pětina dospělé populace, přičemž více jak polovina z nich začala s užíváním před dosažením hranice 18 let. Čím dál častěji jsou kanabinoidy užívané stále mladšími generacemi, zde se pohybujeme až u věkové hranice 7 let. Hlavním zdrojem přírodních kanabinoidů v České republice je Konopí seté (latinsky *Cannabis sativa*) a Konopí indické (latinsky *Cannabis ruderalis*). Hlavní rozdíl mezi těmito dvěma druhy konopí je v jejich účincích. Konopí seté má povznášející a excitační účinek a způsobuje stimulaci mozku. Konopí indické je vyhledáváno spíše pro své relaxační a uklidňující účinky, jak fyzické, tak i psychické. Zatímco marihuanu tvoří listy a květy konopí, pryskyřice rostliny ukrývá Hašiš. Konopí obsahuje dvě hlavní látky – Tetrahydrokanabinol (dále jen THC) a kanabidiol (dále jen CBD). Přičemž THC je považováno za škodlivou látku obsaženou v konopí, jehož vzestup způsobuje psychotická onemocnění. Oproti alkoholu nedochází u THC k rychlému snižování obsahu v krvi. Na proti tomu CBD má anxiolytické a antipsychotické účinky. (Svoboda, 2012; Papežová, 2015, www.kanabinoidy.cz)

Obrázek 4 Konopí indické a konopí seté



Zdroj: <https://kanabinoidy.cz/indika-vs-sativa-pochopeni-a-vysvetleni-rozdilu/>

3.2.4.1 Intoxikace

U pacientů intoxikovaných kanabinoidy pozorujeme narušené chování jako je euforie, dezinhibice, úzkost, podezřívavost, zpomalení času z pohledu pacienta, zhoršení úsudku a pozornosti. Společně s těmito příznaky nastupují poruchy vnímání (iluze a halucinace), depersonalizace a derealizace. Mezi tělesné příznaky řadíme zvýšenou chuť k jídlu, suchost v ústech, zarudlé spojivky či tachykardii. Projevem škodlivého užívání jsou různá poškození životně důležitých orgánových skupin. Mluvíme například o chronických zánětech dýchacích cest a plic, u dlouhodobě užívajících pacientů hrozí riziko vzniku plicního karcinomu. Mimo jiné hrozí projevy anxiózně-depresivních stavů. (Svoboda, 2012; Raboch, 2012)

3.2.4.2 Marihuana mezi ostatními návykovými látkami

Marihuana v kombinaci s jinými psychoaktivními látkami způsobuje různé reakce. V kombinaci s Extází může způsobit tlumení či naopak navýšení účinku Extáze a zároveň je pocíťována suchost v dutině ústní. Při konzumaci Marihuany s Amfetaminem hrozí velké riziko extrémní zátěže krevního oběhu. U Kokainu i opiátů způsobuje Marihuana zvýšení jejich účinku. Nejvýrazněji znatelné změny způsobuje užití Marihuany v kombinaci s Ethylalkoholem. Uživatel pozoruje silný pocit nevolnosti a často dochází až ke zvracení. Důležité je si uvědomit opačně působící psychické účinky těchto dvou látek, díky kterým je velmi nebezpečné například řízení motorového vozidla po takovéto kombinaci. (Hess, 2018)

3.2.4.3 Odvykací stav

Odvykací stav u uživatelů kanabinoidů je přítomen velice zřídka z důvodu pomalého vylučování kanabinoidů organismem. Pokud se však odvykací stav dostaví, v lehčí formě může přetrvávat až několik týdnů. Jeho projevy jsou psychomotorický neklid, nervozita, podrážděnost, úzkost, depresivní chování či bolesti hlavy. (Raboch, 2012)

3.2.4.4 Léčba

U těžších forem závislosti, kdy pacient může být nebezpečný pro sebe či své okolí se nabízí možnost přistoupit ke krátkodobé či střednědobé hospitalizaci a následné zapojení do terapeutické komunity. Zde je nejčastěji užíváno posilování motivace pacienta. Vhodné jsou mimo jiné i různá poradenství a úprava životního stylu. U farmakologické terapie se doposud žádná látka neosvědčila jako úspěšná při léčbě závislosti na kanabinoidech. (Nešpor 2019)

4 AGRESIVITA

Za autora definice agrese bývá nejčastěji považován Kenneth Moyer. Tato definice z roku 1976 říká, že: „*Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu.*“ (Látalová, 2013, s.16) Další definice o agresi je z roku 2010, která ji popisuje jako „*Slovní či fyzické jednání s cílem ublížit.*“ (Látalová, 2013, s.16) V obou těchto definicích můžeme najít společný jmenovatel a to ten, že agrese je zjevná, tedy máme možnost ji určitým způsobem pozorovat a agresivní chování je záměrné. V každém případě je třeba se u agrese zaměřit na její úmysl. Ne každá agrese je úmyslná, v mnoha situacích je chování naopak neúmyslné. Také je třeba vnímat, zda je nebo není agresivní chování osoby ovlivněné například kognitivní poruchou, užitím alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek či dalšími okolnostmi. (Látalová, 2013)

Sigmund Freud popsal dvě hlavní kategorie lidských pudů. Pud pohlavní (libido) a pud sebezáchovy. Agrese byla dříve zahrnována mezi pudy pohlavní, později vznikla však nová teorie, opět popsána Sigmundem Freudem, která předpokládá existenci dvou protikladných pudů – pud života a pud smrti, přičemž náš život ovlivňuje boj mezi těmito dvěma pudy. Aby nebyl organismus ničen pudem smrti, musí být pud vypuštěn do vnějšího světa, čímž vzniká agresivita. (Raboch, 2012)

4.1 Agresivita v psychiatrických zařízeních

Agresivita při zneužívání psychoaktivních látek vzniká na podkladě akutní intoxikace, abstinčních příznaků nebo jako následek dlouhodobého užívání, kdy je agresivity využíváno k opatření si prostředků ke koupi psychoaktivní látky. (Látalová 2013)

Právě zneužívání návykových látek spolu s vysazením medikace jsou označovány jako nejsilnější, i když nedostatečně specifické prediktory násilí. Typ a závažnost míry agresivity záleží na osobnosti uživatele, jeho zkušenostech s látkou, na dávce zneužívané látky i na sociálních okolnostech. Mezi posuzované mechanismy u zkoumané agrese uživatele psychoaktivní látky patří například: přítomnost rozvinuté tolerance k látce, vliv krátkodobého i dlouhodobého užívání látky, druh zasažených receptorů v organismu či chování oběti. (Raboch, 2012; Látalová, 2013)

Jednou z psychoaktivních látek spojovanou často s projevy agrese je Pervitin. Jeho působení vyvolává omezení kontroly vlastního jednání a snížení citlivosti k utrpení oběti. (Vágnerová, 2014)

4.2 Léčba agresivity

4.2.1 Terapeutické ovlivnění násilného chování

První intervencí, předcházející ostatním terapeutickým intervencím, je deeskalace. Deeskalaci můžeme rozdělit do tří kroků. Prvním krokem je vyhodnocení situace, kdy hodnotíme, co agitovanost u pacienta vyvolalo pomocí navázání verbálního kontaktu a poté zkoumáme dostatečnost času a prostoru pro náš možný únik. Druhým krokem je komunikace. Během komunikace je doporučeno oslovovat pacienta příjmením, což projevuje určitý respekt k jeho osobě. Eliminujeme pocit bezmoci a frustrace pomocí empatie, omezujeme zevní stimuly. Poslední krok je taktika vyjednávání, při které využíváme různých zklidňujících technik. Nabízíme pacientovi možnost volby, například v souvislosti s užívanou farmakoterapií, nebo můžeme nabídnout možnost fyzické aktivity ke zklidnění agresivity jako je boxovací pytel. Důležité je celou dobu pacientovi vysvětlovat a popisovat, proč prováděné intervence uskutečňujeme. Ve smyslu pomoci mu. (Raboch, 2012)

4.2.2 Farmakoterapie

Mezi nejčastěji používané skupiny psychofarmak u neklidných a agresivních pacientů patří: BDZ, Typická antipsychotika (dále jen TAP) a Netypická antipsychotika (dále jen AAP). BDZ řadíme mezi nejčastěji využívané preparáty k tlumení psychotického i nepsychotického neklidu. Měli by být používány převážně ke krátkodobé terapii, jelikož jejich dlouhodobé užívání vede ke vzniku závislosti. Mezi zástupce patří Diazepam, Lorazepam a Midazolam. Dvě třetiny celkového souboru aplikované neklidové medikace tvoří TAP. Mezi jejich výhody řadíme spolehlivé antipsychotické účinky a při vyšších dávkách sedativní efekt. Nejčastěji využívaný TAP je Haloperidol. Méně nežádoucích účinků oproti TAP mají AAP, avšak jsou využívány podstatně méně z důvodu ekonomické stránky. Z této skupiny využíváme k léčbě neklidu hlavně Olanzapin, Ziprasidon a Aripiprazol. (Nešpor, 2013; Švihovec, 2018)

4.2.3 Socioterapie

Socioterapie je volena u resocializace jedinců a slouží k nácviku vhodných způsobů chování či řešení jednotlivých problémů a problémových situací. V prostředí jako jsou věznice, výchovné ústavy či psychiatrické léčebny bojuje člověk s mnoha averzivními podněty. Na takovýchto místech pozorujeme omezení soukromí, přítomnost většího množství lidí na malém prostoru, omezení pohybu, nemožnost toto prostředí opustit,

nečinnost jedince a také velmi často nesnesitelný hluk. Další problematikou jsou velmi často přítomné snížení adaptační kompetence u lidí, umístěvaných do takovýchto zařízení. Četnost agresivních reakcí by mohla klesnout v případě snížení míry rušivých elementů nebo nabídnutí přiměřené aktivity. (Vágnerová, 2014)

5 OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY

V současné době se využívá ve zdravotnictví pouze tzv. „mechanické omezení“, což je pojem označující připoutání pacienta k lůžku pomocí tzv. „kurtů“, ochranné pacičky a rukavice, úchop pacienta zdravotnickým personálem, omezení volného pohybu pomocí umístění do místnosti bezpečného pobytu (dále jen MBP) a farmakologické zásahy. Mechanické omezení je využíváno v jasně daných situacích, nejčastěji, když hrozí riziko, že pacient ublíží fyzicky sobě nebo svému okolí, není možnost ho uklidnit slovní cestou, a zároveň pacient odmítá aplikaci neklidové medikace. Poté se tedy musí přistoupit k mechanickému omezení, ve kterém je pacient ponechán do plného zklidnění a často je mu při této příležitosti aplikována neklidová medikace. Obecně ale platí, že je v takovém případě pacient po celou dobu sledován zdravotnickým personálem, je mu poskytnut příjem potravy, tekutin, potřebné hygieny a mechanicky omezený zůstává jen po nezbytně dlouhou dobu. Dle doporučeného postupu z roku 2022 o omezovacích prostředcích v PNvD kontroluje ošetrovatelský personál pacienta minimálně každou hodinu a ošetřující lékař minimálně každé 3 hodiny. Takovéto omezení samozřejmě není pro pacienta příjemné, nevýhodou je častý pocit úzkostí či možnost vzniku dekubitů. Dle zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, je zdravotnické zařízení povinno oznámit mechanické omezení pacienta soudu do 24 hodin, pokud v této časové lhůtě nezískáme od pacienta dodatečný souhlas. (Olejárová, 2017; Papežová, 2015; Žaludek, 2020)

5.1 Fyzické úchopy

Při použití fyzických úchopů dochází ke značnému snížení rizika zranění jak pacienta, tak zdravotnického personálu. Pacientovi vždy vysvětlujeme, z jakého důvodu fyzické úchopy vůči jeho osobě používáme a jaké chování je z jeho strany třeba, aby k těmto praktikám nemuselo docházet. Fyzické uchopování je nutno vždy užívat přiměřeně věku, výšce, váze i pohlaví pacienta. Vždy je využíván jen po nezbytně nutnou dobu odborně vyškoleným personálem a po celý čas dbáme na zachování důstojnosti pacienta. Nikdy není záměrem způsobit bolest, ale pouze zklidnit, usměrnit a umravnit pacienta. (Doporučený postup PNvD, 2018)

5.2 Místnost zařízená k bezpečnému pobytu

Místnost k bezpečnému pohybu pacienta musí splňovat dvě hlavní podmínky. První je, že do ní nesmí mít přístup ani možnost nahlížení ostatní pacienti a druhá, že v ní pro pacienta nesmí být riziko poranění. Je zde proto umístěno lůžko bez ostrých hran, kryté topení a hladké či polstrované stěny. Důvodem k umístění pacienta do místnosti uzavřeného pobytu je zvládnutí jeho chování, během kterého dochází k ohrožení zdraví jeho samotného nebo jeho okolí, a pokud již byly neúspěšně použity ostatní techniky, jako je fyzický úchop. Pro držení pacienta v místnosti bezpečného pobytu platí zákonem č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jasně daná pravidla. Pacient zde může být držen jen nezbytně dlouhou dobu, nesmí zde být umístován bez šatů a má po celou dobu možnost si přivolat pomoc. Pacient je po celou dobu uzavření monitorován a o jeho chování je veden minimálně každých 15 minut řádný zápis v dokumentaci. V případě, kdy už nehrozí nebezpečí jemu samotnému či jeho okolí, je povinností ošetřujícího lékaře pacienta z místnosti bezpečného pobytu propustit. (Drudíková, 2021; Doporučený postup PNvD, 2018; Česko, 2006)

Obrázek 5 Místnost zařízená k bezpečnému pobytu



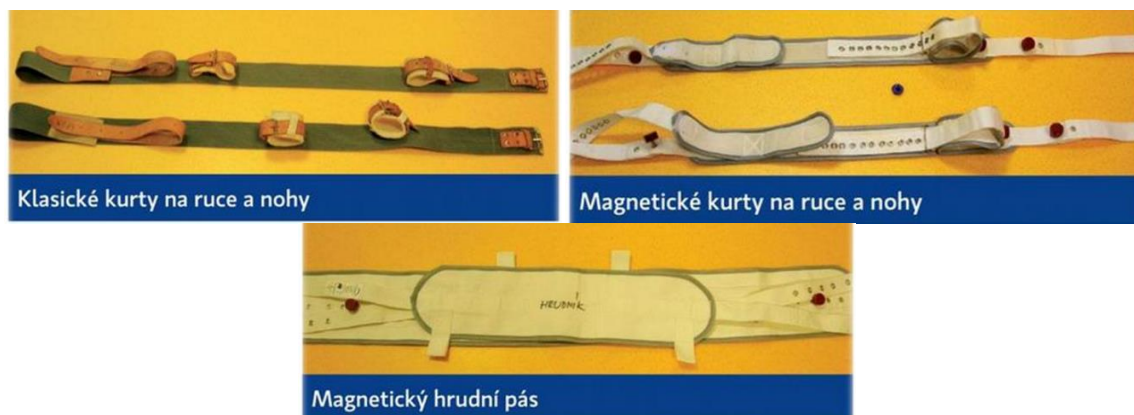
Zdroj: <https://slideplayer.cz/slide/17111779/>

5.3 Kurtovací pásy

Pacient se během použití tzv. „kurtů“ obvykle přivazuje za ruce, nohy, dle potřeby i v oblasti hrudníku. V případě, že ve zdravotnickém zařízení nejsou kurty přítomny, využijí se jiné, provizorní alternativy, například svinutá prostěradla. Postup je takový, že každou končetinu pacienta kontroluje 1 osoba ze zdravotnického personálu a lékař zajišťuje kontrolu hlavy pacienta. Dle standardních postupů by měly být každých 20 minut kontrolovány zaškrcené končetiny z důvodu možného rizika zhoršeného prokrvení

či nemožné hybnosti prstů. Pokud toto omezení trvá déle než 3 hodiny, je povinností ošetřujícího lékaře každé 3 hodiny zhodnotit pacientův stav a následně buď omezení ukončit, nebo ponechat do další kontroly. (Olejárová, 2017; Drudíková, 2021)

Obrázek 6 Kurtovací pásy



Zdroj:

http://www.dialogevropa21.cz/storage/prilohy/Omezovaci_prostredky_v_osetrovat.pdf

5.4 Síťové lůžko a ochranný kabátek

Klecové nebo také síťové lůžko, dříve používané v psychiatrických léčebnách, ústavech sociální péče a podobných zařízeních bylo navrženo tak, aby zabránilo pacientovi opustit lůžko. Některé země střední Evropy dodnes tato lůžka jako omezovací prostředky využívají, čelí avšak obrovské vlně kritiky ze stran různých mezinárodních institucí. V ČR bylo v roce 2007 zakázáno jejich užívání v ústavech sociální péče. V psychiatrických nemocnicích je pozorována snaha o jejich absolutní vymizení. Podobně je to s používáním ochranných kabátků, které zamezují volného pohybu horních končetin pacienta. Využívány bývaly například při pokusu o sebepoškození pacienta, agresivitě vůči ostatním pacientům či ošetřujícímu personálu. Každých 20 minut je nutná kontrola končetin, zda nedochází ke zhoršení hybnosti prstů na horních končetinách nebo špatnému prokrvení končetin. (wikipedia.org; www.ceska-justice.cz; Drudíková, 2021)

Obrázek 7 Síťové lůžko



Zdroj:

<https://www.ceska-justice.cz/2021/10/kontroly-ombudsmana-vedly-k-odstraneni-klecovych-luzek-i-kamer-na-toalete/>

6 KRIMINALITA U ZÁVISLÝCH

Je všeobecně známo, že psychoaktivní látky mají vliv na každodenní život společnosti. Za jedince, které spojují psychoaktivní látky a kriminalita lze považovat jedince, kteří buď sami návykové látky užívají a pod jejich vlivem páchají trestné činy, anebo jedinci, kteří sami tyto látky neužívají, ale nelegálně s nimi obchodují, pašují je a distribuují. (Carpentier, 2007)

6.1 Trestná činnost související s návykovými látkami

Trestná činnost související s návykovými látkami, dříve také nazývaná jako „drogová kriminalita“ bývá rozdělována do čtyř specifických typů trestné činnosti: psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost, ekonomicky motivovaná trestná činnost, systémová trestná činnost a trestná činnost porušující protidrogovou legislativu. (Kalina, 2015)

6.1.1 Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost

Prvním typem trestné činnosti je psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost, kam zařazujeme trestné činy, které jsou spáchány v důsledku akutních či chronických účinků návykových látek. Mezi návykové látky, zmiňované v této kategorii řadíme alkohol, stimulancia a částečně opiáty. Hovoříme zde o trestných činech, jako jsou ublížení na zdraví, loupeže, přepadení, sexuální násilí aj., které úzce souvisí s účinky zmíněných psychoaktivních látek, kterými jsou podrážděnost, strach, paranoia, útlum, výrazné změny nálad, poruchy vnímání a zhoršení schopnosti úsudku. (Sadílková, 2012; Kalina, 2015)

6.1.2 Ekonomicky motivovaná trestná činnost

Ekonomicky motivovaná trestná činnost je typ trestné činnosti, kde se řídíme předpokladem, že finanční náročnost je u užívání drog tak vysoká, že je zde možnost páchání trestné činnosti z důvodu získávání finančních prostředků pro vlastní drogové závislosti. V ČR hovoříme ve spojitosti s touto skupinou například o Pervitinu a Heroinu, které v důsledku své finanční hodnoty způsobí u závislých uživatelů páchání trestné činnosti, jako jsou krádeže v obchodech, vykrádání lékáren a osobních vozů, falšování lékařských předpisů, podvody a zpronevěra. (Kalina, 2015; Sadílková, 2012)

6.1.3 Systémová trestná činnost

Systémová trestná činnost označuje skupinu násilných trestných činů, páchaných v rámci fungování trhů s nelegálními návykovými látkami, které lze charakterizovat nezákonnou povahou trhu, která zahrnuje spory o území, trestání za podvody či vymáhání dluhů. Doposud nebylo prokázáno jasné spojení mezi užíváním psychoaktivních látek a pácháním trestné činnosti, tudíž se pachatelé mohou stát jak osoby, které samy o sobě návykové látky neužívají, tak osoby, které návykové látky užívají, avšak i tak je pravděpodobnost páchání systémové trestné činnosti u uživatelů drog podstatně vyšší. (Sadílková, 2012; Kalina, 2015)

6.1.4 Trestné činy porušující protidrogovou legislativu

Posledním typem trestné činnosti jsou trestné činy porušující protidrogovou legislativu, jež popisují trestné činy držení, přechovávání, pěstování, výroby či dovozu návykových látek, obchodování s nimi, výroby a obchodu s prekurzory a mimo jiné i řízení pod vlivem návykových látek. I u této kategorie trestné činnosti mohou být osoby užívající i osoby neužívající psychoaktivní látky. (Kalina, 2015)

7 PSYCHIATRIE A LEGISLATIVA

Velice pečlivě sledována je právní problematika v psychiatrii hlavně proto, že psychicky léčení pacienti mívají snížené možnosti, jak hájit svá práva a bývají zranitelnější. Některé duševní nemoci ovlivňují negativním způsobem rozhodovací procesy jednotlivce a tak je potřeba, aby za nemocného v některých případech rozhodovali pověřeni lidé, včetně jejich ošetřujících psychiatrů. Asi nejvíce pečlivě dohlížející skupinou na práva psychiatrických pacientů jsou ochránci lidských práv. (Orel, 2020)

Hlavním zákonem, který se ve zdravotnictví obecně užívá, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. V psychiatrii je hojně aplikovaný také zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, který se věnuje například problematice ochranného léčení, psychochirurgických výkonům, atd. (Hosák, 2021)

7.1 Svěprávnost

Pacienty rozdělujeme z hlediska svěprávnosti do 3 kategorií. Pacient s plnou svěprávností, pacient s omezenou svěprávností a pacient nesvěprávný. Omezení svěprávnosti je řešeno u osob se závažným a trvalým psychickým stavem charakteru mentální retardace, demence či těžká forma schizofrenie, přičemž závažnost stavu musí být doložena podrobnou lékařskou zprávou. Takovéto omezení je řešeno zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, podle něhož je možné soudem udělit omezení na dobu tří let. Pokud se během této doby nezahájí nové řízení o přezkoumání právoplatnosti omezení svěprávnosti, platí původní rozhodnutí ještě maximálně jeden rok. Soudní znalec z oboru psychiatrie vyhotoví znalecký posudek a nemocnému je poté přidělen opatrovník ustanovený soudem. Opatrovník má v kompetencích mimo jiné i podepsání souhlasu s hospitalizací ohledně svého klienta. Během výběru opatrovníka soud přihlíží k přáním a potřebám opatrovaného. Právní systém ČR nedovoluje zbavit někoho volebního práva, pokud soud neudá jasný důvod, jakým způsobem by mohl volební akt způsobit dotyčnému újmu. Řízení o svěprávnosti a opatrovnictví se řídí dle paragrafu 34 až 49 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů. (Orel, 2020; Hosák, 2021)

7.2 Hospitalizace

Hospitalizace může u pacienta proběhnout dobrovolně nebo nedobrovolně. V oboru psychiatrie se s nedobrovolnou hospitalizací můžeme setkat relativně často, ať je již nesouhlas pacienta s hospitalizací vyjádřen aktivním odporem či nepodepsáním informovaného souhlasu s hospitalizací. K takové situaci může dojít i v případě, kdy pacient není schopný o svém stavu rozhodovat, například při působení účinků psychoaktivních látek, které užil, v důsledku deliria, mánie či těžké deprese. Také v případě nařízení ochranného ústavního léčení nebo izolace pacienta. V takových případech, kdy je pacient nebezpečný pro sebe nebo své okolí, povoluje §38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, jeho nedobrovolné umístění do zdravotnického zařízení. (Orel, 2020; Hosák 2021)

Ve chvíli, kdy je provedena nedobrovolná hospitalizace, je povinností zdravotnického zařízení informovat příslušný okresní (obvodní) soud, čímž je zahájeno detenční řízení. Do 7 dnů je poté soudem vydané usnesení na základě přešetření pracovníkem soudu, zda-li nedobrovolná hospitalizace proběhla za splnění podmínek, uvedených v zákoně. Do 3 měsíců od vyhotovení usnesení o právoplatnosti nedobrovolné hospitalizace musí být soudním znalcem v oboru psychiatrie ustanoveným soudem vyhotoveny podklady pro rozsudek soudu, zda a na jak dlouho je další nedobrovolná hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení přípustná. (Orel, 2020)

7.3 Ochranné léčení a zabezpečovací detence

Ochranné léčení může být soudem nařízeno ve chvíli, kdy dojde ze strany nemocného ke spáchání trestného činu pod vlivem duševní poruchy. Ochranné léčení dělíme na dva typy: ambulantní a ústavní, přičemž význam obou typů je jak terapeutický, tak represivní a typ uloženého ochranného léčení se může v průběhu měnit dle aktuálního vývoje stavu pacienta. Paragraf 99, zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, ukládá, že ochranné léčení může být nařízeno pachateli jakéhokoli trestného činu s duševní poruchou. Žádost o jeho ukončení podává ošetřující lékař daného pacienta a tento návrh musí schválit soud. Ochranné léčení je možno udělit maximálně na 24 měsíců. Po uplynutí této doby může soud rozhodnout o jeho prodloužení, opět nejdéle o 24 měsíců, ale může tak být rozhodováno opakovaně. Soud je zmocněn mimo ochranného léčení také k udělení zabezpečovací detence. Dle Orla (2020, s. 387)

se zabezpečovací detencí rozumí: „*Pobyt ve zdravotnickém zařízení bez ohledu na souhlas dotyčného*“. Ta je uložena soudem v případě, kdy dojde pachatelem ke spáchání trestného činu ve stavu snížené přičetnosti nebo stavu vyvolaném duševní poruchou a nemůže být očekáváno, že by k ochraně společnosti postačilo ochranné léčení. Kontrola důvodů k pokračování takovéto léčby je prováděna minimálně jednou za 12 měsíců. (Orel, 2020; Hosák, 2021; Šupina, 2018)

7.3.1 Trestné činy vedoucí k ochrannému léčení

Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, uvádí výčet trestných činů, jejichž následkem může být uděleno pachateli ochranné léčení. Mezi takovéto činy patří například trestné činy proti životu (vražda, zabití, účast na sebevraždě, aj.), trestné činy proti zdraví (těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví z nedbalosti, aj.) nebo trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti (znásilnění, sexuální nátlak, kuplířství, prostituce ohrožující mravní výchovu dětí, šíření pornografie, aj.). (Šupina, 2018)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍL A PŘEDPOKLADY PRÁCE

V praktické části této bakalářské práce byly stanoveny 3 cíle. Na tyto cíle navazují předpoklady, jež stanovují odhadovanou skutečnost.

8.1 Hlavní cíl

Prostudovat problematiku závislosti na psychoaktivních látkách pomocí odborné literatury a rozhovorů se zdravotnickými pracovníky.

8.2 Cíle

- C1 Zjistit, která psychoaktivní látka bývá mezi pacienty v České republice nejvíce užívána.
- C2 Zjistit, jaký mají zdravotničtí pracovníci přístup k pacientům, kteří jsou pod vlivem psychoaktivních látek.
- C3 Zjistit, jaké omezovací prostředky proti agresivním pacientům bývají nejčastěji používány v přednemocničním prostředí a které v nemocničních zařízeních.

8.3 Předpoklady

- P1 Předpokládáme, že nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou bude Pervitin.
- P2 Předpokládáme, že přístup k pacientům pod vlivem psychoaktivních látek bude ze stran zdravotnických pracovníků negativní.
- P3 Předpokládáme, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem v terénu budou bezpečnostní pásy.
- P4 Předpokládáme, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem budou v nemocničních zařízeních kurtovací pásy.

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor tvořili operátoři a operátorky ZOS, zdravotničtí záchranáři a záchranářky ZZS Plzeňského kraje, lékaři z PNvD a pacienti závislí na psychoaktivních látkách z PNvD. Výzkumné šetření nebylo omezeno věkem ani pohlavím. Z důvodu zachování anonymity a dodržení GDPR nejsou u žádného respondenta uvedeny osobní údaje. Všichni respondenti souhlasili s využitím odpovědí pro další výzkumné šetření.

10 METODIKA PRÁCE

Pro ověření nebo vyvrácení cílů této bakalářské práce jsme využili kvalitativní výzkum. V elektronické podobě byly vytvořeny 4 samostatné rozhovory (viz. přílohy 1 – 4), týkající se vždy jednoho pacienta. Každý rozhovor se skládá ze čtyř částí. Některé otázky se objevily v jednotlivých částech rozhovoru opakovaně.

První část rozhovoru byla vedena s operátorem ZOS, který přijímal tísňové volání na linku 155 a vytěžoval informace od volajícího, který byl pod vlivem psychoaktivních látek. Tento polostrukturovaný rozhovor obsahoval 6 otázek.

Druhou část rozhovoru jsme prováděli se zdravotnickým záchranářem, který byl na místo události vyslán dispečerem ZOS na základě obsahu tísňového volání, následně poskytoval pacientovi přednemocniční neodkladnou péči, korespondující s momentálně zjištěným stavem a směřoval pacienta k poskytovateli akutní psychiatrické péče. V tomto rozhovoru jsme se tázali na 7 otázek.

Třetí část rozhovoru byla přizpůsobena pro lékaře, který je nyní ošetřujícím lékařem daného pacienta v PNvD. Ošetřujících lékařů jsme se tázali na 8 otázek.

Čtvrtá část rozhovoru byla určena pro samotného pacienta z důvodu ucelení názorů obou stran, kterých se tato problematika týká. Ať již z pohledu užívajícího či zdravotníka poskytujícího zdravotní služby. Rozhovor obsahoval 10 otázek.

Pro tyto rozhovory bylo nutné zaslat na ZZS Plzeňského kraje a do PNvD žádost o povolení uskutečnění těchto rozhovorů. Obě organizace s provedením rozhovorů souhlasily. Potvrzené žádosti jsou uvedeny v přílohách 5 a 6 této práce.

10.1 Rozhovory

Všechny rozhovory probíhaly vždy samostatně, pouze s jedním respondentem, nebyly vedeny skupinové rozhovory, aby nedocházelo ke vzájemnému ovlivňování odpovědí mezi jednotlivými respondenty. Setkání byla předem přesně dohodnuta, ať již přes ošetřující lékaře v PNvD, nebo na ZZS přímo s vedoucím bakalářské práce. Rozhovorů jsem se účastnila sama s výjimkou rozhovorů s pacienty, zde musel být vždy přítomen jejich ošetřující lékař z důvodu bezpečnosti.

Z důvodu zachování anonymity nejsou u rozhovorů uvedena žádná jména dotazovaných. Místo toho jsme použili označení operátor (1-4), zdravotnický záchranář (1-4), ošetřující lékař (1-4) a pacient (1-4). Na tuto skutečnost o anonymním jednání byli všichni respondenti před začátkem rozhovoru upozorněni a všichni souhlasili bez výhrad.

Kvalitativní výzkum formou osobních rozhovorů byl zvolen z důvodu přesnějšího sběru dat pro praktickou část mé bakalářské práce. Individuální odpovědi a názory zdravotnických pracovníků i samotných pacientů vedly k lepšímu a detailnějšímu pochopení celé problematiky. Dalším důvodem bylo, že danou problematiku je nutno uchopit z více stran a to zejména ze strany závislého i ze strany osoby poskytující zdravotní péči. Díky osobnímu kontaktu bylo navíc možné zaznamenat i emocionální vyjádření tázaných, což zde zastupuje také velmi důležitou roli.

10.2 Výběr respondentů

Konkrétní pacienti byli vybráni podle čtyř hlavních parametrů. Prvním parametrem výběru byla závislost na psychoaktivních látkách. Druhým byla skutečnost, že si v době, kdy byli pod vlivem psychoaktivní látky, volali na tísňovou linku a žádali ZZS o pomoc. Třetím parametrem bylo jejich transportování posádkou ZZS do Fakultní nemocnice Lochotín a následné odeslání do PNvD. A čtvrtým, tedy posledním parametrem, byla přetrvávající hospitalizace právě v PNvD.

Na základě ustanovených pacientů 1-4 byli následně delegováni další respondenti. První části rozhovorů byly vedeny s operátory ZOS, kteří přijímali tísňové volání od našich pacientů. Ve druhé části byly informace od zdravotnických záchranářů výjezdových skupin ZZS, kteří pacienty ošetřili a transportovali na psychiatrii. Rozhovory s ošetřujícími lékaři pacientů v PNvD byly v pořadí třetí částí. Následně pro ucelení pohledu byly realizovány rozhovory se samotnými pacienty.

11 ANALÝZA ROZHovorŮ

11.1 Rozhovory, týkající se pacienta č. 1

11.1.1 Operátor ZOS č. 1

Čím Vám tahle pacientka utkvěla v paměti?

„Svojí hrubostí a vulgárností. Vlastně jsem nerozuměla, proč si záchrannou službu volá, když celý hovor jen nadává, křičí a stěžuje si na vše kolem sebe.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacientky?

„Smíšené, chtěla jsem jí pomoci přesto, že byla agresivní a hrubá. Ale bohužel se moje ochota a péče nesešla s velkým úspěchem.“

Působila na Vás agresivně?

„Ano, velmi. Při komunikaci s takovýmito pacienty je prakticky nemožné, dostat z nich jakoukoliv smysluplnou odpověď, jelikož mezi všemi nadávkami nereagují na naše otázky.“

Přistupovala jste k ní stejně jako ke každé jiné pacientce?

„Snažila jsem se, avšak empatie, vstřícnost a ohleduplnost šly lehce stranou, vzhledem ke komunikaci z druhé strany telefonu.“

Měla jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientkou?

„Lehký pocit ohrožení ano. Ale naštěstí jsem od pacientky dostatečně daleko. Být na místě zásahu, byl by zajisté pocit ohrožení a strach mnohem větší.“

Vyslala jste na místo i posádku PČR?

„Ano, musela jsem. Při takovýchto výjezdech je spolupráce s policií více než nutná. Posádka policie zajišťuje na místě události nepostradatelnou roli stran bezpečnosti záchranářů i okolí.“

11.1.2 Zdravotnický záchranář č. 1

Čím Vám tahle pacientka utkvěla v paměti?

„Asi celkovým projevem. Svoji agresí, nepřičetností a přehnanou vulgaritou. Takhle agresivní pacientka se člověku vryje do paměti, ať chce nebo nechce.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacientky?

„Že se bez asistence policie nikam neposuneme. Pacientka i přes naši veškerou snahu odmítala jakoukoliv spolupráci, vyhrožovala, že ublíží nám nebo kolemjdoucím, její jednání jasně ukazovala, že je pod vlivem psychoaktivních látek.“

Působila na Vás agresivně?

„Ano. Stálý křik, agresivní projevy, výhrůžky, snaha o napadení mě nebo mého kolegy, praní se s policisty, dokonce se po nás pacientka snažila i plivat.“

Přistupovala jste k ní stejně jako ke každé jiné pacientce?

„Spíše jako ke každé jiné pacientce pod vlivem psychoaktivních látek. S takovými to lidmi je mnohem obtížnější komunikace i spolupráce. Tento případ rozhodně nebyl výjimkou.“

Měla jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientkou?

„Ze začátku ano. Pacientka byla velice rozrušená, při našem příjezdu agrese jen vzrostla. Po zásahu posádky policie jsem se začala cítit více v bezpečí.“

Asistovala Vám na místě i posádka PČR?

„Ano, bylo to nezbytné. Bez nich by tento výjezd asi nedopadl hezky.“

Byly na pacientku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Ano, pacientka byla nejdříve spoutána policejní hlídkou pouty, následně přesunuta do vozu zdravotnické záchranné služby a přikurtována bezpečnostními pásy k nosítkům.“

11.1.3 Ošetřující lékař č. 1

Čím Vám tahle pacientka utkvěla v paměti?

„Svoji obhroublostí a neomaleností. Neustálým křikem a opakováním, že zde nemá co dělat, že chce okamžitě podepsat revers a opustit naši nemocnici.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacientky?

„Že se jedná o uřvanou, sebevědomou ženu, která neví, co činí. Není lehké ji usměrnit, ani cokoliv vysvětlit.“

Působila na Vás agresivně?

„Působila. Křičela, byla sprostá, ani hospodský ve čtvrté cenové kategorii by se neměl za co stydět.“

Přistupoval jste k ní stejně jako ke každé jiné pacientce?

„Jednoznačně stejně jako ke všem feťákům.“

Měl jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientkou?

„Ne, po mé dlouholeté praxi jsem na takové jednání zvyklý. Musím říct, že už mě jen tak něco z míry nevyvede.“

Byly na pacientku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Museli být použity. MBP, kam byla pacientka umístěna s velkými problémy i při spolupráci čtyř našich sanitářů. Následně byla aplikována intramuskulárně neklidová medikace.“

Vyvíjí se stav pacientky nějakým určitým směrem?

„Musím říci, že velmi pozitivně. Po odeznění působení všech psychoaktivních látek, které podle krevních testů pacientka užila před příjezdem do naší nemocnice, se začal stav pacientky velmi zlepšovat. Nyní je v projevu slušná, bez auto či heteroagrese a dodržuje chod oddělení. V nejbližší době bychom chtěli pacientku přeložit na klidnější oddělení.“

Jaká terapie je u pacientky během pobytu v PNvD volena?

„Nucená abstinence, ta je u takovýchto pacientů nezbytná a musí být přísně dodržována, dále pacientka užívá dle mojí ordinace psychofarmaka pod dohledem ošetřujícího personálu.“

11.1.4 Pacient č. 1

Jak dlouho jste již v PNvD?

„Přes 2 měsíce asi přibližně. Tady člověk nemá moc pojem o čase. Každý den je ve výsledku stejný.“

Od kolika let užíváte psychoaktivní látky?

„Úplně aktivně třeba od 18, ale jinak zkouška byla už ve 14, možná i dřív, už si to úplně nepamatuju.“

Jaké psychoaktivní látky jste doposud užila?

„Tak Pervitin, Marihuanu, Kokain a zkusila jsem jednou Heroin, ale to bylo fakt jen jednou s bývalým přítelem.“

Jakou látku jste užívala nejvíce a jak často?

„Nejdříve Marihuanu, docela jako za mlada, docela často a pak spíš Pervitin no. Ale tak Marihuana se ani nepočítá ne?“

Jaký byl prvotní důvod k užívání tvrdých drog?

„Zábava, fakt to byla sranda, můj přítel mi psal takový dopisy a já jsem v těch 14 letech nechápala, co to píše no a pak jsem mu řekla, ať mi to dá vyzkoušet, on nechtěl, nechtěl, no a pak mi to dal vyzkoušet a mně se zdálo, že mi vůbec nic není. No, a takže jako mi to přišlo zábavný.“

Považujete se za závislou na psychoaktivních látkách?

„Ne, spíš ne. Vůbec jako.“

Chcete se závislosti na psychoaktivních látkách zbavit?

„Nemám závislost, už jsem Vám to říkala. Kolem mě to bere skoro každý.“

Byly na Vás někdy použity omezovací prostředky.

„Několikrát mě zavřeli no, prali se se mnou, tam v té místnosti vzadu jsem byla taky nějaký čas, nechápu proč, nikomu jsem nic neudělala.“

Bral/bere někdo z Vaší rodiny psychoaktivní látky?

„Z rodiny myslím si, že ne. Já se s nima nebavím, oni mě nechtějí vidět, prej jsem feťáčka, ale to není vůbec pravda.“

Byla jste během svého života odsouzena nepodmíněně za jakýkoliv trestný čin?
Pokud ano, na jak dlouhou dobu?

„Zatím ne no. Teď teda má asi přijít nějaký dopis od soudu nebo co. Já nevím, nevím za co.“

11.2 Rozhovory, týkající se pacienta č. 2

11.2.1 Operátor ZOS č. 2

Čím Vám tahle pacientka utkvěla v paměti?

„Pořád jenom mluvila, pořád dokola, absolutně mě neposlouchala, nedala se zastavit. To, co říkala, ani nedávalo sebemenší smysl. Byl to ve výsledku jednostranný hovor.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacientky?

„Že rozhodně není střízlivá. S takhle rozjetou pacientkou jsem už dlouho nemluvil. Byla jako uragán, naprosto bez náhledu na okolní svět.“

Působila na Vás agresivně?

„Ano, velmi. Vyhrožovala ublížením svému okolí, svému přítelovi i sama sobě.“

Přistupoval jste k ní stejně jako ke každé jiné pacientce?

„Ano, snažil jsem se o to, ale běžný pacient, který si na linku 155 volá, má nějaký důvod, který mi sdělí a odpovídá na mé otázky. Tento hovor tak rozhodně neprobíhal.“

Měl jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientkou?

„Ne, naštěstí jsem nebyl v přímém kontaktu s pacientkou. To je jedna z výhod práce na zdravotnickém operačním středisku.“

Vyslal jste na místo i posádku PČR?

„Ano, v takovýchto případech je to má povinnost.“

11.2.2 Zdravotnický záchranář č. 2

Čím Vám tahle pacientka utkvěla v paměti?

„Svojí agresí a nemožností zastavit její slovní projev. Prakticky by si na místě vystačila dle jejího názoru sama.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacientky?

„Velice negativní. Neměl jsem po chvíli chuť se snažit na něco dotazovat, jelikož přišly vždy jen urážky a výhrůžky.“

Působila na Vás agresivně?

„Velmi, až neúměrně vzhledem k jejímu nízkému věku a vzhledovým rysům. Dokud nepromluvila, působila jako mladá, slušně vypadající žena.“

Přistupovala jste k ní stejně jako ke každé jiné pacientce?

„Musím uznat, že asi více s odstupem. Možná je to z mé strany neprofesionální, ale na druhou stranu je lehký odstup v takových případech dle mého názoru potřeba.“

Měla jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientkou?

„Ano, ale bez policie by byl strach daleko větší. Posádka policie byla velmi nápomocná, bez nich bychom pacientku asi ani z místa nedostali.“

Asistovala Vám na místě i posádka PČR?

„Ano, musela.“

Byly na pacientku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Ano, ze strany policie musely být použity donucovací manévry, posléze nasazeny pouta a nakonec byla pacientka připoutána v našem voze k záchranářským nosítkům.“

11.2.3 Ošetřující lékař č. 2

Čím Vám tahle pacientka utkvěla v paměti?

„Určitě mnohomluvností, byla nezastavitelná. Absolutně nereagovala na naše výzvy, dotazy či prosby. Tento stav trval vlastně několik dní po jejím přijetí do naší nemocnice.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacientky?

„Jak jí jenom zastavit, abychom ji mohli něco říct, ale stejně jsem věděl, že to je k ničemu. Dokud z jejího těla nevyprchaly všechny psychoaktivní látky, byla jakákoliv spolupráce prakticky nemožná.“

Působila na Vás agresivně?

„Na mě si nedovolila, ale na mladší sestřičky byla velice drzá, až agresivní. Naštěstí ji naši dva sanitáři velmi rychle usměrnili.“

Přistupoval jste k ní stejně jako ke každé jiné pacientce?

„Nemohl jsem, když mě ani nepustila ke slovu, každé pacientce se snažím vysvětlit chod oddělení, další postup a podobné věci. V tomto případě to ale nebylo možné.“

Měl jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientkou?

„Ne, mám kolem sebe dostatek schopných lidí, kteří zde na oddělení zajišťují pocit bezpečí při rozhovoru s jakoukoliv pacientkou.“

Byly na pacientku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Museli být použity. Pacientka byla uzavřena do MBP, kde strávila několik dní.“

Vyvíjí se stav pacientky nějakým určitým směrem?

„Zatím stagnuje, musíme věřit tomu, že se vyvine pozitivně. Jediné, co se trochu zlepšilo, je komunikace s ní, ale postupy jsou velice zdlouhavé. Myslím, že si u nás nějakou dobu pobyde.“

Jaká terapie je u pacientky během pobytu v PNvD volena?

„Nucená abstinence jako u ostatních závislých pacientek a symptomaticky podáváme, dle aktuálního stavu pacientky, psychofarmaka.“

11.2.4 Pacient č. 2

Jak dlouho jste již v PNvD?

„Jsem tu krátce a jsem tu od devátého, tudíž netuším přesný čas, umím to ale spočítat.“

Od kolika let užíváte psychoaktivní látky?

„Psychoaktivní látky, tím myslíte Kokain, Pervitin a tak? Drogy obecně jsem užívala poprvé ve 13 letech, byl to Pervitin.“

Jaké psychoaktivní látky jste doposud užívala?

„Docela vtipné, zkoušela jsem všechno možné, kromě houbiček a pár věcí, takže jsem zkoušela papírky, LSD, Marihuanu, Kokain, Pervitin, Emko.“

Jakou látku jste užívala nejvíce a jak často?

„Marihuanu a moc ráda, ale sama jsem si ji začala teď vysazovat a užívala jsem jí pouze před prací, abych neměla stres a před spánkem, abych měla klidný spánek. Sama jsem vysadila i Pervitin a Kokain, protože se chci pokusit o dítě, a tudíž vysazuji i Marihuanu.“

Jaký byl prvotní důvod k užívání tvrdých drog?

„Podali mi je kamarádi, byla to fakt sranda, bavilo mě to.“

Považujete se za závislou na psychoaktivních látkách?

„Ne, to teda určitě ne, já nejsem žádný feťák jako, nevím, co si o mně jako myslíte.“

Chcete se závislosti na psychoaktivních látkách zbavit?

„Nemám závislost, to říkám sakra.“

Byly na Vás někdy použity omezovací prostředky?

„Ano, místnost bezpečného pobytu zde v Dobřanech. Dále v Opořanech na psychiatrii, kde jsem prožila pubertu, kurty. Matka si mě nechtěla vzít na víkend domů, tak jsem řekla, že tam udělám bordel. Bordel jsem tam udělala, zkurtovali mě a dali do místnosti bezpečného pobytu.“

Bral/bere někdo z Vaší rodiny psychoaktivní látky?

„Ne, pokud ano, nevím o tom. V mé rodině se nepije a nekouří, jsem černá ovce rodiny. Teda takhle to vždycky říkala máma. Vůbec tomu nerozumí.“

Byla jste během svého života odsouzena nepodmíněně za jakýkoliv trestný čin?
Pokud ano, na jak dlouhou dobu?

„Ne. Pouze jsem ze srandy ukradla hodinky v HM prodejně, ale dostala jsem jen pokutu. To jsme tam byli taky s kámošema, to byl zážitek, takovej adrenalin.“

11.3 Rozhovory, týkající se pacienta č. 3

11.3.1 Operátor ZOS č. 3

Čím Vám tenhle pacient utkvěl v paměti?

„Vůbec nevěděl, co se děje, co se stalo, byl úplně mimo, ale upřímně řekl, že si zahulil trávu, tak to byla taková polehčující okolnost v tomto případě.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta?

„Že volá další blbec, kterej si zahulil. Asi je lehce kruté to tak říct, ale takové telefonáty jsou čím dál tím častější a člověk nemůže mít nekonečnou trpělivost.“

Působil na Vás agresivně?

„Ne, byl spíš zmatený, mimo realitu, zcela bez náhledu na okolní svět.“

Přistupovala jste k němu stejně jako ke každému jinému pacientovi?

„Ne, nepřistupovala. To ani nejde. Odpovědi ze strany takových pacientů nikdy nebudou plnohodnotné, nedají se brát ani stoprocentně vážně většinou.“

Měla jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem?

„Ne. V jeho hlase nebyla cítit agrese, sklony k násilí ani podobné věci.“

Vyslala jste na místo i posádku PČR?

„Ano. Byla to nutnost. To, že pacient nepůsobí agresivně teď, neznamená, že se nerozjede během pár minut. Sám přiznal, že je pod vlivem marihuany a už to může způsobit rychlé změny nálad.“

11.3.2 Zdravotnický záchranář č. 3

Čím Vám tenhle pacient utkvěl v paměti?

„Svým postojem a suverenitou. Na jednu stranu byl nebo se alespoň snažil být slušný, ale na druhou se neostýchal říct, že je přece v pohodě, že si zahulil a že co nám na tom jako vadí.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta?

„Smíšené. Jak už jsem řekl, pacient s námi jednal ve dvou rovinách, takže těžko říct, jaké pocity převažovaly“

Působil na Vás agresivně?

„Ani ne, ale stejně jsem byla ve střehu, u takových pacientů člověk nikdy neví, co se jim pohne v hlavě. Nálady se jim mění z vteřiny na vteřinu.“

Přistupovala jste k němu stejně jako ke každému jinému pacientovi?

„Ne, většinou se k pacientům s příznaky užití psychoaktivních látek nedá přistupovat stejně jako k ostatním pacientům.“

Měla jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem?

„Ne, pacient byl při příjezdu i během spolupráce s námi bez agrese. Ale hlídala jsem si odstup, kdyby se situace změnila.“

Asistovala Vám na místě i posádka PČR?

„Ano, i když pacient nebyl agresivní, je spolupráce s posádkou policie na místě nutná, pro všechny případy.“

Byly na pacienta použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Ne, naštěstí se dalo vše vyřešit domluvou a pacient se nechal vcelku ochotně transportovat do nemocnice. Ale stále si stál za faktem, že není problém v tom, že užil marihuanu.“

11.3.3 Ošetřující lékař č. 3

Čím Vám tenhle pacient utkvěl v paměti?

„Kvůli chronické závislosti na pervitinu. Takových pacientů tu máme spoustu. Tenhle pacient do toho navíc užíval vcelku často marihuanu a další tvrdé drogy, takže byly abstinenční příznaky o to intenzivnější.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta?

„Před 2 lety při nástupu byl vcelku problémový pacient, jakmile nastoupily abstinenční příznaky. Často měl konflikty at' již s ostatními pacienty na oddělení nebo s ošetřujícím personálem, teď již abstinuje, ale propuštění v dohledné době určitě nedostane.“

Působil na Vás agresivně?

„Na začátku ano, bylo to s ním celkem dlouhou dobu opravdu těžké, nyní působí občas podrážděně, ale stoprocentně se jeho stavy zlepšily díky delší abstinenci.“

Přistupoval jste k němu stejně jako ke každému jinému pacientovi?

„Jako ke každému jinému pacientovi tady na oddělení ano. Není to práce jako s pacienty bez závislosti. Tady platí jiná pravidla a jiné postupy.“

Měl jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem?

„Ne, po těch letech k tomu nemám důvod. Vyskakuje si tu na nás každý druhý, takže už jsme asi všichni zvyklí na takové situace.“

Byly na pacienta použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„V poslední době již ne, ale první půl rok v pobytu bylo velmi časté jeho umístování do MBP na oddělení 13, tady v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, často bylo nutné i užití kurtů a neklidové medikace.“

Vyvíjí se stav pacienta nějakým určitým směrem?

„Určitě pozitivně, ale je to z důvodu delší abstinence. Myslím si, že pokud bude jednoho dne propuštěn, vrátí se zpět k aktivnímu užívání tvrdých drog a naše práce přijde vniveč.“

Jaká terapie je u pacienta během pobytu v PNvD volena?

„Pacient užívá psychofarmaka dle mé ordinace, nyní konkrétně Afluditen, tabletu třikrát denně. Užívání antipsychotik byla i podmínka udělená soudem. A samozřejmě přísná abstinence, bez té by to nešlo.“

11.3.4 Pacient č. 3

Jak dlouho jste již v PNvD?

„Asi 2 roky, nevím, proč mě tu furt drží, já jsem nic neudělal.“

Od kolika let užíváte psychoaktivní látky?

„Tak od 13, nebo od 12, nevím, dyť je to jedno, tady jsou všichni takoví.“

Jaké psychoaktivní látky jste doposud užil?

„Houby, trip, perník, trávu, kokain, extázi, možná ještě něco, už si to nepamatuju.“

Jakou látku jste užíval nejvíce a jak často?

„Trávu a perník asi, to jsem bral každý den, několikrát, bavilo mi to, tady je to strašný bez toho, už abych byl pryč.“

Jaký byl prvotní důvod k užívání tvrdých drog?

„Tak zajímalo mě to, všichni kolem to brali, kámoši v partě mě začali brát na párty a tam to byla velká jízda. Zkoušeli jste všechno možný, to bylo dobrý.“

Považujete se za závislého na psychoaktivních látkách?

„Asi jako jo, ale jsem za to rád, mě to baví, nepřijde mi to špatný, je to úplně normální, nevím, proč bych měl přestat.“

Chcete se závislosti na psychoaktivních látkách zbavit?

„Teď jsem se jí zbavil. Nebo teda nezabavil, ale mám jí pod kontrolou. Ale jakmile budu venku, tak začnu zas, už se na to těším.“

Byly na Vás někdy použity omezovací prostředky.

„Jako co to je? Nevím, pouta mi furt dávali policajti, tady mi přivazovali ruce a nohy k posteli, i když jsem podle mě nic neudělal, jen jsem dal přes držku nějakému debilovi tady, když mě provokoval. A do té malý místnosti na třináctce mě zavírali.“

Bral/bere někdo z Vaší rodiny psychoaktivní látky?

„Asi ne, oni si všichni hrajou na takový svatoušky, přitom absolutně neví, o jakéj požitek přichází. Každýmu bych to doporučil, ten pocit bez drogy je na nic.“

Byl jste během svého života odsouzen nepodmíněně za jakýkoliv trestný čin? Pokud ano, na jak dlouhou dobu?

„Jo, za nějaký čorky no, ale tak jako něco jíst musím a ty dávky jsou úplně o ničem, tak jsme sem tam něco ukradli.“

11.4 Rozhovory, týkající se pacienta č. 4

11.4.1 Operátor ZOS č. 4

Čím Vám tenhle pacient utkvěl v paměti?

„Svoji vulgárností, výhrůzkami, agresí, byl jak utržený ze řetězu, naprosto se nedal usměrnit při komunikaci.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta?

„Další ubožák, psychiatrický pacient, který má svoji psychiatrickou diagnózu jen proto, že fetuje.“

Působil na Vás agresivně?

„Působil, ano. Vždycky nemám dobrý pocit z toho, že musím k tak agresivnímu pacientovi vyslat své kolegy, ale bohužel to jinak nejde.“

Přistupovala jste k němu stejně jako ke každému jinému pacientovi?

„Ano, ale po pár otázkách jsem už tedy taky byla méně milá, jelikož se se mnou pacient bavil velmi vulgárně a útočně.“

Měla jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem?

„Neměla jsem strach, ale nebyl to pro mě komfortní rozhovor. Každopádně jsou takové rozhovory čím dál častější, takže si člověk postupně zvyká.“

Vyslala jste na místo i posádku PČR?

„Ano, v takovém případě je to nezbytné. Spolupráce s Policií České republiky je zejména v tyhle chvíle naprosto skvělá. Víím, že je pro naše kolegy v tu chvíli na místě zajištěna potřebná bezpečnost.“

11.4.2 Zdravotnický záchranář č. 4

Čím Vám tenhle pacient utkvěl v paměti?

„Řekl bych, že celkovou zmateností, vulgárností, agresí a útočností. Pacienta bylo nutné po pár vteřinách zpacifikovat hlídkou policie.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta?

„Že to bude velice náročné, bude potřeba vysoká dávka trpělivosti a v neposlední řadě zklidňující medikace, jelikož bez ní bychom asi pacienta ani nemohli transportovat do nemocnice.“

Působil na Vás agresivně?

„Ano, dlouho předtím jsem takového pacienta nevezl, tudíž jsem byl ze začátku lehce překvapen, s jakou agresí a jistotou k nám pacient přistupoval.“

Přistupoval jste k němu stejně jako ke každému jinému pacientovi?

„Tak snažil jsem se, ale každý jiný pacient na Vás nebude rvát vulgární urážky a plivat Vám do obličeje. Udržet profesionalitu je v těchhle chvílích vážně těžké.“

Měl jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem?

„Ne, neměl. Byla s námi na místě od začátku hlídka policie a vždycky víím, že kluci udělají maximum pro to, aby se na místě zásahu nikomu nic nestalo. Proto nás pak s takovými pacienty doprovází až přímo do nemocnice.“

Asistovala Vám na místě i posádka PČR?

„Ano, naštěstí ano.“

Byly na pacienta použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Zajisté, nejprve donucovací manévry ze strany policistů, poté připoutání k našemu záchrannářskému lůžku a po konzultaci s lékařem záchranné služby aplikována intramuskulárně neklidová medikace.“

11.4.3 Ošetřující lékař č. 4

Čím Vám tenhle pacient utkvěl v paměti?

„Zmateností a dezorientovaností, pohublostí, agresí, útočností a zároveň dramatičností projevu. Manipulace s ním nebyla vůbec jednoduchá i ve velkém počtu ošetřovatelů.“

Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta?

„Naprosto bez lítosti, může si za to jen a jen sám jako téměř každý závislý na tomto oddělení. Není mi jich líto, ani trošku.“

Působil na Vás agresivně?

„Na mě si nedovolil, ale na kolegy ošetřovatele agresivní projevy zkoušel, naštěstí bez úspěchu.“

Přistupoval jste k němu stejně jako ke každému jinému pacientovi?

„Ano, úplně stejně. Tady je to stále to stejné dokola a takových závislých vidím denně desítky.“

Měl jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem?

„Ne, nebojím se jich. Většinou zkouší vyhrožovat, ale není jim to nic platné. Z naší strany se přistoupí k umístění do místnosti bezpečného pobytu a zde zůstanou, dokud nejsou ochotni začít s námi spolupracovat.“

Byly použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

„Ano, umístění do MBP, které bylo během prvních pár měsíců často opakované a více než časté podávání neklidové medikace z důvodu agresivních projevů.“

Vyvíjí se stav pacienta nějakým určitým směrem?

„Pozitivně, až nečekaně pozitivně. Ale nic není trvalé, musíme být připraveni na jakékoliv změny v chování takových pacientů.“

Jaká terapie je u pacienta během pobytu v PNvD volena?

„Nucená abstinence, velmi přísně hlídaná a pod dohledem ošetřujícího personálu podávání psychofarmak, u kterých se postupem času pokoušíme snižovat dávkování.“

11.4.4 Pacient č. 4

Jak dlouho jste již v PNvD?

„Od konce ledna asi, nebo února, něco takovýho, si to moc nepamatuju už.“

Od kolika let užíváte psychoaktivní látky?

„Já nevím, když jsem byl mladej, asi třeba v pubertě, ve čtrnácti tak no. Už je to dlouho prostě.“

Jaké psychoaktivní látky jste doposud užil?

„Jenom Mariánu a Perník občas no, to nic není, každěj druhej bere. Děláte, jako kdyby jste nikdy nic nezkusila, tak jako všichni tady si na to hrajou.“

Jakou látku jste užíval nejvíce a jak často?

„No Perník no, Mariánku skoro pořád, ale to není droga, že jo. Tu už jsme s bráchou hulili tak v jedenácti doma.“

Jaký byl prvotní důvod k užívání tvrdých drog?

„Já nevím, tak parta no, zábava, na párty to bez toho nejde, byli jsme pak vždycky za velký frajery. To byly lepší časy než tady.“

Považujete se za závislého na psychoaktivních látkách?

„Ne, ani náhodou. To mám naprosto pod kontrolou. Kdybych chtěl, tak kdykoliv přestanu, dyť tady nic neberu. Ale teda venku přestat nechci, dost mi to chybí.“

Chcete se závislosti na psychoaktivních látkách zbavit?

„No jasně, chci, nebudu už nikdy brát. Ne, kecám, já jsem takhle spokojenej, to jen vy nás chcete furt léčit, ale není co, my nejsme nemocný, my si jen užíváme života.“

Byly na Vás někdy použity omezovací prostředky?

„No furt se někdo se mnou pere. Ne já nevím, co? Asi ne. Provazama nějakýma mi tu přivazovaly ruce a nohy, to jsem byl fakt vytočenej, chtěl jsem je zabít.“

Bral/bere někdo z Vaší rodiny psychoaktivní látky?

„Nevím, oni mi to neříkaj, já s nima doma nefetuju. Akorát s bráchou no, to je dobrej parták na to, vždycky něco přinese a dáme si spolu.“

Byl jste během svého života odsouzen nepodmíněně za jakýkoliv trestný čin? Pokud ano, na jak dlouhou dobu?

„Jo, asi 2011, nic jsem neudělal ale. Prostě jsme občas kradli nebo se s někým porvali, ale tak nemá se nám plést do cesty, zasloužil si to.“

12 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výsledky ze získaných rozhovorů jsme rozdělili do čtyř větších kapitol. Pro lepší přehlednost nerozdělujeme kapitoly dle pacientů a rozhovorů, týkajících se jen jejich případu, ale dle tázaných respondentů, kteří tvořili řetězec poskytované péče od PNP po PNvD. Tudíž první definovanou skupinou je skupina operátorů ZOS, kteří přijímali tísňové volání. Druhá skupina se zabývá zdravotnickými záchranáři, zasahujícími přímo na místě události. Třetí skupina jsou ošetřující lékaři, kteří se nyní o naše zkoumané pacienty starají v PNvD. A v poslední části sledujeme výsledky odpovědí přímo pacientů, závislých na psychoaktivních látkách.

Tabulka č. 1: Výsledky rozhovorů s operátory ZOS

	Operátor 1	Operátor 2	Operátor 3	Operátor 4
Působil/a pacient/ka agresivně?	ano	ano	ne	ano
Přístup stejný jako ke každé/mu jiné/mu pacientce/ovi?	spíše ne	spíše ne	ne	spíše ano
Vyslání PČR na místo zásahu?	ano	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1 popisuje výběr otázek, směřovaných na operátory ZOS, kteří přijímali tísňové volání od sledovaných pacientů. Data v této tabulce ukazují, že 75% operátorů uvedli pociťovanou agresi ze strany pacientů během hovoru. Většina z nich proto nedokázala udržet stejný přístup jako k jiným pacientům. Všichni 4 operátoři byli nuceni na místo události vyslat společně s výjezdovou skupinou ZZS i prostředky PČR.

Tabulka č. 2: Výsledky rozhovorů se zdravotnickými záchranáři

	Záchranář 1	Záchranář 2	Záchranář 3	Záchranář 4
Působil/a pacient/ka agresivně?	ano	ano	ne	ano
Přístup stejný jako ke každé/mu jinému pacientce/ovi?	spíše ne	spíše ne	ne	spíše ne
Použití omezovacích prostředků u pacientky? Jakých?	ano, pouta a bezp. pásy	ano, pouta a bezp. pásy	ne	ano, pouta a bezp. pásy

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2 popisuje výběr otázek, směřovaných na zdravotnické záchranáře, kteří byli vysláni na místo zásahu. Z tabulky je patrné, že 75% pacientů působili na zdravotnické záchranáře během zásahu agresivně, a tak ani jeden z dotazovaných záchranářů nebyl schopen stejného přístupu k pacientovi pod vlivem psychoaktivních látek, který užívá během zásahu s neintoxikovanými pacienty. Dále uvádí 75% záchranářů nutnost použití bezpečnostních pásů ke znehybnění pacienta/ky a ze strany prostředků PČR užití pout.

Tabulka č. 3: Výsledky rozhovorů s ošetřujícími lékaři

	Lékař 1	Lékař 2	Lékař 3	Lékař 4
Působil/a pacient/ka agresivně?	ano	ano	ano	ano
Přístup stejný jako ke každé/mu jiné/mu pacientce/ovi?	ano	ne	ano	ano
Použití omezovacích prostředků u pacienta/ky? Jakých?	ano, MBP	ano, MBP	ano, MBP, kurtovací pásy	ano, MBP
Vývoj stavu u pacienta/ky?	pozitivní	stagnující	pozitivní	pozitivní
Terapie volená u pacienta/ky?	abstinence + užívání psychofarmak	abstinence + užívání psychofarmak	abstinence + užívání psychofarmak	abstinence + užívání psychofarmak

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3 popisuje výběr otázek, směřovaných na ošetřující lékaře z PNvD, kteří nyní léčí sledované pacienty. Data v této tabulce dokazují přítomnost vnímané agrese ze strany pacienta u všech 4 ošetřujících lékařů, přičemž 3 z nich zachovali stejný přístup jako k neintoxikovanému pacientovi. Ve všech případech uvádí lékaři nutnost užití MBP a jeden z nich dokonce použití kurtovacích pásů. Mimo jiné tabulka dokazuje i fakt, že ve většině případů je vývoj u pacientů v PNvD pozitivní. Volená terapie se v odpovědích ošetřujících lékařů shoduje – abstinence a užívání psychofarmak.

Tabulka č. 4: Výsledky rozhovorů s pacienty

	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4
Od kolika let užívá psychoaktivní látky?	od 14	od 13	od 12	od 14
Jaké psychoaktivní látky užíval/užívala?	Pervitin, Marihuanu, Kokain, Heroin	LSD, Marihuanu, Kokain, Pervitin, MDA	Houby, LSD, Pervitin, Marihuanu, Kokain, Extázi	Pervitin, Marihuanu
Prvotní důvod k užívání drog?	zábava	zábava, kamarádi	zábava, zvědavost, kamarádi	zábava, kamarádi
Považuje se za závislého/ou na psychoaktivních látkách?	ne	ne	ano	ne
Odsouzení nepodmíněně za trestný čin?	ne	ne	ano	ano

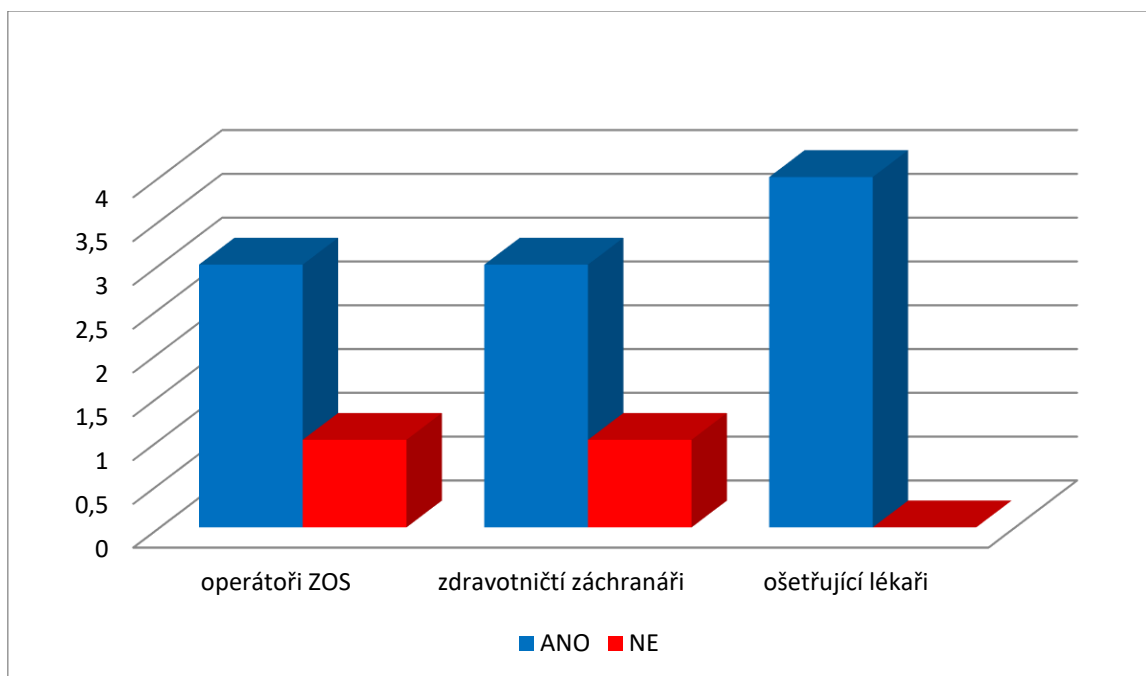
Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 popisuje výběr otázek, směřovaných již přímo na pacienty závislé na psychoaktivních látkách. Z této tabulky vyplývá užívání návykových látek u dotazovaných pacientů/ek již ve velmi útlém věku. Průměrný věk prvního užití zde lehce převyšuje dovršení třináctého roku života pacientů. Přičemž prvotním důvodem k užívání návykových látek bývá zábava a kamarádi. Nejvíce dle našich dat vyhledávají uživatelé psychoaktivních látek Marihuanu a Pervitin. Zajímavým faktem, vyplývajícím z dat uvedených v tabulce č. 4 je, že si 75% pacientů nepřipadají závislí na psychoaktivních látkách. A přesně 50% dotazovaných bylo již nepodmíněně odsouzeno za trestný čin.

Otázka č. 1: Působil/a na Vás pacient/ka agresivně?

U jednotlivých respondentů se dá předpokládat, že se agresivně chovat budou, jelikož mezi negativní účinky většiny psychoaktivních látek patří právě agrese. Výsledky výzkumu popisuje graf č. 1.

Graf č. 1: Agresivita



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 1 jsme zkoumali, zda působil pacient na operátory ZOS, zdravotnické záchranáře a ošetřující lékaře v PNvD při komunikaci agresivně. Z 12 respondentů (100%) odpovědělo 10 respondentů (83,34%), že na ně pacient při komunikaci působil agresivně a pouze 2 respondenti (16,66%) uvedli, že na ně pacient agresivně nepůsobil.

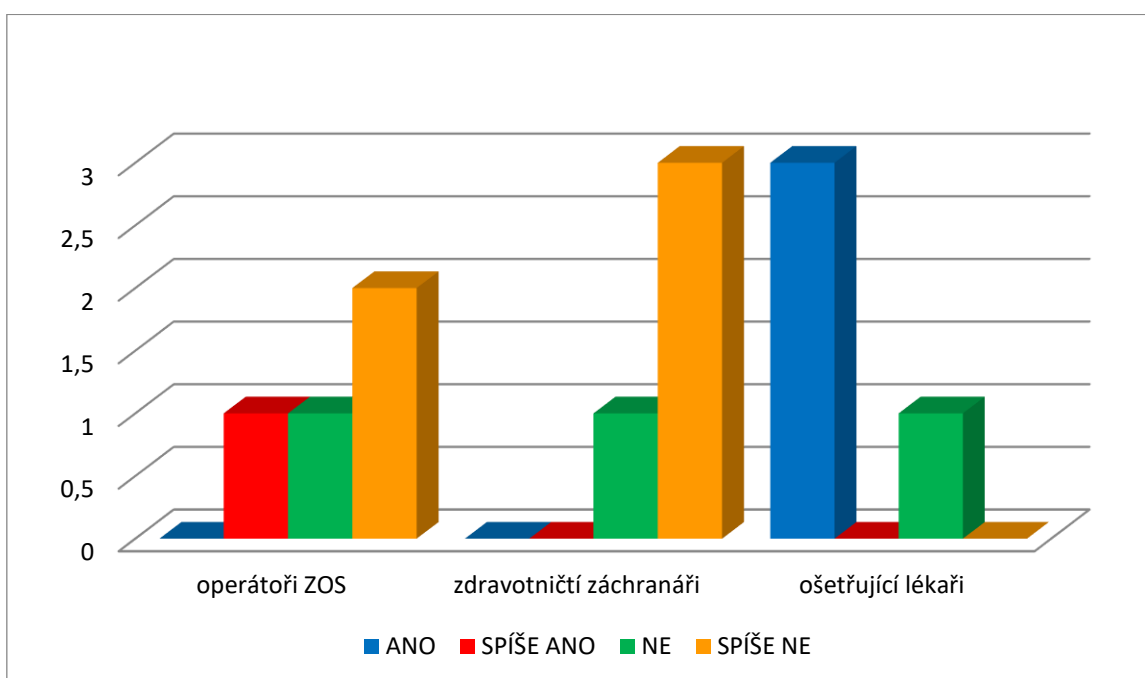
Z výše uvedených 10 respondentů, kteří u pacienta agresivitu potvrdili, byli 3 operátoři ZOS (25%), 3 zdravotničtí záchranáři (25%) a 4 ošetřující lékaři (33,34%). Pouze jeden operátor ZOS (8,33%) a 1 zdravotnický záchranář (8,33%) uvedli spolupráci s pacientem bez agrese, tyto 2 odpovědi se týkaly stejného pacienta – pacienta č. 4.

Otázka č.2: *Přístupoval jste k ní/němu stejně jako ke každé/mu jiné/mu pacientce/ovi?*

Předpokládáme, že ne vždy budou užívat přístup stejný ke všem pacientům. Zde, v případě pacientů pod vlivem psychoaktivních látek, je většinou téměř nemožné využít stejný přístup jako u ostatních pacientů, z důvodu pacientovi agrese, suverénnosti, nechuti ke konverzaci a pohrdání zdravotnickými pracovníky.

Výjimku by měli tvořit lékaři, pracující v PNvD. Ti jsou zpravidla na intoxikované pacienty a jejich chování zvyklí, jelikož s touto skupinou pacientů pracují dennodenně. Výsledky výzkumu popisuje graf č. 2.

Graf č. 2: Přístup k pacientovi/ce



Zdroj vlastní

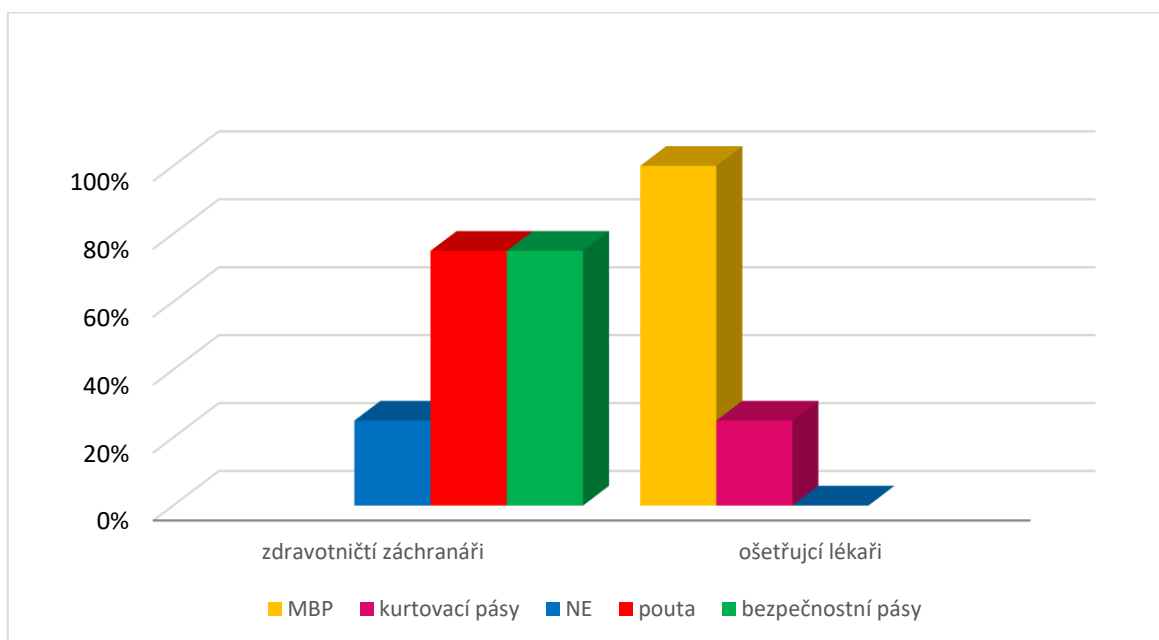
V otázce číslo 2 jsme zkoumali, zda použili operátoři ZOS, zdravotničtí záchranáři a ošetřující lékaři v PNvD při komunikaci s pacientem stejný přístup jako používají k ostatním pacientům. Z 12 respondentů (100%) odpověděli 3 respondenti (24,99%), že použili k pacientům stejný přístup jako k ostatním pacientům. Všichni 3 respondenti byli ošetřující lékaři z PNvD. Pouze 1 respondent (8,33%) odpověděl, že spíše přístupoval k pacientovi stejně jako k ostatním pacientům, byl to operátor ZOS. Další 3 respondenti (24,99%) uvedli, že nepoužili stejný přístup jako k ostatním pacientům. Jeden z nich byl operátor ZOS, další zdravotnický záchranář a jeden ošetřující lékař v PNvD. A zbývající

2 respondenti (16,66%) odpověděli, že spíše nepoužili stejný přístup k pacientovi, jako u ostatních pacientů. Jeden z nich byl operátor ZOS a druhý zdravotnický záchranář.

Otázka č.3: *Byly na pacienta/ku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?*

U jednotlivých respondentů se dá předpokládat, že odpověď na otázku, týkající se použití omezovacích prostředků, bude ano, jelikož tuto skupinu pacientů ve většině případů není možné usměrnit slovním projevem, a tak je přistoupeno k užití právě omezovacích prostředků. Ať jsou to již pouta použita hlídkou PČR spolupracující na místě s výjezdovou skupinou ZZS, připoutání pacienta k záchranářským nosítkům nebo umístění pacienta do MBP přímo v psychiatrické nemocnici, či v indikovaných případech využití kurtovacích pásů. Vyhodnocení otázky č. 3 poskytuje graf č. 3.

Graf č. 3: Omezovací prostředky



Zdroj: vlastní

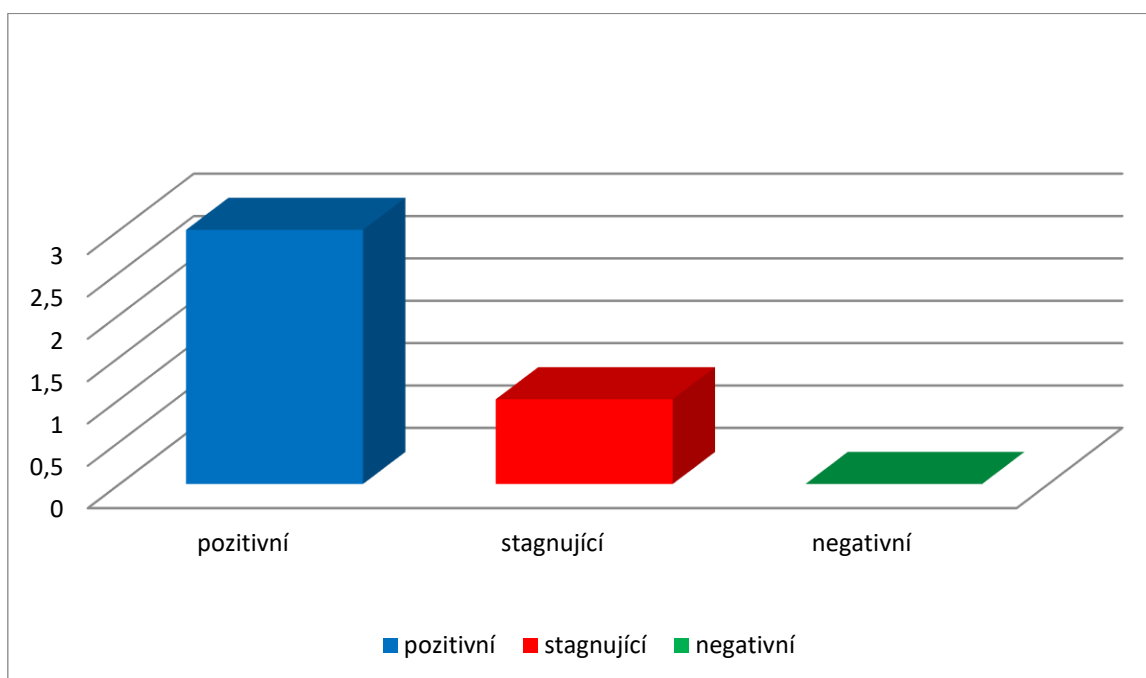
V otázce číslo 3 jsme zkoumali, zda byly na pacienty/ky použity omezovací prostředky, ať již ze strany zdravotnických záchranářů či posléze ošetřujícími lékaři v PNvD. Z 12 respondentů (100%) odpovědělo 11 respondentů (91,63%), že byli nuceni použít u pacienta/ky omezovací prostředky. Jen 1 zdravotnický záchranář se při poskytování PNP vyhnul užití omezovacích prostředků. Při práci zdravotnických

záchranářů je možnost využít bezpečnostní pásy na záchranářských nosítkách, které zamezí pacientovi v jakémkoli pohybu a při spolupráci s hlídkou PČR nasadit pacientovi pouta. U 3 ze 4 záchranářů (75%) byla použita jak pouta, tak bezpečnostní pásy. Při práci s pacientem v PNvD jsou již možnosti více přizpůsobeny práci s takovýmto typem pacientů. Zdravotníci zde mohou využít umístění pacienta do MBP a případně využít kurtovací pásy, které zamezí pohybu pacienta. Všichni 4 ošetřující lékaři využili umístění pacienta do MBP a 1 z nich (25%) byl nucen využít i kurtovacích pásů.

Otázka č. 4: *Vyvíjí se stav pacienta/ky nějakým určitým směrem?*

Předpokládáme, že odpověď na otázku, zda se vyvíjí stav pacientů/ek určitým směrem, bude spíše negativní, jelikož většina z těchto pacientů si v první řadě nechce svoji závislost na psychoaktivních látkách přiznat, nebo si ji přizná, ale nechce se jí zbavit. Obecný názor pacientů je, že jsou s užíváním psychoaktivních látek spokojeni a bez nich nedává jejich život smysl. Otázka číslo 4 byla směřována pouze k ošetřujícím lékařům v PNvD, jelikož ti mají dlouhou profesní praxi s tímto typem psychického onemocnění. Výsledky výzkumu popisuje graf č. 4.

Graf č. 4: Vývoj stavu pacienta/ky



Zdroj: vlastní

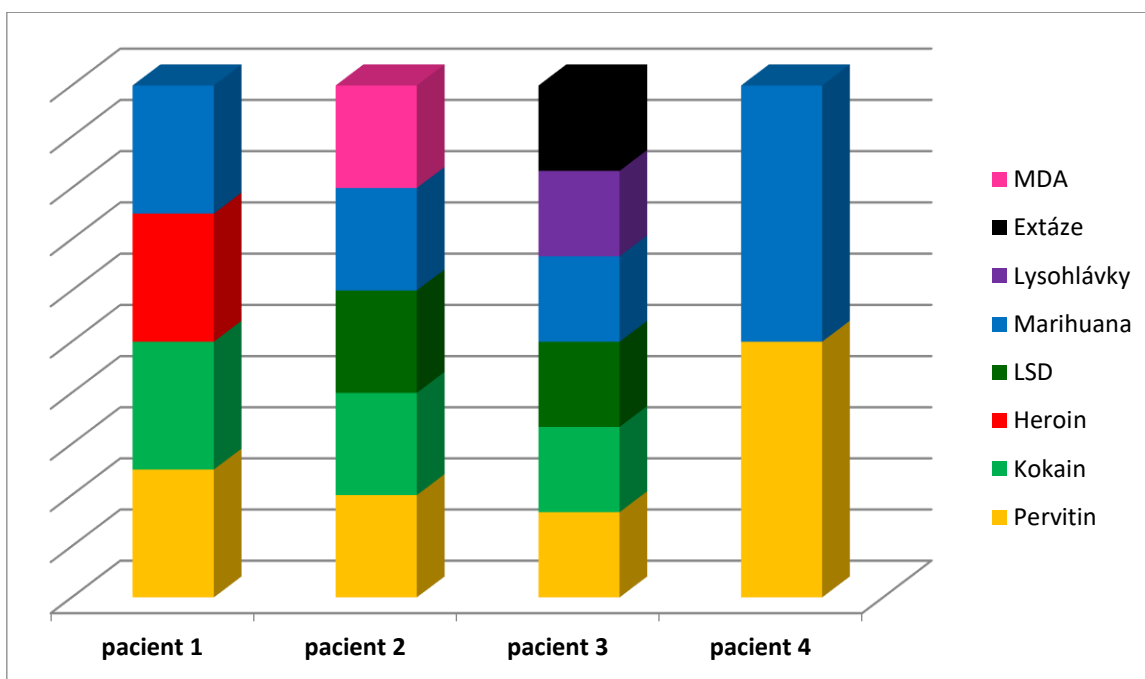
V otázce číslo 4 jsme zkoumali, jaký je dlouhodobější vývoj stavu pacientů/ek z pohledu jejich ošetřujících lékařů v PNvD. Ze 4 ošetřujících lékařů (100%) odpověděli 3 (75%), že se stav jejich pacientů/ek vyvíjí pozitivním směrem. Pacienti/ky dodržují chod oddělení, na kterém jsou umístěni a spolupracují s ošetřujícími lékaři dobře. Pouze jeden ošetřující lékař (25%) uvedl, že je prozatím stav pacientky stagnující a nedá se nyní určit, zda se bude vyvíjet do budoucna pozitivně či negativně.

Otázka č. 5: Jaké psychoaktivní látky jste doposud užil/a?

U jednotlivých respondentů se dá předpokládat, že v odpovědi na otázku, jaké psychoaktivní látky doposud užíval/a, bude výčet více psychoaktivních látek. Většinou závislých na psychoaktivních látkách nedostačuje užívání jedné látky. Naopak postupem času při pravidelném, opakovaném užívání se účinek většiny psychoaktivních látek snižuje a závislí je tak nucen zvyšovat množství návykové látky či přejít na silnější (tvrdší) psychoaktivní látku. Od respondentů máme potvrzeno, že většina závislých začíná užíváním marihuany, ale postupem času přechází například na Kokain, Pervitin a někdy i k psychoaktivním látkám, které se aplikují nitrožilně. Tento postup volil například pacient č. 1.

Otázka č. 5 byla směřována pouze na zkoumané pacienty a výsledky výzkumu popisuje graf č. 5.

Graf č. 5: Psychoaktivní látky



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 5 jsme zkoumali, jaké psychoaktivní látky užili tázaní pacienti do doby uskutečnění našich rozhovorů s nimi. Všichni 4 pacienti (100%) přiznali užívání Pervitinu a Marihuany. 3 (75%) ze 4 pacientů (100%) sdělili užívání Kokainu. LSD užívalo 50% pacientů. U zbývajících psychoaktivních látek (MDA, Extáze, Lysohlávky,

Heroin) uvedl užívání vždy 1 pacient (25%), přičemž pacient č. 3 uvedl užívání Extáze i Lysohlávek.

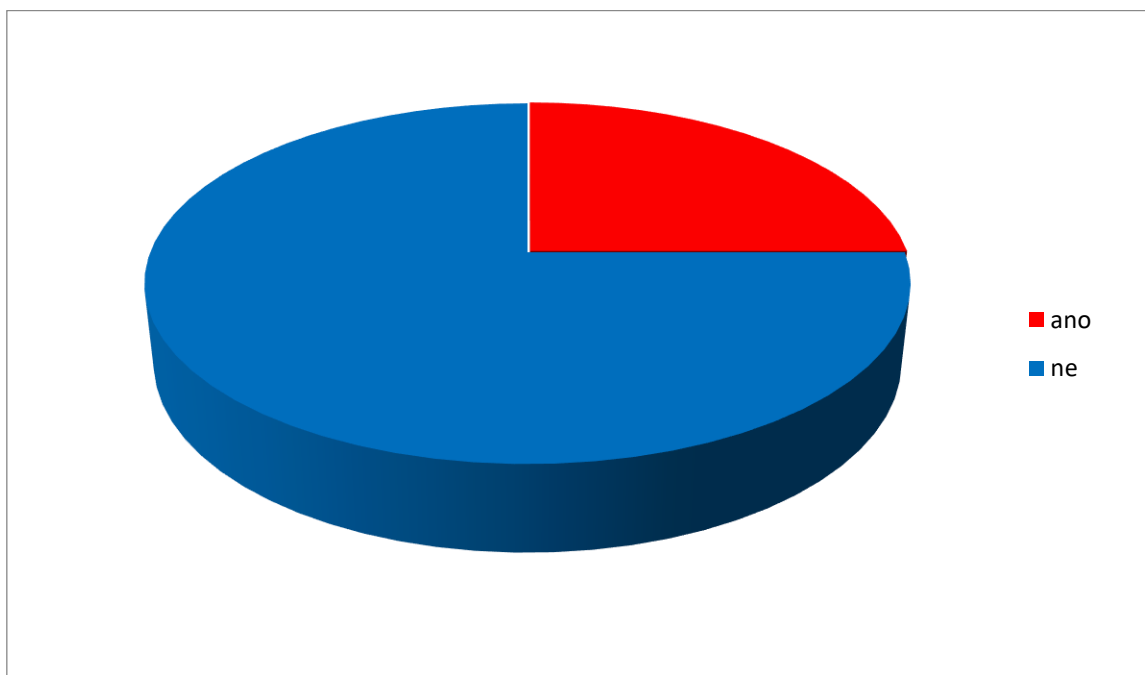
Dle našeho zkoumání užil doposud nejvíce druhů psychoaktivních látek pacient č. 3, přesně 6 druhů a nejméně druhů užíval pacient č. 4, pouze 2 druhy psychoaktivních látek, ale o to intenzivněji.

Otázka č. 6: *Považujete se za závislého na psychoaktivních látkách?*

U každého z pacientů se dá předpokládat, že odpověď, zda si připadají závislí na psychoaktivních látkách, bude ano, jelikož velmi pravděpodobně každý z nich již zažil abstinční symptomy při nemožnosti užití dané psychoaktivní látky, ať již při nedostatku finančních prostředků, umístění do psychiatrické nemocnice nebo z jakýchkoliv jiných důvodů.

Otázka č. 6 byla směřována pouze na zkoumané pacienty a výsledky výzkumu popisuje graf č. 6.

Graf č. 6: Závislost na psychoaktivních látkách



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 6 jsme zkoumali, zda si pacienti připadají závislí na psychoaktivních látkách. Přesně 75% respondentů uvedlo, že si závislí nepřipadají. Pouze 1 respondent (25%) si svoji závislost přiznává.

13 DISKUZE

Tato bakalářská práce na téma „Problematika osob závislých na psychoaktivních látkách v přednemocniční neodkladné péči“ je z mého pohledu důležitá hlavně z hlediska upozornění na tak závažný problém, jako jsou návykové látky v dnešní společnosti ve vztahu k PNP.

Mé tvrzení potvrzuje autorka Chomynová (2021) spolu s dalšími autory v souhrnné zprávě o závislostech v ČR v roce 2021. Zde uvádí, že přibližně 44 000 lidí užívá nelegální návykové látky rizikově. Přičemž asi 33 000 z nich vyhledává nejčastěji Pervitin a zbylých 11 000 upřednostňuje opioidy. Dále uvádí, že se toto číslo za posledních 10 let zvýšilo až o jednu čtvrtinu.

Ve výzkumném šetření byly prováděny 4 typy polostrukturovaných rozhovorů. Buď s operátorem ZOS, se zdravotnickým záchranářem ZZS Pk, s ošetřujícím lékařem z PNvD nebo se samotným pacientem, závislým na psychoaktivních látkách. Spolupráce se všemi oslovenými respondenty probíhala v pořádku a díky tomu mohla být získaná data dále zpracována. Rozhovory byly tvořeny 6 - 10 otázkami, přičemž některé z otázek byly otevřeného typu a u některých postačovala odpověď „ano“ či „ne“. Odpovědi byly zapsány a zpracovány pomocí textového procesoru Microsoft Office Word a tabulkového procesoru Microsoft Excel do tabulek a grafů.

Hlavní cíl práce ve znění: „Prostudovat problematiku závislosti na psychoaktivních látkách pomocí odborné literatury a rozhovorů se zdravotnickými pracovníky“ byl díky teoretické části a výzkumu bakalářské práce splněn.

První zvolený cíl „Zjistit, která psychoaktivní látka bývá mezi pacienty v České republice nejvíce užívána“ měl za úkol prověřit, jaké psychoaktivní látky jsou v České republice závislými pacienty nejčastěji užívány. Tento cíl se podařilo splnit díky třetí otázce v rozhovoru směřovaném na samotné pacienty. Odpovědi našich čtyř pacientů byly celkem různorodé, avšak všichni čtyři pacienti nám shodně odpověděli, že užívají Pervitin a Marihuanu. Můžeme předpokládat, že důvodem je nejvyšší dostupnost těchto dvou návykových látek a také celkem přijatelná cena. Další nejčastěji užívanou drogou, kterou uvedli 3 ze 4 dotazovaných pacientů, je Kokain. Oproti tomu méně často vyhledávanými návykovými látkami je MDA, Extáze, Lysohlávky, LSD a Heroin. Díky těmto získaným údajům se potvrzuje náš první předpoklad, který zněl: „*Předpokládáme, že nejčastěji*

užívanou psychoaktivní látkou bude Pervitin.“. Tento fakt nám však vyvrací studie zveřejněná v tiskové zprávě národního koordinátora pro protidrogovou politiku (2022) s názvem „Prevalence užívání drog v populaci ČR“, která osloví každý rok 1000-2000 respondentů ve věku mezi 15-64 lety, přičemž během studie v roce 2022 shodně s naším výzkumným šetřením vyšla jako nejčastěji užívaná návyková látka Marihuana (21-34% dotazovaných), avšak Pervitin skončil až na 4. místě (uvedla pouze 2-3 % dotazovaných) po Extázi a halucinogenních houbách. Tato studie byla provedena také v roce 2018, kdy bylo osloveno 2030 respondentů, z čehož 29,7 % uvedlo užívání psychoaktivních látek. Přičemž 26,2 % z oněch 29,7 % uživatelů uvedlo užívání konopných návykových látek, Pervitin skončil opět až na 4. místě (2% uživatelů) za Extází a halucinogenními houbami.

Druhým stanoveným cílem bylo: *„Zjistit, jaký mají zdravotničtí pracovníci přístup k pacientům, kteří jsou pod vlivem psychoaktivních látek.“* Tímto cílem se zabývala vždy čtvrtá otázka v rozhovorech jak s operátory ZOS, zdravotnickými záchranáři, tak i ošetřujícími lékaři z PNvD, znějící: *„Přístupoval/a jste k němu/ni stejně jako ke každé/mu jiné/mu pacientce/ovi?“*

První sledovanou skupinou byli operátoři ZOS, kteří odpověděli povětšinou odlišně. První a druhý operátor odpověděli shodně, že jejich přístup spíše nebyl stejný jako k ostatním pacientům. Třetí operátor se přiznal k naprosto odlišnému přístupu k takovýmto pacientům a čtvrtý operátor odpověděl, že se spíše snaží přistupovat k takovému typu pacientů stejně jako k ostatním. Dle mého názoru je tento povětšinou odlišný přístup k pacientům pod vlivem psychoaktivních látek způsoben hlavně tím, že pacienti tohoto typu bývají po telefonu velmi arogantní, suverénní, nekritičtí a agresivní. Operátor nemá moc možností, jak s pacientem pracovat, když nemá k dispozici variantu osobního kontaktu.

Další skupinou respondentů, na které byla tato otázka směřována, je skupina zdravotnických záchranářů, kteří s pacienty pracovali přímo na místě vzniku události. V tomto případě nebyla ani jedna odpověď, stahující se na přístup k pacientovi, pozitivně laděná. Všichni 4 dotazovaní zdravotničtí záchranáři uvedli, že jejich přístup k pacientům pod vlivem návykových látek se spíše nepodobá přístupu k ostatním pacientům. Jeden zdravotnický záchranář dokonce uvedl naprosto odlišný přístup. U této skupiny jsou dle mého názoru klíčové velice negativní zkušenosti, které má bohužel v dnešní době

většina zdravotnických záchranářů s pacienty pod vlivem psychoaktivních látek. Velké procento těchto výjezdů totiž, jak i z následujícího výzkumného šetření vyplývá, končí mechanickým usměrňováním pacienta, nutností spolupráce s Policií ČR a intramuskulární aplikací neklidové medikace, mezi kterou patří například Benzodiazepin nebo Haloperidol.

Třetí a poslední dotazovanou skupinou na přístup k pacientovi pod vlivem návykových látek byli ošetřující lékaři takovýchto pacientů z PNvD. Odpovědi v jejich případech byly charakteru pozitivnějšího rázu než u předešlých dvou skupin. Důvodem dle mého názoru jsou dlouholeté zkušenosti s prací s pacienty přesně tohoto typu. Lékaři často shodně uvádějí, že jsou již na chování a jednání pacientů závislých na psychoaktivních látkách zvyklí, a tak je již jen tak nějaký pacient svým přístupem nerozhodí. Proto je i přístup z jejich vlastní strany klidnější a vyrovnanější více než u zdravotnických pracovníků ZZS, kteří se přeci jen s tímto typem pacientů nesetkávají každý den. Vzhledem k těmto faktům jsou odpovědi ošetřujících lékařů v našem výzkumném šetření následující: 75% respondentů odpověděli, že přistupují k pacientovi pod vlivem i bez vlivu psychoaktivních látek naprosto shodným způsobem a pouze jeden ošetřující lékař uvedl, že k pacientům pod vlivem návykových látek přistupuje odlišně, avšak bylo to míněno ve vztahu ke spolupráci s konkrétní pacientkou, se kterou dle jeho slov nebyl klasický přístup možný z důvodu její nezastavitelnosti slovního projevu.

Na základě těchto odpovědí bychom mohli druhý předpoklad, jak potvrdit, tak vyvrátit. Dle odpovědí operátorů ZOS a zdravotnických záchranářů by byl předpoklad potvrzen. Naopak dle odpovědí ošetřujících lékařů z PNvD bychom mohli předpoklad vyvrátit.

Článek autorky Trefné (2012), která působí na mužském režimovém oddělení v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice, s názvem „*Přístup k závislému pacientovi*“ z roku 2012 hovoří o negativně vnímaném přístupu k závislým pacientům ze stran zdravotnického personálu. Všichni dotazovaní pacienti v článku hovoří o vnímání negativního přístupu zdravotnického personálu směrem k jejich osobám. Shodují se, že problém dle jejich názoru není v nedostatku empatie nebo nedostatečné ošetrovatelské péči, ale spíše v nejisté komunikaci a absenci dostatečné psychické podpory ze strany zdravotnického personálu.

Burda (2014) ve svém díle „*Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*“ popisuje, jak by měla správně vypadat komunikace a přístup k pacientovi s obecně duševní poruchou. Hovoří zde o nutnosti dostatečného množství zkušeností a znalostí ohledně dané problematiky, jelikož chování duševně nemocného pacienta je z velké části naprosto nepředvídatelné. Je také potřeba dostatečného pochopení vůči pacientovi. A mimo jiné nutnost vyvarování se hanlivým větám, které by mohly být z pohledu duševně nemocného pacienta pochopeny jako útok na jeho osobu.

Praško (2010) ve své knize „*Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*“ hovoří o profesionalitě a zachování klidu během konverzace s pacientem pod vlivem návykových látek. Mimo jiné se vyvarovat neadekvátní reakci pacienta pomocí zachování neutrality. Mimo jiné doporučuje pacienta nemoralizovat, neodsuzovat a spíše se snažit o motivaci jedince.

Třetím, a tedy i posledním cílem bylo: „*Zjistit, jaké omezovací prostředky proti agresivním pacientům bývají nejčastěji používány v přednemocničním prostředí a které v nemocničních zařízeních.*“ Tímto cílem se zabývaly otázky v rozhovorech se zdravotnickými záchranáři, ošetřujícími lékaři a na konec i otázky směřované na samotné pacienty.

První otázka, věnující se třetímu cíli, byla v pořadí sedmá otázka v rozhovoru směřovaném na zdravotnické záchranáře, ve znění: „*Byly na pacienta/ku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?*“. Odpovědi na tuto otázku celkem zřetelným způsobem dokazují, že omezovací prostředky hrají nedílnou součást při práci v terénu s pacienty pod vlivem návykových látek. Pacienti se v takových případech nechají často lehce vyprovokovat, nechtějí se zdravotnickými pracovníky spolupracovat, a tak jsou zdravotníci nuceni si na místo zásahu dovolat prostředky Policie ČR a společnými silami s použitím omezovacích prostředků pacienta fyzicky usměrnit. Celkem 75% dotazovaných záchranářů potvrdili nucené použití omezovacích prostředků během práce s pacienty, přičemž zvolili cestu fyzického omezení pacienta pomocí policejních pout a následně jeho přikurtování k záchranářským nosítkům pomocí bezpečnostních pásů. Pouze 1 ze 4 pacientů spolupracoval dostatečným způsobem natolik, aby na něj omezovací prostředky nemusely být použity. Odpovědi zdravotnických záchranářů tedy potvrzují náš třetí předpoklad ve znění: „*Předpokládáme, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem*

v terénu budou bezpečnostní pásy.“, přičemž ještě můžeme doplnit, že spolu s bezpečnostními pásy jsou v terénu hojně využívána pouta prostředků PČR.

Druhá otázka, věnující se třetímu cíli bakalářské práce, byla šestou otázkou v rozhovorech s ošetřujícími lékaři z Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Byla shodná s předchozí řešenou otázkou, tedy: „*Byly na pacienta/ku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?*“. Odpovědi ošetřujících lékařů opět potvrzují důležitost omezovacích prostředků během práce s takovými pacienty. Nyní s tím rozdílem, že nemluvíme o práci v terénu, ale již o nemocniční péči. Všichni čtyři dotazovaní ošetřující lékaři odpověděli na tuto otázku shodně. Tedy potvrdili nutnost použití omezovacích prostředků. V nemocniční péči má zdravotnický personál možnost umístění pacienta do místnosti bezpečného pobytu, dříve označovaných jako „terapeutická izolace“, které je využíváno v případě, kdy pacient svým chováním ohrožuje život nebo zdraví své či svého okolí. Pacient zde může být umístěn jen nezbytně nutnou dobu. Všichni čtyři pacienti, kteří byli součástí našeho výzkumného šetření, byli do této místnosti po přijetí do PNvD umístěni. Jeden z pacientů musel být během pobytu v MBP z důvodu své naprosté nepřičetnosti, nespolupráci a agresivitě, navíc přikurtován pomocí kurtovacích pásů. Shodné odpovědi ošetřujících lékařů však vyvrací zásadním způsobem náš čtvrtý předpoklad ve znění: „*Předpokládáme, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem budou v nemocničních zařízeních kurtovací pásy.*“, jelikož nejčastěji užívaným omezovacím prostředkem v nemocničních zařízeních je dle našeho výzkumného šetření místnost bezpečného pobytu.

Poslední otázka, věnující se třetímu cíli bakalářské práce, již spíše doplňuje odpovědi zdravotnických záchranářů a ošetřujících lékařů, protože je směřována přímo na naše pacienty. Osmá otázka v rozhovorech s pacienty zněla: „*Byly na Vás někdy použity omezovací prostředky?*“. Všichni čtyři pacienti shodně udávají použití omezovacích prostředků ze stran zdravotnického personálu vůči jejich osobě. I když ve většině případů vnímají pacienti toto omezení jako útok či vytváření konfliktů mezi nimi a zdravotníky. Ani s odstupem času většinou nerozumí, proč na ně omezovací prostředky byly použity.

O omezovacích prostředcích hovoří například advokát Mach (2012) ve svém článku s názvem „*Omezovací prostředky*“, kde řeší především soudní problematiku, která dle zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, uděluje zdravotnickému personálu povinnost hlásit soudu každé, i když sebemenší omezení ve volném pohybu pacienta a způsobit tak zahájení soudního řízení. Dále zde zdůrazňuje možnosti zdravotníků použít úchop pacienta, ochranné pásy či kurty, umístění pacienta do místnosti bezpečného pohybu či podání psychofarmak parenterální cestou, v případech, kdy pacient ohrožuje svým chováním sebe či své okolí.

Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen PS ČSL JEP), (2022), rozebírá ve svém článku z 1. 2. 2022 skutečnost o nejnovější novele zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, která je platná od 1. 1. 2022 a měla by upravit a lépe pochopit celkové používání omezovacích prostředků nejen v psychiatrii, ale v celém zdravotnictví. Analýza, probíhající v letech 2019 - 2021, dokazuje, že většina zdravotnických zařízení má své vlastní vnitřní předpisy, upravující používání omezovacích prostředků v daném zdravotnickém zařízení, a že se tyto vnitřní předpisy mezi zdravotnickými zařízeními velmi často od sebe značně odlišují. Z tohoto důvodu vzniká roku 2019 pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví ČR pod vedením Mgr. Jana Běhounka z Psychiatrické nemocnice Praha Bohnice, která vypracovává nové ustanovení ohledně pravidel pro používání omezovacích prostředků. Toto ustanovení bohužel z velké části nebylo do nejnovější novely zařazeno, i přesto, že dle primáře Možného, by následně mohlo dojít k výrazné destigmatizaci oboru psychiatrie a možnosti srovnávání používání omezovacích prostředků mezi různými zdravotnickými zařízeními či jednotlivými nemocničními odděleními.

Kvalifikační práce, hovořící o omezovacích prostředcích, je diplomová práce autorky Kejdové (2021), která se sice zabývá hlavně psychiatrií dětskou a dorostovou, ale přímo v části o omezovacích prostředcích zmiňuje na základě svého výzkumného šetření časté přeložení dětských či dorostových pacientů v případě neklidu na oddělení dospělých, kde je dítě kurtováno a po zklidnění přeloženo zpět na dětské oddělení. Tento zdroj by tedy potvrdil náš čtvrtý předpoklad ve znění: „*Předpokládáme, že nejčastěji používaným omezovacím prostředkem budou v nemocničních zařízeních kurtovací pásy.*“.

Autorka Fajfrlíková (2014) hovoří ve své bakalářské práci na téma: „*Omezovací prostředky v psychiatrii v České republice*“ o zkušenostech pacientů z Psychiatrické nemocnice Bohnice, kdy pacienti omezení ve volném pohybu popisují nejčastěji kurtováním či umístěním do terapeutické izolace (dřívější název pro místnost bezpečného pohybu) a aplikací neklidové medikace. I tento zdroj tedy potvrzuje náš čtvrtý předpoklad.

V praktické části došlo k analyzování situace kolem uživatelů návykových látek v přednemocniční a nemocniční neodkladné péči. Hlavní cíl i ostatní dílčí cíle byly v práci potvrzeny nebo verifikovány.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou osob závislých na psychoaktivních látkách v přednemocniční a částečně nemocniční neodkladné péči. Úkolem práce bylo analyzovat problematiku nejčastěji zneužívaných psychoaktivních látek v ČR, jaký je přístup zdravotnických pracovníků k takovým pacientům, zda bývají pacienti tohoto typu často agresivní, jaké omezovací prostředky jsou v takových situacích používány a mnoho dalšího. Na začátku práce jsme si určili 3 hlavní cíle, které se podařilo splnit díky polostrukturovaným rozhovorům.

V teoretické části mé bakalářské práce je popsáno, co je to závislost, jak jsou označovány diagnózy závislostí na psychoaktivních látkách, jak rozdělujeme psychoaktivní látky, co je to agresivita a jak bývá léčena, jaké jsou užívány omezovací prostředky ve zdravotnictví, jakým způsobem rozdělujeme trestnou činnost u uživatelů návykových látek, a také jsou zde objasněny některé právní aspekty užívané v psychiatrii.

V praktické části jsme pomocí polostrukturovaných rozhovorů získali informace od respondentů ze ZZS Pk, z PNvD a od samotných pacientů. Z výzkumného šetření vyplývá, že mezi pacienty, závislými na psychoaktivních látkách, je užívána široká škála nejrůznějších návykových látek. Nejčastěji vyhledávané jsou však ve většině případů konopné látky a Pervitin. Dále se dá hovořit o složitosti přístupu ze strany zdravotnických pracovníků k takovému typu pacientů. Vždy budou možnosti, jak takový přístup zlepšovat a zdokonalovat, vše však záleží na disciplíně, trpělivosti, učenlivosti a pochopení zdravotníků vůči závislým pacientům. A v neposlední řadě byla výzkumným šetřením vyzdvižena důležitost používání omezovacích prostředků, jak v prostředí ZZS, tak v prostředí nemocničních zařízení, zejména u agresivních pacientů pod vlivem návykových látek.

Závěrem lze říci, že problematiku pacientů závislých na psychoaktivních látkách je třeba sledovat a zkoumat, jelikož pacientů tohoto typu stále přibývá a velmi pravděpodobně bude přibývat i nadále. Každý zdravotník by měl být připraven na kontakt s takovým pacientem a měl by si neustále osvojovat praktiky, jak k takovému pacientovi přistupovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. BLAŽEJOVSKÝ, Marek. *Psychologické aspekty drogové kriminality* [online]. 2011 [cit. 2023-02-09]. Dostupné z: https://bezpecnostni-sbory.wbs.cz/clanky/2-2011/psycholog._aspekty_ridice_pod_vlivem_opl___1_.pdf
2. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
3. CARPENTIER, Chloé. *Brífink Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost*. Praha: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2007.
4. Česká justice. *Česká justice* [online]. Praha: Media Network, 2021 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.ceska-justice.cz/2021/10/kontroly-ombudsmana-vedly-k-odstraneni-klecovych-luzek-i-kamer-na-toaile/>
5. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
6. ČESKO. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>
7. *Doporučený postup pro používání opatření omezující pohyb osob*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2018.
8. *Drogy - info* [online]. Praha: NMS, Úřad vlády ČR, 2015 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/>
9. DRUDÍKOVÁ, Iva. Omezení pacienta ochranným kabátkem nebo vestou zamezující pohybu horních končetin. *Standardní ošetrovatelský postup*. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2021, 11(13/1d), 6.
10. DRUDÍKOVÁ, Iva. Omezení pacienta v lůžku - kurty. *Standardní ošetrovatelský postup*. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2021, 11(13/1a), 6.
11. DRUDÍKOVÁ, Iva. Omezení pacienta v uzavřené místnosti určené k bezpečnému pohybu. *Standardní ošetrovatelský postup*. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2022, 14(13/1c), 6.
12. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2015, 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

13. FAJFRLÍKOVÁ, Lenka. *OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII V ČESKÉ REPUBLICE* [online]. Praha, 2014 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2013-2014/Vseobecna_sestra_2014/FAJFRLIKOVA_LENKA/FAJFRLIKOVA_LENKA.pdf. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
14. HEINZ-PETER, Röhr a Babka PETR. *Závislost*. Praha: Portál, 2015, 176 s. ISBN 978-80-262-0927-0.
15. JAN, Švihovec a Bultas JAN. *Farmakologie*. Praha: Grada, 2018, 1008 s. ISBN 978-80-247-5558-8.
16. JIŘÍ, Raboch a Pavlovský PAVEL. *Psychiatrie*. Praha: Karolium, 2012, 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
17. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015, 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
18. *Kanabiniody* [online]. Praha [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://kanabinoidy.cz/?s=konop%C3%AD+set%C3%A9+a+indick%C3%A9>
19. KAREL, Nešpor a Herle PETR. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2019, 136 s. ISBN 978-80-7496-410-7.
20. KAREL, Nešpor. *Psychiatrie pro praxi*. 2. vydání. Praha: Solen, 2013, 1008 s. ISBN ISSN 1213-0508.
21. KEJDOVÁ, Zdeňka. *Terapeutické omezení pacienta na dětském psychiatrickém oddělení* [online]. České Budějovice, 2021 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8356zk/Kejdova-DP.pdf>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
22. KLÁRA, Látalová. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
23. Klecové lůžko. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Klecov%C3%A9_l%C5%AF%C5%BEko
24. LADISLAV, Hosák, Hrdlička MICHAL a Libiger JAN. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolium, 2015, 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
25. MACH, Jan. Omezovací prostředky. *Zdravotnické fórum* [online]. 2012, 4 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: https://www.zdravotnicke-pravo.cz/kestazeni/omezovaci_prostredky.pdf

26. MARIE, Vágnerová. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
27. MILUŠE, Sadílková. *Kriminalita a drogy: Sborník odborné konference*. Praha: Sananim, 2012. ISBN 978-80-904536-4-7.
28. MIROSLAV, Orel. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020, 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
29. *Mkn10.uzis* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>
30. MOJMÍR, Svoboda, Češková EVA a Kučerová HANA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2015, 320 s. ISBN 978-80-262-0976-8.
31. OLEJÁROVÁ, Zora. *Psychiatrie pro Všeobecné sestry a Porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. Monografie. ISBN 978-80-7561-047-8.
32. OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.
In: *Dialogevropa21* [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, 2018 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: http://www.dialogevropa21.cz/storage/prilohy/Omezovaci_prostredky_v_osetovat.pdf
33. PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014, 496 s. ISBN 978-80-7345-425-8.
34. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013, 856 s. ISBN 978-80-204-2798-4.
35. PRAŠKO, Ján. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Učebnice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci; 2010.
36. *Přístup k závislému pacientovi*. *Psychiatrie* [online]. Praha, 2012, 1 [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/pristup-k-zavislemu-pacientovi/>
37. Rizikových uživatelů konopí přibývá. *Statistika a my*. Český statistický úřad, 2022, 12, 54.
38. Slideplayer. In: *Slideplayer* [online]. Praha: SlidePlayer, 2018 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/17111779/>
39. *Souhrn situace v oblasti nelegálních drog v ČR 2022*. Praha: Národní koordinátor pro protidrogovou politiku, 2022.

40. Svěrací kazajka. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Sv%C4%9Brac%C3%AD_kazajka
41. Šupina, Vladimír. Vnitřní metodický pokyn pro výkon a agendu ochranného léčení v PNvD. *Metodický pokyn*. Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2018.
42. *Třídící a identifikační karta pro lékařské třídění při hromadném postižení zdraví na území ČR*. 2. aktualizované vydání. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2009.
43. TZ PS ČLS JEP. Vznikají závazná pravidla pro použití omezovacích prostředků ve zdravotnictví. Do novely zákona se však dosud nedostala. *Zdravotnický deník* [online]. 2022, 1 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/02/vznikaji-zavazna-pravidla-pro-pouziti-omezovacich-prostredku-ve-zdravotnictvi-do-novely-zakona-se-vsak-dosud-nedostala/>
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN-10*. 2. aktualizované vydání. Praha: WHO, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
45. ŽALUDEK, Adam. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada, 2020, 248 s. ISBN 978-80-271-2275-2.

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA 1: Struktura rozhovoru - operátoři ZOS
- PŘÍLOHA 2: Struktura rozhovoru - zdravotničtí záchranáři
- PŘÍLOHA 3: Struktura rozhovoru - ošetřující lékaři (PNvD)
- PŘÍLOHA 4: Struktura rozhovoru – pacienti
- PŘÍLOHA 5: Souhlas s výzkumným šetřením ZZS Pk
- PŘÍLOHA 6: Souhlas s výzkumným šetřením PNvD

Příloha 1: Struktura rozhovoru - operátoři ZOS

- 1) Čím Vám tenhle/tahle pacient/ka utkvěl/a v paměti?
- 2) Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta/ky?
- 3) Působil/a na Vás agresivně?
- 4) Přistupoval/a jste k němu/ní stejně jako ke každé/mu jinému pacientce/ovi?
- 5) Měl/a jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem/kou?
- 6) Vyslal/a jste na místo i posádku PČR?

Příloha 2: Struktura rozhovoru - zdravotničtí záchranáři

- 1) Čím Vám tenhle/tahle pacient/ka utkvěl/a v paměti?
- 2) Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta/ky?
- 3) Působil/a na Vás agresivně?
- 4) Přistupoval/a jste k němu/ní stejně jako ke každé/mu jinému pacientce/ovi?
- 5) Měl/a jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem/kou?
- 6) Asistovala Vám na místě i posádka PČR?
- 7) Byly na pacienta/ku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?

Příloha 3: Struktura rozhovoru - ošetřující lékaři (PNvD)

- 1) Čím Vám tenhle/tahle pacient/ka utkvěl/a v paměti?
- 2) Jaké byly Vaše prvotní pocity z pacienta/ky?
- 3) Působil/a na Vás agresivně?
- 4) Přistupoval/a jste k němu/ní stejně jako ke každé/mu jinému pacientce/ovi?
- 5) Měl/a jste strach nebo pocit ohrožení během konverzace s pacientem/kou?
- 6) Byly na pacienta/ku použity omezovací prostředky? Pokud ano, jaké?
- 7) Vyvíjí se stav pacienta/ky nějakým určitým směrem?
- 8) Jaká terapie je u pacienta/ky během pobytu v PNvD volena?

Příloha 4: Struktura rozhovoru - pacienti

- 1) Jak dlouho jste již v PNvD?
- 2) Od kolika let užíváte psychoaktivní látky?
- 3) Jaké psychoaktivní látky jste doposud užil/a?
- 4) Jakou látku jste užíval/a nejvíce a jak často?
- 5) Jaký byl prvotní důvod k užívání tvrdých drog?
- 6) Považujete se za závislého/ou na psychoaktivních látkách?
- 7) Chcete se závislosti na psychoaktivních látkách zbavit?
- 8) Byly na Vás někdy použity omezovací prostředky.
- 9) Bral/bere někdo z Vaší rodiny psychoaktivní látky?
- 10) Byl/a jste během svého života odsouzen/a nepodmíněně za jakýkoliv trestný čin? Pokud ano, na jak dlouhou dobu?

Příloha 5: Souhlas s výzkumným šetřením ZZS Pk

Dobrý den
tuto koncepci samozřejmě schvaluji.

MUDr. Jiří Růžička, PhD.
Zdravotnická záchraná služba Plzeňského kraje
Klatovská 2960/200i
Plzeň
tel. 377 672 111
www.zzspk.cz

Odesílatel: Tereza Poslední (tereza.posledni@seznam.cz)
Datum: 20.09.2022 12:06
Příjemce: jiri.ruzicka@zzspk.cz

Vážený pane doktore,
jmenuji se Tereza Poslední a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií na ZČU v Plzni.
Tímto emailem se na Vás obracím s žádostí o povolení nahlédnutí do zdravotnické dokumentace ZZS Pk a dále o uskutečnění rozhovorů se zdravotnickými záchranáři a dispečery ZOS. Vše se týká mé bakalářské práce s názvem:
"Problematika osob se závislostí na psychoaktivních látkách v přednemocniční neodkladné péči".

Předem velice děkuji za odpověď.
S přáním hezkého dne,
Tereza Poslední

Příloha 6: Souhlas s výzkumným šetřením PNvD

Žádost o poskytnutí podkladů pro zpracování kvalifikační práce

Žadatel:

Jméno a příjmení: Tereza Poslední

Datum narození: 19.6.2000

Trvalé bydliště: Brněnská 13, Plzeň 323 00

Škola: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Studijní obor, ročník: Zdravotnický záchranář, 3. ročník

Druh práce: bakalářská

Název práce: Problematika osob se závislostí na psychoaktivních látkách v přednemocniční neodkladné péči

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Antonín Pojeta LL. M.

Kontakt na vedoucího práce (email + telefon): antonin.pojeta@zsspkk.cz, +420 728 376 948

Požadované podklady:

Žádám tímto o poskytnutí přístupu do zdravotnické dokumentace pacientů, kteří byli přijati do Psychiatrické nemocnice v Dobřanech z důvodu intoxikace psychoaktivní látkou. A dále o možnost provedení rozhovorů se samotnými pacienty a s jejich ošetřujícími lékaři, pro potřeby sběru dat do praktické části mé bakalářské práce. Data budou získána na příjmových odděleních.

Žadatel souhlasí se zpracováním svých osobních údajů pro potřeby vyřízení této žádosti.

V Plzni dne 20.9.20 Podpis žadatele: P!

Vyřízení

Za PNvD vyřídil/a: Be. HANA ZEMEKOVÁ Podpis: [Podpis]

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V DOBŘANECH
hlavní sestra
Ústavní ul., 334 41 Dobřany