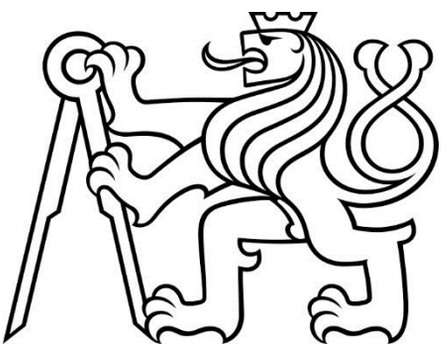
ČESKÉ VYSOKÉ
UČENÍ TECHNICKÉ
V PRAZE

FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

MIROSLAV PURMANN

ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Přístup příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním

Approach of the Police of the Czech Republic Members to Persons with Mental Illness

Bakalářská práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací

Vedoucí práce: MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA

Miroslav Purmann

Kladno, květen 2018

České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva Akademický rok: 2017/2018

Zadání bakalářské práce

Student: **Miroslav Purmann**

Obor: Plánování a řízení krizových situací

Téma: **Přístup příslušníků Policie České republiky k osobám s duševním onemocněním**

Téma anglicky: Approach of the Police of the Czech Republic Members to Persons with Mental Illness

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou práce příslušníků Policie ČR s osobami s duševním onemocněním.
Teoretická část zahrne obecnou terminologii a aktuální poznatky z dané problematiky, včetně současné teoreticko-praktické přípravy příslušníků PČR.
Empirická část: respondenty budou příslušníci PČR v Praze a Středočeském kraji. Sběr dat využije nestandardizovaný dotazník s otevřenými a uzavřenými otázkami. Počet respondentů bude 30 až 40. Cílem práce bude zjistit, jak samotní příslušníci na základě přípravy tuto problematiku vnímají, zda jsou si vědomi rizik, která jim potencionálně hrozí, jak tyto reflektují, případně zda má takovýto zásah na příslušníky psychologické dopady. Z výzkumu by mělo vyplynout, jestli současná příprava přináší v praxi zlepšení postupů, reakceschopnosti a efektivity práce jednotlivých členů, případně zda do problematiky přináší některá další pozitiva či negativa.
V případě zjištění nedostatků bude výstupem práce návrh na doplnění systému přípravy v oblasti komunikace a přístupu k osobám s duševním onemocněním.

Seznam odborné literatury:

[1] ČÍRTKOVÁ, Ludmila, Policejní psychologie, ed. 2. rozšířené, Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015, ISBN 9788073805814
[2] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, Ošetřovatelství v psychiatrii, Praha: Grada, 2014, ISBN 978-80-247-4236-6
[3] LÁTALOVÁ, Klára, Agresivita v psychiatrii, Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4454-4

Zadání platné do: 20.09.2019

Vedoucí: MUDr. Marek Páv, Ph.D.

.....
vedoucí katedry / pracoviště

.....
děkan

V Kladně dne 19.02.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem **Přístup příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním** vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Praze dne 16.03.2018

…….
podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Markovi Pávovi, Ph.D., MBA, za vedení a rady při psaní bakalářské práce, dále děkuji Lence Pejřilové, DiS., za podporu v náročných chvílích a věcné připomínky. V neposlední řadě musím také poděkovat respondentům mého dotazníku a všem, kteří mi pomohli s motivací.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá přístupem příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním. V teoretické části je popsána historie psychiatrie, přístup k psychicky nemocným od starověku po současnost, dále jsou popsány vybrané typy psychických poruch, rysy agrese a zásady jednání s agresivní osobou. Též je citována část zákona o policii, která se věnuje donucovacím prostředkům.

V praktické části byla pomocí nestandardizovaného dotazníku zjišťována připravenost a znalost práce s duševně nemocnými osobami ze strany policistů. Na základě výsledků dotazníkového šetření byly zjištěny nedostatky v dané problematice.

V závěru práce jsou vybrány některé návrhy na zkvalitnění přípravy policistů k práci psychicky nemocnými.

Klíčová slova

Duševní onemocnění; policie České republiky; komunikace; psychiatrie; agrese

Abstract

This bachelor thesis deals with police approach to people with mental illness. The theoretical part describes the history of psychiatry, treatment and the approach to mental illnesses from antiquity to the present. Following chapter is dedicated to description of psychiatric disorders with aggression risk. In the following part, phenomenology of aggression and the principles of dealing with an aggressive person are described.

In the practical part, the preparedness and knowledge of the work of mentally ill persons by police officers was determined using a non-standardized questionnaire. Based on the results of the questionnaire survey, shortcomings in the given issue were identified.

At the end of the thesis, some suggestions are made with aim to improve training of police officers in work with mentally ill patients.

Keywords

Mental illness; police of the Czech Republic; communication; psychiatry; aggression

Obsah

1 Úvod 11

2 Teoretická část 12

2.1 Definice zdraví 12

2.2 Duševní zdraví 12

2.3 Historie péče o duševně choré ve starověku 12

2.4 Péče o duševně choré ve středověku a novověku 13

2.5 Psychiatrie po francouzské revoluci 14

2.6 Duševní normalita a orientační odhad normality v policejní praxi 15

2.7 Rozdělení duševních nemocí 16

2.7.1 Organické duševní poruchy 16

2.7.2 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami 16

2.7.3 Psychotické poruchy 17

2.7.4 Afektivní poruchy 17

2.7.5 Neurotické poruchy 18

2.7.6 Poruchy osobnosti 18

2.7.7 Mentální retardace a poruchy intelektu 18

2.8 Zásady jednání s duševně nemocným jedincem 19

2.8.1 Mentální příprava na jednání 19

2.8.2 Obecné zásady jednání 19

2.8.3 Zacházení s psychicky nemocným v akutním stavu 20

2.9 Specifika jednání s agresivní osobou 21

2.9.1 Agrese 21

2.9.2 Prameny agrese 21

2.9.3 Neverbální projevy agrese 22

2.9.4 Komunikace s agresorem 22

2.10 PČR a donucovací prostředky 23

2.10.1 Zákon 273/2008sb. Hlava IX 23
3 Cíl práce 27
3.1 Hypotézy 27
4 Metodika 28
5 Výsledky 29
6 Diskuze 48
6.1 Zhodnocení hypotéz 50
7 Závěr 51
8 Seznam použitých zkratek 52
9 Seznam použité literatury 53
10 Seznam použitých obrázků 54
11 Seznam Příloh 55

1 ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si vybral na základě svých zkušeností z akutního lůžkového psychiatrického oddělení. Jako praktická sestra se již sedm let setkávám s lidmi v akutní fázi psychického onemocnění. V nejednom případě se stává, že jsou nemocní do naší psychiatrické nemocnice přivezeni za asistence policie České republiky. V některých případech však nemocní příliš nespolupracují a policisté pro spolupráci používají donucovací prostředky. Nejednou se také však stalo, že při jejich požití byl nemocný zraněn. Zranění při zásahu se však nevyhýbá ani zasahujícím policistům. Mnohdy však tomuto nešvaru lze předejít správným přístupem a kvalitní komunikací.

Práce s psychicky nemocnými je velmi složitá. Psychická porucha totiž může být velmi skrytá a tím pádem nemusí být hned objektivně zjistitelná. Mnohdy i zkušení odborníci mají problém, aby přesně diagnostikovali konkrétní onemocnění. Netrénovaní policisté proto mají ještě větší problém. V tomto případě je tedy nutné, aby policisté byli lépe školeni a připraveni. V případě zásahu v terénu totiž proti nim také krom nižší přípravy také hraje roli čas a prostředí. Ve vyhrocené situaci na ulici totiž může působit mnohem vyšší faktor stresu. Pak mnohdy dojde ke špatně zvolené reakci a problém už se jenom nabaluje a zvětšuje.

Nemocní často totiž vnímají policisty jako své nepřátelé. V případě nemocných s některou z psychotických poruch totiž nemocný nedokáže rozlišit mezi dobrým a zlým člověkem. Mnohdy se také cítí ohrožený na svém životě a v tom případě pak převládá snaha o zachránění se. Proto je v takových situacích často přítomna agrese. Ať už vůči věcem, tak hlavně vůči lidem, kteří se snaží nemocného nějak zastavit.

V této práci se snažím zmapovat, jak jsou policisté připravováni k práci s duševně nemocnými občany a také, jak si sami uvědomují své znalosti. Zároveň mě také zajímá, jestli jsou od svých nadřízených připravováni a jestli jim je nabízeno nějaké vzdělání pro práci s psychicky nemocnými. Kvalitní přípravou se totiž dokážou eliminovat rizika, která vznikají při nesprávném jednání s nemocnými.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Definice zdraví

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen absence onemocnění nebo vady“. [12]

2.2 Duševní zdraví

Duševním zdravím rozumíme dobrý stav celé osobnosti. Nemusí to být pouze absence nějaké duševní poruchy. Psychicky zdravý jedinec dokáže pracovat s informacemi. Ať už se jedná o jejich přijímání, nebo o jejich následné zpracování. Zároveň nemá problém s komunikací, zvládá jí bez větších potíží, umí ovládat své emoce. Logické myšlení, umění vytvářet nové věci, adekvátní reakce na vzniklé situace mu nejsou cizí. Pakliže je duševní zdraví nějak narušeno, ovlivňuje to kvalitu života člověka. Tento pak odchází dříve do důchodu, má problémy v zaměstnání, jelikož bývá pracovně neschopný, hrozí mu riziko invalidity. Tyto problémy se však netýkají pouze nemocného, ale zároveň i ovlivňují soužití s ostatními okolo. Též znamenají ekonomickou zátěž pro stát, jelikož je třeba vynaložit nemalé finanční prostředky pro zajištění péče, vzdělání a judikatury. [9]

2.3 Historie péče o duševně choré ve starověku

Už ve starověkém Egyptě a v Babylonii můžeme najít prvotní náznaky péče o psychicky nemocné. Nikdo však nevěděl, jak takové onemocnění může vzniknout. Věřilo se, že se jedná o něco nadpřirozeného. Domnívali se, že nemocná osoba je posedlá zlým duchem, démonem nebo že se jedná o zlý vzkaz od boha. Objevilo se mnoho šarlatánů, kteří se svou magií snažili ducha vyhnat ven z těla. Pro toto existovalo mnoho metod. Jednalo se o různé amulety, modlitby, rituální obřady. První vlaštovkou v léčbě bylo používání bylin k vyhnání nemoci. Látky v nich obsažené často nemocnému nějak pozměnily mysl, a proto tato metoda slavila své první terapeutické účinky. [9]

Doba antická přinesla další pokroky v léčbě. Ačkoli v začátcích onemocnění měli přednost kněží, jež prováděli porůzné rituály a modlitby. Jak známo, v této době již víme o mnohých filozofech, kteří se již k duševním chorobám začali stavět vědecky. Pythagoras (6. stol. př. n. l.) prohlásil, že mozek je sídlem rozumu a duševní onemocnění se odehrávají

přímo v něm. Mezi nejznámější lékaře historie patří antický Hippokrates. Ten již v pátém století před naším letopočtem dokázal z léčení psychických nemocí vymýtit mystiku a přemýšlel o nemocech lékařsky. Věřil, že psychické onemocnění je jistým projevem tělesné nerovnováhy. Hippokrates velmi důkladně nemocné pozoroval, hloubal nad vznikem nemoci. Takto nepřímo položil základy vědeckému pojetí duševních nemocí.

V Římě k léčbě psychických nemocí nebyly používány pouze byliny, ale také električtí rejnoci. Ti byli pokládáni na hlavu nemocných a jejich nervové potíže byly odstraňovány touto přírodní elektroléčbou.

Ve starověké Indii byla duševní rovnováha navracována pomocí terapie šokem. Proti nemocnému byl nasimulován útok trénovaným slonem. [7]

2.4 Péče o duševně choré ve středověku a novověku

Ve středověku se v péči o nemocné velmi projevuje vliv náboženství, především křesťanství, které bylo na vrcholu rozšiřování. Duchovní představitelé se opět v rámci léčby upínali především k modlitbám a rituálům. Jak známo, tak především ve středověku byly mnohé nemocné ženy prohlášené za čarodějnice a církev řešila jejich nemoc velice radikálně. Nejedna z těchto žen skončila upálena na hranici. Krom čarodějnických procesů probíhal ve velkém také exorcizmus, čili vymítání ďábla z posedlé osoby. [10]

Postupem času, především v době renesance a osvícenství, začala péče o psychicky nemocné nabírat částečně racionálnějšího směru. V 17. a 18. století byli nemocní izolováni od společnosti, jelikož byli považováni za vyšinuté a nebezpečné. Právní normy této „léčby“ však chyběly. Toho si všimli v Anglii a od roku 1714 již soudci získávají možnost nechat zadržet nebezpečné a šílené osoby do té doby, než se nezklidní. Tento zákon se po třiceti letech dočkal novelizace, přičemž nemocní mohli být omezováni také v řetězech. [10]

Nebezpečné osoby byly zavírány do různých sklepů, kde byly poutány k železným tyčím a kroužkům ve zdech. Zvlášť nebezpeční pak skončili popraveni v některých opuštěných částech měst. Ti, kdož nebyli nebezpeční, toulali se ulicemi, bez stravy, bez oděvů, pouze schytávali narážky a výsměch od okolí. Postupně byly pro tyto lidi budovány azylové

domy. Například v Paříži se jednalo o Hospital General, kde v té době bylo zadržováno téměř 1% pařížských obyvatel. [4]

2.5 Psychiatrie po francouzské revoluci

Díky humanistickému vlivu francouzské revoluce se rozvíjí také psychiatrie. Následně koncem osmnáctého a začátkem devatenáctého století přichází Phillip Pinel se svým modernějším a humanistickým pojetím psychiatrie. Díky jeho inovacím se ruší omezování osob pomocí řetězů, snižuje se násilí na nemocných. Pinel také přichází s terapií pomocí práce a s terapeutickým přístupem k nemocným. Duševně choří začali mít stejná práva jako somaticky nemocní. [1]

Od devatenáctého století pak můžeme pozorovat výstavby hospitalů a ústavů, kde se začíná s modernější péčí o duševně nemocné osoby. [9]

Díky mnoha objevům v medicíně se ale největší rozmach psychiatrie týká století dvacátého. Ať už rozvojem psychoanalýzy ve dvacátých letech, tak se začátkem používání konvulzivní metody léčení, tak především s objevem prvních psychofarmak v letech padesátých. Docházelo též ke snižování omezení nemocných a možnost ambulantní léčby. Též psychiatrii pomohla osvěta a postupné zespolečenštění tohoto lékařského odvětví v očích široké veřejnosti. Dále se také velmi pozitivně odrazil rozvoj laboratorních metod a genetiky. [9]

Ve století jednadvacátém je již psychiatrie brána jako věda zabývající se nejenom léčbou, ale také prevencí duševních onemocnění. K tomu slouží stále se rozvíjející farmakologie a moderní trendy v terapii. Velmi oblíbená je v poslední době komunitní péče a deinstitucionalizace. [8]

2.6 Duševní normalita a orientační odhad normality v policejní praxi

Jednoznačné hranice duševní normality nelze snadno stanovit. To, co je normální, je často závislé na pojetí normality, jež může být u některých hraničních a nevýrazných jevů poplatné době a přístupu široké společnosti. Touto společenskou konvencí lze vysvětlit, proč některé národy uctívají halucinující osoby jako šamany a kmenové kouzelníky. [2]

Hranice mezi normalitou osobnosti a jejím narušením je značně neostrá. Nápadnou patologií může být těžká slabomyslnost u pacientů s Downovým syndromem, zatímco u neurotických a normálních osobností bude patologie těžko odlišitelná. [2]

Pro policejní praxi je v mnoha ohledech důležitý orientační a laický odhad normality konkrétního jedince. Bývá uplatňován například v situacích, kdy se vyšetřovatel rozhoduje pro přizvání znalce, anebo při zákrocích, ve kterých se policisté zpravidla náhle a neočekávaně setkávají s podivným a nepřiměřeným chováním občana (ohrožování a napadání rodinných příslušníků nebo sousedů, výstřelky v chování na ulici atd.). Policisté se často rozhodují intuitivně. Intuitivní úsudek může být v konkrétním případě více či méně nepřesný. Proto je vhodné i při orientačním odhadu normality jedince používat určitá vodítka. Pro účely předběžného posouzení normality bylo v policejní psychologii vypracováno pět základních kritérií.

1) Nápadná dezintegrace osobnosti (Výrazné zvláštnosti projevující se situačně nepřiměřeným jednáním, z projevu je cítit určitá svéráznost, odbrzděná a nezdrženlivá komunikace, nemístné poznámky.)
2) Příznaky sociálního přizpůsobení (Funguje jedinec v sociálním kontextu přiměřeně svému věku?)
3) Obvyklost chování ve statistickém slova smyslu (Kryje se se statistickým pojetím normality. Za normální projevy lze považovat způsoby, které nalézáme u většiny lidí v obdobné situaci.)
4) Běžnost zjištěných projevů chování z hlediska příslušnosti k určité sociální skupině. V určitých skupinách, ať už věkových, profesních nebo zájmových, vznikají vlastní specifické standardy chování, komunikování, vystupování. Při orientačním odhadu normality v policejní praxi je proto třeba přihlížet k věku a profesi posuzovaného jedince a jeho sociálnímu prostředí. Neochota vypovídat a

demonstrativní odmítání policistů je spíše projevem u mladistvých a nelze je přímo považovat za projev nenormálního chování. (Toto hledisko doplňuje a rozvádí statistické pojetí normality.)

5) Kontakt s realitou. Ten vypovídá o tom, jak se určitá osoba orientuje v běžných životních situacích. Duševně zdravý jedinec má racionální náhled na čas, místo a situaci. Vnímá a respektuje svou roli v ní. Ztrátu kontaktu s realitou signalizuje vždy narušení duševní normality a poukazuje na výskyt závažné duševní poruchy. Při podezření na ztrátu kontaktu s realitou je třeba myslet na spolupráce se sociálně zdravotnickými službami. Policisté by měli dotyčnou osobu předat do rukou odborníků a zajistit lékařskou či přímo psychiatrickou péči. [2]

2.7 Rozdělení duševních nemocí

V následujících podkapitolách je uvedeno několik druhů psychických onemocnění, při kterých se nemocný může projevovat agresí. Ať už vůči sobě, tak vůči okolním lidem a věcem. Ve stručnosti jsou poruchy popsány. V některých případech jsou uvedeny i konkrétnější příklady nemocí. [9]

2.7.1 Organické duševní poruchy

Tyto poruchy jsou způsobené přímým poraněním nebo postižením mozku nebo jako následek nějakého poranění hlavy. Mezi nejzávažnější typy organických poruch se může řadit například demence. [9]

2.7.2 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

„V poháru se utopí více lidí než v potoce“ (německé přísloví)

Poruchy, které jsou vyvolány jednorázovým užitím, či opakovaným užíváním psychoaktivních látek (alkohol, kanabinoidy, opiáty, hypnotika, sedativa, stimulancia, kofein, tabák, rozpouštědla a jiné látky) Poruchy mohou být úplně bez komplikací nebo se může rozvinout těžká psychotická porucha až demence. [9]

Mezi pachateli trestných činů je vysoké zastoupení psychopatů a slabomyslných, závislých na alkoholu. Trestné činy spáchané v těžké intoxikaci drogami jsou u nás spíše okrajové. Obvyklé však je, že drogová scéna je současně také prostředím s vyšším

výskytem kriminality, která však souvisí se získáním prostředků na obstarání kýžených drog. Častější je trestná činnost ovlivněná kombinovanou intoxikací alkoholem a léčivy ovlivňujícími vnímání. Úmyslné vdechování těkavých chemických látek má pro dočasnost účinku menší trestně právní význam než požití alkoholu a závislost na něm. Dlouhodobé užívání těchto látek však může velmi závažně poškodit mozek a těžce pozměnit i psychiku dříve zdravého člověka. [2]

2.7.3 Psychotické poruchy

Psychózy se řadí mezi nejvážnější duševní poruchy, během nichž je výrazně narušeno srozumitelné jednání a správná orientace v realitě. Projevuje se též sociální selhávání, nemožnost fungování v životě. V psychóze člověk ztrácí kontakt s realitou. Mezi psychózy se dají zařadit: schizofrenie, toxická psychóza, schizoafektivní porucha, schizotypní porucha, trvalá porucha s bludy, akutní přechodná psychotická porucha.

Schizofrenie je chronické onemocnění, pro jehož diagnostiku je třeba, aby byly přítomny minimálně dva příznaky z následujících: bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, zvláštní nebo katatonní chování, sociální stažení, negativní příznaky (emoční oploštělost atd.). Zároveň je třeba, aby tyto obtíže trvaly více než půl roku. [9]

Schizofrenii rozdělujeme na pět typů. Tyto typy jsou: paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní a nediferencovaná. Nejčastějším formou je schizofrenie paranoidní. Kromě bludného přesvědčení a halucinací je při tomto typu typické, že se nemocný cítí pronásledován nebo ovlivňován někým jiným. Často se cítí zneužíváni tajnými službami a agenty, myslí si, že mají v hlavě kdejaké čipy a zařízení, obávají se, že jejich soukromí e odposlouchávánо nebo pozorováno kamerami. Tito nemocní se cítí velmi ohroženi, proto u nich v nemalém počtu dochází k agresi. [3]

2.7.4 Afektivní poruchy

Hlavním příznakem afektivní poruchy je změna nálady nebo afektu ve směru dolů (deprese) nebo nahoru (mánie). Často dochází také ke změně aktivity nemocného. Během deprese se aktivita snižuje, zatímco během mánie se zvyšuje. U těchto onemocnění je zvyklé, že se periodicky opakují. Není to však pravidlem. [9]

2.7.5 Neurotické poruchy

V tomto případě se jedná o poruchy, při kterých je většinou přítomna i úzkost a nemocní se během jejího zvládání mohou chovat jakkoli nepřirozeně. Mezi tyto poruchy patří mnoho nemocí. Mezi nejznámější patří různé fobie, reakce na stres, disociativní porucha, úzkostná porucha nebo obsedantně kompulzivní porucha. [9]

2.7.6 Poruchy osobnosti

Tyto poruchy se úplně nedají nazvat nemocí. Jejich základem je totiž disharmonický vývoj osobnosti, extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy vedoucí k poruchám sociální adaptace. Maladaptivní chování je hluboce zakořeněné a nemocní přitom osobně a sociálně selhávají. Často se projevují při vnější nebo vnitřní zátěži. Jako vnější můžou být považovány třeba problémy v práci, ve škole nebo v partnerském soužití. Z těch vnitřních se dá jmenovat adolescence nebo například závažné somatické onemocnění. Co se týče příčin, na poruchy osobnosti mají vliv nevhodná výchova, zneužití, nedostatečný vývoj nebo genetické faktory. [9]

2.7.7 Mentální retardace a poruchy intelektu

Zde se jedná o poruchy projevující se nedostatečnými rozumovými a vědomostními schopnostmi člověka. Formy mohou být lehké i těžké. Vždy se posuzuje schopnost nemocného zvládat každodenní úkony a sebepéči. Pro diagnostiku se používají IQ testy. Toto onemocnění je vrozené nebo vzniká během nedlouhé doby po porodu. Příčiny mohou být genetické, metabolické, toxikologické nebo jako následek poranění. [9]

2.8 Zásady jednání s duševně nemocným jedincem

Policisté se během výkonu služby nezřídka kdy setkávají s osobami, jež se projevují nápadným a nepříliš normálním způsobem. Současně však nelze přehlížet, že nápadné a abnormální chování může příslušník policie vidět i ve svém blízkém okolí. Dokonce nelze vyloučit, že duševní potíže a poruchy se mohou objevit i mezi policisty samotnými (neurotické příznaky, deprese, syndrom vyhoření apod.). Proto byla vytvořena některá doporučení, která by se měla aplikovat tvůrčím způsobem podle podmínek konkrétní situace. [2]

2.8.1 Mentální příprava na jednání

Na počátku jednání je vhodné se zamyslet nad některými věcmi. Níže jsou popsány nejdůležitější z nich.

1) Jaké pocity vyvolává jednaní dotyčné osoby?
2) Jaký bude další vývoj situace? Chápe dotyčný profesionální roli policisty?
3) Projevuje dotyčný nějaké zdravé prvky chování?
4) Kde žádat pomoc? [2]

2.8.2 Obecné zásady jednání

1) Nepoužívat násilí. Samozřejmě, pokud to situace dovoluje. Vhodnější postup je založený na strategii překvapení. Absurdní, paradoxní komunikace často vede k navázání kontaktu s duševně nemocným.
2) Vytvořit důvěrnou atmosféru. Je nutné brát svůj protějšek vážně, projevovat pochopení.
3) Zachovat si náhled na situaci. Je třeba udržovat jistý odstup.
4) Nezanechat nemocného bez dohledu. Je vhodné, aby byla situace převedena do jiného prostředí, nejlépe bez přihlížejících diváků. Změna prostředí může pozitivně ovlivnit vývoj komunikace.
5) Využívat informace. Jestliže schizofrenik hovoří o svých hlasech, tak je potřeba mu je nevyvracet, ale pracovat s nimi.
6) Respektovat osobnost. Nenechat se manipulovat.
7) Neurčovat diagnózu. Od toho jsou odborníci. Je lepší popsat co nejpřesněji situaci. [2]

2.8.3 Zacházení s psychicky nemocným v akutním stavu

Obtížný může být pro policisty kontakt s osobami trpícími nějakou psychotickou poruchou, nejčastěji schizofrenií. Tito nemocní často mluví nelogicky, mají zárazy myšlení, projevují se bludnou produkcí a také nereagují běžným způsobem na bolest. Mohou vyvinout enormní fyzickou či psychickou sílu a energii. Často je však toto způsobeno strachem a frustrací. Nezřídka kdy to však nezkušení lidé takto nevnímají. Často v rámci právě neznalosti vzniká na straně policistů nedůvěra a napětí. Protože psychotik často nedokáže rozeznat mezi přítelem a nepřítelem, může se situace velmi snadno vyhrotit.

Policisté často reagují na psychotiky jen dvěma způsoby. Buď je reakce velmi vyhrocená a přehnaná (zbytečně použitá síla v zájmu zachování bezpečnosti vlastní a druhých) nebo je setkání podceňováno („To je tenhle? Tak to nic nehrozí.“) a následuje laxní přístup.

Při vyjednávání s psychotiky je třeba si uvědomit další problém. Tím je omezená schopnost zpracovat všechny informace. V důsledku nadměrného příjmu informací může u některých variant schizofrenních poruch dojít k zahlcení druhé signální soustavy (nadbytek informací, které mohou být hlasité, cizí, nesrozumitelné). Rozhovor je pak vnímán jako zátěž, dotyčný se na něj nemůže soustředit. Následuje pokus přestat vnímat zahlcující informace a kontakt je nakonec přerušen.

Obecně lze pro jednání s nemocnými doporučit následující způsoby: mluvit klidně, vyrovnaně, potichu, srozumitelně. Není vhodné nemocné k něčemu přemlouvat či se jim snažit vehementně vyvrátit jejich bludy. Je vhodné zjistit, jaké má nemocný právě myšlenky. Pak zdánlivě akceptovat jeho bludná tvrzení, takticky je využít a nasměrovat psychotika k žádoucímu chování. [2]

2.9 Specifika jednání s agresivní osobou

V této kapitole je popsána agrese jako taková a některé stavy způsobující agresi. Zároveň jsou definována některá specifika komunikace s agresivní osobou.

2.9.1 Agrese

Z latinského ad-gredior (napadnout, přistoupit blíže). Jedná se o stav doprovázený afektem hněvu, vzteku, nenávistí. Může vést až ke zranění osob. Lze rozdělit na tři stupně.

1. Nepřátelství (nejnižší stupeň, patrný z chování a jednání)
2. Verbální agrese (slovní napadení, vynadání, nadávky, telefonáty, urážlivé dopisy)
3. Brachiální agrese (nejzávažnější, fyzická agrese, která může způsobit poškození věcí nebo zdraví) [6]

2.9.2 Prameny agrese

Původ agresivního jednání a neklidu může být z různých zdrojů. K častým původcům agrese se řadí:

- Pocit ohrožení
- Zkreslené vnímání reality a okolí (v důsledku probíhajícího duševního onemocnění, psychoaktivních látek
- Zvýšená zátěž, která je pociťována jako nadbytečná (bolest, dlouhé byrokratické úkony atd.)

Často se může stát, že s agresivním jednáním jsou spojeny další stavy. Může se jednat o:

- Alkoholismus a toxikomanii (akutní intoxikace, odvykací stav, touha po získání drogy).
- Porucha osobnosti (výbušná osoba).
- Psychóza (pocit pronásledování a ohrožení, mánie).
- Organické poškození mozku (stavy zmatenosti). [6]

2.9.3 Neverbální projevy agrese

Agresivní jedinec se může vyznačovat celou škálou neverbálních projevů. Včasné odhalení těchto projevů může pomoci se zvládnutím situace. Mezi tyto projevy patří:

- Gestikulace (nápadná gesta, výhružná gesta),
- pohyby končetin (rozhazování rukama, náznaky úderů, podupávání nohama, náznaky kopů),
- oční kontakt (upřené hledění do očí nebo naopak uhýbání pohledem),
- vzdálenost (nedodržování osobní zóny, společenského a bezpečného odstupu),
- agrese vůči věcem (bouchání a kopání do předmětů okolo sebe, práskání dveřmi, rozbíjení věcí okolo, pevné svírání věcí v ruce),
- výraz ve tváři (úšklebky, kulení očí, mračení se, vyceňování zubů),
- bezcílné přecházení tam a zpět. [6]

2.9.4 Komunikace s agresorem

Mezi obecné zásady jednání s agresorem patří:

- Nikdy nezůstávat s agresorem o samotě (pokud to jde, je lepší jednat v neuzavřeném prostoru. Jedná-li se o místnost, jeví se bezpečnějším řešením nechat si otevřené dveře.
- Mluvit klidným a vyrovnaným hlasem.
- Používat krátké a srozumitelné věty.
- Trpělivost (v případě dotazů nechat agresorovi čas na odpověď).
- Při jednání v týmu by měl hovořit pouze jeden člen.
- Oslovovat agresora jménem (je-li známo).
- Kontrolovat vlastní neverbální projevy (založené ruce, ruce v bok apod.).
- Nelhat! [6]

Hlavní zásadou komunikace ke snížení agrese je vědomé rozhodnutí, že rozhovor má být otevřený, upřímný a nezaujatý. Je důležité se předem vyhnout konfliktnímu postavení a předsudkům. V tomto případě pak protějšek často změní svůj postoj. Jakmile začne protějšek přemýšlet o přítomné situaci, snižuje se riziko emocionálně silného a agresivního jednání. [2]

2.10 PČR a donucovací prostředky

Tato kapitola je věnována polici a donucovacím prostředkům. Jsou zde popsány druhy donucovacích prostředků a legislativa.

Použití donucovacích prostředků znamená vždy závažný zásah do práv a svobod občanů. Dojít by k němu mělo až v případě, nelze-li dodržování zákona vynutit jiným způsobem. Nebezpečí jejich použití vyplývá již z toho, že policista se musí pro jejich použití rozhodnout (jestli je vůbec použít, a pokud ano, tak jaký z možných prostředků) většinou během okamžiku a nemusí situaci dobře odhadnout. Použití by mělo trvat jen po dobu nezbytně nutnou k překonání odporu a obnovení právního stavu. Jestliže dojde použitím donucovacích prostředků ke zranění osob, musí jim policista poskytnout první pomoc a zajistit lékařské ošetření, jakmile mu to okolnosti dovolí (§ 57 policejního zákona). V žádném případě donucovací prostředky neslouží k „trestání“ osob za jejich protiprávní jednání. [5]

2.10.1 Zákon 273/2008sb. Hlava IX

Dle § 51 je policista oprávněn použít při zákroku donucovací prostředek a zbraň, k jejichž užívání byl vycvičen.

Dle § 52 se donucovacími prostředky rozumí tyto:

a) *hmaty, chvaty, údery a kopy,*
b) *slzotvorný, elektrický nebo jiný obdobně dočasně zneschopňující prostředek,*
c) *obušek a jiný úderný prostředek,*
d) *vrhací prostředek mající povahu střelné zbraně podle jiného právního předpisu s dočasně zneschopňujícími účinky,*
e) *vrhací prostředek, který nemá povahu zbraně podle § 56 odst. 5,*
f) *zastavovací pás, zahrazení cesty vozidlem a jiný prostředek k násilnému zastavení nebo zabránění odjezdu vozidla,*
g) *vytlačování vozidlem,*
h) *vytlačování štítem,*
i) *vytlačování koněm,*
j) *služební pes,*
k) *vodní stříkač,*

l) *zásahová výbuška,*
m) *úder střelnou zbraní,*
n) *hrozba namířenou střelnou zbraní,*
o) *varovný výstřel,*
p) *pouta,*
q) *prostředek k zamezení prostorové orientace.*

V § 53 jsou popsány obecné podmínky použití donucovacího prostředku takto:

1) *Policista je oprávněn použít donucovací prostředek k ochraně bezpečnosti své osoby, jiné osoby nebo majetku anebo k ochraně veřejného pořádku.*
2) *Před použitím donucovacího prostředku je policista vyzvat osobu, proti které zakročuje, aby upustila od protiprávního jednání, s výstrahou, že bude použito donucovacích prostředků. To neplatí v případě použití prostředku k zabránění odjezdu vozidla. Od výzvy s výstrahou je možné upustit v případě, že je ohrožen život nebo zdraví osoby a zákrok nesnese odkladu.*
3) *Policista je oprávněn použít donucovací prostředek, který*
   a) *umožní dosažení účelu sledovaného zákrokem a*
   b) *je nezbytný k překonání odporu nebo útoku osoby, proti níž zakročuje.*
4) *Elektrický donucovací prostředek je policista oprávněn použít pouze, pokud by použití jiného donucovacího prostředku zjevně nebylo dostatečné k dosažení účelu sledovaného zákrokem.*
5) *Policista při použití donucovacího prostředku dbá na to, aby nezpůsobil osobě újmu zřejmě nepřiměřenou povaze a nebezpečnosti jejího protiprávního jednání.*

Dle § 54 se řídí použití pout a prostředků k zamezení prostorové orientace.

Policista je oprávněn použít pouta a prostředek k zamezení prostorové orientace také ke spoutání osoby:

a) *zajištěné,*
b) *zadržené,*
c) *zatčené,*

d) *dodávané do výkonu trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, ochranného léčení nebo ochranné výchovy, nebo*
e) *převzaté policistou k provedení procesních úkonů z vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, ochranného léčení nebo ochranné výchovy, je-li důvodná obava, že může být ohrožena bezpečnost osob, majetku nebo ochrana veřejného pořádku anebo že se osoba pokusí o útěk. Policista je oprávněn použít pouta ke vzájemnému připoutání dvou nebo více osob. Prostředek k zamezení prostorové orientace je policista oprávněn použít pouze, nelze-li účelu úkonu dosáhnout jinak.*

Povinnosti policisty po použití donucovacího prostředku nebo zbraně jsou jasně definovány v § 57. Viz níže.

1) *Po použití donucovacího prostředku nebo zbraně, při kterém došlo ke zranění osoby, je policista povinen ihned, jakmile to okolnosti dovolí, poskytnout zraněné osobě první pomoc a zajistit lékařské ošetření. Dále je povinen učinit neodkladné úkony nebo jiná opatření, aby mohla být řádně objasněna oprávněnost použití zbraně.*
2) *Zákrok, při kterém bylo použito donucovacího prostředku nebo zbraně, je policista povinen bezodkladně ohlásit svému nadřízenému a sepsat o něm úřední záznam s uvedením důvodu, průběhu a výsledku jejich použití. Úřední záznam nesepisuje při použití pout podle § 54.*
3) *Vedoucí policejního útvaru je povinen vyrozumět bez zbytečného odkladu příslušného státního zástupce o zranění nebo usmrcení osoby anebo o škodě nikoli nepatrné (dle zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů), způsobených použitím donucovacího prostředku nebo zbraně.*

V § 58 jsou popsána zvláštní omezení.

1) *Při zákroku proti zjevně těhotné ženě, osobě zjevně vysokého věku, osobě se zjevnou tělesnou vadou nebo chorobou nebo osobě zjevně mladší 15 let nesmí policista použít údery a kopy, slzotvorný, elektrický ani jiný obdobný dočasně zneschopňující prostředek, obušek ani jiný úderný prostředek, vrhací prostředek, který nemá povahu zbraně podle tohoto zákona, vytlačování vozidlem, vytlačování štítem,*

služebního psa, zásahovou výbušku, úder střelnou zbraní, hrozbu namířenou střelnou zbraní, varovný výstřel a zbraň, vyjma případů, kdy útok takové osoby bezprostředně ohrožuje život nebo zdraví policisty anebo osoby jiné nebo hrozí větší škoda (dle zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů) na majetku a nebezpečí nelze odvrátit jinak.

2) *Omezení podle odstavce 1 se nevztahuje na použití slzotvorného prostředku, zásahové výbušky a vytlačování vozidlem a štítem, jsou-*li *použity proti skupině osob.* [11 str. 25-28]

3 CÍL PRÁCE

Cílem této práce bylo především zjistit, jak si stojí příslušníci PČR ve znalostech o duševně nemocných, jestli jsou dostatečně vzděláváni a jak přistupují k nemocným, pokud se s nimi ve službě setkávají. Teoretická část byla zaměřena na historii psychiatrie, základní rozdělení onemocnění, přiblížení některých postupů a seznámení s legislativou týkající se donucovacích prostředků.

3.1 Hypotézy

1. Předpokládám, že více než 50 % respondentů nemá od zaměstnavatele nabídky školení ohledně práce s duševně nemocnými.
2. Během setkání policistů s psychicky nemocným jsou více než v 50 % užívány donucovací prostředky.
3. Předpokládám, že více než 50 % dotazovaných má zájem o odborná školení.
4. Předpokládám, že ve více než 50 % setkání s psychicky nemocnými dochází ke zranění policistů nebo nemocných.

4 METODIKA

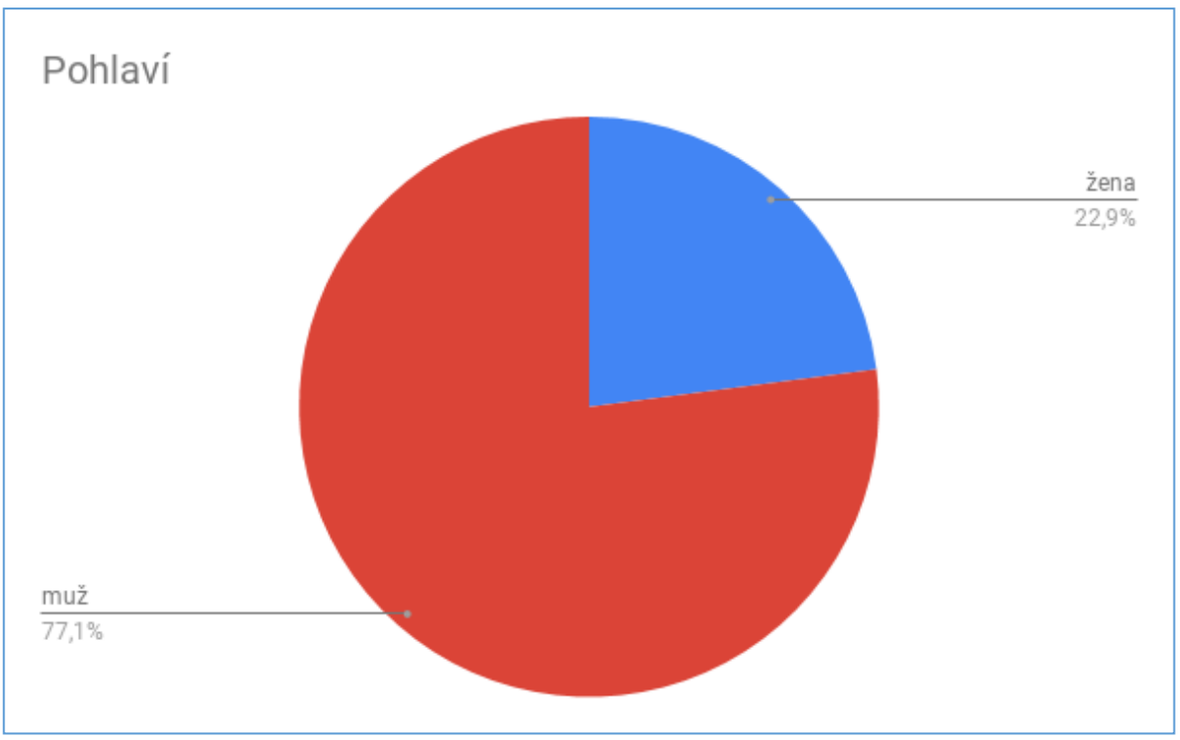
Výzkumnou metodou této práce byl kvantitativní dotazník. Otázky byly uzavřené i otevřené. Cílovou skupinou byli příslušníci PČR v Praze a Středočeském kraji. Dotazník byl v některých místech rozdán v papírové formě, dále byl rozeslán elektronicky pomocí Facebooku. Elektronická verze byla realizována pomocí aplikace Google Forms. Celkem dotazník vyplnilo 157 respondentů. V některých případech došlo k nevyplnění otázky. Neúplně vyplněné dotazníky jsou zařazeny do průzkumu, jelikož nemají rozhodující vliv, ale některé odpovědi v nich jsou obohacující.

Použitý dotazník obsahoval 23 otázek. Prvních pět otázek bylo směrováno na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe a místo výkonu služby. Ostatní otázky sloužily ke zjištění postoje příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním.

5 VÝSLEDKY

Otázka č. 1 – Pohlaví?

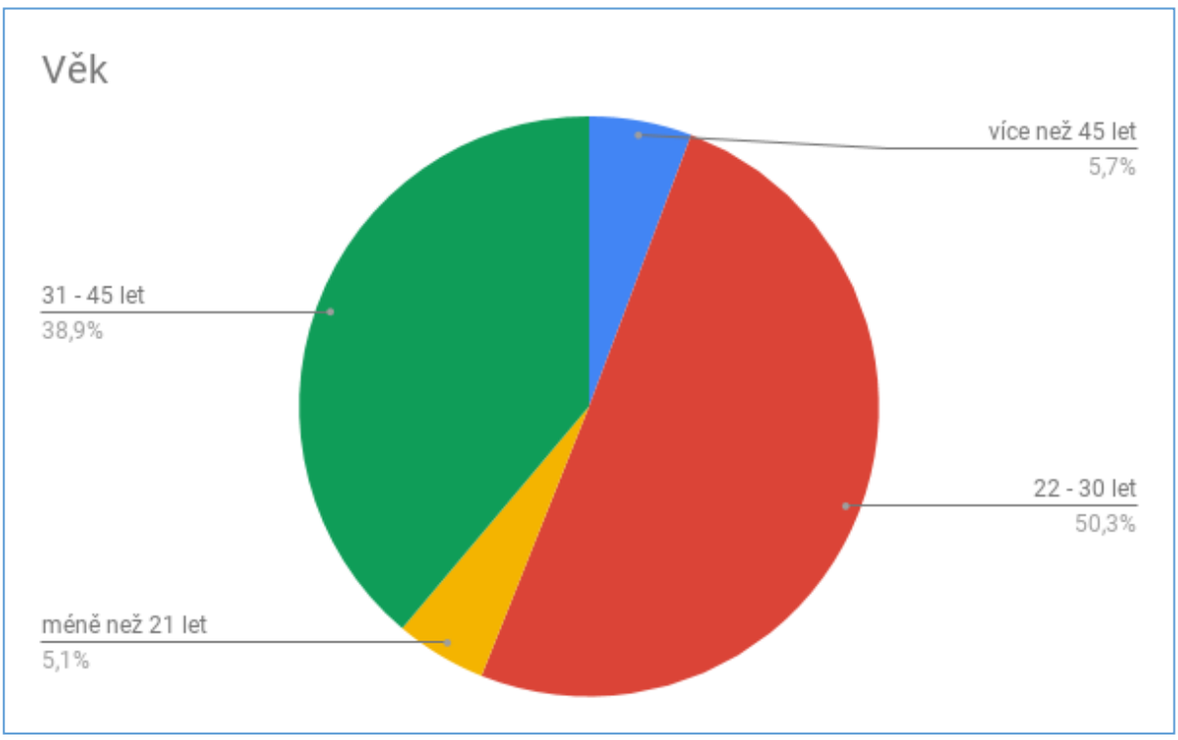
Z výsledků této otázky je patrné, že respondenty jsou především muži, kterých v šetření bylo 121 (77,1 %). Žen bylo 36 (22, 9 %).



Obrázek 1, pohlaví

Otázka č. 2 – Věk?

Zde je vidět, že se respondenti pohybují především ve věku mezi 22. a 30. rokem života. Tuto skupinu zastupuje, byť jen těsná, většina. Jedná se o 79 (50,3 %) respondentů. Dále je zastoupena skupina osob mezi 31. a 45. rokem. Celkem 61 (38,9 %) dotazovaných. Další v pořadí jsou osoby starší 45 let. Těch je 9 (5,7 %). Mladších než 21 let je 8 (5,1 %).



Obrázek 2, věk

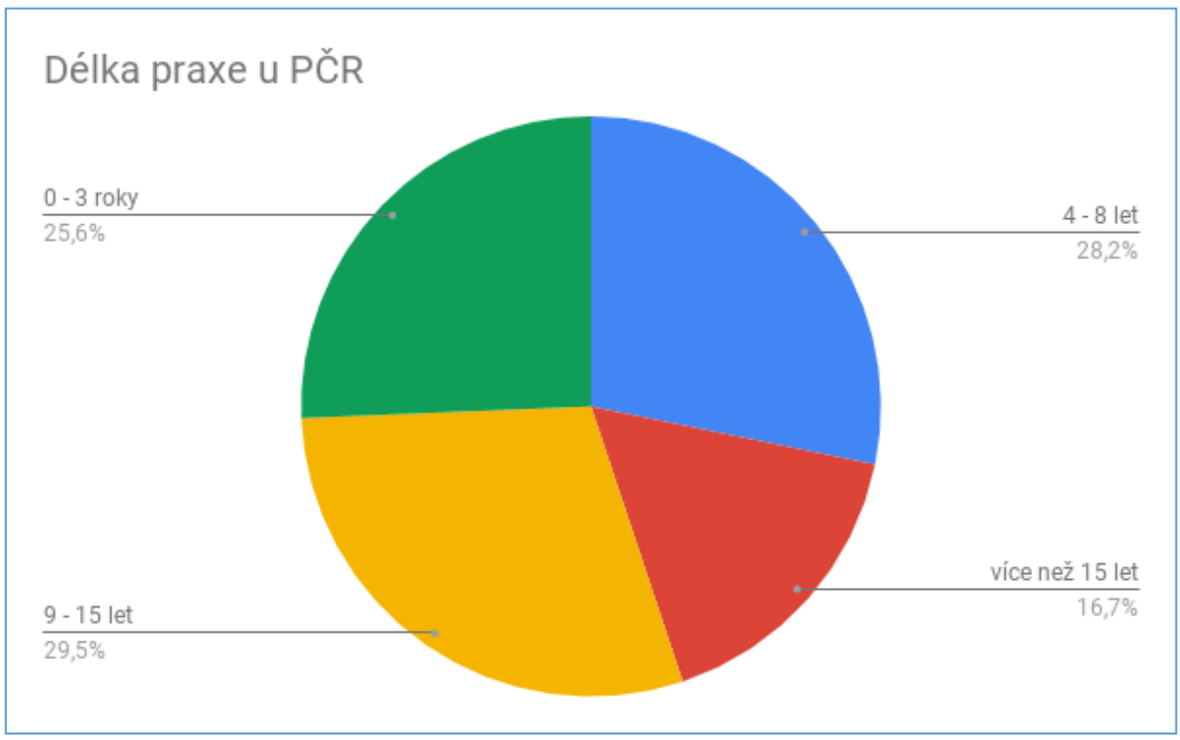
Otázka č. 3 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Touto otázkou bylo zjištěno, že většina dotazovaných, celkem 93 (59,2 %) má jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Za touto skupinou, co se počtu týče, se nachází vysokoškolsky vzdělaní. Celkem 45 (28,7 %) respondentů. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 14 (8,9 %) dotazovaných. Středního vzdělání bez maturity bylo dosaženého u 4 (2,5 %) respondentů. Jeden dotazovaný (0,6 %) odpověděl, že dosáhl vzdělání základního.

Obrázek 3, vzdělání

Otázka č. 4 – Délka praxe u PČR?

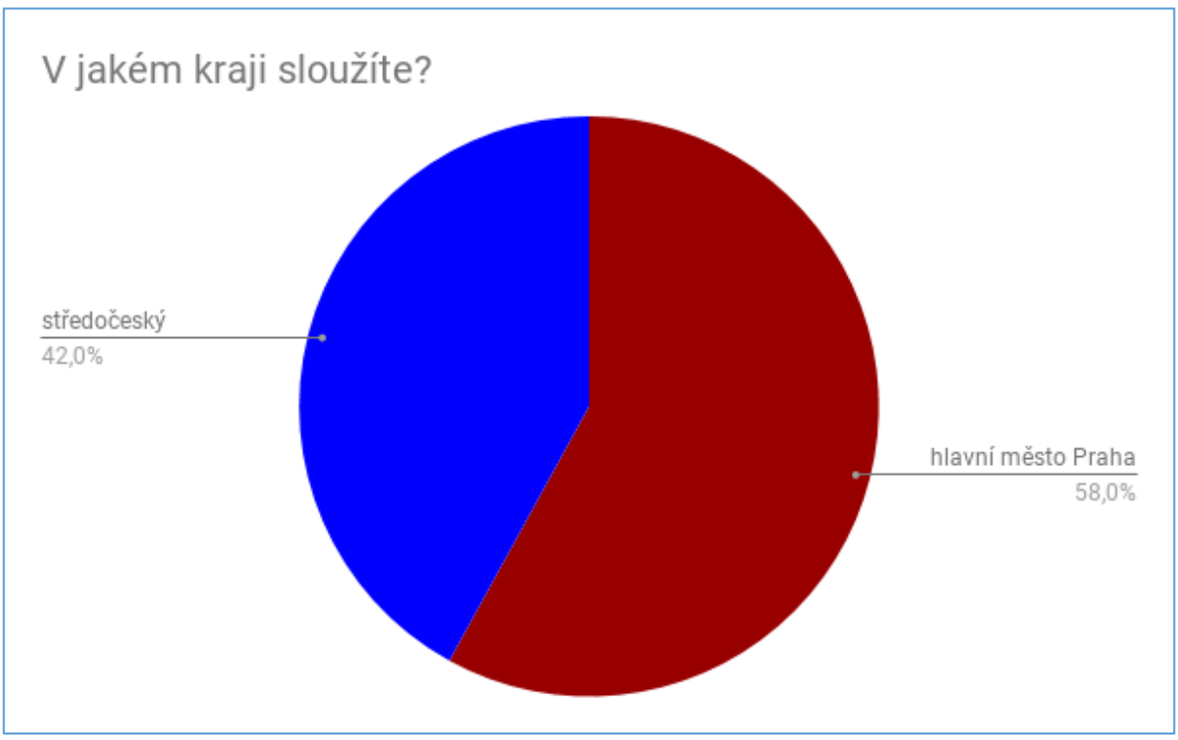
Z výsledků této otázky je patrné, že respondenti jsou spíše zkušení. Praxi 0 – 3 roky udává 40 (25,6 %) dotázaných. U PČR slouží 4 – 8 let 44 (28,2 %) respondentů. Další skupinou jsou příslušníci sloužící 9 – 15 let. Celkem 46 (29,5 %) odpovídajících. Delší praxi než 15 let zaškrtlo 26 (16,7 %) respondentů. Jeden neodpověděl vůbec.



Obrázek 4, délka praxe

Otázka č. 5 – V jakém kraji sloužíte?

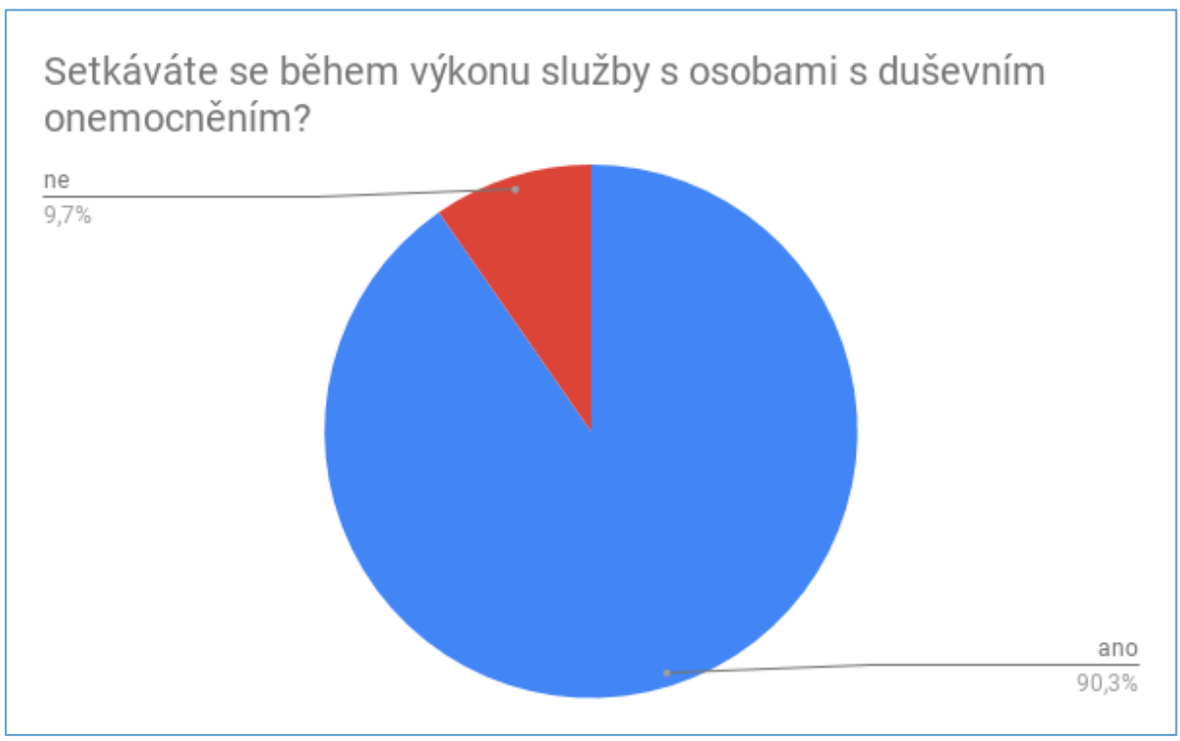
Odpověď na tuto otázku zvolilo 150 ze 157 dotázaných. Vzhledem k rozšíření dotazníku přes internet se naskýtá řešení, proč tomu tak je. Dotyční nejsou ani z jednoho dotazovaného kraje. Z Prahy je 87 (58 %) odpovídajících, zatímco ze Středočeského kraje je respondentů 63 (42 %).



Obrázek 5, místo výkonu

Otázka č. 6 – Setkáváte se během výkonu služby s osobami s duševním onemocněním?

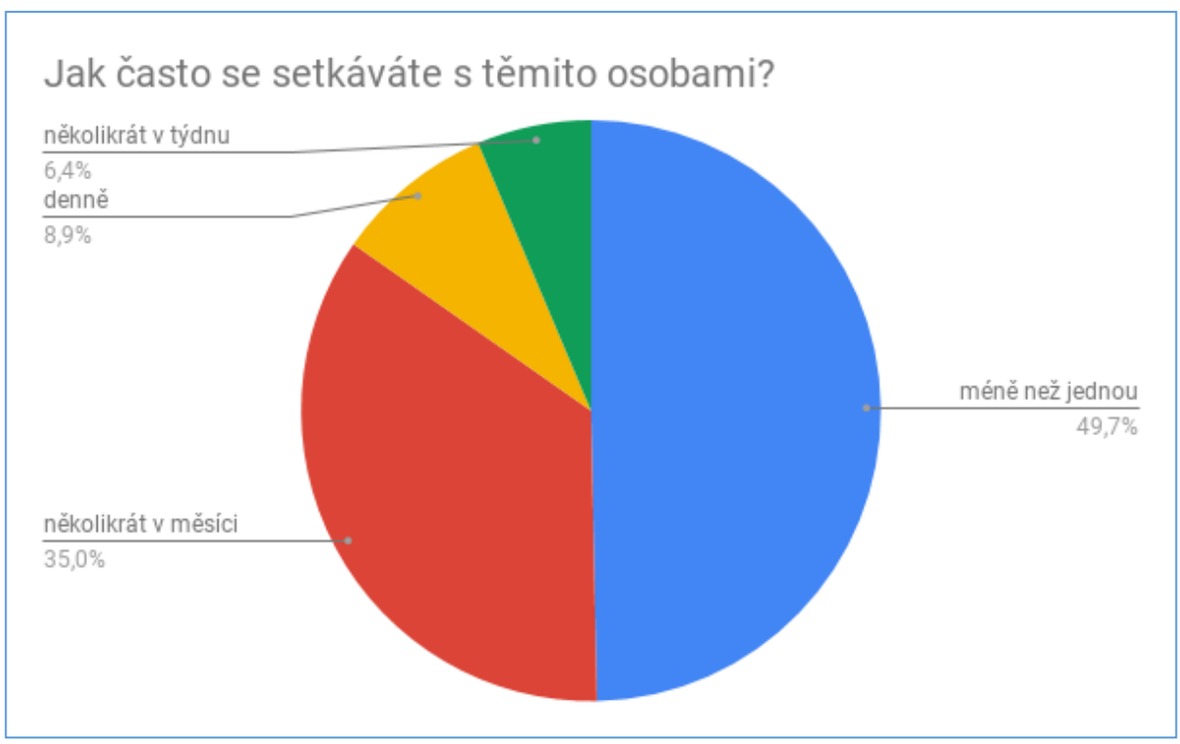
Na tuto otázku dva lidé neodpověděli. Ze zodpovězených drtivá většina 140 (90,3 %) dotazovaných odpověděla kladně, ostatních 15 (9,7 %) respondentů odpovědělo záporně.



Obrázek 6, setkávání s nemocnými

Otázka č. 7 – Jak často se setkáváte s těmito osobami?

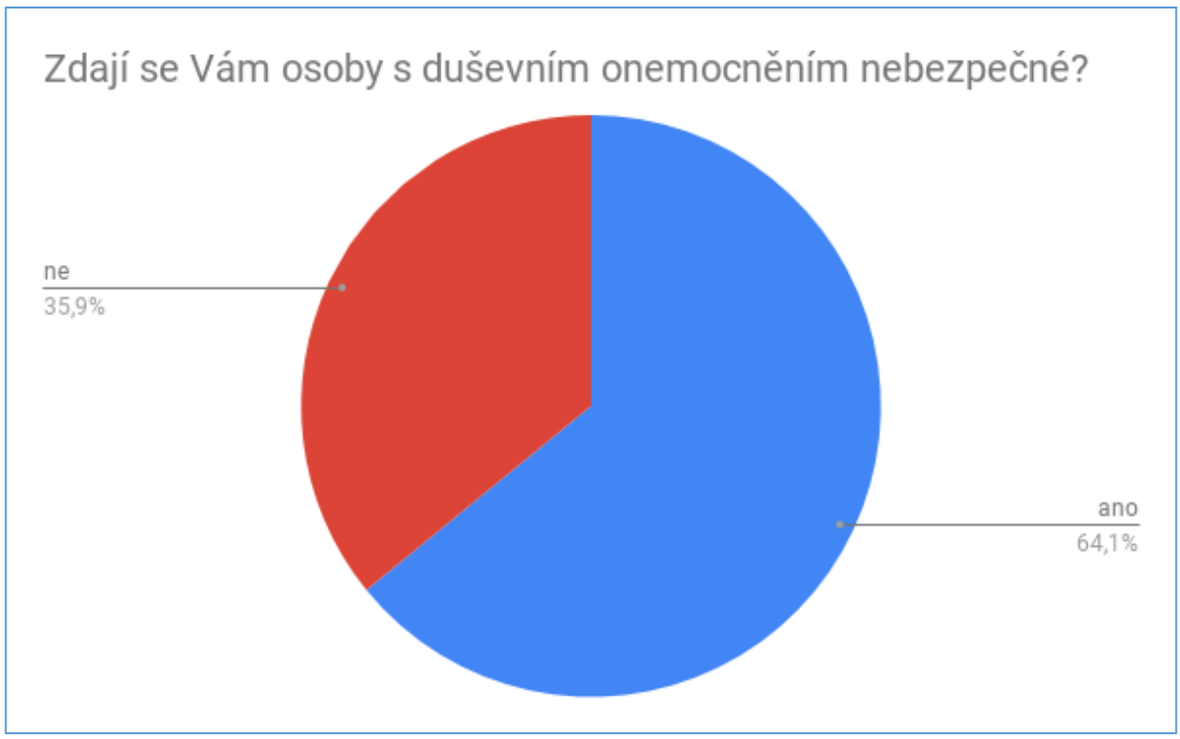
Tuto otázku zodpověděli všichni. Dá se předpokládat, že pokud se někdo během výkonu služby nesetkává s duševně nemocnými, považuje za četnost setkávání méně než jedenkrát v měsíci. Tuto variantu zvolilo nakonec 78 (49,7 %) respondentů. Několikrát měsíčně se setkává s psychicky nemocnými 55 (35 %) dotazovaných. Celkem 14 (8,9 %) odpovídajících uvedlo, že se setkávají s nemocnými několikrát v týdnu. Zbytek, tedy deset (6,4 %), udává denní setkání s duševně nemocnými.



Obrázek 7, frekvence setkávání

Otázka č. 8 – Zdají se Vám osoby s duševním onemocněním nebezpečné.

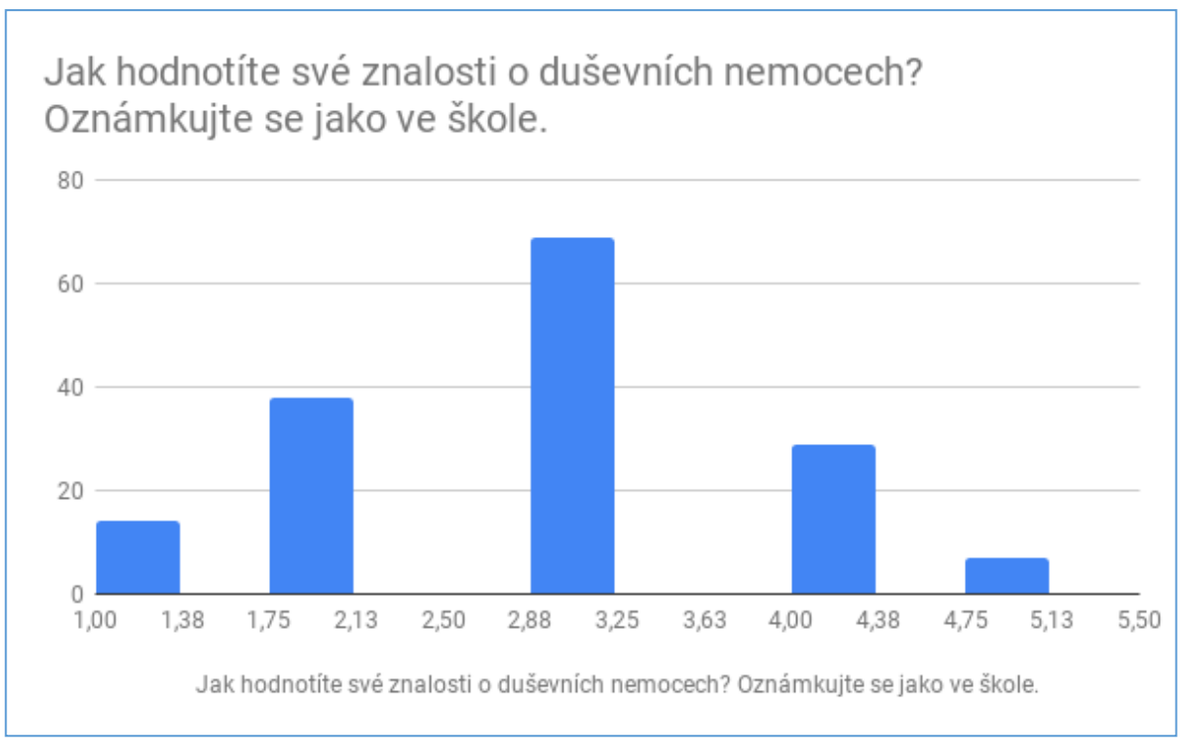
Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent. Z na dotazník odpovídajících příslušníků celkem 100 (64,1 %) uvedlo, že se jim zdají osoby s duševním onemocněním nebezpečné. Opačnou odpověď zvolilo 56 (35,9 %) dotázaných.



Obrázek 8, nebezpečnost nemocných

Otázka č. 9 – Jak hodnotíte své znalosti o duševních nemocech? Oznámkujte se jako ve škole.

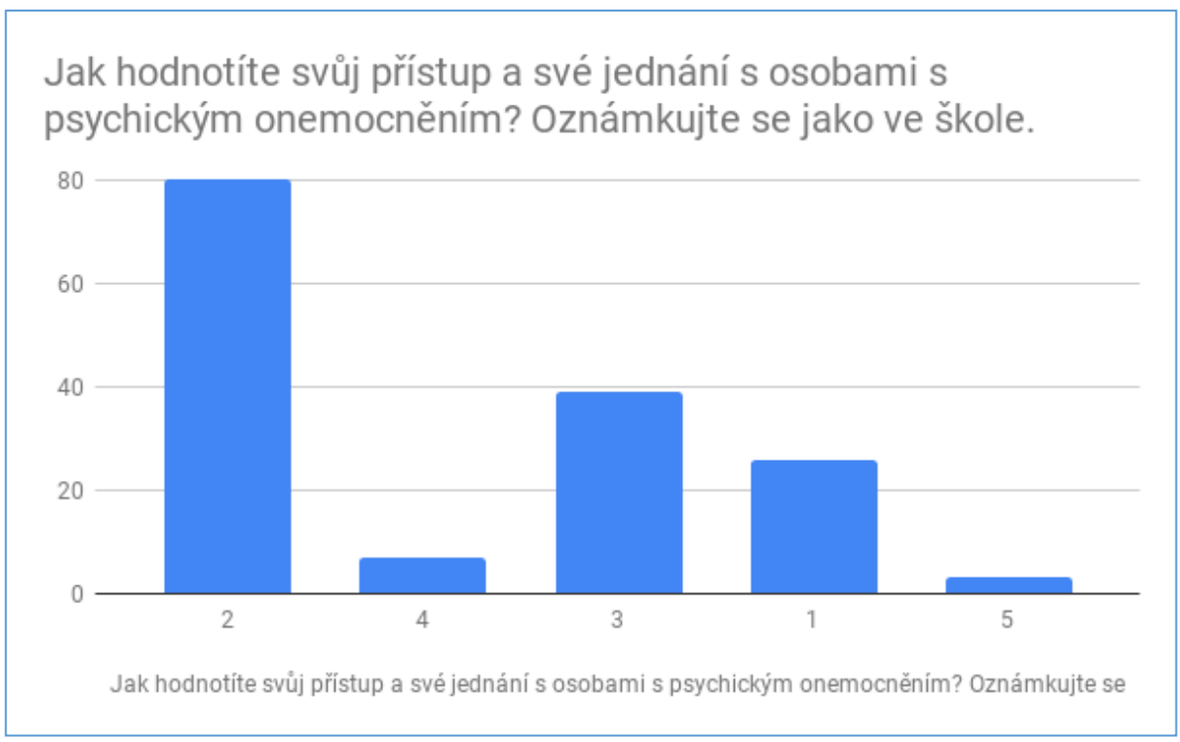
Znalosti respondentů se dají považovat dle jejich hodnocení za průměrné. Jak se dalo předpokládat, největší část 69 (43,9 %) dotazovaných se hodnotila známkou 3. Následuje 38 (24,2 %) dotazovaných, kteří se hodnotili dvojkou. Čtyřku ze znalostí by si dalo 29 (18,5 %) respondentů. Výborně se hodnotilo 14 (8,9 %) a pětku by si dalo 7 (4,5 %) policistů.



Obrázek 9, hodnocení znalostí

Otázka č. 10 – Jak hodnotíte svůj přístup a své jednání s osobami s psychickým onemocněním?

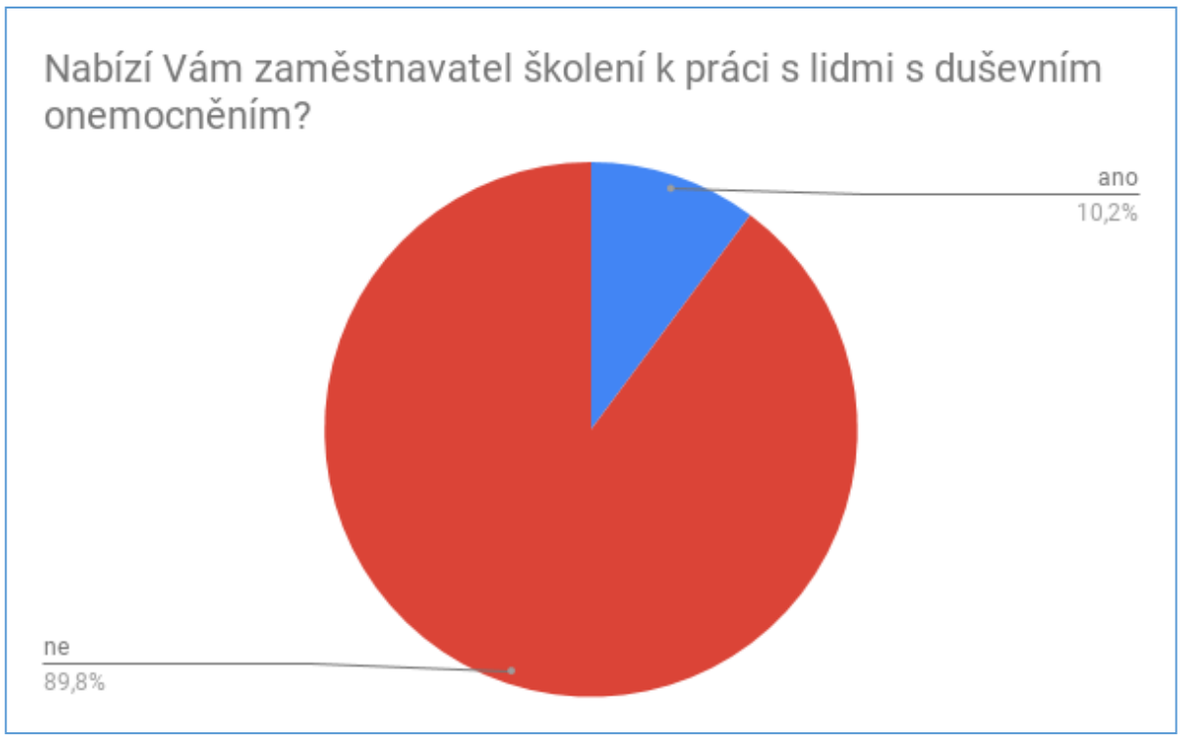
Zde se již respondenti lépe hodnotili. Jeden však neodpověděl. Na výsledky to však nemá patrný vliv. Ze 156 odpovědivších se nejvíce hodnotí známkou dva. Jedná se o nadpolovičních 81 (51,9 %). Známkou 3 se ohodnotilo 39 (25 %) respondentů. Na dalším místě je 26 (16,7 %) dotazovaných, kteří se oznámkovali jedničkou. Čtyřku si přístupu dalo 7 (4,5 %) respondentů. Zbytek, tedy 3 (1,9 %) odpovídajících, hodnotí své znalosti na pětku.



Obrázek 10, hodnocení přístupu a jednání

Otázka č. 11 – Nabízí Vám zaměstnavatel školení k práci s lidmi s duševním onemocněním?

Zde většinových 141 (89,8 %) dotazovaných odpovědělo záporně. Naopak 16 (10,2 %) respondentů uvedlo, že jim zaměstnavatel školení nabízí.



Obrázek 11, školení od zaměstnavatele

Otázka č. 12 – Zúčastnil/a jste se někdy takto zaměřeného školení? Jakého?

V případě této otázky se 128 (81,5 %) respondentů přiznalo, že se takového školení nezúčastnili. Zbývajících 29 (18,5 %) dotazovaných pak udává, že na podobném školení byli. Zde se pak ještě odpovědi liší dle absolvovaného školení, většinou absolvovaného v rámci studia.

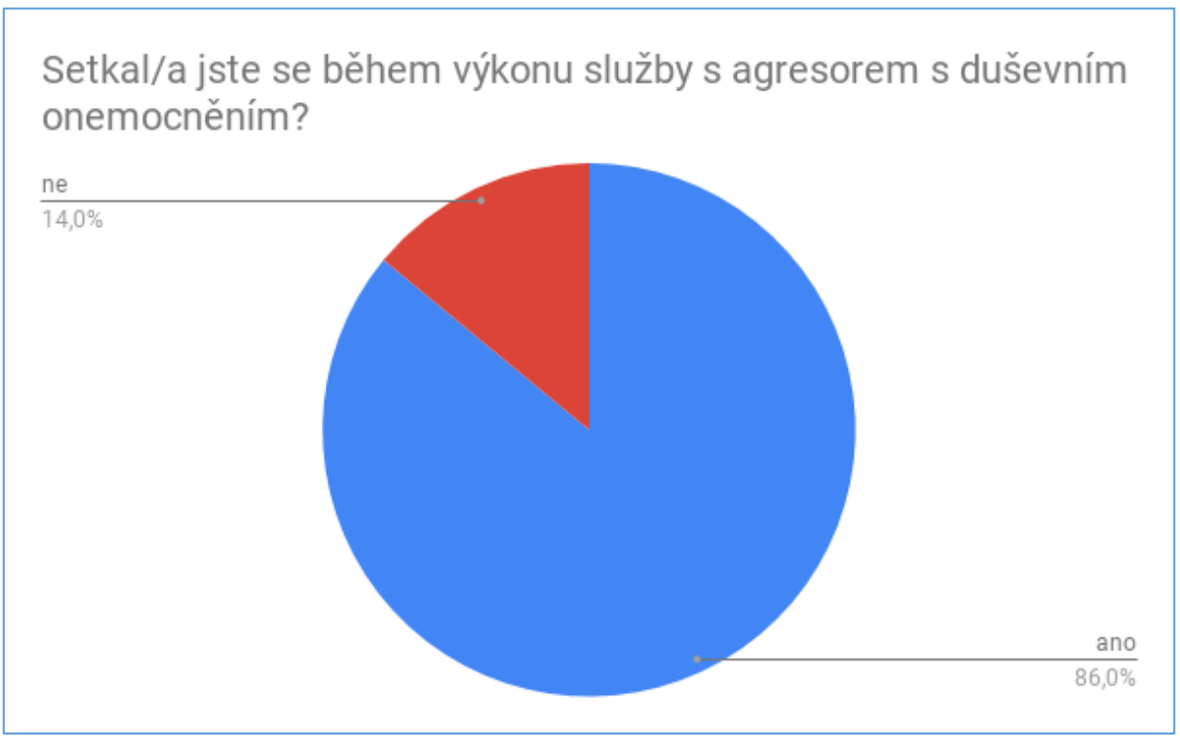
Otázka č. 13 – Máte zájem o takto zaměřená školení?

V rámci této otázky neodpověděli dva respondenti. Ze 155 odpovídajících projevilo zájem 107 (69 %) respondentů. O školení pak nejeví zájem 48 (31 %) dotazovaných.

Obrázek 12, zájem o školení

Otázka č. 14 – Setkal/a jste se během výkonu služby s agresorem s duševním onemocněním?

Zde odpověděli všichni respondenti. Výrazná většina čítající 135 (86 %) dotazovaných zvolila kladnou odpověď. Zbývajících 22 (14 %) odpovědělo záporně.



Obrázek 13, setkání s agresorem

Otázka č. 15 – Jak se podařilo situaci vyřešit?

V případě této otázky se vyjádřilo 143 dotazovaných. Dá se předpokládat, že osoby, které se v minulé otázce vyjádřili záporně, nyní neodpověděly. Někteří však odpověděli, jednalo se o otevřenou odpověď, kde uvedli „nesetkal jsem se“. Co se týče ostatních odpovědí, tak 59 (41,3 %) respondentů uvedlo, že se vše dalo vyřešit především slovně. Zbývajících 84 (58,7 %) odpovídajících uvedlo, že bylo třeba použít donucovacích prostředků. V odpovědi se také mohli vyjádřit, jakých donucovacích prostředků. Ve valné většině se jednalo o hmaty, chvaty, údery, kopy. Dále byla často použita také pouta, případně obušek.

Otázka č. 16 – Znáte nějaké techniky, jak zklidnit agresora bez použití fyzického násilí?

Na tuto otázku odpovědělo všech 157 respondentů. Většina z nich, tedy 106 (67,5 %) odpovídajících, uvedla, že takové techniky zná. Zbývajících 51 (32,5 %) dotazovaných pak znalost techniky neguje.

Obrázek 14, techniky bez násilí

Otázka č. 17 – Zranil/a jste se někdy při pacifikaci duševně nemocného agresora?

Na tuto otázku opět odpověděli všichni dotazovaní. Celých 139 (88,5 %) respondentů uvedlo, že se nikdy nezranili při pacifikaci. Opačnou odpověď pak volilo 18 (11,5 %) dotazovaných.

Obrázek 15, zranění policisty

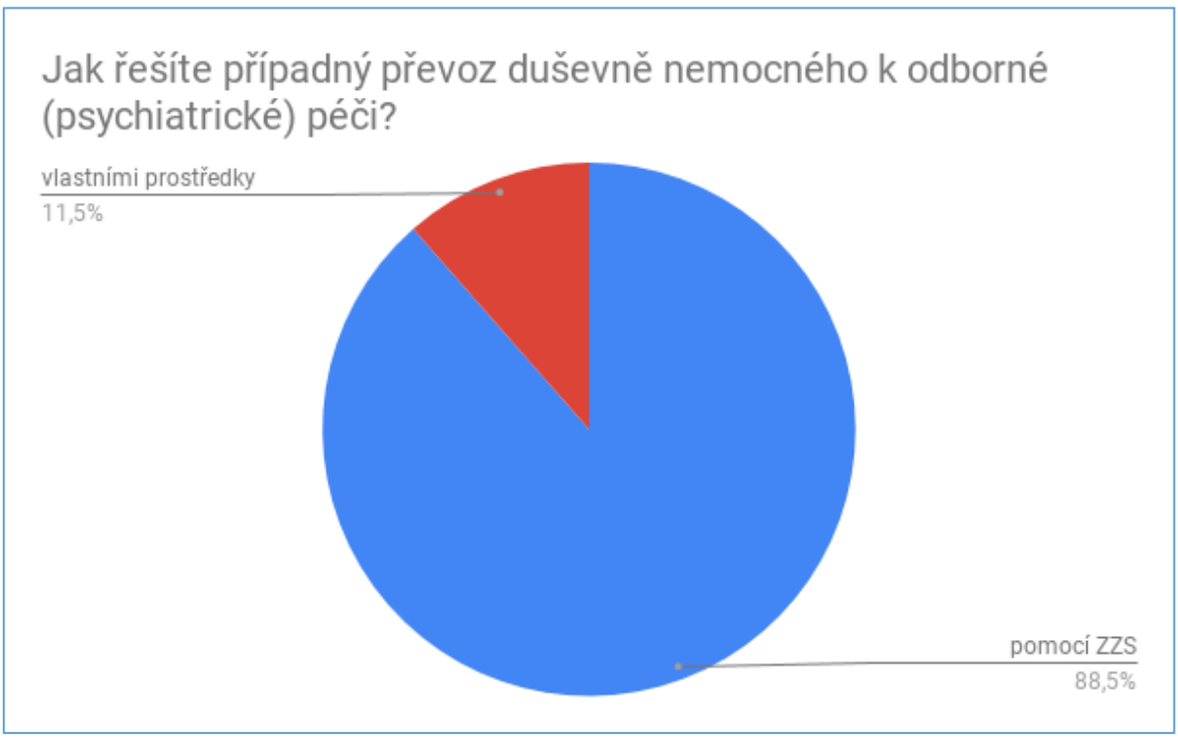
Otázka č. 18 – Zranil/a jste někdy duševně nemocného agresora během pacifikace?

Tuto otázku zodpověděl plný počet, tedy 157 respondentů. Většina se vyjádřila, že během pacifikace nikoho nezranili. Těch bylo 124 (79 %). Zranění během pacifikace pak způsobilo 33 (21 %) respondentů.

Obrázek 16, zranění nemocného

Otázka č. 19 – Jak řešíte případný převoz duševně nemocného k odborné (psychiatrické) péči?

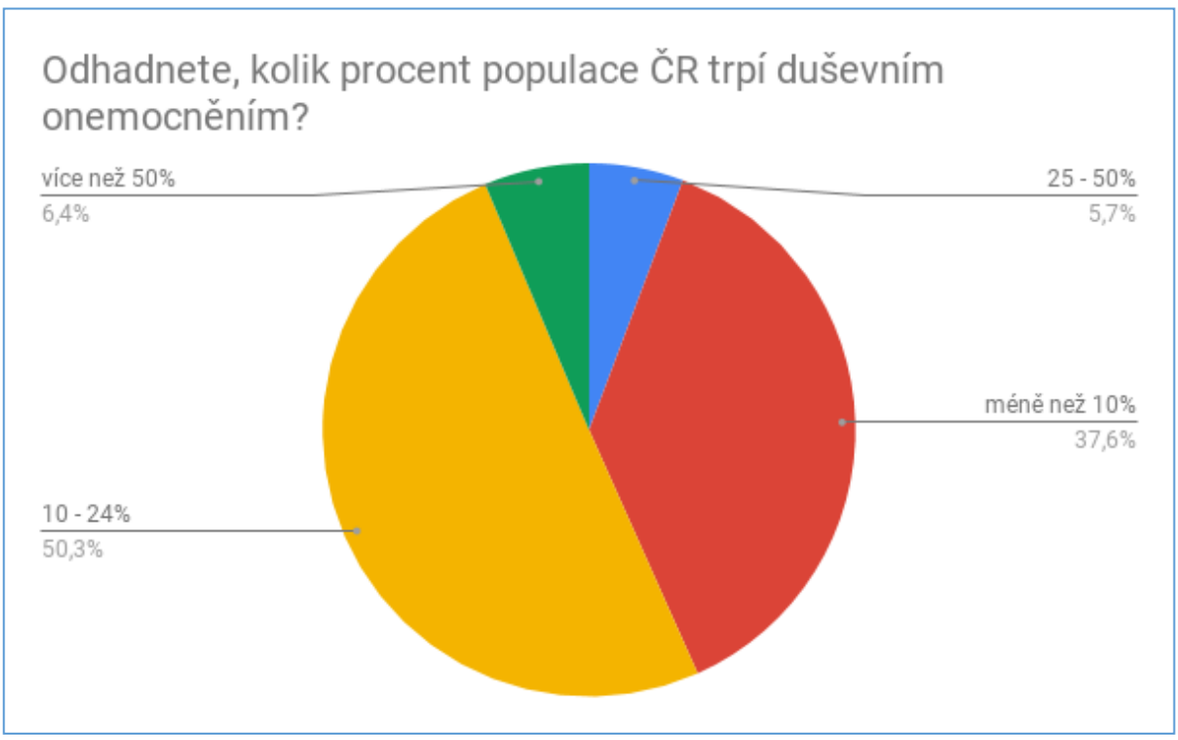
Plný počet (157) odpovídajících. Z nich 139 (88,5 %) řeší převoz pomocí ZZS, zbývajících 18 (11,5 %) pak transportuje nemocné vlastními prostředky.



Obrázek 17, převoz k odborné péči

Otázka č. 20 – Odhadnete, kolik procent populace ČR trpí duševním onemocněním?

Odpovězeno bylo ve všech 157 dotaznících. Více jak polovina dotazovaných, konkrétně jich bylo 79 (50,3 %), odpověděla, že duševně nemocných je v ČR 10 - 24 %. Další skupina respondentů si myslí, že je v ČR psychicky nemocných méně než 10 % populace. Tato skupina čítá 59 (37,6 %) dotazovaných. Že je u nás duševní chorobou postižených více než 50 % si myslí 10 (6,4 %) respondentů. A celkem 9 (5,7 %) odpovídajících bere za nemocné 25 – 50 % populace České republiky.



Obrázek 18, odhad nemocných

Otázka č. 21 – Měly by být osoby s duševním onemocněním zavřeny v psychiatrických nemocnicích a podobných zařízeních? Vyjádřete se vlastními slovy.

V tomto případě se dotazovaní měli vlastními slovy vyjádřit. Takto nakonec učinilo 137 respondentů. Někteří respondenti se shodují, že by nemocní měli být zavřeni, jiní toto negují. Odpovědi jsou celkem vyrovnané. Nejvíce se však dotazovaní shodují na nutnosti

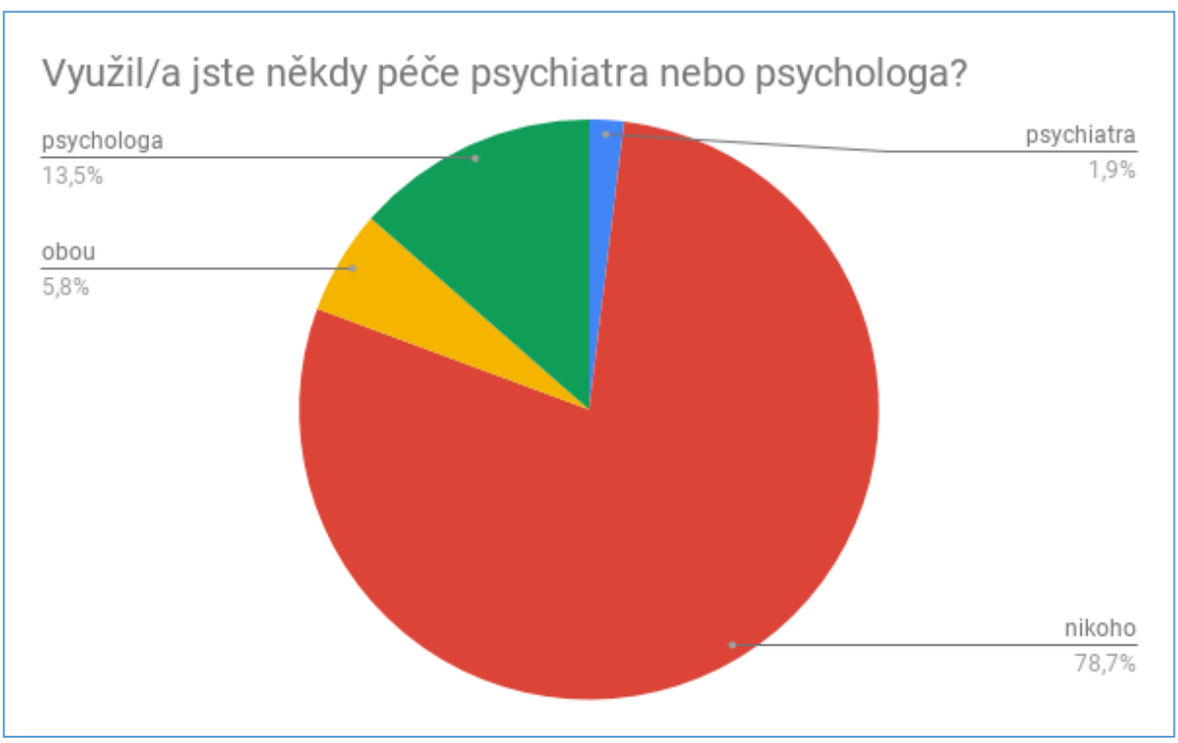
zavírání psychicky nemocných pouze v případě, že jsou nebezpeční pro své okolí. Výčet odpovědí je v příloze.

Otázka č. 22 – Máte nějaký nápad, jak zlepšit přípravu příslušníků PČR na jednání s osobami s duševním onemocněním?

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 124 dotazovaných. Drtivá většina se shoduje, že by bylo na místě nějaké školení a kurzy s odborníky. Někteří se také vyjadřují, že by bylo vhodné, aby se probíraly modelové situace a praktický nácvik jednání s duševně nemocnou osobou. Vypsané odpovědi jsou v příloze.

Otázka č. 23 – Využil/a jste někdy péče psychiatra nebo psychologa?

K této otázce se nevyjádřili dva respondenti. Celkově 122 (78,7 %) dotazovaných se vyjádřilo negativně. Péči psychologa udává 21 (13,5 %) odpovídajících. Oběma odborníkům se do péče svěřilo 9 (5,8 %) respondentů. Odbornou péči pouze psychiatra pak přiznávají 3 (1,9 %) dotazovaní.



Obrázek 19, využití odborníka

6 DISKUZE

V empirické části této bakalářské práce jsem se pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku snažil vyzkoumat, jak policisté vnímají psychicky nemocné osoby, jaké s nimi mají zkušenosti a jaké mají znalosti v dané problematice.

Dotazník jsem šířil dvěma způsoby. Prvním způsobem bylo vytištění a předání policistům na několika služebnách v Praze a Středočeském kraji, resp. v Kladně. Tímto způsobem jsem rozdal 55 dotazníků, které se mi všechny vrátily vyplněné. Druhým způsobem bylo vytvoření totožného dotazníku v elektronické formě pomocí aplikace GoogleForms a šíření přes facebookovou stránku „Týdeník policie“. Takto se mi během několika dní dostalo 102 vyplněných dotazníků. Následně jsem odpovědi z vyplněných papírových dotazníků přepsal do zmiňované aplikace, aby se mi dostalo ucelených výsledků. Takto jsem se dopracoval tedy k počtu 157 respondentů.

Prvních pět otázek bylo cílených na zjištění základních dat. Díky první otázce jsem zjistil, že většina respondentů (77,1 %) byli muži. To se vzhledem k personální situaci policie jeví jako naprosto přirozené. Druhou otázkou jsem zjišťoval věk mých dotazovaných. Téměř polovina (50,3 %) respondentů uvedla, že je ve věku od 22 do 30 let. Druhou nejpočetnější (38,9 %) věkovou skupinou byli lidé mezi 31. a 45. rokem života. Vzdělanost mezi dotazovanými dosahuje úrovně střední s maturitou a vyšší. Pouze pět dotazovaných uvedlo vzdělání nižší. Překvapil mě však fakt, že více jak čtvrtina (28,7 %) respondentů uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání vysoké. Překvapení to pro mě je pozitivní. Dá se však asi také ale říci, že osoba, která má vystudovanou vysokou školu, ví, jak přínosné je, když vyplní nějaký dotazník sloužící k podpoře bakalářské práce. Co se týče praxe u policie, tak 40 (25,6 %) odpovídajících uvedlo, že slouží u policie méně než tři roky. Téměř tři čtvrtiny tedy mohu považovat za zkušené policisty. Jeden z dotazovaných tuto odpověď nevyplnil. Další otázkou jsem zjišťoval, kde dotyční vykonávají službu. Jako varianty jsem zvolil pouze Prahu a Středočeský kraj. Více než polovina (58 %) dotazovaných zvolila Prahu. Celkem 7 lidí na tuto otázku neodpovědělo. Vzhledem ke skutečnosti, že byl elektronický dotazník rozšířen pomocí sociální sítě, dá se předpokládat účast i z jiných krajů ČR.

Pomocí dalších otázek jsem se snažil zjistit, jakou mají policisté zkušenost s osobami s duševním onemocněním. Ke zhodnocení výsledků jsem použil otázky 6, 7, 14, 15, 17, 18

a také 19. S psychicky nemocnými se během výkonu služby setkává drtivá většina (90,3 %) dotazovaných policistů. Dva respondenti neodpověděli na tuto otázku vůbec. Někteří se s nemocnými potkají častěji, jiní méně často. Necelá polovina (49,7 %) z odpovídajících uvádí, že se s psychicky nemocnými setkává méně než jednou měsíčně. Toto číslo však vnímám ovlivněné předchozí otázkou. Na tuto otázku odpovědělo všech 157 respondentů, pročež předpokládám, že ti, kteří uvedli, že se s nemocnými nesetkávají, odpověděli ohledně četnosti setkání počtem méně než za měsíc. V otázce č. 14 se ptám, zdali se příslušníci PČR setkávají s agresory s duševním onemocněním. Kladně na tuto otázku odpověděla většina ze všech respondentů (86 %). V následující otázce se dotazuji na vyřešení těchto situací. Příslušníci PČR, kteří odpověděli na otázku, ve většině případů (55,2 %) použili donucovací prostředky. Ve vypisovací možnosti, o jaké prostředky se jednalo, jsou nejčastěji užívaným donucovacím prostředkem proti psychicky nemocným agresorům hmaty, chvaty, údery, kopy a pouta. S použitím donucovacích prostředků také souvisí, jestli policisté zranili sebe nebo agresora. V tomto případě většina (88,5 %) z dotazovaných uvádí, že se nezranili. Co se týče zraněných agresorů, těch podle dotazníku byla v podstatě pětina (21 %). Podle otázky č. 19 jsou nemocní k odborné péči převáženi pomocí ZZS. V tomto případě tak odpovědělo 88,5 % respondentů.

Otázkami č. 9 – 13 a 16 a 22 jsem se snažil zjistit znalosti policistů v rámci duševního onemocnění. Necelá polovina dotazovaných hodnotí své znalosti průměrně, tedy za tři (viz graf č. 9). Policisté se známkovali stejně jako ve škole. Známkové sloupce opisovaly Gaussovu křivku. Tu však neopisovalo hodnocení přístupu policistů k osobám s duševním onemocněním. Zde se více jak polovina (51,9 %) respondentů považovala za vyšší průměr a hodnotila se známkou 2. Co se týče vzdělávání policistů v oblasti práce s psychicky nemocnými osobami, udávají policisté ve většině případů (89,8 %), že jim od jejich zaměstnavatele není nabízeno žádné školení k práci s duševně nemocnými osobami. Ohledně absolvovaných školení se vyjadřují spíše negativně (81,5 %). Někteří uvedli, že se jim zmínky o duševně nemocných dostalo na ZOP, jiní zase díky studiu na škole. Přitom velká část (69 %) odpovídajících uvedla, že by školení zaměřená na práci s duševně nemocnými osobami uvítala. Z dotazovaných osob pak techniky ke zklidnění agresora zná prý 67,5 % respondentů. V otázce 22 jsem nechal dotazovaným volný prostor, aby se vyjádřili, pokud mají nápad ke zlepšení přípravy příslušníků PČR na jednání s osobami s duševním onemocněním. Zde se mnoho dotázaných shodlo, že by pomohla školení, nejlépe s nějakými odborníky v oboru a také modelové situace a stáže na psychiatrických odděleních. Takto by se v chráněném prostředí mohli více setkat s duševně nemocnými,

pozorovat je a sledovat také přístup odborníků. V závěru práce proto vyjmenovávám některé návrhy na zlepšení přípravy policistů.

Otázkami č. 8, 20 a 21 se snažím zjistit náhled policistů na psychicky nemocné. Policisté, dle svých odpovědí v otázce č. 8, většinou (64,1 %) hodnotí psychicky nemocné osoby jako nebezpečné. Jistě to ovlivňuje také fakt, že neuplynuly ani dva roky od kauzy Michelle Sudků, která 21. července 2016, krátce po svém propuštění z psychiatrické nemocnice v pražských Bohnicích, zavraždila nožem sobě neznámou osobu. Kauza byla mediálně velmi známá a utkvěla mnoha lidem v hlavě. Otázka č. 20 byla zaměřená na odhad, kolik procent populace ČR trpí duševním onemocněním. Zde se polovina (50,3 %) shodla na 10 – 24 % populace. Dle výzkumu první lékařské fakulty Univerzity Karlovy z roku 2014 vykazuje jenom známky deprese 31% populace. [13] Do rozmezí 25 – 50 % se trefilo správně pouze 9 respondentů. V otázce č. 21 pak měli opět prostor k vyjádření se, tentokrát s názorem, jestli mají být psychicky nemocní zavřeni v psychiatrických nemocnicích a podobných zařízeních. Zde, jak jsem tušil, se spíše respondenti vyjadřují kladně. Nezřídka se však hospitalizaci podmiňují povahou onemocnění.

6.1 Zhodnocení hypotéz

Z předchozích odpovědí se tedy dá vyčíst, že:

- hypotéza č. 1 (Předpokládám, že více než 50 % respondentů nemá od zaměstnavatele nabídky školení ohledně práce s duševně nemocnými.) byla s výsledkem 83,4 % potvrzena,
- hypotéza č. 2 (Během setkání policistů s psychicky nemocnými jsou více než v 50 % užívány donucovací prostředky.) byla s výsledkem 58,7 % potvrzena,
- hypotéza č. 3 (Předpokládám, že více než 50 % dotazovaných má zájem o odborná školení.) byla s výsledkem 69 % potvrzena,
- hypotéza č. 4 (Předpokládám, že ve více než 50 % setkání s psychicky nemocnými dochází ke zranění policistů nebo nemocných.) byla vyvrácena, neboť respondenti uvedli, že v 88,5 % nedošlo ke zranění vlastnímu a v 79 % nebyli zraněni nemocní.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na přístup příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním. V teoretické části je popsána historie psychiatrie, základní rozdělení duševních poruch a legislativa ohledně užívání donucovacích prostředků.

V praktické části bylo pomocí nestandardizovaného dotazníku zjišťováno, jak si policisté uvědomují práci s duševně nemocnými.

Toto téma se dá samozřejmě pojmout mnohem podrobněji a rozsáhleji. V této práci se jedná o orientační náhled do dané problematiky. Nicméně již teď lze říci, že kvalitnější příprava policistům chybí a oni sami jí s povděkem uvítají. Zároveň je vhodné, aby policisté byli trénovaní ve zvládání deeskalačních technik. Je třeba, aby se, pokud to situace dovolí, podařila zvládnout bez použití donucovacích prostředků. Pokud je totiž nemocný přepraven do zdravotnického zařízení v poutech, vnímá toto jako výrazné omezení. Takovýto člověk pak často nechce ani v psychiatrickém zařízení spolupracovat a tím pádem se komplikuje i samotná léčba duševně nemocných. Pokud budou policisté kvalitně vzdělaní v psychiatrické problematice, zjednoduší si práci v rámci administrativy ohledně použití donucovacích prostředků. Zároveň pomohou k lepší spolupráci psychicky nemocných s lékaři ve zdravotnických zařízeních a pomohou k destigmatizaci psychiatrie. V neposlední řadě také více eliminují riziko zranění sebe nebo nemocných.

Případné návrhy na zkvalitnění připravenosti policistů k práci s duševně nemocnými jsou tyto:

- Zařadit podrobnější školení, nejlépe s odborníky, do ZOP.
- Poskytnout policistům možnost trénování modelových situací.
- Stáže na psychiatrii.
- Součinnost s některou z psychiatrických nemocnic v České republice.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Atd. – a tak dále

Apod. – a podobně

PČR – Policie České republiky

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ČR – Česká republika

č. – číslo

ZOP – základní odborná příprava

Sb. – sbírka zákonů

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

1. BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-104-1.
2. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. 2., rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. ISBN 9788073805814.
3. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
4. FOUCAULT, Michel a Jean. KHALFA. *History of madness*. New York: Routledge, c2006. ISBN 978-0-415-27701-3.
5. KOPAL, Jiří. *Občan, zákon a policie*. Brno: Ekologický právní servis, 2001. ISBN 80-86544-02-8.
6. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
7. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
8. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
9. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
10. PORTER, Roy. *Madmen: a social history of madhouses, mad-doctors & lunatics*. Ill. ed. Stroud, U.K: Tempus, 2006. ISBN 0752437305.
11. *Úplné znění zákona č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky: Úplné znění zákona č. 200/1990 Sb. o přestupcích*. Vyd. 9. Praha: Armex, 2015. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-35-9.

Elektronické zdroje:

12. **organization, World health.** [Online] WHO, 2018. [Citace: 16. 04 2018.] http://www.who.int/suggestions/faq/en/.
13. **UK, 1. LF.** Stres, deprese a životní styl. *1. Lékařská fakulta univerzity Karlovy.* [Online] [Citace: 02. 05 2018.] https://www.lf1.cuni.cz/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-cr-lf1.

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1, pohlaví 29
Obrázek 2, věk 30
Obrázek 3, vzdělání 31
Obrázek 4, délka praxe 32
Obrázek 5, místo výkonu 33
Obrázek 6, setkávání s nemocnými 34
Obrázek 7, frekvence setkávání 35
Obrázek 8, nebezpečnost nemocných 36
Obrázek 9, hodnocení znalostí 37
Obrázek 10, hodnocení přístupu a jednání 38
Obrázek 11, školení od zaměstnavatele 39
Obrázek 12, zájem o školení 40
Obrázek 13, setkání s agresorem 41
Obrázek 14, techniky bez násilí 42
Obrázek 15, zranění policisty 43
Obrázek 16, zranění nemocného 44
Obrázek 17, převoz k odborné péči 45
Obrázek 18, odhad nemocných 46
Obrázek 19, využití odborníka 47

11 SEZNAM PŘÍLOH

DOTAZNÍK 1 56
ODPOVĚDI NA OTÁZKU 21 59
ODPOVĚDI NA OTÁZKU 22 62

Dotazník: Přístup příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním

Dotazník 1

Dobrý den! Jmenuji se Miroslav Purmann a jsem studentem třetího ročníku oboru Plánování a řízení krizových situací na fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který mi poslouží jako podklad k bakalářské práci na téma: „Přístup příslušníků PČR k osobám s duševním onemocněním.“
Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze ke studijním účelům, proto Vás žádám o pravdivé vyplnění. Za vyplnění předem velmi děkuji.

1. **Pohlaví**
   - ☐ žena
   - ☐ muž
2. **Věk**
   - ☐ méně než 21 let
   - ☐ 22 – 30 let
   - ☐ 31 – 45 let
   - ☐ více než 45 let
3. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**
   - ☐ základní
   - ☐ střední
   - ☐ střední s maturitou
   - ☐ vyšší odborné vzdělání
   - ☐ vysokoškolské
4. **Délka praxe u PČR**
   - ☐ 0 - 3 roky
   - ☐ 4 - 8 let
   - ☐ 9 - 15 let
   - ☐ více než 15 let
5. **V jakém kraji sloužíte?**
   - ☐ hlavní město Praha
   - ☐ středočeský
6. **Setkáváte se během výkonu služby s osobami s duševním onemocněním?**
   - ☐ ano
   - ☐ ne

7. **Jak často se setkáváte s těmito osobami?**
   - ☐ méně než jednou měsíčně
   - ☐ několikrát v měsíci
   - ☐ několikrát v týdnu
   - ☐ denně
8. **Zdají se vám osoby s duševním onemocněním nebezpečné?**
   - ☐ ano
   - ☐ ne
9. **Jak hodnotíte své znalosti o duševních nemocech? Oznámkujte se jako ve škole.**

   1 2 3 4 5
10. **Jak hodnotíte svůj přístup a své jednání s osobami s psychickým onemocněním? Oznámkujte se jako ve škole.**

    1 2 3 4 5
11. **Nabízí Vám zaměstnavatel školení k práci s lidmi s duševním onemocněním?**
    - ☐ ano
    - ☐ ne
12. **Zúčastnil/a jste se někdy nějakého podobného školení?**
    - ☐ ano
      - jakého?

        .....
    - ☐ ne
13. **Máte zájem o takto zaměřená školení?**
    - ☐ ano
    - ☐ ne
14. **Setkal/a jste se během výkonu služby s agresorem s duševním onemocněním?**
    - ☐ ano
    - ☐ ne
15. **Jak se podařilo situaci vyřešit?**
    - ☐ vše se dalo vyřešit slovně
    - ☐ bylo třeba použít donucovacích prostředků
      - jakých?

        ……
        ……

16. **Znáte nějaké techniky, jak zklidnit agresora bez použití fyzického násilí?**
    - ☐ ano
    - ☐ ne
17. **Zranil/a jste se někdy při pacifikaci duševně nemocného agresora?**
    - ☐ ano
    - ☐ ne
18. **Zranil jste někdy duševně nemocného agresora během pacifikace?**
    - ☐ ano
    - ☐ ne
19. **Jak řešíte případný převoz duševně nemocného k odborné (psychiatrické) péči?**
    - ☐ vlastními prostředky
    - ☐ pomocí ZZS
20. **Odhadnete, kolik procent populace ČR trpí duševním onemocněním?**
    - ☐ méně než 10%
    - ☐ 10-24%
    - ☐ 25-50%
    - ☐ více než 50%
21. **Měly by být osoby s duševním onemocněním zavřeny v psychiatrických nemocnicích a podobných zařízeních? Vyjádřete se vlastními slovy.**

    ……
    ……
    ……
    ……
22. **Máte nějaký nápad, jak zlepšit přípravu příslušníků PČR na jednání s osobami s duševním onemocněním?**

    ……
    ……
    ……
    …….....
23. **Využil/a jste někdy péče psychiatra nebo psychologa?**
    - ☐ nikoho
    - ☐ psychologa
    - ☐ psychiatra
    - ☐ obou

Odpovědi na otázku 21

Ano (15)

Ne (7)

ano (3)

Není třeba, jen některé případy (2)

ne (2)

V urcitych pripadech ano

Urcite ano

Není to řešení. Takové prostředí jim moc nepomůže.

Měly, jenže to by nikdo nezůstal venku,poslední dobou mi totiž připadá, že v práci jednám jen s **osobam**i s duševním onemocněním.

Pokud jsou nejakym zpusobem nebezpecni, tak ano

Záleží na míře poruchy

V krajním případě.

Nebezpečné osoby by měli byt zavřeny

některé osoby určitě ano

Záleží na druhu nemoci

Pokud jsou sobě i okolí nebezpečné tak ano. Záleží na druhu duševní choroby.

Individuálně

Osoby s duševním onemocněním by měly být určitě umístěny v psychiatrických nemocnicích a rozhodne déle, než je tomu v dnešní době. Momentálně se psychicky nemocná osoba v psychiatrické nemocnici umístí jen na několik týdnů, během kterých je nacpaná prášky na tlumení onemocnění, poté je "jako zdravý člověk" propuštěna a jsou ji předepsaný léky, které tato osoba neužívá a následně se v nemocnici objeví za pár měsíců znovu a celý koloběh se opakuje... Policii **toto jednání dok**torů přináší akorát práci a civilistům, kteří mohou na takovou osobu narazit např. ve městě kde žijí, to přináší jen nebezpečí a riziko újmy na jejich zdraví v nejhorším případě na jejich životech....

Ne, pokud dodržují postup lečby, který jim byl určen lékařem.

Záleží, na diagnostikované psychiatrické nemoci. Toto musí posoudit lékař.

Záleží podle typu onemocnění popř jeho farmakologická kompenzace

Pokud je osoba s duševním onemocněním součástí fungující rodiny a její onemocnění neohrožuje ji **a její okolí** na životě a zdraví a rodina je schopná se o příbuzného starat, tak nevidím důvod v hospitalizaci v nemocničním zařízení.

Ano, nebezpečné případy

Určitě měli. Jsou velmi nebezpečné jak pro sebe, tak i pro okolí.

Záleží na úrovni duševního onemocnění,jak moc je člověk omezen v běžném způsobu života

Pokud to neni nutne

Jedinci se sklonem agresi určitě ano.

Záleží na typu duševní poruchy

Když je to nutné, tak ano.

Podle stavu osoby

Ano měla by být osoba pod dohledem

Nemyslím si že všichni duševně nemocní by měli být v podobných zařízení jen by bylo fajn kdyby se jim někdo pořádně věnoval

Pokud nejsou nebezpeční pro okolí, tak ne.

Ty které jsou nebezpečné sobě nebo svému okolí ano a to minimálně po dobu trvání akutního stavu a jeho zaléčení.

Podle závažnosti onemocnění a nebezpečnosti k ostatním, nutno pečlivě posuzovat každý případ zvlášť

Ano, ale pouze v případě, kdy pro svůj stav mohou ohrožovat jiné nebo sebe a pokud nejsou schopni o sebe pečovat (a nepostradatelný se o ně rodina apod).

Podle závažnosti onemocnění

Dle závažnosti a potenciálu k páchání násilné tč

Jen v některých případech

Kazdy pripad je individualni. Ale vetsina podle me patri do rukou odborniku.

Záleží na diagnóze

Myslim, že systém je nastavený dobře. Určitě je třeba užívat i ambulantní léčba**...**

Záleží na druhu nemoci.

Zalezi na zavaznosti, pokud muze byt velmi nebezpecny sobe nebo okoli, tak urcite ano.

Pouze nebezpečné

Záleží na typu onemocnění .

Záleží o jaké duševní onemocnění by se jednalo

Záleží na tom o jaké onemocnění se jedná. Toto by měl posoudit lékař,zda je člověka nutno umístit,kvuli jeho nebezpečnosti nebo je schopen žít mezi lidmi.

Záleží vždy na konkrétním jedinci a jeho onemocnění Nelze hodnotit souhrně všechny případy **najednou.**

Záleží na onemocneni.

Ne, je třeba jiného proaktivního jednani

Zalezi na diagnoze a mire dusevni poruchy, tedy i na mozne nebezpecnosti

Ano ale s ohledem na jejich nebezpečnost vůči okolí

Dle stadia onemocnění

Jednotlivé případy které ohrožují sebe či okolí a vyžaduje li léčba hospitalizaci tak ano. Nelze to brát v obecném měřítku.

Dle vážnosti

Někteří určitě

Pokud jsou bezprostředně nebezpeční, nebo mají historii opakovaného agresivního chování (napadání osob, působení škod na majetku).

Zalezi na nemoci, kdyz neni nebezpecny sobe ci okoli

Neměly by být zavřeny.

Jak která diagnoza

Asi ano

Pokud neohrožují okolí, tak ne

Myslím si, že to je případ od případu. Určitě ti kteří ohrožují své okolí nebo sami sebe, tak ty ano. Ti kteří nikoho neohrožují, neomezují, ti kteří jsou samostatně schopni fungovat ve společnosti a neohrožují ani sami sebe, podle mě nikde zavření být nemusí. A k předchozí otázce. Někde sem slyšel, že duševní nemocí trpí nebo trpěl zhruba každý druhý člověk.

NE!

Už jsou zavřeni ve středních, či vysokých školách.

Záleží na tom, zda jsou nebezpečné sami sobě či svému okolí, na míře agresivity, typu onemocnění, jeho projevech a případné četnosti "záchvatů".

Ne všechny tyto osoby jsou nebezpečné svému okolí.

Jen pokud jsou nebezpečné okolí.

Pakliže jsou nebezpeční sobě či jiným, tak ano.

Myslim ze ne.

Nemám dostatek znalostů v dané problematice, abych věděl, co je pro osoby s různými duševními **poruchami dobré a co ne.**

Ano pokud se nestará rodina

Ano, léčit by se někde měli, ale v hezkém prostředí a ne že člověka zavřou někam, kde to vypadá **jak za** války (prázdná mistnost, zašle zdi, starý nábytek a postele) je to tam depresivni tak, že se člověk ještě zhorší.

Záleží na stupni a povaze nemoci popř. na tom jak moc nebezpeční jsou pro sebe, pro své blízké a okolí. Také dle toho, zda tento stav něco spouští a jedinec je schopen se tomuto vyhnout sám (

např. stres, alkohol, drogy, krizové situace) nebo přichází tento stav náhodně bez předchozích projevů popř. je tento stav permanentní.

dle rozhodnutí lékaře

Nebezpečné sobě a okolí ano

Záleží na druhu onemocnění a jak moc je dotyčný pro společnost nebezpečný. Pod dozorem by takový člověk měl být.

Pokud jsou nebezpečné sobě a okolí, tak ano.

Yes

Rozhodně to nelze pojmout takto plošně...pokud nejsou nebezpeční, není důvod, aby byli zavření

Ano a ty zvlášť nebezpeční a drogově závislý zavírat do klecí.

Jak které, dle duševní nemoci

Jak který případ. Některé ano.

Případ od případu...

Pokud specialista rozhodne o takovem opatreni tak ano a pokud je clovek pro sebe a jine osoby nebezpecny.

ano, samozřejmě, ale pouze ty, co jsou pro své okolí nebezpečné

podle druhu nemoci

Ano, v případě možné ochrany okolí a mé vlastnípřed jejich jednáním, pokud to jejich porucha vyžaduje.

Pokud jsou nebezpečné pro okolí, tak ano.

Jen nejzávažnější případy a nebezpeční jedinci.

Nejde říci jednoznačně, vše je individuální.

Je to individuální, záleží na typu nemoci, jeho léčbě a agresivním chování.

Ne, proč? Pokud funguje medikace, je to ok.

Ano, je potřeba kontrola takovýchto osob

Ano, měly.

Ano, měly by žít mezi svými.

Dle mého názoru ano.

V případě akutní fáze nemoci ano, jinak není potřeba.

Nevím, asi není potřeba, když jsou v klidu a nic nedělají.

Jiné (13)

Odpovědi na otázku 22

Ne (17)
Školení (5)
Nemám. (4)
ne (4)
Školení (2)
Školení s psychologem (2)
školení (2)
nemám (2)
Více školení. Já osobně bych šla i ve volném čase.
povinne skoleni
Školení jak s nimi komunikovat.
Potřebná školení
není potřeba
Školení zkušeným personálem.
Školení odpornými pracovníky
Rozhodně poradat školení, na které by nás vedoucí posílali.
Dobrovolné přednášky.
Pořádání školení s lékaři.
Školení ze strany odborníků, kteří se zabývají péčí o osoby s duševní poruchou.
Školení psychologů a psychiatrů
Školení, modelovky
Školení u specialisty.
Teorie je jedna věc praxe druhá. Nelze připravit budoucího policistu na jednání s duševně nemocným člověkem. V mnoha případech se stane, že dané chování jedince s duševní chrobou ovlivňují i jiné vlivy jako třeba alkohol a jiné návykové látky. Snad jen výuka o duševních nemocích/chorobách a jejich projevy.
Školeni
Osvěta
Zcela zcestná otázka
Školení od doktorů
Nevím
Hromadná školení odborníky na tuto problematiku.
Přednášky, školení v rámci služební přípravy
Nějaké minimum o typech duševních poruch by neskodilo
Nejde se pripravit na to, jak dusevne nemocny clovek bude reagovat. Kazdy je specificky a pokazde to bude jiny pripad.
Nevím
Školení s personálem z oboru
Přednášky, popř. v rámci ZOP den praxe na psychiatrii.
Žádný nápad nemám
Školení v rámci pracovní doby.
Zaradit do ZOPky predmet a kazdorocne nabizet skoleni se psychology a s lidmi, kteri maji pracovni zkusenosti s takovymi lidmi.
Pravidelná konzultace s lékaři v oboru
Nedeli
Školením
Školení psychologie
Školením přímo v psychiatrickych zařízeních
Pravidelné školení
Vyměnit ty dementy ve vedení
Asi jen ty skoleni
Školení.

Myslim ze na to je u složek PČR dost lidi

Prokazatelné proskoleni

Nepřemýšlel jsem nad tím

Tak určitě. Když máme školení AMOK, ATAK, START, BOZP, Transakční analýzu atd.... Proč neproškolit i něco takového... Myslím, že to by pomoci mohlo.

Víc plynu.

Skoleni, setkavani s temito lidmi, rozhovory o jejich problemech

V rámci služební přípravy vést školení v teoretické rovině a poté modelové situace, kdy nebudou policisté vědět, do čeho jdou, jakou poruchou trpí "pacient". Je důležité, aby se správně rozhodli v relativně krátkém čase. Natáčet vše na video a poté s psychologem rozebrat krátce individuálně a **poté v kolektivu.**

Dobrá školení. Vlastní studium.

Nemám

V rámci ZOP

Školení psychologů

Školení o duševně nemo**cných**

jednodenní kurz

Určitě bych si dokázal představit školení - krátkodobé stáže na odděleních s psychiatrickými pacienty, aby policisté přišli s nemocnými do styku, zjistili některé vzorce chování lidí s různým onemocněním. Určitě se toto může hodit na místě zásahu i když to nekompenzuje znalosti odborníků a lidí k tomuto kompetentních - lékařů. Celkově bych si dokázal představit větší spolupráci mezi složkami IZS a to i společná školení ve kterých zazní připomínky i z "druhé" strany a to nejen ve věci komunikace a práci s duševně nemocnými osobami.

Pravidelným školením.

Více školení s odborníky.

Více školení

Předem vyhulit mozek

Skoleni

Určitě by byla přínosem nějaká školení s odborníky, zařazená jak v rámci základní odborné přípravy, tak i pro déle sloužící policisty

Trénovat montovaní klecí.

Ano

Více informaci o nemocích, školení, lepší informace pro hlídky když jede za takovouto osobou.

To já nezlepším □

Školení...Sebevzdělávání...

Nejspise ne.

Ano, 1-2x ročně formou školení s příslušnými odborníky. Dle názoru PČR ale není toto téma tak důležité, aby se zabývali plošným školením policistů v přímém výkonu služby.

Mělo by být prováděno více školení v tomto směru.

Školení nebo vypracovat postup (manuál).

Školení od odborníka.

Stáží na policejním prezidiu, tam jsou ty nejhorší případy.

Pravidelná školení techniky zvládání takto nemocných lidí.

Školení na jednání s takovými lidmi.

kurzy, školení

Spíše změnit oprávnění policistů při jednání s těmito lidmi.

Školení, stáže v psychiatrických nemocnicích.

Nějaké školení, jak s nimi jednat a komunikovat.

školení od odborníků

spíše nevím

Pouze praxe naučí.

Lepší informovanost o duševních poruchách.

Více školení.

více školení pro příslušníky PČR

více školení

netuším, jak by se dalo jednání zlepšit, spíše si myslím, že pokaždé jednají instinktivně. Maximálně procvičovat nějaké modelové situace. Více mě nenapadá.

Těžko říct, školení většinou bývá k ničemu.

Odborné školení, proškolení lékaři.