proLékaře.cz | 21.11.2026

Forenzní aspekty komunikace s pacientem a pozůstalými v terénní praxi

Radek Kaniok[1], František Novomeský[2], Petra Kanioková Veselá[3]

[1] *Oddělení Anesteziologie a Resuscitace, Městská nemocnice Ostrava, p.o. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.*
[2] *Ústav súdneho lekárstva a medicínskych expertíz, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Univerzitná nemocnica Martin*
[3] *Dětské oddělení, Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p.o.*

SOUHRN

Práce přináší epikritický pohled na komunikaci s pacientem a pozůstalými v terénní praxi. Mezi pracovníky záchranné služby a koronery bylo provedeno dotazníkové šetření umožňující návrhy řešení na základě zkušeností. Práce se zabývá vztahem lékař-pacient a analýzou „problémového" nemocného či pozůstalého. Je identifikována jeho osobnost a formulována doporučení, jak s ním jednat a předejít vzniku krizových situací. Cílem je identifikace osoby problémového pacienta či pozůstalého a formulace doporučení pro jednání s ním.

Klíčová slova: problémový pacient – pozůstalý – agresivita – komunikace – sebevražda

Forensic aspects of communication with the patient and bereaved persons in out-of-hospital practice

SUMMARY

It is not easy to characterize a problem patient or bereaved relatives because identifying a patient or his bereaved family as a "problem" is not considered quite ethical.

The approached emergency medical service employees and coroner service physicians were asked to complete a specific targeted anonymous survey. 100 % of survey questionnaires were returned. The questionnaire with a request for filling and returning was submitted to forty employees working full-time, twenty of whom were physicians, ten paramedics and ten lower-level healthcare professionals. The questionnaire comprised ten questions aimed at obtaining clear answers to questions about personal experience with problem patients, specifically aggressive patients, and more specifically whether the health care professionals (HCP) has ever felt immediately threatened by a patient in their work, whether they were exposed to verbal or even physical attack in the context of the patient's basic diagnosis established during pre-hospital care.

Seventy-five percent of respondents answered Yes to Question No. 5: "Have you ever felt threatened by a patient or bereaved relative in your work?" Eighty percent of respondents answered Yes to Question No. 6: "Have you ever been exposed to a verbal attack by a patient or bereaved relative?" Seventy-five percent of them answered Yes to Question No. 7: "Have you ever been exposed to a physical attack by a patient?"

The rate of cases in which emergency medical service employees are exposed to verbal or physical attacks is high.

The primary experience hypothesis that this happens has been proven as well as the fact that it is a highly topical and therefore unresolved issue that threatens the whole society with its social implications.

Keywords: difficult patient – bereaved family – aggressiveness – communication – suicide

Soud Lek 2019; 64(1): 5–9

V současné době populárního znevažování práce zdravotnických pracovníků, významně potencovaného i masmediální praxí, má počet agresivních atak – verbálních i brachiálních – vůči zdravotnickým pracovníkům, jak při poskytování terénní péče, tak i v rovině kontaktu s pozůstalými pří úmrtí jejich blízké osoby, v posledních letech jednoznačně stoupající tendenci. Komunikace je obecně nazírána jakožto proces předávání informací, ať už nejčastěji ústní či jinou formou. Do sféry komunikace náleží i situace, kdy si její účastníci nerozumějí nebo ani rozumět nechtějí (1). Zcela specifickým subjektem v komunikaci jsou psychotičtí pacienti nebo pozůstalí, u kterých je zvláště vyjádřena její nonverbální komponenta (2). Tyto osoby v přímém kontaktu se zdravotnickými pracovníky mají výrazně omezený kontakt s realitou a z nastalých zdravotních problémů jejich blízkého, ne-li přímo jeho úmrtí, jsou schopni obvinit kohokoliv, pitvajícího lékaře nevyjímaje (3). Pokud dojde k jednoznačné eskalaci agresivity pacienta nebo pozůstalého, nemůže zdravotnický pracovník reagovat způsoby jinak zcela přirozenými, tedy bojovat či utéci (4). *Vice versa*, zdravotnický pracovník by neměl zavdávat jakoukoli příčinu k eskalaci agrese pacienta či pozůstalých, například hrubým chováním či deklarací své profesionální nadřazenosti (5). Obecně lze ve styku s problémovými pacienty či pozůstalými rozlišit tři typy agresivních pacientů i pozůstalých: typ anxiózně-agresivní, narcisticky-agresivní a typ bezohledně-agresivní.

✉ ***Adresa pro korespondenci:***
MUDr. Radek Kaniok, MBA
Karvinská 1256/56
736 01 Havířov
tel.: +420 730 809 904
e-mail: radekkaniok@email.cz

Úzkostně (anxiózně)-agresivní typ

Jde obvykle o leptosomního (štíhlého) jedince, spasticky vzpřímeného, s dolními končetinami u sebe, s bojovně odměřeným pohledem a pevně sevřenými rty. V jeho verbálním projevu

proLékaře.cz | 21.11.2026

dominuje strohost, nervozita až stísněnost s formulací krátkých větných útvarů, která se v jeho hlase projevuje až přechodem do fistule. Eventualita podání stížnosti na práci kterýchkoliv zdravotnických pracovníků, pitvající lékaře nevyjímaje, je velmi vysoká.

Narcisticky-agresivní typ

Tento typ „problémového" pacienta nebo pozůstalého se ve své komunikační rovině projevuje frekventním sledováním a následnou úpravou svého zevnějšku, často si ledabyle pohrává s četnými módními doplňky svého oděvu, vystupuje důstojně ostentativně, prezentuje se sebevědomě, ve vztahu k ostatním prokazuje svou domnělou nadřazenost, přezíravě gestikuluje. Někdy prokazuje jistý stupeň medicínských vědomostí, byť značně povrchních. Nicméně tyto medicínské informace zručně používá v diskusi, je schopen *„ad hoc"* diskutovat se zdravotnickými záchranáři o správnosti poskytované neodkladné péče, mnohdy neakceptuje ani finální diagnózy patologické či forenzní. Vnitřní konstrukcí komunikace těchto osob s jakýmikoliv zdravotnickými pracovníky je více či méně manifestní projev pohrdání.

Bezohledně-agresivní typ

Subjekt často na první pohled zaujme svým robustním somatotypem, neměnným a hostilním výrazem tváře. V jeho myšlení převládají myšlenky s paranoidními a vztahovačnými obsahy, subjekt myslí pomalu, nepohotově, nepružně (6). Tyto osoby jsou v jinak značně obsahově redukované komunikaci se zdravotnickými pracovníky schopny náhlé exploze agrese, nezřídka i brachiální.

Ve vztahu k poskytování zdravotní péče ji často zneužívají s vidinou dosažení sekundárních cílů osoby s disociální poruchou osobnosti (7). Nespokojenost pacienta s činností zdravotnického pracovníka (lékaře) má přímou souvislost s možným výskytem dvou skupin negativních jevů. Prvním z nich je *vitium artis*, tedy profesionální selhání v podobě chybné stanovené diagnózy či nesprávně provedeného výkonu. V praxi je však takových případů málo v poměru k počtu výkonů, které jsou ve zdravotnictví provedeny. Druhým typem problémových jevů jsou pak ty, které vyplývají ze subjektivního vyhodnocení dané situace přímo subjektem (nemocným). U pozůstalých je to pak subjektivní epikritické vyhodnocení úrovně a správnosti poskytování zdravotní péče *ante mortem*, či pochybnosti o stanovené příčině smrti. Zde se lze setkat s termínem takzvané subjektivní pravdy, která je determinována tím, jak danou situaci prožívá konkrétní jedinec, v tomto případě pacient nebo pozůstalý. Hodnoceno jeho pohledem je pravdou to, co on sám prožívá, což následně souvisí s velmi problematickou otázkou oprávněnosti stížností na postupy zdravotnických pracovníků, které subjekt zkresleně hodnotí jako nepřiměřené, nesprávné, tendenčně zkreslené, resp. až přímo škodlivé (8). Stejné rozdělení, jak je uvedeno výše, platí nejen pro pacienta samotného, ale zároveň i pro pozůstalé přítomné na místě úmrtí. Zde je zcela běžný dvoufázový proces, dobře známý všem koronerům, patologům i soudním lékařům. V první fázi jde o razantní tlak na upuštění od pitvy, jakkoliv je její výkon u daných okolností úmrtí racionální a logický. Pokud ohledávající lékař tlaku pozůstalých podlehne a od výkonu pitvy upustí, po jisté době latence následuje druhá fáze v podobě generování stížností, žádostí o odškodné, nezřídka s opulentní právní pomocí a průnikem problému do masově komunikačních prostředků.

Jednání lékaře s pozůstalými na místě úmrtí *extra muros* je záležitostí nanejvýš delikátní, kladoucí vysoké nároky na jeho odborné i morální kvality. Na jednu stranu mohou pozůstalí ohledávajícímu lékaři referovat cenné údaje o osobní, sociální či lékové anamnéze zemřelého a předat mu recentní zdravotnickou dokumentaci, na druhou stranu se lékař může setkat s nevhodnými projevy pozůstalých, kdy mu může být slovně, ale i fyzicky bráněno v povinnosti vykonat prohlídku těla zemřelého či může být vystaven naléhání, aby v úředním záznamu pozměnil skutečnou příčinu smrti, jak se tomu stává zejména u suicidií. Je nutné brát na zřetel, že prohlídka těla zemřelého je důležitým aktem nejen profesním, ale i právním, a proto k ní lékař musí přistupovat se vší vážností a odpovědností, vystupovat vůči pozůstalým jako autorita, zachovat si neutrální postoj, jednat citlivě, ale zároveň se nenechat zviklat jejich možnými neoprávněnými požadavky či nátlakem. Ke zjednání klidu, ticha, prostoru a pořádku nutných k provedení ohledání zemřelého má lékař vždy možnost požádat o asistenci policejní orgány České nebo Slovenské republiky, které jsou *„ex lege"* povinny tuto součinnost poskytnout (9).

Výkon tzv. koronerské služby v souladu s příslušnými ustanoveními zákona 372/2011 Sb., tedy prohlídek těl zemřelých v terénu není v České republice jednotný. V některých krajích či regionech tato služba funguje pod hlavičkou soukromých firem zaměstnávajících lékaře (např. kraj Moravskoslezský, Královéhradecký, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský). V Praze a Karlovarském kraji zajišťuje služby koronera zdravotnická záchranná služba k tomu vyčleněnými lékaři přepravovaných na místo události speciálními automobily. Nejméně vhodným způsobem zajištění koronerské služby je prostřednictvím lékaře rychlé lékařské pomoci v ostré službě. V podmínkách Slovenské republiky zajišťuje prohlídky těl zemřelých Úřad pro dohled nad zdravotní péčí prostřednictvím soukromých koronerských organizací. Nicméně i zde se praxe ohledání těl zemřelých setkává s problémy.

MATERIÁL A METODIKA

Dlouhodobá prospektivní studie byla zaměřena na analýzu komunikačních problémů:

a) v souvislosti s činností zdravotnické záchranné služby,
b) v souvislosti s výkonem práce lékaře ohledávajících zemřelých (koronera),
c) v souvislosti s výkonem pitvy v oboru patologické anatomie nebo soudního lékařství.

Předkládaná práce přináší dílčí výsledky první skupiny zkoumání.

Oslovení zaměstnanci stanic zdravotnické záchranné služby v České republice byli požádáni o vyplnění specificky zaměřeného anonymního dotazníku (viz Příloha 1) v době od 5.3.2017 do 15.3.2017, návratnost dotazníků byla 100%. Modifikovaná forma dotazníku (viz Příloha 2) byla v době od 1.6.2018 do 15.7.2018 předložena i deseti koronerům – lékařům zajišťujících prohlídku těla zemřelého v terénu. Zaměstnanci zdravotnické záchranné služby byli záměrně vybráni jako ta skupina zdravotníků, která nejčastěji s problémovými pacienty i pozůstalými přichází do styku a má tak s těmito osobami nejbohatší osobní zkušenosti. Dotazník byl předložen s žádostí o vyplnění a odevzdání třiceti zaměstnancům, kteří u zdravotnické záchranné služby pracují na úvazek 1,0, z toho deseti lékařům, deseti nelékařským zdravotnickým pracovníkům a deseti nižším zdravotnickým pracovníkům, čímž bylo pokryto celé spektrum profesí pracujících ve zdravotnické záchranné službě. Průměrná doba práce u záchranné služby byla 12,3 roku, což svědčí o dostatečně obsažných osobních zkušenostech jednotlivých subjektů analyzovaného souboru. Ve skupině dotazovaných bylo patnáct žen a patnáct mužů. Dále byl dotazník předložen i deseti lékařům koronerské služby, kdy všichni pracují jako koroneři v úvazku nižším než 1,0, sedm z nich byli muži, tři ženy a průměrná doba práce coby koronera byla 3,2 roku.

proLékaře.cz | 21.11.2026

Základní metodou sběru a evaluace údajů byl dotazník jakožto písemná forma standardizovaného rozhovoru. Tato forma získávání dat se vzhledem k tématu práce jevila jako nejvhodnější, neboť umožnila anonymním způsobem obdržet odpovědi na zcela jasně formulované otázky, které by z hlediska výpovědní pravdivosti měly mnohem nižší validitu, pokud by byl průzkum prováděn metodou rozhovoru. Dotazník, který byl předložen třiceti zaměstnancům zdravotnické záchranné služby (deseti lékařům, deseti nelékařským zdravotnickým pracovníkům a deseti řidičům) a v modifikované podobě deseti koronerům byl sestaven z deseti otázek, jejichž cílem bylo získat jednoznačné odpovědi na otázky zkoumající osobní zkušenosti s problémovým, zejména pak agresivním pacientem či pozůstalým. Součástí dotazníku byly také kategorizační otázky směrem k věku, pohlaví, době odpracované u zdravotnické záchranné služby či koronerské služby a k pracovnímu zařazení dotazovaného. Forma dotazníku byla zvolena i proto, že se jednalo o časově nenáročný způsob sběru dat, jak pro respondenta, tak i pro zadavatele dotazníku. Respondent mohl dotazník vyplnit kdykoliv v pracovní době, či ve svém volném osobním čase, zcela nezávisle na časových a organizačních dispozicích autora dotazníku.

VÝSLEDKY

Čtyři respondenti byli ve věku 20-22 let, šestnáct ve věku 23-40 let, osm ve věku 41-60 let a zbývajících dvanáct respondentů překročilo v době vyplňování dotazníku věk 61 let. Na otázku číslo 5 - „Cítil/a jste se někdy během výjezdu ohrožen/a pacientem/pozůstalým?" odpovědělo sedmdesát pět respondentů ano. Jednalo se o všechny dotazované pracovníky záchranné služby a žádného koronera. Na otázku číslo 6 - „Byl/a jste vystaven/a verbálnímu útoku pacienta/pozůstalého?" odpovědělo osmdesát procent respondentů ano, přičemž šlo o všechny dotázané pracovníky záchranné služby a dva koronery. Stejně tak na otázku číslo 7 – „Byl/a jste vystaven/a fyzickému útoku pacienta/pozůstalého?" odpověděli všichni pracovníci záchranné služby ano a zamítavě odpověděli na tuto otázku všichni koroneři. Zajímavé byly i odpovědi na otázku č. 8 – „Jaká byla diagnóza útočícího pacienta?" Jen relativně malý počet, sedm pacientů, mělo diagnostikovánu duševní poruchu, patnáct pacientů bylo v době útoku pod vlivem návykové psychoaktivní látky včetně alkoholu. Zbývající pacienti měli různé diagnózy somatického charakteru jako epilepsie, diabetes mellitus, apod. Vyskytl se i raritní případ fyzicky útočícího pacienta s diagnózou akutního infarktu myokardu, který patří do skupiny život ohrožujících akutních koronárních syndromů. Pozitivní odpověď na otázku „Byl/a jste následkem útoku pacienta/pozůstalého v pracovní neschopnosti?" deklarovali v analyzovaném souboru čtyři zaměstnanci záchranné služby. Jeden respondent, zdravotnický záchranář, vyhledal po svém napadení psychologickou pomoc.

DISKUZE

Do kontaktu s pacienty a pozůstalými přicházejí v oblasti terénní praxe všeobecní praktičtí lékaři v rámci konání návštěvní služby, zaměstnanci zdravotnické záchranné služby, soudní lékaři a relativně nově i tzv. koroneři, tedy lékaři, jejichž pracovní náplní je provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení. Interní služební předpisy zdravotnických záchranných služeb se zpravidla omezují pouze na konstatování, že zaměstnanec je povinen v průběhu pracovní doby řídit se zásadami bezpečného chování směrem k osobám, kterým je poskytována zdravotnická pomoc v terénu. Je nutno postupovat vždy individuálně, případ od případu jinak, instinktivně a v souladu s platnou medicínskou i trestněprávní legislativou České republiky. Zdravotničtí pracovníci nejsou v legislativním prostředí České republiky chráněni žádným zvláštním právním předpisem s výjimkou ustanovení § 145, ods. 2, písm. e Trestního zákona, který stanoví přísnější potrestání pachatele trestného činu těžkého ublížení na zdraví, pokud je spácháno na zdravotníkovi. Volání po silnějším stupni právní ochrany zdravotníků při výkonu jejich povolání či v souvislosti s ním je tedy zcela logické, byť nebylo zákonodárci doposud vyslyšeno. Zcela samozřejmá je však jako *conditio sine qua non* důkladná dokumentace a následné hlášení každého násilného chování či vyhrožování násilím nadřízenému a orgánům činným v trestním řízení (5). Existuje několik rozdílných typů agrese, která ne vždy je spojena s pro ni typicky popisovaným brachiálním chováním (10), kdy tzv. podmiňovací faktory vykazují širokou variabilitu (11). Zároveň je vhodné důsledně rozlišovat mezi pojmy agrese a agresivita (12). Z uskutečněného dotazníkového šetření vyplynulo varující zjištění, že většina respondentů se ve své praxi setkalo jak s verbálním tak i s fyzickým útokem vedeným brachiálně na svou osobu. V návaznosti na tento poznatek autor práce vykonal s respondenty pohovor, ze kterého vyplynulo, že nejčastěji se pracovníci zdravotnické záchranné služby i koroneři stávají terči útoků v sociálně vyloučených lokalitách obývaných tzv. nepřizpůsobivými občany. V drtivé většině případů jsou útoky zahajovány verbálně s použitím nepublikovatelných vulgarismů. V menším počtu případů pak následuje fyzický útok vůči fyzické integritě zdravotnického pracovníka, vedený ze strany agresora většinou údery horních končetin (pěstí) či kopy. Zvláště mladší generace těchto „nepřizpůsobivých" občanů s oblibou užívají kameny či menší předměty z vybavení domácnosti jako vrhací zbraně, schopné v případě zásahu nekrytých částí těla způsobit poškozenému i vážná zranění (hlava, obličej a pod.). S verbálními útoky se lze setkat prakticky denně, při každé službě, s fyzickými útoky pak několikrát do roka. Zajímavým poznatkem je, že motivem je agrese *per se*, přičemž se na jejím vzniku podílí dopamin (13) nebo jiné návykové látky. Iniciálním stimulem k vyvolání agresivního chování pacienta či pozůstalého se může stát i nevhodné či provokující chování zdravotníků, přičemž nemalou roli v tomto sehrává syndrom vyhoření, kde podle vykonané studie až 12,7 % respondentů uvedlo, že se rozhodně cítí být ohroženo syndromem vyhoření (14). Verbální útoky už pracovníci zdravotnické záchranné služby považují za natolik „samozřejmou" součást práce, že se nad nimi už ani nepozastavují, byť by bylo možno takovýto nepřijatelný a odsouzeníhodný komunikační modul oficiálně řešit oznámením Policii ČR pro podezření z přestupku proti občanskému soužití. Zajímavým zjištěním je, že koroneři nebývají terčem fyzického útoku a jen velmi zřídka jsou objektem verbálního napadení. Je to dáno patrně i tím, že se na místo úmrtí dostavují často i několik hodin po konstatování smrti a přicházejí již do relativně emočně klidného prostředí. Navíc, na rozdíl od pracovníků záchranné služby se dostavují v pozici úřední osoby k vykonání administrativního aktu. Problémy a jejich mnohdy velmi závažná eskalace vznikají ovšem tehdy, je-li nutno z moci úřední nařídit vykonání pitvy zemřelé osoby, kdy tento úkon je pro některá etnika v ČR i SR zcela nepřijatelný. Je podstatné si uvědomit, že zdrojem agrese nemusí být vždy jen pacient nebo pozůstalý, pozornost je třeba věnovat i „peristatickému" okolí, tedy příbuzným i známým, mnohdy i zcela nezainteresovaným osobám (15). Zde je nutno upozornit na jakousi „epidemii" agresivity davu, kdy se vzepře odvezení zemřelého na pitvu celá místní komunita, čítající desítky osob. Podání trestního oznámení je v takových situacích problémové, důkazní situace je ve většině případů dosti vágní, uvedený druh „konzumentů" zdravotnické pomoci je dobře vy-

proLékaře.cz | 21.11.2026

cvičen v různých obezličkách a verbálních úskocích. Nakonec z občanskoprávního sporu zůstává jen neurčitá rovnice „tvrzení proti tvrzení" a většina zdravotnických pracovníků, postižených občanskou zlovůlí, při vleklém sporu si přestane racionalizovat smysl a význam obětování hodin osobního volna na výslechy a podání vysvětlení na policii.

ZÁVĚR

Dotazníkové šetření a jeho následné epikritické vyhodnocení odkrylo veskrze neradostnou skutečnost, že útoky na zdravotnické pracovníky jsou páchány denně, v jejich verbální i fyzické, brachiální formě. Primární zkušenostní hypotéza, že se takto děje, byla potvrzena, stejně jako fakt, že jedná o navýsost aktuální a stále neřešený a tudíž nedořešený problém, který svým sociálním přesahem ohrožuje celou společnost. Předložená problematika si bezpochyby zasluhuje další zkoumání, a to v celostátním měřítku, detekci případných interregionálních rozdílů, pokus o jejich zdůvodnění, zjištění a sjednocení postupů užívaných jednotlivými zdravotnickými záchrannými či koronerskými službami a formulaci doporučených postupů na úrovni příslušných odborných společností, stejně jako uvedení v účinnost jasně a jednoznačně formulovaných právních předpisů. Jestliže kterýkoliv pacient vyžaduje a má právo - *ex lege* - na poskytnutí zdravotnické pomoci v nejvyšší možné kvalitě odborné i komunikační, potom lze - vice versa - tuto axiomu, zcela základní pro výkon zdravotnického povolání, vyžadovat i druhou stranou, tedy poskytovateli zdravotnické pomoci a péče. Paradoxon, kdy zdravotnický pracovník drží v ruce injekční stříkačku ve snaze pomoci, nebo skalpel ve snaze domoci se finální diagnózy, přičemž pacient nebo pozůstalý svírá v ruce kámen, nůž či střelnou zbraň, je ve XXI. století zcela nepřípustný morálně, eticky i právně.

PROHLÁŠENÍ

Autor práce prohlašuje, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku není ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou. Toto prohlášení se týká i všech spoluautorů.

LITERATURA

1. **Andršová A.** Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. Praha: Grada, 2012.
2. **Matoušková I., Spurný J.** Komunikačně náročné situace v policejní praxi. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2005.
3. **Čírtková L.** Policejní psychologie. 2., rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015.
4. **Ptáček R., Bartůněk P.** Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011.
5. **Kolářová L.** Polaritní chování člověka a jeho formy řešení. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009, 48 s.
6. **Janáčková L., Weiss P.** Komunikace ve zdravotnické péči. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 134 s.
7. **Praško J.** Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 430 s.
8. **Beran J.** Lékařská psychologie v praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 140 s.
9. **Dvořáček I., Herle P.** Soudní lékařství pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Raabe, 2013.
10. **Klimeš J.** Neviditelné podoby agrese. Naše psychologie [online]. 2008. *http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/agrese.htm*
11. **Vevera, J., Černý, M., Král, P.** Agrese a násilné chování. Zdraví e15 [online]. 2011, č. 2.
12. **Čírtková L.** Policejní psychologie. 2., rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015.
13. **Couppis, MH., Kennedy, CH., Stanwood, GD. Differences in aggressive behavior and in the mesocorticolimbic DA system between A/J and BALB/cJ mice.** *Synapse 2008; 62: 715-724.*
14. **Ptáček R., Raboch J., Kebza V., Šolcová I.** Syndrom vyhoření a stres v lékařských profesích *in:* Ptáček R., Raboch J., Kebza V a kol.: Burnout syndrom jako mezioborový jev, Grada, Praha, 2003, 168.
15. **David A.** Scenario methodology for teaching principles of emergency management. 2.vydání. *Disaster Prevention and Management* 2000; 9: 89-97.

POKYNY PRO AUTORY

Aktuální pokyny pro autory jsou k dispozici na níže uvedených odkazech:

http://www.soudnilekarstvi.cz/wp-content/uploads/2014/04/3-Pokyny-pro-autory.pdf
http://www.soudnilekarstvi.cz/wp-content/uploads/2014/04/3-Instructions-for-Authors.pdf