



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Problematika komunikace s pacientem s manipulativním chováním

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Eliška Sedlářová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Velimská, MBA

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika komunikace s pacientem s manipulativním chováním*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím literatury a pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 02. 05. 2023

.....

Eliška Sedlářová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce, Mgr. Daně Velimské, MBA, za ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla při vytvoření této bakalářské práce. Ráda bych poděkovala také všem informantům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a předali mi cenné zkušenosti.

Problematika komunikace sester s pacientem s manipulativním chováním

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat zkušenosti sester s manipulativním chováním klientů v odděleních nemocnice. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky v následujícím znění: „Jak sestry dokáží komunikovat s manipulativním pacientem?“, „Jaké používají dovednosti sestry při komunikaci s manipulativním pacientem?“

Empirická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Podkladem pro vedení rozhovoru bylo celkem dvacet pět otázek pro sestry a dvanáct otázek pro pacienty. Úvodem rozhovorů se zmiňují první dvě otázky sloužící k zjištění identifikačních údajů informantů. V případě potřeby byly kladeny také doplňující otázky. Podklad pro rozhovor je součástí této práce jako příloha č. 1 a č. 2. Otázky byly koncipovány tak, aby co nejlépe odhalily zkušenosti sester v oblasti problematiky manipulativního chování klientů. Zaměřeny byly především na rozpoznání chování při prvním kontaktu s těmito klienty, jednání s manipulativním klientem, příčiny a prevenci manipulace, dopad manipulace na psychickou pohodu sester a také na znalosti sester v oblasti dané problematiky. Výzkumný soubor tvořilo celkem deset sester, které v době výzkumu pracovaly v nemocničních odděleních a sedm pacientů hospitalizovaných v nemocnici. Rozhovory byly následně zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou barvení textu.

Výsledky výzkumného šetření jsou začleněny do jednotlivých kategorií a podkategorií, které se rozdělily pro lepší přehlednost. Tyto kategorie přehledně popisují jednotlivé postoje a zkušenosti sester. Z hlediska pohledu pacientů jsou sepsány taktéž kategorie a podkategorie k přehlednému popisu. Výsledky práce poskytují celistvý pohled na ošetrovatelkou péči o manipulativního klienta v nemocničních odděleních. Z výzkumného šetření vyplývá, že většina z dotazovaných sester se již s manipulativním chováním klienta setkala, převážně s pasivní, agresivní a asertivní formou.

Klíčová slova: Komunikace; zdravotní sestra; manipulativní chování; pacient

The problematics of communication with a patient with manipulative behaviour

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to chart the experience of nurses with manipulative client behavior in hospital departments. Based on this objective, two research questions have been identified as follows: "How do nurses communicate with a manipulative patient?" "What skills do nurses use when communicating with a manipulative patient?"

The empirical part of the bachelor's thesis was processed using a qualitative research investigation, using a semi-structured interview technique. The basis for conducting the interview was a total of twenty-five questions for nurses and twelve questions for patients. The first two questions used to establish the identifying details of informants are mentioned at the outset of the talks. Additional questions were also asked if necessary. The background to the interview is part of this work as Annex No.1 and No. 2. The questions were designed to best expose nurses' experiences in the area of manipulative client behaviour. Their main focus was on recognizing the behavior of first contact with these clients, dealing with manipulative client, the causes and prevention of manipulation, the impact of manipulation on the psychological well-being of nurses, as well as the knowledge of nurses in the field of the issue. The research set consisted of a total of ten nurses working in hospital wards and seven patients hospitalised at the time of the research. The interviews were then processed using an open-coding technique, a text dyeing technique.

The results of the research survey are integrated into individual categories and subcategories, which have been broken down for better clarity. These categories clearly describe the sisters' individual attitudes and experiences. In terms of patients' perspective, categories and subcategories are also written for a clear description. The results of the work provide a complete view of the nurse's care for a manipulative client in hospital wards. The research investigation shows that most of the nurses surveyed have already encountered manipulative client behaviour, predominantly in a passive, aggressive and assertive form.

Key words: Communication, nurse, manipulative behaviour, patient

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav	9
1.1 Komunikace a komunikační dovednosti	9
1.1.1 Charakteristika komunikace	9
1.1.2 Komunikační proces	10
1.1.3 Komunikace ve zdravotnictví	13
1.1.4 Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem	15
1.2 Manipulace	16
1.2.1 Charakteristika manipulace	16
1.2.2 Manipulativní pacient v nemocničním zařízení	20
1.2.3 Rozpoznání manipulace	22
1.2.4 Příčiny manipulace pacienta	25
1.2.5 Komunikační přístup sestry k manipulativnímu pacientovi na standardním lůžkovém oddělení	26
1.2.6 Problematika komunikace sester s manipulativním pacientem	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodika	31
3.1 Použité metody	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky výzkumného šetření	33
4.1 Struktura výzkumného souboru	33
4.2 Kategorizace získaných dat	34
5 Diskuze	55
6 Závěr	62
7 Seznam literatury	64
8 Seznam příloh	67
9 Seznam zkratk	72

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem zvolila na základě zájmu a rozboru chování pacientů, které je téměř těžko odhalitelné na základě výzkumu ve čtyřech nemocničních oddělení. Pro sestry zaměstnané v nemocnici se manipulativní chování pacientů stává běžnou součástí při poskytování péče. V mnoha případech si ji samotné sestry ani nemusí uvědomovat. Proto je podle mého názoru potřeba o tomto tématu hovořit, připravit co nejlépe sestry na tuto skutečnost a poskytnout jim co nejvíce užitečných informací, jak manipulaci rozpoznat, předcházet a umět jí čelit .

Sestry jsou společně s dalším ošetrovatelským týmem manipulaci pacientů vystavovány nejvíce. Manipulativní chování může být snadno viditelné i skryté, tudíž záměrné a neviditelné, ovšem také nevědomé. V literatuře můžeme najít mnoho druhů projevů a chování typické pro manipulaci a postupů, jak takovému chování ze strany pacientů čelit. Avšak ne vždy jsou tyto metody v nemocnici realizovatelné. Ne vždy se může sestra v ošetrovatelské praxi zachovat tak, jak je psáno v teoretických poznacích.

Různá onemocnění přináší celou řadu změn a mnohdy také psychické ujmy. Pokud pacient přichází s vážným onemocněním a poté následně trvá dlouhá doba hospitalizace, o to více tyto situace mají tvrdý dopad na psychiku pacienta i na jeho rodinu.

Manipulativní chování pacientů není v rámci vzdělávání sester probírána mezi hlavní problematiku. Dle mého názoru je takové chování pacienta nepředstavitelnou zátěží pro psychickou pohodu sestry. Ačkoli to může být nečekané, setká se s nepříjemnou reakcí. Sestry se neustále setkávají s agresivitou a pasivitou pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. Mnohdy se může jednat také o asertivní chování, které ovšem není považováno za negativní formu manipulace. Musí prokázat umění komunikace s pacientem, který si nemusí neuvědomovat náročnost práce sester a tím, že vyžadují stálou pozornost, zvyšuje se náročnost sester v práci s pacienty po fyzické i psychické stránce. Ocitají se v situaci, která je velice náročná. Správným přístupem sester k manipulativnímu pacientovi a vhodnou komunikací lze získat větší spokojenosti sester i pacientů v nemocnici. Důležitá je hlavně spolupráce všech zaměstnanců a individuální přístup.

Teoretická část této práce se věnuje vysvětlení pojmů komunikace, manipulativní chování a pacient v nemocničním prostředí. Popisuje interakci, které při komunikaci mezi pacientem a sestrou vznikají. Z oblasti manipulace obecně se teoretická část věnuje její charakteristice, příčinám, řešení a prevenci. Popisuje také manipulaci, se kterou se mohou setkat právě zaměstnanci nemocnice.

Empirická část se věnuje zkušenostem sester s manipulativním chováním ze strany pacienta. Zaměřuje se především na péči o manipulativního klienta a na znalosti sester v oblasti této problematiky.

1. Současný stav

1.1 Komunikace a komunikační dovednosti

1.1.1 Charakteristika komunikace

Člověk je sociální tvor a od jiných živočichů se odlišuje schopností využívání řeči jako nástroj dorozumívání a myšlení. Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez této podmínky nemůže existovat žádná sociální skupina. Komunikace přispívá k potřebě uspokojování sociálního styku. Navázat a rozvíjet vzájemnou komunikaci patří k základním potřebám člověka. Je prostředkem začlenění jednotlivce do skupiny (Zacharová, 2016). Pozoruhodné na komunikaci s druhou osobou či se skupinou je, že ji vždy člověk spoluvytváří a ovlivňuje, přispívá k ní a zároveň je její součástí. Proto bývá obtížné porozumět komunikační výměně, když se na ni jedinec podílí ve stejnou chvíli (Zacharová, 2016). Autoři kalifornské a pobaltské školy Watzlawick, Bavelas a Jackson charakterizovali lidskou komunikaci jako „*Médium pozorovatelných manifestací lidských vztahů*“. Komunikace není vždy viditelná. Tento příklad uvádí, že v případě vnitřní intrapsychické komunikace ji osoba může většinou zaregistrovat a analyzovat (Zacharová, 2016, s. 8).

V medicíně a psychologii komunikace není považována jen za přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více. A to o sebezpotvrzování a o sebezprezentaci. Vyjadřuje postoj k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci informace. Komunikaci je také možné označit jako dorozumívání. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, usnadňování či znesnadňování porozumění (Zacharová, 2016, s. 9).

Komunikace zpravidla má svůj účel a smysl. Může se hovořit také o „*funkci*“, kterou chce splnit nebo kterou plní běžně. Každá komunikační výměna má zpravidla jednu či více funkcí. Účelem (funkcí) a rovněž dopadem dává na příjemce komunikace smysl. Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace jednoznačné nejsou, obvykle se překrývají (Zacharová, 2016, s. 10). Problematika komunikace s osobou v dnešní době závisí na jedinečném sociálním i psychickém zdraví každého z nás. Komunikace s osobou, kterého může člověk potkat kdekoli, bez plánovaných intervencí, terapií a jiných důvodů se může zdát jednodušší, obzvláště pro pracovníka ve zdravotnictví nebo setkávající se převážně v zaměstnání s mnoha jedinci.

Základními faktory determinujícími úspěšnou persvazivní komunikací jsou schopnost empatie a schopnost sebekontroly. Každá komunikace je akt zahrnující

sociální prostředí, a právě proto je nevyhnutelností správné vnímání svého okolí. Schopnost vyjadřovat se společným jazykem, pochopení druhé strany a reflektovat emocionální rozpoložení druhé strany je klíčovým předpokladem pro efektivní komunikaci (Gálik, 2012).

Motivaci komunikovat má každý člověk. Komunikací člověk uspokojuje smysl života. Díky tomu má člověk zájem komunikovat. Je-li výsledkem uspokojivé komunikace životní spokojenost, naplňuje svůj životní úkol (Zacharová, 2016, s. 15). Motivace v oblasti komunikování má své místo i v ošetrovatelské péči. V interakci sestra – pacient dochází často k jednání, které má svůj význam i důvod. Motivaci zde nelze pozorovat přímo, ale lze na ni usuzovat projevy pacientů, to, jak jednají za určitých okolností a jak se chovají (Zacharová, 2016). Také pacient je veden svou (pro něj novou) situací ke komunikaci se zdravotnickým pracovníkem. Jde o proces aktivity vyvolané motivem a končící jeho realizací (Zacharová, 2016). Motivaci ke komunikaci, ať už přiměřenou, sníženou nebo zvýšenou, má každá osoba. Motiv ke komunikaci může vycházet z vnitřní potřeby komunikovat, nebo je podmíněn situací, prostředím v nichž je komunikace pro člověka nevyhnutelná (Zacharová, 2016).

S pojmem *sociální komunikace* souvisí úzce pojem *sociální interakce*. Sociální interakce je obecnějším a v určitém smyslu i nadřazenějším a širším pojmem. To, co zahrnuje navíc, se spíše týká možnosti potenciální a konativní aktivity. Aktivitou zúčastněného v případě mezilidského chování mohou být i tělesné pohyby (Zacharová, 2016). Socializace je postupné začleňování jedince do společnosti. Souvisí s existencí tzv. společenské normy, tedy se způsobem, jakým by měl jedinec vykonávat své sociální role (chování, které je pro jedince v určitém postavení a v určité sociální situaci vhodné a žádoucí) (Kučera, 2013).

1.1.2 Komunikační proces

Komunikaci provádí vždy dvě osoby nebo více osob. Toto vzájemné působení je ukázkou procesuálního charakteru, protože každý ze dvou komunikujících osob se snaží partnera ovlivnit, hledat u něho podporu a sebestpotvrzování (Zacharová, 2016, s. 18). Snaží se v projevu naznačit, jaká pravidla jsou pro něho přijatelná, zda je ochoten ustoupit, naslouchat, zda chce dominovat, co nemá rád, co má naopak rád, co by uvítal (Zacharová, 2016, s. 19). Základní schéma komunikačního procesu vychází z osoby, která vyžaduje konverzovat. Přeje si nejen sdělit informace, ale i své nálady, pocity,

postoje, a vztahy. Důležité je pochopení souvislosti, ve které je zpráva předávána. Sociální jednání často má podobu určitého schématu, postupného a pravidelného chování. Existují určité kroky, které jsou očekávány a dají se označit jako pravidla (Zacharová, 2016, s. 19).

Na komunikační proces má vliv i *prostředí*, ve kterém se odehrává. Negativní vliv zde mají tzv. „šumy“. Jedná se o šum jak fyzický (např. hluk z ulice), fyziologický (špatná výslovnost, porucha řeči), psychologický (hněv, smutek), tak také sémantický (odlišné pochopení významu, cizí slova) (Zacharová, 2016, s. 23). V ošetrovatelské praxi může komunikace selhat z důvodů velkého množství šumů nebo nevhodného prostředí, jež působí na pacienta. Jedná se například o rušení telefonem, bouchání dveřmi, signalizačním zařízením, rušné prostředí, ambulance, komunikací před pacienty. Komunikační proces probíhá jak v obecné, tak ve specifické rovině podle určitých pravidel. Obzvláště ve zdravotnictví je nutné si uvědomit, že do tohoto procesu člověk vstupuje v náročné životní situaci a průběh sociální komunikace může být zásadně ovlivněn (Zacharová, 2016).

Nejčastěji používané dělení komunikace, které vychází z klasifikace potřeb komunikačního procesu, je dělení na neverbální a verbální komunikaci. Verbální a neverbální projevy mohou být v některých situacích v rozporu. Lidé obvykle něco tvrdí, ale neodpovídá tomu chování. Může vzniknout tzv. Dvojí vazba, tedy rozpor mezi chováním a slovy. Neverbální sdělení je v takovéto situaci možné považovat za věrohodnější než chování verbální (Zacharová, 2016, s. 29).

V běžné zdravotnické praxi kromě komunikace *interpersonální* (tj. Komunikace dvou nebo více osob) se využívá i komunikace *intrapersonální* (např. získáváním informací z počítače nebo z archivu při opakovaných hospitalizacích) a komunikace masová (zprostředkovanou masmédií – viz kapitola 1.2.1 Charakteristika manipulace), kterou lze využít při osvětě nebo seznámením se s různými medicínskými problémy (např. brožury, odborná literatura, televize, rozhlas) (Zacharová, 2016).

Komunikace se proto musí chápat vždy jako výměnu informací mezi interakcí a osobou jako vzájemné působení, při němž se nevyměňují jen informace, ale také dochází k bezprostřední společenské činnosti (Zacharová, 2016).

Způsob, jakým člověk reaguje na chování jiné osoby, záleží na tom, v jaké situaci se nacházejí, jaké jsou mezi nimi vztahy, a také na tom, zda spolu komunikují v přímém styku, nebo za přítomnosti dalších osob (Zacharová, 2016, s. 24). Důležité je, o jaký vztah se jedná (osobní, pracovní, přátelský, intimní, formální, nebo neformální,

krátkodobý či dlouhodobý) (Zacharová, 2016). V každém vztahu je důležitá citlivost na zpětnou vazbu partnera. Čím více se vztah rozvíjí, tím větší nárok obvykle je na ústupky a přizpůsobování. To odkrývá jedno z rizik, kdy vztah může začít selhávat a rozpadat se (Zacharová, 2016, s. 25). Mnoho osob neví, co konkrétně tyto pocity vyvolá (Recknagel, Rohmann-van Wüllen, 2012).

Komunikace v sociálních službách vyžaduje nedirektivní partnerský a rovnocenný přístup. Cílem komunikace je především zjišťování potřeb, přání, možností a schopností klienta. Dále zjišťování osobních cílů a nastavování služeb tak, aby mohl být pacient v co nejvyšší míře integrován zpět do společnosti. Komunikace musí být za všech okolností otevřená, pravdivá, transparentní a musí vytvářet bezpečné prostředí pro obě strany (Hauke, 2014).

Největší vymoženost lidstva je jazyk a řeč. Řeč umožní vzájemnou výměnu informací, zkušeností a názorů. Komunikace je vzájemná výměna informace mezi jedinci (Zacharová, 2016, s. 29). Verbální komunikace může být zprostředkovaná nebo přímá, psaná nebo mluvená, reprodukováná nebo živá. Jádrem pochopení významu je porozumění. Jedná se o dvoustranný proces. To znamená, že mluvčí zodpovídá jasné vyjádření myšlenky a posluchač se snaží pochopit co nejpřesněji to, co mu mluvčí sdělí. Význam řeči tedy určuje člověk, ne slovo (Zacharová, 2016, s. 30). Každý jazyk funguje v určitém prostředí. Jazykové prostředí je tvořeno čtyřmi základními prvky: komunikačním pravidlem, osobou, jejím úmyslem, s jejichž pomocí dosahuje svého úmyslu, a skutečně používanou řečí v dané situaci (Zacharová, 2016). Jazykové prostředí může být velmi specializované. Zdravotnický pracovník při komunikaci s pacienty musí změnit způsob komunikování. Výrazový prostředek se liší v závislosti na tom, s kým hovoří, protože úmyslně hledá ten nejvhodnější jazykový styl, kterému by partner rozuměl. Jazyk se mění přiměřeně a vhodně prostředí, v němž se lidé nachází (Zacharová, 2016). Specifický systém komunikace má i oblast zdravotnictví, nejen z pohledu odbornosti používaného jazyka, ale i bezprostředního vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Lékař a sestra musí podřizovat svůj styl hovoru mnoha okolnostem např. věku, zdravotnímu stavu pacienta, bolesti nebo také handicapu (tj. zda pacient špatně vidí či slyší atd.) (Zacharová, 2016). Správná komunikace předpokládá, že se zvládá i složka verbálního projevu, ke které patří tempo řeči, intonace, hlasitost, embolická slova (parazitní), pomlky, výška hlasu a rovnocennost partnerů v komunikaci. K dalšímu znaku správné a efektivní komunikace patří jednoduchost, stručnost, srozumitelnost, vhodná doba a adaptabilita (Kelnarová, Matějková, 2014).

Ve zdravotnické praxi hrají velkou roli významné projevy neverbální komunikace. Zde se vyskytuje velká potřeba dorozumění, taktéž jako navázání vzájemného vztahu a navození důvěry. Sestra si musí být vědoma, že pracuje nejen ve specifických podmínkách, ale že se setkává s osobou, která se ocitá v nelehké situaci. Jedná se jak o pacienta, tak rodinného příslušníka či doprovázející osobu (Zacharová, 2016). Může být druhým problémem i nedodržení určité zásady správné komunikace. Pacient se nachází v náročné životní situaci i s emocionálním doprovodným podtextem. Sestra mu vstupuje při ošetrovatelských výkonech do intimní zóny, kam nechá vstoupit jen ty nejbližší, a její dotyky bývají s nepříjemnými prožitky spojovány (Zacharová, 2016). Je proto důležitou a nezbytnou dovedností sestry vyznat se v řeči těla a umět pracovat jak se svými neverbálními projevy, tak „naslouchat“ neverbálním projevům svých pacientů. (Zacharová, 2016).

Mezi prostředky verbální a neverbální komunikace není ostrá hranice. Rozdíl spočívá v tom, že verbální komunikace je úmyslná a neverbální neúmyslná. Neverbální komunikace je tedy komunikace prostřednictvím „řeči těla“, zde se „zakresluje obraz duše“ – nálady, emoce a prožívání. To, co přichází přes verbální kanál, jsou většinou fakta a informace (Zacharová, 2016, s. 55).

1.1.3 Komunikace ve zdravotnictví

Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnického pracovníka. Je nezbytné, aby si každý zdravotnický pracovník přivlastnil schopnost účelné sociální komunikace, která je neoddělitelnou součástí procesu zaměřeného na uchování, podporu a prevenci zdraví (Zacharová, 2016, s. 31). Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Společným cílem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení spokojenosti pacienta, a to nejen v oblasti somatické péče, ale i v oblasti psychické a sociální péče (Zacharová, 2016). Při vzájemné komunikaci mezi pacientem a sestrou je důležité navodit ovzduší důvěry, které by nemocného uspokojovalo a zbavovalo ho strachu a obav (Zacharová, 2016). Na dosažení kvalitní vzájemné komunikace je potřebné respektovat tyto požadavky: Individuální přístup, pozitivní vztah, úcta k pacientovi a empatie (Zacharová, 2016). V profesionálním chování sestry má schopnost významné místo navazovat a udržovat s pacientem *slovní kontakt*. Má informační hodnotu a velkou cenu v komunikaci ve vztahu sestra – pacient a pacient – sestra. Prostřednictvím slov sestra vysvětluje,

motivuje, získává, povzbuzuje, přesvědčuje nebo informuje pacienta o účelnosti odborných postupů při udržování, obnově a podpoře zdraví. Se slovy se musí pracovat obratně, volit je uvědoměle, uváženě a obvykle i cíleně. Při vyřčení slova se nemůže odstranit, ani vzít zpět (Zacharová, 2016). Každé slovo je originál, který musí být funkčně použit ke zdravotnímu stavu v dané situaci, ve vztahu k osobnosti pacienta i k jeho individuální zvláštnosti. Slovo má moc a sílu. Může jedince potěšit, povzbudit, ale může i zranit. Neuvážené, nevhodné a nesprávné slovo se odrazí nejen na psychickém stavu pacienta, ale dále ovlivní bio-psycho-sociální jednotu organismu (Zacharová, 2016).

Pacient žije ve stavu citové ambivalence. Sřetává se v něm pocit důvěry a naděje s pocitem nejistoty a strachu. Pochopení, zájem, podpora a porozumění ze strany sestry ulehčí pacientovi překonávání krizových okamžiků života a negativních pocitů, zvládnání pro něho nové náročné situace (Zacharová, 2016).

Druhou stránkou verbálního projevu je, že si sestra musí uvědomit, jakým způsobem komunikuje s pacientem. Hledá odpovědi na otázky, *zda jí pacient rozuměl, do jaké míry informace zpracoval a pochopil*. (Zacharová, 2016). Sestra je součástí komunikace. I když je „pouze“ přítomna rozhovoru s lékařem či podává medikaci a pacientovi hovoří (Zacharová, 2016).

V ošetrovatelské praxi se sestra setkává nejčastěji s nedostatky, které si většinou neuvědomuje. Během komunikace sestra pomáhá rozšířit sociální kompetenci pacienta. Nemoc, odloučení od rodiny i z pracovního procesu, to vše může mít za následek zhoršení jeho komunikačních dovedností. Zde se vyskytuje velký prostor pro práci sestry na rozvoji komunikačních dovedností nemocného (Zacharová, 2016, s. 35).

Spokojenost pacienta se sestrou a ošetrovatelskou péčí bývá do značné míry založena na spokojenosti se „zacházením“, jehož hlavní součástí je právě komunikace (Zacharová, 2016, s. 36).

V profesionálním rozhovoru s pacientem platí zásada vedení postupu obezřetně, pomalu, taktně a empaticky. (Zacharová, 2016). V ošetrovatelské praxi sestra může plnit dvě funkce. Prostřednictvím rozhovoru poznává osobnost pacienta a snaží se změnu navodit v osobnosti nebo v jeho jednání a chování (Zacharová, 2016). Sestra svou řečí, chováním a jednáním na sebe může prozradit nezáměr, neochotu, hrubost či aroganci (Zacharová, 2016). Pacienta nezajímá, čím je sestra k neprofesionálnímu hrubému chování motivována. Zda je to momentální reakce na osobní problémy nebo její přirozená charakterová vlastnost (Zacharová, 2016). Profesionalita znamená přijetí a

respektování daných pravidel. Díky tomu vyžaduje utlumit vlastní nepříjemné pocity (Zacharová, 2016, s. 40).

V průběhu rozhovoru sestra postupně dosáhne cíle, který si stanovila. K tomu, aby mohl být využit jeho výsledek v plánovaném ošetrovatelském procesu, slouží kromě dodržení všech zásad pro vedení rozhovoru a správného kladení otázek i umění využít speciálních komunikačních dovedností (Zacharová, 2016). Naslouchání je jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností. Naslouchání se označuje jako zásadní součást rozhovoru. Jedná se o jeho aktivní složku (Zacharová, 2016, s. 42).

Zkušenosti a zážitky pacienta z předchozího setkání se sestrou ovlivňují jeho neverbální schopnost v následujícím kontaktu. Osobnostní faktory nemocného i sestry, ke kterým se řadí charakterové vlastnosti, věk, temperament a typ osobnosti, dotvářejí obraz mimoslovní komunikace (Zacharová, 2016).

Neverbální komunikace se mění ve zdravotnictví i dle toho, kde se odehrává (příjmová ambulance, lůžkové oddělení), kdo je v roli příjemce a kdo v roli odesílatele (sestra – pacienta, pacient – lékař), jaké jsou vztahy mezi komunikujícími (nadřazenost, autorita, kolegiálnost, přátelství), v jakém čase se odehrává (před operací, při propouštění do domácí péče) a jak dlouho trvá (cíleně naplánovaný rozhovor, krátký kontakt při vizitě) (Zacharová, 2016). Autor zdůrazňuje, že se jedná o sdělení mimikou, proxemikou, posturologií, haptikou, gesty a kinetikou (Zacharová, 2016). Sestra dokáže neverbální signály umět nejen vnímat, ale i dešifrovat ve vztahu k situačním faktorům temperamentu a typu osobnosti i aktuálnímu prožívání (Zacharová, 2016).

1.1.4 Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem

Pojem sociální interakce je úzce spjat s pojmem sociální vztah. U lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků patří komunikace k základnímu předpokladu výkonu povolání (Ptáček, 2011). Z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu je povolání sestry velmi náročné. Objektem práce sestry je člověk. Očekává se od sestry, že vedle řady činností ovlivní jednání a prožívání pacientů, unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání (Zacharová, 2016, s. 79).

Vztah mezi sestrou a pacientem probíhá ve dvou rovinách interakce obecně, v rovině *sociální a profesionální* či psychosociální. Profesionální rovina je z pohledu klasické medicíny dána samotnou náplní ošetrovatelské péče. V psychosociální oblasti jde o

poznání toho, co se děje mezi sestrou a pacientem, a to již při prvním kontaktu (Zacharová, 2016, s. 79).

Z psychologického a sociologického hlediska zpravidla onemocnění znamená omezení normálních činností a povinností pacienta. Nemoc není pouhým stavem, ale současně vytváří i společenskou roli (Zacharová, 2016). Nemocný člověk je ze společnosti zdravých osob vyřazen a ocitá se v postavení člověka společensky a psychicky podřízeného. Role pacienta se neustále vyvíjí a rozšiřuje podle toho, jak se rozvíjí onemocnění. Buď nastane uzdravení, zhoršení zdravotního stavu nebo také přechází do chronického stavu či k trvalému poškození zdraví a někdy až ke smrti (Zacharová, 2016, s. 82). Změna nebo omezení možností výživy, pohybu, prostředí, společenského kontaktu apod., zasahují do duševní oblasti nemocného (Zacharová, 2016). Každá osoba je neopakovatelná bytost. Průběh adaptace na nemoc, způsob prožívání a chování v době adaptace se nazývá autoplastický obraz nemoci (Kopecká, 2015, s. 121). Žena se hůře vyrovnává s hospitalizací, avšak úroveň mechanismů zvládnutí bolesti vykonává lépe. Naopak muž se s hospitalizací lépe smíří, dochází k lépe zvládnuté adaptaci, ale úroveň mechanismů zvládnutí bolesti vykonává hůře (Kopecká, 2015, s. 124).

Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje od sestry nové dovednosti, a to zejména ve vztahu k sociálnímu problému, který provází a obklopuje zdraví a nemoc osoby či skupiny. Poznání vlastní role je u sestry nesmírně důležité a promítá se do celé její osobnosti (Zacharová, 2016, s. 82). Charakterizovat roli sestry je i přesto velice obtížné, protože se nevykonávají v tomto povolání stejné činnosti, na něž musí být sestra připravena (Zacharová, 2016).

1.2 Manipulace

1.2.1 Charakteristika manipulace

Manipulativní chování je opakem asertivního chování. Je nevypočitatelné a záludné. Obvykle se na první pohled nepozná. Manipulativní chování je protipól chování asertivního. Jeho záludnost spočívá v tom, že nemusí být jasné na první pohled, o co se jedná (Novák, Capponi, 2012). Manipulace probíhá mnohdy za využití citově sycených argumentů. S apelem na morální či jiné hodnoty, které mají objekt manévrovat k souhlasu tohoto působení (Novák, Capponi, 2012). Manipulující osoba apeluje na morálku, na pomoc bližnímu, na míru odpovědnosti, využívá celkového nátlaku a další

lidské hodnoty. Manipulující osoba zastane obvykle oběť zodpovědnou za vývoj a řešení situace (Zacharová, 2016, s. 94). Osoba, jenž je manipulována, se označuje jako manipulovatelná osoba či oběť manipulace. Osoba, která někým manipuluje, se označuje za manipulátora. Způsob manipulace obvykle závisí na typu osobnosti a může být velmi různorodý. Dokáže vytvořit předstírání stejných zájmů nebo zakrývání zájmů vlastních, vyhrožování a formu předstírané bezmoci (Zacharová, 2016, s. 94).

Pokud se člověk naučí manipulaci rozpoznat, může se jí bránit. Také ošetrovatelská praxe je vystavena různým způsobům manipulativního chování, jak ze strany zdravotnického pracovníka či pacienta, tak rodinného příslušníka. Sestra by při komunikaci měla rozpoznat různé formy manipulace a odmítnout je. Ovšem k asertivitě samo odmítnutí nestačí, i kdyby bylo jakkoli oprávněné. K asertivnímu jednání dospěje sestra tehdy, když je dokáže odlišit od agresivity a pasivity (Zacharová, 2016). Lidské chování je vždy pod vlivem jiných osob a v zásadě se nemůže ochránit jakousi „pevnou bariérou“ před tímto dopadem. (Sergej G. Kara-Murza, 2020).

Kořenem slova „manipulace“ je latinské slovo manus - ruka (manipulus - hrst, hrstka). Ve slovnících evropských jazyků se toto slovo chápe jako zacházení s předmětem určitého cíle. Jako příklad se uvádí vyšetření pacienta lékařem pomocí rukou, ruční řízení a jiné. Odtud přichází soudobý přenesený význam slova, tedy obratné zacházení s osobou jako s věcí nebo předmětem. Jednou z prvních knih, přímo věnované manipulaci vědomím, byla kniha německého sociologa Herberta Franke *Manipulovaný člověk* (1964). Frankeho výklad zní takto: „*Pod manipulací bychom ve většině případů měli chápat psychologické působení, které se provádí tajně, a tudíž na úkor těch, jimž je určeno. Nejjednodušším příkladem je reklama.*“ (Sergej G. Kara-Murza, 2020, s. 22).

Umění manipulace se zakládá na vlastnosti lidské pozornosti a vnímání - na znalosti psychologie člověka. Za prvé je to druh psychologického a duchovního působení (nikoliv hrozba násilím nebo fyzické násilí). Za druhé manipulace je skryté konání, jehož existence by si předmět manipulace všimnout neměl. Hlavním cílem pro konání akcí manipulátora se stává duševní struktura lidské osoby (Sergej G. Kara-Murza, 2020).

Charakter (povaha) jedince je získaná složka osobnosti. Vzniká psychosociálním učením během raného vývoje. Charakter z velké části určuje relativně stálou pohotovost jedince projevit se určitým způsobem (Práško, 2012). Jedinec si uvědomuje sám sebe v prožívání. Druhá osoba si jej uvědomí na základě chování a jednání jedince. Chování

je taková aktivita jedince, jenž se může pozorovat z pohledu osoby druhé (Zacharová, 2016).

Porucha osobnosti může disponovat pacienta ke zvýšené suicidalitě jakoukoli cestou. Pacient s poruchou osobnosti obvykle rozvíjí další z psychických poruch, jako je úzkostná či somatoformní porucha, deprese, závislost na návykových látkách či alkoholu. Obvykle má problémy v pracovním vztahu, v blízkém vztahu a celkově špatné sociální přizpůsobení (Látalová, Kamarádová, Praško, 2015). Internalizovaným stigmatem je označován třífázový proces, během kterého přijímá osoba své negativní stereotypy, které vůči ní zaujímají jiné osoby (Ocisková, Praško, 2015).

V jakékoli situaci při kontaktu s druhou osobou může jedinec reagovat různým způsobem. Chování a prožívání se navzájem ovlivňují a podmiňují. Jedná se o tzv. „*psychickou regulaci chování*“. Usuzuje se podle chování jedince nejen jeho prožívání (například, zda prožívá smutek nebo radost), ale také na jeho osobnostní vlastnosti, a tím je temperament. Setkáváme se ve zdravotnické praxi s různou skupinou pacientů, kteří reagují určitým způsobem na vzniklou svízelnou situaci a další osobní problémy (Zacharová, 2016).

Pro výchovu dítěte v rodině je typické vzájemné ovlivňování dospělými a naopak. Rodina s dospívajícím dítětem musí nutně zažít změnu vztahu dítě – rodič tak, aby bylo dospívajícímu umožněno příchod a odchod. V dospívání je dítě možná až přehnaně kritické vůči názorům a postojům rodičů. Má potřebu srovnávat rodičovské hodnoty a normy s hodnotami svých vrstevníků. Důležitost rodiče jako referenční osoby je přesto stále vysoká a příliš se nemění během adolescence (Nielsen Sobotková, 2014). Základním principem je nechytit se v komunikaci do pasti s manipulující osobou, ale rozpoznat manipulativní techniky a uvědomit si, že osoba nemusí tuto „*hru*“ hrát. Snažit se v dané situaci si vždy připomínat své potřeby, svůj cíl a hranice. Nenechat se strhnout emocí, kterou v nás manipulátor nepřímo vyvolává (Lošťáková, 2020).

Jak v každodenním životě, tak obzvlášť ve zdravotnické praxi, kde je sestra v kontaktu s pacientem (osoba, která má v dané situaci naprosto jiný pohled na realitu) se dostává do situací, jež ji mohou vyvést z míry a jsou pro ni složité. Otázkou zůstává, jak sestra má reagovat a jak se prosadit, aby pacienta neurazila (Zacharová, 2016). Během prosazování svého názoru, právo při řešení konfliktů mezi jedinci a uplatňování svého oprávněného požadavku se projevují tři základní typy chování. Prvním typem chování se odhaluje pasivita. Pasivita se definuje jako potlačování vlastních práv. Druhý typ chování je agresivita. Agresivita je definována jako porušování práv jiných osob. Třetí

typ chování je asertivita. Asertivita se definuje jako dodržování práv svých i ostatních a dorozumění se (Zacharová, 2016). Je důležité právě to, jak osoba vystupuje, aby se tak obvykle nestávala „obětí“ verbálních útoků. Na určité osoby nikoho nenapadne útočit. Jak skrytě, tak ani otevřeně (Staudinger, 2018).

Jedním z prvních kroků, které sestře pomůže rozpoznat a dokáže vyhodnotit manipulativního pacienta je příprava. Pokud sestra si je vědoma, že má daný pacient tendenci k manipulaci, vždy se na komunikaci připraví. Obvykle manipulující osoba využívá časovou tíseň, tedy volá jí, přijde za ní a vyžaduje reakci ihned. Sestra se do unáhleného rozhodnutí nenechá zatlačit. Vyslechne manipulátora a vysvětlí, že si potřebuje záležitost promyslet a za chvíli se dostaví zpět, aby problém vyřešili. Následně se rozhodne, co zamýšlí prohodit, a až poté pokračuje v komunikaci s využitím komunikačních technik, které již probrali v minulém rozhovoru (Lošťáková, 2020). Druhým krokem sestra zůstává u svých potřeb. Pokud nemůže v komunikaci získat čas, snaží se co nejvíce zůstat u svých potřeb (Lošťáková, 2020).

Třetím krokem se sestra dostává k pojmenování manipulace. Pojmenovává si v duchu, jaké triky v komunikaci manipulátor používá. Obvykle velmi pomůže, když své pocity nahlas vysloví a to například: „*Vnímám teď velký tlak na to, abych se hned rozhodl.*“ / „*Připadám si teď zahnaný do kouta.*“ Anebo může komunikaci převést do vtipného argumentu: „*Koukám, že si na mně trénuješ manipulativní techniky.*“ Manipulativní chování má největší moc, když je nepoznané. A pokud sestra komunikační styl druhé osoby popíše, bere mu tzv. „*vítr z plachet*“. Následně může ze strany manipulátora čekat útok či obranu. Sestra se rozhodit nenechá a asertivně popíše své stanovisko (Lošťáková, 2020). Na čtvrté místo se dostává téma manipulace jako zdroj sebepoznání. Setkání s manipulátorem je skvělou příležitostí pro osobu k prozkoumání jejího slabého místa a následného posílení. Pátým krokem sestra nejlépe převezme kontrolu, tudíž tzv. „*Chytí oštěže*“. Jakmile sestra manipulativní chování prohlédne, záleží na jejím úsudku, zda nechá druhého, aby ji přesunul do pozice, která jí nevyhovuje (Lošťáková, 2020). Sestra manipulaci může rozpoznat na základě emocí (jak negativních, tak také pozitivních v případech lichotek), a utváří s nechtů něco, co původně nebylo naplánováno. Pokud sestra usoudí, že s ní chce druhý manipulovat, utvoří si čas, odloží své rozhodnutí a nekomunikuje s druhým pod vlivem emocí.

Díky manipulaci také sestra získává příležitost prozkoumat více své hranice a nastavit je. Může nacvičit reakce možné na manipulativní výroky. Je možné, manipulaci otevřeně popsat pomocí asertivních „*já výroků*“ nebo humoru (Lošťáková, 2020, s.

155). Vybavení patřičnou mírou asertivity sestra správně předpokládá, že je možné vše. Toto realistické konstatování do jisté míry má oporu v asertivních právech. Obzvláště v právu na chybu. Druhá věc je, že mnohé osoby je v našem okolí zneužívají (Novák, 2012). Mezi způsoby vyjadřování asertivního chování patří vyjádření vlastní potřeby, vlastnictví nápadů, názorů a pocitů, fakta mimo názorů a důraz na chování, rozlišení názoru od fakta, stručnost, jasné vyjadřování, kladení otázek a soustředění se na to, čeho lze dosáhnout (Potts, 2014). Po psycho-fyzikální stránce se jedná o ovlivnění podnětem, který leží vzhledem k biologickým schopnostem mimo schopnost našeho vnímání. Z psychologického hlediska znamená podprahové ovlivňování nevědomou stimulací motivem nebo podnětem, který vyvolává určité jednání. Je důležité odpovědět na otázku pro reklamní praxi, zda prostřednictvím skryté reklamy podprahová manipulace existuje a účinkuje (Vysekalová, 2012). Málokdy se osoba setká s vyzvedáváním takové hodnoty a to například obětování se pro jiné nebo skromnost. Pro toto téma je nejdůležitější tzv. Manipulace jedincem.

1.2.2 Manipulativní pacient v nemocničním prostředí

Způsob, jakým pacient léčbu na psychické úrovni zvládne, závisí na mnoha faktorech. Jedná se zejména o sociální zázemí, osobnost pacienta a kvalitu komunikace s lékařem a sestrou a také s jeho okolím (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 21). Nejdříve je vhodné se zaměřit na osobnost pacienta. Pacient vstupuje s jeho tělesnou i psychickou stránkou do procesu léčby onemocnění. Jeho temperament, postoje a volní vlastnosti, emoční výbava, intelektová úroveň a ještě mnohem více, ovlivňují velkou měrou jeho prožívání a překonání nemoci, jakožto i kvalitu a schopnost spolupráce během léčby (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 21). Další otázkou k tomuto tématu patří klíčová komunikace s pacientem. Pacient lékaři i sestře o sobě vysílá od prvního momentu kontaktu množství signálů, jak se cítí, co ho bolí a jak vnímá situaci, ve které se právě nachází. Taktéž lékař i sestra již od začátku kontaktu vysílá směrem k pacientovi množství signálů – jak se cítí, jaký má vztah k pacientovi atd. (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 37). Další téma ukazuje, jak hovořit s problémovým pacientem. Z pohledu problémového chování existují různé typy pacientů. Patří mezi ně agresivní pacient, vyčítající, hypochondrický pacient, pacient vyžadující neustálou pozornost, pasivní i plačtivý pacient. Problémový může být i mlčící či málomluvný pacient, přestože tak na první pohled nepůsobí (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 182). Tímto se odkrývá téma

mlčícího pacienta. Tzv. „*Kdo mlčí, ten souhlasí*“. Toto je jedno z nejrozšířenějších a zároveň nejnepravděpodobnějších pořekadel, které páchá psychologické škody ve školách, v rodinách, v organizacích a také u lékaře. Když osoba mlčí, je blíže k pravdě fakt, že se neví, co cítí a co zamýšlí (Bednařík, Andrášiová, 2020). Existuje mnoho možností a neví se, která z nich to je. Existuje také však malá pravděpodobnost, že mlčení znamená souhlas v této situaci. Mlčící pacient je spolupracující či bezproblémový pacient (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Na toto navazuje reakce sestry na tichého pacienta. Nejúčinnějším postupem je čekat, zůstat potichu 5 – 10 sekund a pacienta pozorovat. Hlavní činností je udržovat s pacientem oční kontakt a dívat se mu do obličeje i přesto, že pacient se na sestru nedívá. Tento postup dokáže pomoci v situaci, kdy pacient přemýšlí a uvědomuje si své prožívání. Tento pocit ho zaměstnává, a proto je potichu a na sestru nereaguje. Naopak se soustředí na sebe samého. Na toto navazuje popsání pacientovi, co právě sestra vnímá: „*Vidím, že vám vyhrkly slzy ...*“ Vhodné je se poté pacienta dotázat, co prožívá, co se v něm děje: „*Na co myslíte? Co se ve vás děje?*“. Toto je projev zájmu a mnoho pacientů tuto výzvu očekávají. Sestra projeví hlavně empatii vůči pacientovi: „*Vidím, že jste smutný z toho, co jsem vám řekl/a.*“ Sestra vnímá pacientovy pocity a ověří si, zda toto chápe správně. I když nemusí být přesná, pacient pocítí její zájem. Být empatický je způsob, jakým být s mlčícím pacientem v kontaktu. Tím, že pojmenuje pocity pacienta, dává najevo spoluúčast s jeho situací (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 183). K podobnému chování se přiklání pasivní pacient. Toto chování je velmi podobné chováním mlčícího pacienta. V některé situaci jsou jejich projevy navenek stejné. Existují pacienti, kteří jsou zcela pasivní (Bednařík, Andrášiová, 2020). Základem nízkého sebevědomí je představa o tom, jaký je existující jedinec a jeho jádrové přesvědčení o sobě. Může se jevit jako ryzí a pravdivé prohlášení o jeho osobnosti, jako věrný obraz jeho identity. A pokud převážně zažil negativní zkušenosti, bude i jeho přesvědčení o sobě samém pravděpodobně stejně negativní (Fennell, 2014). Nejčastějším tématem problematiky manipulace je také agresivní pacient. Agresivní pacient se projevuje útočným chováním neverbálně, tedy celkovým tělesným neklidem, máváním rukama, zvýšeným tónem i hlasitostí řeči (křik) atd. Na verbální úrovni se projevuje od kritizování, používání ironického výrazu přes obviňování, principiální odmítání čehokoli, co vysloví sestra nebo lékař, až po vyhrožování či přímé nadávání sestře, lékaři, nemocnici a celému světu (Bednařík, Andrášiová, 2020). Pokud se sestra nebo lékař setká s takovýmto pacientem, je dobré si určit, jak reagovat na jeho agresivní

chování. Zastavení agresivity další agresivitou (tudiž na zvýšený hlas reagovat zvýšením hlasu), obvykle agrese dosáhne větší stupně. Jen prostý protiargument sestry v pacientovi vyvolává agresivitu, jelikož ho nutí přijmout její pravdu a vzdát se té jeho pravdy. Pacient pod vlivem emocí není schopen vnímat a vyhodnocovat opodstatněnost racionálního argumentu sestry (Bednařík, Andrášiová, 2020). V tabulce v kontrastu se ilustruje nejčastější nevhodné a vhodné reakce na agresivního pacienta (Příloha č. 4, str. 73)

K agresivnímu chování pacienta navazují konflikty mezi sestrou a pacientem. Existuje několik základních tvrzení o konfliktech. Každý člověk je individuální a má rozdílné cíle a potřeby. Když se setkají různé cíle a potřeby osob, mohou docílit k rozporu, a tím se stává základem mnoha konfliktů. Konflikt je normální a přirozenou součástí života. Není možné se konfliktu vyhnout. Konflikt obvykle vzniká s úmyslem ochránit svou ohroženou potřebu nebo dosáhnout uspokojení své přirozené potřeby. Konflikty samy o sobě nejsou dobré nebo špatné – jsou jen projevem střetu rozdílných potřeb a názorů. Způsob řešení vzniklých konfliktů však může být špatný nebo dobrý. Řešení konfliktu může být konstruktivní nebo destruktivní. Dovednost, postoj a hodnoty, projevující se skrz chování a prožívání osoby, ovlivňují, jak bude konflikt řešit. Čím dříve zachytí zájem a potřebu druhé strany, tím spíše může začít řešit konflikt (Bednařík, Andrášiová, 2020). Nejviditelnějším rysem této skupiny je neovladatelnost. Pro jejich chování je typický vztek, zuřivost a náladovost. Jejich agresivita nesměruje jen proti ostatním jedincům, ale obvykle i proti nim samotným. Toto lze vysvětlit zejména tím, že si neváží sebe samotné. Na odmítnutí či kritiku reagují vztekle, cítí se poníženi nebo se stydí (Weinig, 2020).

1.2.3 Rozpoznání manipulace

Manipulativní chování se projevuje nejrůznějším způsobem. Manipulátor je především typický určitými rysy. Nikdy se nebude ptát na to, co chce druhý. Nepřímou metodou donutí druhou osobu k rozhodnutí, které je pouze pro něho prospěšné. Cítí se být dominantní při komunikaci s druhou osobou. Velmi výrazně gestikuluje. Charakteristické je také zatínání pěstí. Pakliže manipulativní chování agresivního jedince daná osoba odmítne přijmout, agresivní jedinec se bude snažit v ní podnítit pocit, že ona je ten, který vše zavinil. Manipulující osoba se vyjadřuje hlasitěji než ostatní a tón hlasu má urputný. Jedinec, jehož hlavním atributem je manipulativní chování, dokáže systematicky ničit i rodinný, partnerský či přátelský vztahy jiné osoby.

Podnítí zlobu, nenávisť a stává se hlavním zdrojem problémů a rozporů. Samozřejmě si jich nikdo nevšimá, a proto jsou v tomto ohledu podlí, vynalézaví a také nenápadní. Odrazit od osoby manipulativní chování obnáší mnoho úsilí, avšak není to nemožné. Je nutné si zachovat klidnou mysl a reagovat tuto osobu s rozvahou. Agresivní chování ze strany manipulované osoby ničemu nepomůže. Naopak mnohem více umocní v manipulující osobě pocit dosažení cíle. Dalším způsobem docílením manipulující osoby se stává tzv. „*Opětování laskavosti*“. Manipulující osoba se k druhému projeví mile, příjemně a vstřícně. Poskytuje mu laskavost (možná také nevyžádanou), ale na oplátku očekává zpětnou vazbu, ačkoli se to druhému nehodí. Není přípustné nechat se do této situace vtáhnout (Lošťáková, 2020, s. 146). Jedním z dalších způsobů tohoto chování se řadí tzv. „*Zlehčování*“. Příkladem zlehčování potřeb a hodnocení hranic může znít: „*To je směšné, co říkáš. To jsi pravděpodobně jediný, který má tento názor. Jsi přecitlivělý. Ty ale naděláš.*“ Cílem manipulující osoby je znejistit druhého v jeho nastavení hranic a potřebách (Lošťáková, 2020). Taktéž se do této oblasti dostává tzv. „*Zastrašování*“. Manipulativní osoba se snaží zastrašit vzteklým projevem nebo křikem. Důležitou akcí je trvat na své potřebě a hranici. Nenechat se tzv. „*zahnat do kouta*“. Nikdo nezodpovídá za rozzlobení druhého, a už vůbec nemá co do činění s jeho agresivním stylem komunikace. Pokud je již negativních emocí z protistrany příliš, je potřeba říci v klidném duchu nepříjemnost tohoto průběhu komunikace, a pokud nezmění chování, tak komunikace není možná (Lošťáková, 2020, s. 146).

Jiným způsobem se také lze projevit a to tzv. „*Zúžením možností*“. Manipulativní osoba poskytuje na výběr. Například ze dvou možností: „*Sejdeme se tedy v úterý nebo ve středu?*“ / „*Přijmete tuto, nebo tamtu variantu?*“. Jedinec se musí nad tímto pozastavit a vyžádat si čas na rozmyšlenou. V jiném případě je vhodné znovu rozšířit variantu možností: „*Říkáte v úterý nebo ve středu. Zatím se scházet nechci. Prosím, pošlete mi vše v e-mailu na ...*“ (Lošťáková, 2020). Manipulátor má jistou potřebu tzv. „*Převrátit pozitivum do negativa*“. Napoprvé se zdá, že chce osobu ocenit. Vzápětí však přijde tzv. „*studená sprcha*“: „*Ty jsi krásná, škoda, že o sebe více nepečuješ.*“ / „*To je skvělý nápad, je úžasné, že jste na to přišel vy, který nemá ani vystudovanou vysokou školu.*“ / „*Vy jste opravdu dobrý šéf, nechápu, proč vás ostatní nemají rádi.*“ / „*Ty jsi tak skvěle uvařila, to už se ti dlouho nepovedlo.*“ Tento tah se zdá být záludný druh manipulace. Manipulující osoba se snaží v druhém vyvolat pocit méněcennosti. Pokud techniku prohlédne, nenechá v sobě vyvolat pocit méněcennosti (Lošťáková, 2020).

Další nejčastější způsob, který manipulátor vyvolá je pomlouvání druhého. Manipulátor šíří o druhé osobě negativní nepravdivou informaci tak, aby ho nemohl přímo konfrontovat. Jiná osoba se dotáže, zda je ve vztahu vše v pořádku. Obvykle se dozví užitečnou zpětnou vazbu. Pomlouvajícímu také sdělí, že se mu dostavila informace. Ověření důležité osoby, ke které se mohou tyto pomluvy dostavit, vyobrazí, jak vnímá daného pomlouvajícího, a případně s ním zavede diskuzi. (Lošťáková, 2020). „*Když tohle ne, tak aspoň ...*“ Dalším druhem manipulace je stav, kdy má manipulátor na osobu nejdříve náročný požadavek. Pokud odmítne, požádá o laskavost. Například: Nadřízený bude chtít, aby zkušený pracující zaškolil nového kolegu, avšak toto není v náplni jeho práce. Když pracující předloží svůj pracovní plán, ze kterého vyplývá, že na několikadenní zaškolování nemá prostor, tak mu alespoň nadřízený sdělí zpracování stručného školicího materiálu. Pracující se cítí nepříjemně, protože se odmítl původní požadavek, tedy zaškolování. Nechce ale působit neochotně. Díky tomu se zpracováním materiálu souhlasí (i když to pro něj bude znamenat práci navíc) (Lošťáková, 2020). Manipulativní chování má v sobě skryté také tzv. „*Překrucování reality*“. Manipulátor sděluje věty typu: „*To jsem neřekl. To jsi popletl.*“, a zpochybňuje tak něčí úsudek. Tato technika je obzvlášť nebezpečná, když manipulátor vystupuje velmi sebevědomě a my jsme s ním v kontaktu déle. Opakovaná manipulace způsobí nedůvěru osoby v sebe sama a svému vnímání. Pokud je jedinec v dlouhodobém kontaktu s podobným typem manipulátora, může si ze setkání utvořit zápis a na závěr nahlas body ověřit a přečíst, zda platí tato dohoda. Díky utvoření zápisu vysvětlí následující problém a to například: „*Rád bych se vyhnul nedorozumění, které se nám stalo posledně. Proto raději dohodnuté body sepišu.*“ (Lošťáková, 2020). Jedním z dalších negativních způsobů, které manipulátor naznačuje se nazývá tzv. „*Hra na oběť*“. Na tento typ manipulace si jedinec dává pozor, obzvlášť pokud je pro něj pohodový vztah a názor druhých důležitý. Jedná se o osobu jenž se chová nešťastně, bezmocně, utrápeně a jedince staví do pozice zachránce. Klíčové je v takové situaci manipulaci rozpoznat. Pokud jedinec tuší, že se kolega s ním snaží manipulovat, může vyjádřit pochopení: „*Chápu, že je tvá situace obtížná.*“ a dále trvat na svém požadavku: „*I když prožíváš náročné období, potřebuji od tebe ..., aby v týmu dosáhnul stanoveného cíle.*“ (Lošťáková, 2020). Role manipulujícího jedince se také vyskytuje v pozici tzv. „*Diktátora*“. Diktátor vždy prosadí svůj názor. Obvykle se odvolává na tradici, autority a odkazy předků. Například tvrdí: „*Tak jsem řekl, tak to bude!*“ „*Je to tak, protože jsem to rozhodl.*“ „*Nediskutuj se mnou, už je rozhodnuto.*“ „*Každý slušný člověk ví, že ...*“ „*Pokud bys uvažoval logicky,*

tak tohle nemůžeš říct.“ „Viš kdo já jsem? Koho já znám?“ Diktátor nepřipouští jakoukoli diskuzi, nemění svůj názor a nikdy neuzná svou chybu. Používá moc a je neústupný. Není vhodné hrát s ním tuto hru ani se nenechat zatlačit do pozice níže postaveného (Lošťáková, 2020). Jiný typ manipulující osoby se nazývá „Horký brambor“ Jedinec se manipulující osoby dotáže a osoba převede otázku zpět na jedince. Není vhodné začít odpovídat, ale vrátit se zpět ke své otázce. Je možné sdělit například: „Hned vám odpovím, ale zůstaňme prosím ještě u otázky, kterou jsem vám položil.“ (Lošťáková, 2020). Opakem již zmíněných typů manipulátorů je tzv. „Vzdělanec“. Tato manipulativní osoba upřednostňuje svou převahu svými znalostmi, zkušenostmi nebo tituly. Snižuje váhu názoru jedince. Sděluje výroky typu: „Mám v oboru mnohaleté zkušenosti, takže mi můžete věřit.“ Také se snaží útočit na tuto oblast u jedince a přeradit ho do podřadné pozice: „Jak to, že to nevíte, když máte vysokou školu?“ / „Jste tu přece už pět let, tohle byste měl vědět...“ Jakmile se odhalí tento typ manipulace, nemusí se hrát jeho taktika (Lošťáková, 2020). Posledním typem se u této osoby stává tzv. „Já si to rozmyslím.“ Zaměstnaný člověk si přeje s jeho komunikačním partnerem zažádat o zvýšení platu, změnit pozici či projednat jinou důležitou záležitost. Ovšem komunikační partner sděluje opakovaně věty typu: „Teď není vhodný čas tuto záležitost projednávat.“ / „Určitě se o tom musíme pobavit, dám vám vědět ve správný čas.“ / „To si ještě musím promyslet.“ Je vhodné ignorovat tyto výroky a ptát se: „Co přesně si ještě budete promýšlet?“ / „Kdy se tedy za vámi mohu zastavit?“ / „Na kom toto rozhodnutí závisí?“ Také je vhodné se snažit nastavit mu časový rámec a snažit upřesnit si další krok (Lošťáková, 2020, s. 152).

1.2.4 Příčiny manipulace pacienta

Zprvu je příčinou manipulativního chování strach z konkrétní situace (z vyšetření, ze ztráty zaměstnání, z úmrtí, ztráty partnera, ze samoty, ztráty soběstačnosti a jiné). Existuje mnoho faktorů, které mohou zapříčinit manipulativní chování a jedním z nich je smutek, neboli reakce na ztrátu určité hodnoty. Jeho nejčastějším projevem je pláč a může být provázen vzpourou, hněvem či jinou reakcí. Ke druhé se řadí subjektivní emocionální stav neboli beznaděj, kdy člověk nevidí žádnou alternativu nebo schůdnou možnost volby řešení problému. Další reakcí je bezmocnost. Od beznaděje se liší tak, že jedinec vidí možné řešení, ale není ho schopen realizovat. Nedostává se mu síly.

Poslední reakcí se stává nedostatečné sebehodnocení neboli nedůvěra ve své schopnosti. (Trachtová, 2013,)

Pokud se jedinec tímto tématem zabývá, dostává se do částí zaměřené na osobnostní stránku manipulativního jedince, konkrétně tedy pacienta. Proč jsou pacienti agresivní? Agresivita je chování spojené se silnými emocemi, směřující k jiné osobě (někdy i materiálnímu objektu) za účelem ohrožení, zastrašení či likvidace objektu agresivity. Přestože je vnější projev útočný, cílem je ochrana sebe sama. Agresivní pacient se snaží ochránit své potřeby, které vnímá jako ohrožené (Bednařík, Andrášiová, 2020). Agresivita je motivována hněvem. Hněv, jako všechny emoce, je spojen s lidskými potřebami. Hněv pacienta jako emoce se vůči sestře projevuje tehdy, když pacient vyhodnotí (obvykle i nevědomě) chování sestry ohrožující jeho potřeby. Hněv vybudí na hormonální, neurologické i svalové úrovni stresovou reakci a zalarmuje organismus. Výsledkem je agresivní chování. Jeho cílem je zastavit zdroj ohrožení. Proto pacient útočí na sestry (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 185). Otázkou je, co se děje pacientovi, když je tichý? Je šokován z toho, co se dozvěděl. Ostýchá se promluvit. Neví, na co se má zeptat. Nerozumí tomu, co sestra sdělila a přemýšlí nad tím. Přemýšlí nad něčím jiným díky asociaci na sdělení sestry. Je zmatený ze svých pocitů. Kontroluje své emoce, aby se nerozplakal před sestrou. Přemýšlí o své rodině, práci a budoucnosti (Bednařík, Andrášiová, 2020). Další problematika se zabývá, proč jsou pacienti pasivní? Příčin může být několik a mohou být rekombinované v různém poměru. Pacientův flegmatický a melancholický typ temperamentu reaguje obvykle pasivně, nejasně a pomalu. Pacientovo očekávání vyplývající z kulturních zvyklostí vychází z představy, že sestra je ta, kdo má o něho pečovat a pacient plní požadavky sestry. Nezávisí ani na jeho osobnosti, temperamentu nebo výchově, ale na sociální situaci a jeho představě, jak se správně chovat (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 184).

1.2.5 Komunikační přístup sestry k manipulativnímu pacientovi na standardním lůžkovém oddělení

Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnickém povolání je dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se od sestry dnes již velmi odborná činnost, fyzická zátěž své práce, práce s moderní technikou, dovednost ovlivnit a vést správným směrem jednání a prožívání nemocných, vykonávání různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopna se vypořádat s různými rodinnými a pracovními problémy, které život

přináší. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost sestry, styl práce, profesionální přípravu, duševní stabilitu i způsob života. Určitý profesionální odstup musí jít společně se soucitem a pochopením s trpícím jedincem. Sebevýchova by měla směřovat k harmonické a vyrovnané osobnosti s dostatkem odborných znalostí k výkonu tohoto zodpovědného povolání. (Zacharová, 2013). Výzkumy tvrdí (Tavrisová, Aaronson, 2012), že vyvracet druhým jejich chybná rozhodnutí a přesvědčení nevede k jejich změně napravě a změně, ale ke stále většímu zastání své původní, jakkoli mylné rozhodnutí či přesvědčení.

K této problematice se nejlépe hodí téma Syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je popisován jako prožitek vyčerpání. Jedná se tedy o psychický stav. Všechny ostatní složky tohoto syndromu vycházejí z chronického stresu (Kopecká, 2015, s. 190). Mezi faktory, jenž ovlivňují Syndrom vyhoření, patří systémové a organizační podmínky. Mezi tyto faktory se řadí: nedostatek lidského a hmotného ocenění, nevhodné chování nadřízených, špatné vztahy na pracovišti, necitlivý přístup, práce ve strnulém kolektivu, který pracovníka nutí, ale nechrání, přetíženost v důsledku nízkého počtu personálu, špatná organizace práce a nevyhovující pracovní podmínky, nadměrná emocionální zátěž, nedostatek svobody k rozhodování, přepracování, přenášení zodpovědnosti na pracovníka mimo jeho kompetence (Kopecká, 2015, s. 191). Jedná se o stav emočního, mentálního a fyzického vyčerpání způsobený dlouhodobým setrváváním v situacích, kdy je člověk v rámci pracovních povinností vystavován velké psychické zátěži. Nejčastěji postihuje osoby pracující v pomáhajících profesích. Rizikovou skupinou jsou lékaři, zdravotní sestry a pracovníci v hospicích. Konfrontace s umíráním, smrtí, utrpení a pocitem vlastní bezmoci jsou u nich jednou z hlavních příčin vyhoření (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Rozvoj syndromu vyhoření však nemá vliv jen na spokojenost sestry a lékaře. Ovlivňuje i jejich pracovní výkon, přístup k pacientům a množství výskytu pracovních omylů a chyb. Při vyhoření (i přes snahu a zvýšenou aktivitu) klesá produktivita sestry a lékaře a zhoršuje se kvalita poskytovaných služeb. V komunikaci narůstá tendence k devalvaci (snižování sebehodnoty), depersonalizaci až cynizmu a klesá schopnost zájmu a empatie o pacienta. Vyhoření ovlivňuje negativně i postoj sestry k sobě samé, vztahy s přáteli, kolegy a s rodinou (Ptáček, 2012, s. 209). Inkubační doba vyhoření není jednotná. Záleží na mnoha osobnostních faktorech a vnějších okolnostech. Přechod mezi prodromy a plně rozvinutými obtížemi je plynulý. Na jedné straně touží jít dále po nastoupené dráze. Na druhé mu „*così*“ hlásí, že to není dobrá cesta (Honzák, 2018).

Syndrom vyhoření má několik příčin. Z vnějších faktorů přispívají k rozvoji Syndromu vyhoření zejména příliš mnoho administrativních povinností, dlouhodobé přetěžování, nedostatek času a personálu, tlak ze strany nadřízených i pacientů, vysoká míra emocionální zátěže, neuspokojivá komunikace mezi kolegy i mezi podřízenými a nadřízenými, nedostatek oceňování a v širokém slova smyslu i převratné tempo dnešní doby a následně soutěživý charakter naší společnosti. Riziko rozvoje syndromu vyhoření může významně ovlivnit i neuspokojivé sociální zázemí (zejména rodinné) (Bednařík, Andrášiová, 2020). Z vnitřních faktorů vyhoření ovlivňují sebezničující vytrvalost, nadměrná cílevědomost, vytyčování si nereálných nebo vysokých cílů, nekompromisní zaměřenost na výkon bez respektování vlastních fyzických a psychických hranic a silná potřeba úspěchu a ocenění, přičemž představa vlastního selhání je nepřijatelná. Na vyhoření má vliv i osobní spokojenost se zaměstnáním (kolektiv, náplň práce a řízení nemocnice) (Bednařík, Andrášiová, 2020).

1.2.6 Problematika komunikace sester s manipulativním pacientem

Nutnost řešit problémy je součástí každodenního života. Lidé jsou s nimi běžně konfrontováni. V problémové situaci je známý cíl, ale zatím není známý prostředek, jak jej dosáhnout (Vágnerová, 2017). Psychologie ve zdravotnictví je zdrojem důležitých podnětů pro kvalitní práci všech členů zdravotnického týmu. Zejména pro jejich kvalifikovaný a účinný způsob práce v rámci komplexního, celostního přístupu k nemocnému. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Postavení sestry je ve vztahu k nemocnému složité, jelikož nemocný ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu a to nejen v úzké spolupráci s lékařem, ale také samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku trpělivosti a taktu. Je zasvěcována do starostí a problémů nemocného, do jeho nálad, depresí či různých osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje pochopení, porozumění a laskavosti. Také nejbližší a rodina pacienta sehrává pozitivní úlohu v jeho psychické podpoře. Vztah mezi sestrou a nemocným se odvíjí od obecného psychologického přístupu k nemocnému, jenž v podstatě znamená přerušit rozpory mezi pozicí sestrou a situací nemocného. Sestra má dodržovat zásady profesionálního chování a jednání, umět jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Takový přístup označujeme za psychologickou pomoc spočívající ve faktu, že sestra vytváří pro nemocného příznivý

psychosociální terén, na němž se mohou uplatnit speciální léčebné zákroky optimálním způsobem. Nalézt správný přístup k těžce nemocnému a umírající osobě je velmi obtížné. Patří k vrcholné profesionální dovednosti sestry a obvykle je na místě vyhledat odbornou psychologickou pomoc (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Sestra se angažuje v pomoci pacientovi, rodině, veřejnosti a koordinuje své služby s profesně blízkými skupinami. Základní povinností sestry je poskytovat pomoc osobě, která potřebuje její péči. Musí jednat s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektovat pacientovo právo na sebeurčení. Naopak se nenechat negativně ovlivnit věkem, pohlavím a osobností pacienta. Syndrom vyhoření negativně ovlivňuje postoj lékaře i sestry k sobě samému, vztahy s kolegy, přáteli a s rodinou (Ptáček, 2012). K manipulativnímu chování se také pojí tzv. Nevědomá manipulace. Jedná se o pacienty dosahující v pokročilém věku psychické poruchy či psychického onemocnění. Mezi časté poruchy patří příznaky demence. Příznaky demence (tedy psychologické a behaviorální) jsou provázeny poruchami chování (Hauke, 2014). Poruchy chování jako projevy demence ve stáří významně mění kvalitu života jak postiženého jedince, tak jeho blízkých a příbuzných (Hauke, 2014).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

C1 Zmapovat, jak sestry dokáží komunikovat s manipulativním pacientem.

C2 Zmapovat, jaké používají dovednosti sestry při komunikaci s manipulativním pacientem.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak sestry dokáží komunikovat s manipulativním pacientem?

Výzkumná otázka 2: Jaké používají dovednosti sestry při komunikaci s manipulativním pacientem?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce s názvem „*Problematika komunikace sester s pacientem s manipulativním chováním*“ byla zpracována metodikou kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo celkem deset sester pracujících v Porodnicko – gynekologickém oddělení, Chirurgickém oddělení, Interním oddělení a Oddělení následné péče v nemocnici, z nichž tři jsou všeobecné sestry, tři jsou diplomované sestry a čtyři praktické sestry. Vlastní výzkumné šetření, které probíhalo v březnu 2022, bylo povoleno, jak Hlavní sestrou nemocnice, vrchními sestrami jednotlivých oddělení, tak i jednotlivými sestrami. Všechny rozhovory proběhly po osobní či telefonické domluvě s každou z dotazovaných sester. Podmínkou pro rozhovor bylo zachování absolutní anonymity všech sester, o čemž byly sestry informovány před zahájením každého rozhovoru. Sestry byly dále seznámeny s tématem, cílem a průběhem výzkumného šetření.

Polostrukturované rozhovory byly vedeny na základě podkladu uvedeného v příloze č.1. Úvod rozhovorů tvořily otázky pro zjištění identifikačních údajů, nejvyšší dosažené vzdělání a celková doba praxe na jednotlivých odděleních v nemocnici. Ze strany pacientů následovalo zjištění údajů jako jsou pohlaví a na jakém oddělení jsou hospitalizováni. Poté následovalo celkem dvacet dva otázek, které byly zaměřeny na péči o manipulativního pacienta, na komunikaci s těmito pacienty, znalosti sester v této oblasti a celkové zkušenosti sester s manipulací pacientů v nemocničním prostředí. Otázky se také zaměřily na dopad manipulativního chování pacientů na psychickou pohodu sester. Rozhovor byl v případě potřeby rozšířen o doplňující otázky. Celý rozhovor byl koncipován tak, aby co nejlépe zmapoval zkušenosti sester s manipulací pacientů a dokázal poskytnout odpovědi na výzkumné otázky, které byly předem stanoveny. Po předchozím souhlasu všech informantů byl pořízen zvukový záznam jednotlivých rozhovorů. Ten sloužil ke zhotovení doslovných přepisů všech rozhovorů.

Přepisy rozhovorů dále sloužily k dalšímu zpracování metodou otevřeného kódování, a to technikou barvení textu. Pomocí této techniky bylo stanoveno pět kategorií a sedm podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen třemi všeobecnými sestrami, čtyřmi praktickými sestrami a třemi diplomovanými sestrami pracujícími v různých odděleních jihočeské nemocnice. Všeobecné sestry byly zvoleny na základě dvou kritérií. Prvním kritériem byla kvalifikace sester, druhým byl výkon tohoto zaměstnání v nemocnici v době výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo ve čtyřech různých oddělení nemocnici v Jihočeském kraji. Z důvodu zachování anonymity není uvedena konkrétní specifikace daných zařízení. Také informanti jsou z totožného důvodu označováni jako „S1-S10“ (sestra 1 až sestra 10) a „P1-P7“ (pacient 1 až pacient sedm).

4. Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka

	Pohlaví	Praxe v nemocnici	Oddělení	Vzdělání
S1	žena	20 let	Gynekologicko - porodnické	VŠ
S2	žena	35 let	Gynekologicko - porodnické	SZŠ
S3	žena	20 let	Gynekologicko - porodnické	SZŠ
S4	žena	15 let	Chirurgické	VŠ
S5	žena	45 let	Interní	SZŠ
S6	žena	21 let	Interní	VOŠ
S7	žena	10 let	Interní	VOŠ
S8	žena	20 let	ONP	SZŠ
S9	žena	15 let	ONP	VŠ
S10	žena	10 let	ONP	VOŠ

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Pohlaví	žena	Muž	žena	žena	žena	žena	žena
Oddělení	Gynekolo gicko- porodnické	Chirurgie	Interní	Interní	ONP	ONP	ONP

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní údaje o jednotlivých informantech. Výzkumný soubor tvořilo celkem 10 žen. Jejich praxe v nemocnici se pohybuje v rozmezí od 17 – 19 roku. Nejvyšší dosažené vzdělání čtyř informantek bylo získané na střední zdravotnické škole, tří informantek na vyšší odborné škole a zbylých tří informantek na vysoké škole.

Tabulka 2 shrnuje základní údaje o hospitalizovaných pacientech na těchto jednotlivých oddělení. U pacientů se určil počet informantů a jejich pohlaví.

4.2 Kategorizace získaných dat

Následující část práce se věnuje popisu výsledků výzkumného šetření, které byly získány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s výzkumným souborem. Výsledky jsou členěny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Seznam kategorií a podkategorií

- Kategorie 1 – Pohled sester na manipulativní chování pacientů
 - Podkategorie 1.1 – Osobní postoj sester k manipulaci
 - Podkategorie 1.2 – Výskyt manipulace
- Kategorie 2 – Zkušenost s manipulativním pacientem
 - Podkategorie 2.1 – Komunikace
 - Podkategorie 2.2 – Jednání s manipulativním pacientem
 - Podkategorie 2.3 – Obranný postoj
- Kategorie 3 – Prevence
 - Podkategorie 3.1 – Pohled pacienta na manipulativní chování
 - Podkategorie 3.2 – Příčiny manipulace
- Kategorie 4 – zájem sester o manipulativní chování
- Kategorie 5 - Dopad na psychickou pohodu sester

Kategorie 1 – Pohled sester na manipulativní chování pacientů

Vnímání každého z nás se může lišit. Tedy i pohled jednotlivých sester na manipulativní chování pacientů může být odlišný. První podkategorie se zabývá osobním pohledem sester na manipulativní chování. Co pro ně manipulace znamená a jaká na ně má horší dopad. Podkategorie 1.2 se již zabývá konkrétními zkušenostmi sester s výskytem manipulace v nemocnici.

Podkategorie 1.1 – Osobní postoj sester k manipulaci

Pokud se sester ptáme na manipulativní chování pacientů, je důležité vědět, co předně si pod tímto pojmem představují. Manipulativní chování je nejčastější vědomou i nevědomou taktikou, jak dosáhnout nějakého cíle a to jakoukoli metodou. Zejména u pacientů, kterým je poskytována lékařská i ošetrovatelská péče a má největší vliv na zdravotnický personál. Největšího vlivu tohoto chování pacientů ve zdravotnickém

zařízení se dostává sestřám. Nejlépe toto hodnocení dokládá výrok sestry S4: „*Jako určitě, v té populaci se občas někdo najde. Není jich asi úplně jakoby tolik, ale jo zkouší to. A spíš osobně, protože já chodím sloužit jakoby na oddělení, takže osobně jsem zažila*“. Toto tvrzení je hodnocené chirurgickou sestrou. Částečnou výjimkou je pouze vnímání manipulace sestry pracující s pacientky u porodů. Ta dokládá svou zkušenost na základě potřeb rodiček. **S1:** „*Ze svojí zkušenosti nemocný člověk to většinou nedělá, vzhledem k tomu, že mi máme tady na porodnici zdravé, že jo, ženy a dneska ty ženy tak nějak někdy mají pocit, že znají víc, než vystudovat medicínu, nedodržují se tam doporučené postupy a ony opravdu manipulují s námi abychom vyšli vstříc, byť to už není jako medicínský problém*“. Sestry **S2 a S3** pracující na Interním oddělení mají společný názor na setkání s manipulací.: **S2:** „*Při mé profesi ne. Jen při praxi, když jsem studovala*“. Na toto navazuje **S3:** „*To bylo na Zdravotní škole. Jenom při praxi*“. Tento názor se pojí již se skutečným záměrem manipulativního chování pacientky. Opakem těchto zkušeností dokládá krátkodobá praxe a nezkušenost sestry S7, který nemá takový dopad na tento názor jako u ostatních sester. **S7:** „*Asi za svojí praxi, mám krátkou praxi zatím asi jsem se nesetkala myslím, že ne*“. Sestra S5 a S6 mají stejný názor v chování pacientky, která své manipulativní chování vyznačuje „*vynucováním*“ a vyžaduje veškerou pozornost a dožadování se pomoci o její péči **S5:** „*Oni dokážou si dneska dost věci ještě když přijde na to, že si to vynutěj*“. Na tento výrok navazuje vážnější zkušenost sestry **S6:** „*Asi spíš tady byli jakoby dámy, nebo klientky jakože tu představu jakousi asi měly, ale ne asi za každou cenu se jim to jako podařilo. A nebo když už teda na to přijde, tak oni si myslím že některý ty klientky mají jakoby představu v takovej těch seriálů. Protože realita je úplně jiná. Ale nevím, jestli můžu říct, že je to zrovna manipulátor. Možná jako jo a ne no. Ted' jsme tady zrovna před tejdnem měli zrovna takovou dámu, ale to bylo jako nepředstavitelný. Jakože ano, že jí bylo špatně, že měla nějaký potíže, a že opravdu nemocná byla ano, ale takový to zvoneček, zvednout postel, snížit postel. Za 5 minut zvednout postel, ale to je moc. Za dalších 10 minut a to je jako málo, tak takový až jako do hranice fakt všeho možnýho*“. Názor sester na Oddělení následné péče je spíše takový, že pacienti neustále o sobě pochybují a litují se a přináší jim toto chování uspokojení a potřebu pozornosti a přisuzují tento názor geriatřičtím i pacientům se zmateností.

Naopak názor sestry S10 a je přisuzováno toto chováním mladším pacientům, kteří nejsou často hospitalizovaní na těchto oddělení a vnímá i jako nemocné s psychiatrickými poruchami. Názor **S8** zní: „*No to je kvůli těm, ty vyděračský lži, typu*“:

„Tak radši umřu, mě nikdo nepomůže, nikdo si mě nevšímá.“ Následovně sestra S10: *„Minimálně, tady jako doopravdy minimálně a to jako převážně jsou tady geriatrictí pacienti, takže tady úplně minimálně. Spíš jako třeba psychiatrický to ano, ale jako aby nás jakoby úplně jako vydírali, manipulovali s námi jako, to bych řekla, že jsem snad ani nezažila tady“*. I prožívání manipulativního chování je zcela subjektivní. To dokládá rozdílnost odpovědí sester, v některých případech se názor sester liší a to i dle místa pracoviště. Výroky sester S4, S1, S2, S3, S5, S6, S10, S8 dokazují, že se s manipulativním chováním pacientů setkali při své praxi v nemocnici. Naproti tomu sestra S7 při krátkodobé praxi si není vědoma, že by se s takovým to chováním setkala. Konkrétně S4 má zkušenosti s mnoha pacienty všech věkových skupin a dlouholetou praxí se s manipulací setkala. Sestry S1, S2 a S3 jsou dlouhodobě ve styku se ženami (rodičkami), které také podle nich manipulativní chování jeví a je podle sester nejčastěji právě u nich. Na interním oddělení, kde se také nejčastěji manipulativní chování jeví se sestry S5, S6, kde hodnotí chování jako „*vynucování*“ a pojí se s bližším příkladem manipulace a získávání pozornosti. Ještě více se blíží k názoru sestry S8, která popisuje manipulaci u pacientů jako „*vydírání*“ a pasivní chování a výrok sestry S10 si je vědoma, že se manipulativní chování odvíjí od psychických poruch a hlavně na věku pacientů.

Podkategorie 1.2 – Výskyt manipulace

Sestry v nemocnicích jsou nejčastěji vystaveny manipulativnímu chování ze strany pacientů třemi způsoby. Nejčastěji se toto chování projevuje agresivitou a nebo naopak pasivitou. A mezi těmito se naskytuje i asertivita, přičemž v tomto případě se nejedná úplně o manipulativní chování z negativního hlediska. Na otázku pohledu na manipulativní chování odpověděli sestry individuálně. Popisují situace, kdy se pacienti podle nich zachovali jako manipulativní. Příklad sestry S1 je jeden z typických příkladů, kdy sestra vidí chování rodiček a díky dnešním technickým pokrokům a přístrojům lze mnoha způsoby provést porod, i když podle sestry jsou to až nesmyslné požadavky, tudíž její tvrzení: *„Díky tomuhle se nad tím velmi často zamýšlím. Zaplat' pánbůh za tyhle ženy, které na začátku, tím, že manipulovaly, to dotlačily tam, kam to dotlačily, ale teď už je to na takové úrovni. Tak když máme standardní, posloucháme třeba monitor miminka, což je jedinej ukazatel, který Vám může ukázat v tu chvíli, jak se tomu dítěti daří, není stoprocentní, ale je to momentálně jiný ukazatel, tak po dvou hodinách třeba si chceme to miminko zkontrolovat, a ony pro svůj komfort, že je to třeba tlačí, proto to*

odmítnou, ale to já prostě nechápu. Pro mě je důležitější zdraví toho dítěte, než zrovna v tu chvíli je něco tlačí. Jo a to ještě točíme ty monitory ve stoje, na míči, všechno možné, nesnažíme se nutit, aby ležely, ale ony manipulují, tak je to tlačí. A chtějí i mnohdy nesmyslné věci. Ale ve finále ony to chtějí, že my, to co nás manipulují za hranu nějakých doporučených postupů, to jim vyjít vstříc musíme, protože prostě právo pacienta, ale necháváme je podepsat negativní reverz. Takže my se s tím setkáváme“. Na tento pohled má podobný názor i sestra S2: „No některé jsou takové šikovné, že dirigují. To je manipulace zřejmě podle nich, protože se zeptám, jestli paní něco chce, ona řekne, že ne, sotva dojdu sem, tak zazvoní. S úsměvem, takže já jí nemůžu nic jiného říct, než jí s úsměvem říct „Samozřejmě“, uděláme to znovu, uděláme to pro Vás.“ Z pohledu sestry S4 vychází jakékoli chování tak i to manipulativní z osobnostních rysů pacientů a na jejich cíli, který si dají a chtějí ho dosáhnout, dokládá tvrzení takto: „Je to spíš asi na jakoby na těch osobnostních rysech, na charakteristice toho pacienta, protože ten kdo je manipulativní, tak myslím si, že těch pacientů, kteří to dělají ve svůj prospěch, že by něco jako chtěli si mermomocí prosadit, že těch je málo, ale že spíš to je jakoby, že to v tom člověku je, v tý jeho osobnosti, že se to s ním táhne, že když to zkouší tady, tak takovej bude pravděpodobně i v osobním životě. Někteří pacienti to zkouší, aby dosáhli svého. Třeba chtějí na vyšetření, který jako není jim indikovaný nebo chtějí dostat určitý lék, ale těch je málo, jsou to spíš lidi, který fakt osobnostně jak se chovají doma tak se chovají i tady“. Stejného názoru je sestra S5: „Jsou vyčurany. Vždycky si najdou nějakou cestu, aby vás přesvědčili“.

Kategorie 2 – Zkušenost s manipulativním pacientem

Kategorie „Zkušenost s manipulativním chování“ je rozdělena do tří podkategorií. První kategorie se zabývá komunikací s manipulativním pacientem. V druhé kategorii jsou blíže popsány jednání s manipulativním pacientem. Poslední podkategorie se soustředí na obranný postoj sester v nemocnicích.

Podkategorie 2.1 – Komunikace

Komunikace je první a zároveň hlavní cestou, jak se sestry snaží agresivitu zvládat. To vyplývá ze všech rozhovorů se sestrami, které se zúčastnily výzkumného šetření. Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a hlavně na komunikaci je založen vztah mezi sestrou a pacientem. Toto téma se zaměří na názor sester na komunikaci s těmito pacienty. Nejlépe tuto zkušenost popsala sestra S10, kde sděluje důležitost

komunikace, a která je podle ní nejdůležitější věcí v péči o pacienty, i když je v některých situacích obtížná a nepříjemná. Tento výrok zní: *„Určitě klidná, protože jako ač nemáme třeba tady ty lidi a jsou převážně třeba dezorientovaný, je tam různá demence a tohleto vím z praxe, že prostě doopravdy nemá cenu jakoby oponovat, i když víme, že to je třeba špatně, ale dá se říct prostě klidným, vlídným slovem, prostě vyslechnout toho člověka a to je největší díl toho úspěchu, že prostě, že nebudou agresivní, že vlastně po nás nevystartují a takhle. Takže prostě zachovat klid a prostě takovou tu, jo ten selskej rozum. Protože komunikací se mnoho vyřeší. Kdo nekomunikuje, to je i můj názor, tak vlastně nic se nevyřeší, nezjistíte druhou stránku, jak to vlastně bylo, takže jako ta komunikace doopravdy na prvním místě, ať je to někomu nepříjemný, samozřejmě nejsou jenom příjemný rozhovory, jsou nepříjemný, ať už se to týká od práce vlastně, od píky, tak vlastně i s těma pacientama, s těma rodinama je to prostě doopravdy důležitý. Předejde se plno dá se říct nedorozumění, jo prostě je to určitě na první místo, ta komunikace je nejdůležitější. I když někomu to fakt není příjemný jo, jsou to někdy obtížný prostě jako, ale člověk musí a kord v tomhle povolání, tak udržet takový to gró svoje no. Ze strany rodin je to špatná doba, tohleto je doopravdy, tohle je někdy až moc jako vyhrocený no. Další z příkladů uvádí sestra S1, která popsala zkušenost o informovanosti pacientek a uvádí, že pacientky většinou nespolupracují, tento výrok zní: *„Tak komunikace vždycky by měla být na vysoké úrovni, protože prostě informovanej pacient je dobrý pacient a musí bejt informovaný správně. Ne z nějakého internetu, kde si přečtou všechno. Každopádně spíš je to špatně protože, jenomže někdy přijdou nastavené už s nedůvěrou proti nám, ale z nějakého důvodu se asi bojí prostě porodit doma, takže přijdou sem a ony nekomunikují, ony se otočí zády a nekomunikují.**

Názor sestry S4 je ohledně komunikace také v souladu s osobností sester a na nastavených hranicích, které si může pacient k personálu dovolit. Také uvádí důležitost formy komunikace, kdy i manipulativní pacient může poznat na neverbální stránce komunikace a využít její stránky. Tento výrok zní: *„Je to zase na osobnosti tý sestřičky jestli se nechá prostě zmanipulovat, ale ta komunikace stručná, jasná, k věci, prostě nenechat se zahnat do kouta, říct prostě nastavený pravidla máme takhle, já vám samozřejmě vyjdu vstříc, ale musí to být prostě takhle jo. Aby ten pacient znal ty hranice, nastavit mu prostě hranice, kam až jako může a umět říct ne, jo takový to obecný asertivní chování. Určitě. A záleží na tý formě komunikace a hodně, protože někdy v tom provozu ten personál bere všechno jako rutinou tak jsou to takový jednoduchý povely,*

rozkazy, někdy musí si ten personál dávat pozor na gesta, na mimiku, to je hrozně jako důležitý, ty pacienti to vnímají jinak.“

Komunikace je důležitá také za přítomnosti svědků a dostatečné informovanosti a to dokazuje tento výrok sestry S6: *„No tak na prvním místě že jo, splnit přání toho pacienta, slušně, protože jsme jenom lidi, slušně, vyhovět mu, ale prostě když už tady je v nějakých jako mezích i mám dobrou zkušenost, že dřív jsme třeba sloužili noční sami. Jo? Tak když je tam třeba ta kolegyně, tak aby taky byla svědkem toho, protože pak se to může obrátit třeba proti mně a když už teda svědek jako kolegyně klidně ať je u toho i lékař.“* Tato zkušenost se pojí i s několika zdravotnickými pracovníky a není to podle výpovědi sestry první ani poslední. Tento problém se řeší i mezi lékaři, kteří právě oni dostatečně neinformují nebo jim pacienti nerozumí. Odráží se to většinou právě na přístupu k sestřám. Naproti tomu výpovědi sestry S7 je důležitost komunikace hlavně v empatii a trpělivosti. Tento názor se také pojí s názorem se sestrou S10 a podobně zní: *„Já si myslím, že člověk by měl být hlavně v klidu, snažit se být hodně empatickej, nevyvolat u nich právě nějakou podnět k tomu abychom ho vystresovali, aby vznikla ta manipulace právě, snažit se najít vždycky nějaký východisko pro obě strany.“*

Při této výpovědi vyplývá, že sestra S8 vpovídá: *„Většinou to pramení stejně z nějakýho neštěstí toho člověka, nebo jeho pocitu, že mu celý svět ubližuje. Když už jsou pak věci přes čáru, kdy už to fakt vidíte, že jako vás fakt zneužívá jako pojdte mi přepnout televizi, tak už taky občas použiju něco ve smyslu jakože opravdu ruce máte zdravý, tak si televizi přepnout můžete sám.“* Tento názor také doplňuje sestra S9: *„Vesmíš se jim snažíme vyhovět jakoby v některých fakt jako věcech, ve kterých jim můžeme, vlastně vyhovíme, nebo se snažíme aspoň vyhovět. To jsou věci, se kterými neheme.“* Tyto situace se obě sestry S8 a S9 snaží hodnotit jako pomoc a vyhovění pacientům a zároveň motivovat pacienty k samoobsluze a pomoci.

Podkategorie 2.2 – Jednání s manipulativním pacientem

Cílem každého zásahu proti manipulativnímu chování je v první řadě stanovit jasná pravidla, vnímat a správně reagovat na určité chování, kterým se pacienti mohou projevit. Všechny sestry zároveň volí klidný přístup k pacientovi. Vnímání chování pacientů je pro zdravotnický personál v dnešní době velmi časově náročný. Pro všechny sestry je vnímání manipulativního chování individuální. Toto vnímání dokazuje jeden z výroků sestry S5: *„No dokážu, ale to až po určité době. Když je to cizí člověk, tak ze začátku určitě ne jako“.* Dalším důležitým krokem je zpozorovat cíle těchto pacientů,

kterí jeví manipulativní chování. Na tuto otázku sestra S10 odpovídá jako záměr tohoto pacienta dostat ji na svou stranu a aby se sestra podřídila pouze jeho potřebám. Sestra S10 tento názor vidí jako cíl, který si pacient stanoví a chce získat svých potřeb za svých podmínek: *„Určitě aby to jako bylo ve prospěch jeho. On potřebuje ty výhody, který prostě zkouší a vlastně toho druhýho, jako když nad tím přemejšlím, chce vlastně jako oblbnout a dostat prostě na tu svojí stranu, a že on mě chce na svojí stranu jako, tam de potom o to jako udržet si myslím tu takovou tu psychiku a nenechat se rozhodit a, když to tak řeknu „hrát jeho hru“ i když člověk ví a je nohama na zemi, že to je čistě jako špatně, a pak se obrátit na toho druhýho“.*

Na toto téma navazuje styk sester s pacienty, kteří skutečně využívají svých manipulativních taktik, které dávají najevo. Tento výrok sestry S2 a S6 sdělují názor, že i sestry musí mít přístup k pacientům s úsměvem a s klidným přístupem. Dále pak sděluje, že i pacienti musí být trpěliví a aby dokázali pochopit, že ta sestra má o ně zájem: *„Záleží to na přístupu. Když tam vejdete a začnete: „Co zase chcete?“, tak automaticky na vás budou znovu. Pokud přijdete a říkáte: „ Tak jsem tady, co potřebujete?“ S úsměvem, tak ono jim to třeba za 4 – 5x dojde. Ale je to na tom, že prostě k nim nemůžeme jít jako z ostra. Musíme na ně s úsměvem. Pokud na ně půjdu s úsměvem a s tím, že jsem tu pro to, tak ono jim to za chvilku dojde, že vlastně honí starou bábu kvůli tomu, že jsou mladé dívky, občas jim to nedojde samotným“.* Na to navazuje názor sestry S6: *„Obyčejnej člověk, kterej má nějakej cíl, něčeho a chce něčeho dosáhnout. Nevím. Neřekla bych jinak, že bych se setkala“.* S4, S7 a S10 si nejsou vědomy, že by se setkali s manipulující osobou. Nevnímají toto chování během své pracovní vytíženosti. Sestra S4 tvrdí: *„Já si nevybavuju. Možná, že asi v tý praxi jo, ale teď si úplně nevybavuju konkrétního, že by byl někdo fakt tak urputnej“.* Sestra S7 dokládá, že si spíše v osobním životě vybavuje zkušenost: *„Možná v osobním životě jsem se setkala s nějakým manipulátorem to jo, ale jakoby v práci ne“.* Stejně tak tvrdí sestra S10: *„Ty jo já jako přemejšlím, ale jako myslím si, že asi jako ne“.*

Jedním z dalších faktorů manipulativního chování může být druh i stupeň. V této problematice může být toto chování jakkoli negativní a nebo naopak se nemusí projevovat. Sestra S2 se snaží pacientkám vysvětlovat, že se jim budou věnovat, že mají v péči i jiné pacientky, a proto je třeba dostatečně s nimi komunikovat a uklidňovat ve stresujících chvílích. Snaží se i sdělit problematiku, které se pacientek mohou týkat: *„Řekla bych, že jsou to ti mladší. Takoví ty vysloveně mladé holčiny. Tak ty jsou zvyklé, jsou takhle z domova jakoby opečovávané, takže přijdou jsem, že jo, a myslí si, že když*

je tady třicet pacientek a jedna sestra, takže ta prostě jde. Nejde. Samozřejmě ale ony to neví, no tak samozřejmě vysvětlovat, vysvětlovat s úsměvem, než paní pochopí, že to tak tedy bohužel nejde no. Myslím, že každá jsme to prožila, ale je třeba říct, že jsou věci, které vysvětlíte a ony je nejsou schopné pojmout. desetkrát, patnáctkrát jim vysvětlujeme jedno a to samé, když někdo zavře oči, zavřete je tak, protože pak jste nevyspaná vy, miminko nekojíte, atd. Další to je opět s téma zvonkama“.

V dalším příkladě názoru sestry S4 je přesně vystižen její názor, ve kterém popisuje taktiku pacientů někoho přesvědčit o svém cíli a je si vědoma, že se mohou na něm projevovat i známky agresivního a nevhodného chování: *„Ono je to většinou tak, že ten pacient vám určitýma otázkama něco jako podsouvá jakoby a furt se vás na něco ptá: „A myslíte si, že by to mohlo být takhle, a sestřičko a co říkáte“....., a ono jako on vás k tomu dostrká k tomu co chce on, jo většinou jsou to lidi takoví do kterých by jste to neřekli, většinou jsou slušní, kultivovaný, nejsou jako agresivní, sprostý a maj takovýhle ty manipulativní otázky“.* Jedná se také o způsoby chování, které jsou pro toto typické. Jak již uvedly sestry S2 a S4, tak i pro sestru S5 je pohled na toto chování pacientů jeden ze způsobů, jak docílit svého: *„Citový vydírání. Já nelžu, a nebo naopak, že začnou vykřikovat a takový“.*

Dalším tématem, který souvisí s tímto manipulativním chováním bylo sdělení názorů sester S1, S2, S3, S5, S6 a S10, zda vidí také toto chování jako zaměrné či i nevědomé. Sestra S1 je toho názoru, že může být nevědomé: *„Někdy i nevědomky asi“.* Dalším názorem sester S2 a S3 je, že manipulativní chování není nevědomé. Přiklání se spíše k tomu, že mnohé situace jsou takové, že pacienti potřebují pouze pomoc a není to podle nich manipulace: *„Ne. Nikdo nemanipuluje aniž by o tom nevěděl. To nepovažuji za manipulaci. Pokud mě kdokoli o cokoli požádá, tak je to podle mě samozřejmost. Jo, to si myslím, že oni jsou nemocní, že jo, nemůžou se hnout. To bych neviděla jako manipulaci“.* Další názor sestry S5 je: *„Někdy je záměrná, ale někdy bych řekla i nevědomá“.* Jiný názor sděluje sestra S6: *„Takový jo a ne. Asi jak kdo“.* Naopak názor sestry S10 je, že může být toto chování i nevědomé. Sděluje také, že se manipulativní chování může vyskytovat spíše v domácím prostředí. Také je toho názoru, že pacienti s demencí jsou schopni využívat personál k obyčejným činnostem a využívat jejich času, ovšem nepovažuje to v jejich případě za manipulativní chování: *„Asi možná i nevědomá. Myslím si, že určitě tam člověk, ač to nemyslí třeba špatně nebo si to nijak ani jakoby nepřikládá k sobě, že něco udělal špatně, tak si myslím, že možná malinko. Určitě si myslím jako v rodinách takhle jako mimo pracovní to, určitě to tam je, ale*

nikdo to vědomky tak nějak jako nepoužije, jak tady máme dezorientovaný pacienty, pacienty s demencí, tam musíte taky přistoupit na jejich hru, abyste něčeho docílila, ať už v medikaci nebo prostě doopravdy převazy ran a takovýhle, když jsou agresivnější nebo to, ale říkám není to prostě typickej manipulátor, je to zase daný diagnózama, jinýma“. Manipulativní chování je velice nevyspítatelné a může mít několik důvodů. Záleží také, jestli má pacient osobnost, která je zvyklá manipulativní chování projevovat v každodenní činnosti či nikoli. Na tuto otázku nám odpověděli sestry S5 a S8. Sestra S5 není toho názoru: *„No asi ne. Jako někteří samozřejmě, ale jsou i případy, jako jenom, že by to byli takový, tak to si taky nemyslím“.* Naopak sestra S8 vypověděla, že se může pacient k manipulativnímu chování dohnat a dosáhnout lepšího cíle: *To si jako myslím taky, že to je kus od kusu člověk. Protože si myslím, že k tomu jsme schopni se dohnat i my rádobý obyčejný, normální osoby když chci, abych dosáhla nějakýho lepšího cíle. Ono je lepší někomu jakoby pošimrat ego: „Tys to udělal tak krásně.“ a když budu si říkat: „On třeba příště pak, a udělá to taky.“ Tak takovýhle styl manipulace asi ano“.*

Podkategorie 2.3 – Obranný postoj

Obranný postoj lékařů a sester je nejdůležitějším faktorem, který je účinný na projevování manipulativního chování u pacientů. Existuje mnoho způsobů obrany a také pravidla a příručky, které napomáhají zdravotníkům reagovat na toto chování a správně komunikovat s těmito pacienty. Ke komunikaci s pacienty můžeme nahlédnout do podkategorie 2.1. Ovšem v každodenním pracovním vytížení mnoho lékařů a sester se na tuto otázku jen tak neohlédnou, jelikož si toto chování u pacientů neuvědomí. S5: *„Měl by být aktivní a vyhledávat, co vlastně je pravda a čeho oni chtějí docílit. Protože je to opravdu divočina s nima někdy. No to se jim občas říká, když zvoněj á 3 minuty, když i ví, že tady není sám, že jich prostě je tady dalších třicet jo“.*

Kategorie 3 – Prevence

Tato kategorie s názvem „Prevence“ je členěna na dvě podkategorie. Ty se věnují způsobům, proč manipulativní chování pacientů vzniká, a také názor samotných pacientů, jak vidí manipulativní chování také oni.

Podkategorie 3.1 – Příčiny manipulace

Příčiny manipulativního chování vychází z charakterových vlastností člověka a na jeho osobnosti. Důvod, proč pacient manipuluje s lidmi nebo použije určitou taktiku k dosažení svého cíle, může být jakýkoli. Nejčastějším projevem tohoto chování je agrese, pasivita a asertivita. V případě asertivity by se dalo přiklonit k manipulativnímu chování jako neuvědomělého či k normálnímu jevu a stavu pomoci. Na toto odpověděli sestry S5, S7, S8, S9. Jeden z výroků sestry S7 je, že jí manipulativní pacient připadá jako osoba, která může mít z něčeho strach a je sebestředný. Popisuje pacientku, která ji využívala kvůli každé drobné věci a přesto se jí snažila sestra vyhovět: *„No jak bych to popsala. Proč vzniká. Tak já nevím, jestli ten člověk má třeba strach, třeba z prostředí. Já si myslím třeba, že v tom hraje hodně ta psychika, že člověk třeba ze strachu manipuluje s někým nebo jestli je to člověk tak sebestřednej, že myslí jenom na sebe a manipuluje s okolím. Víc mě asi nenapadá. Třeba agresivního pacienta jsem měla, ale ne v nemocnici, ale v Alzheimerově centru, a tam už ty lidi prostě, takže měli, ano, měli jsme, ale pak ty lidi většinou se stejně vezli na psychiatrii, kde se změnila medikace, ale tak to byli lidi, co za to už respektive nemohli, že jo. Ale jako vyloženě agresivního člověka, kterej to má v hlavě srovnaný to ne, to ne“.*

Dalším příkladem sestry S5 je výrok, kde sděluje názor na manipulativní chování pacienta na svém pracovišti a tvrdí, že na tomto oddělení se nevyskytují často: *„No převážně ne. To nemůžu zase říct. Ale najdou se. Každý má i nějaký názor. Někdy antipatie už od pohledu. Ale jako tady ty holky to nemůžou dát najevo, že jo, ale ty pacienti to dávaj najevo“.* Stejného názoru je také sestra S8, avšak s myšlenkou, že si ani pacienti neuvědomují své chování vůči personálu: *„Převážně ani ne, ale spíš si jako myslím, že to je, že někteří si to ani neuvědomujou, že to dělaj. Je to taky výchovou těch lidí, nějaká generace jakože jsou úplně zvyklí, že co řeknu to musí teď hned, nějak si neuvědomujou, že fakt jako nejsme stonožky, a že nejde všechno hned. A je to prostě o charakteru člověka, je to kus od kusu no“.* Na druhé straně sestra S9 je toho názoru, že toto chování u jejich pacientů není uvědomělé díky psychickým onemocněním a stářím: *„Ono je to taky tím, že se ty lidi živil, ještě třeba když se k nám dostali. U nás jsou spíš lidi takový jako zmatený. Jsou víc zmatený než aby byli takovýhle manipulátoři“.*

Podkategorie 3.2 – Pohled pacienta na manipulativní chování

V této podkategorii se naopak výzkum zaměří na názor pacientů na jednotlivých oddělení. Jedná se o zaměření na manipulativní chování z pohledu pacientů a také na

jejich názory na zdravotnický personál. Pacienti P1 – P7 dokládají individuální výroky a sami se zamyslí nad otázkou manipulativního chování.

Tito pacienti P1, P2, P3 a P4 sdělují názor nad komunikací mezi nimi a zdravotnickým personálem. Nejlépe toto téma vystihuje pacientka P1, která sděluje, že nemá s komunikací ani přístupem žádný problém ohledně zdravotnického personálu a také díky tomu, že měla rychlý proces porodu nemá žádné námitky: *„No tak na příjmu velmi dobře. A jako tak nějak co se týče jakoby tý práce, tak dobře a doktoři byli úžasní, skvělí no. Akorát druhej porod, bylo to rychlý no a nečekaný, protože malá vlastně už neměla ozvy na monitoru, takže mě museli hned vzít na Císaře a malou vyndat. Jo já si nestěžuju. Dobře“*. Dalším názorem pacienta P2 je, že má zkušenosti pouze dobré: *„Tak já mám zkušenosti jenom dobrý. Dělalí všechno, co jsem potřeboval, ale nikdy jsem nenarazil na někoho, kdo by mi ublížil“*. Pacientka P3 popisuje zájem o informace od lékařů a sester a neupřednostňuje informace z internetu, ale právě od tohoto personálu: *„Když něčemu nerozumím, tak požádám slušně, jestli by mi řek, co to znamená, protože nemůžu vyrozumět všemu, že jo. A to, že je to třeba na internetu nebo tohle, mě je osobně lepší, když mi to ten doktor řekne,jo?“* Jedním z dalších výroků je názor pacientky P4, kde líčí, že se snažila samotná o léčbu a měla osobně zkušenost s nepříjemnou sestrou a popisuje, že sama sestřička vytkla její chování a přání, aby se k ní i k ostatním pacientům chovala dobře: *„V pořádku. Já jsem nefňukala, nic, brzy jsem prostě se koukala uzdravit, tak jsem se pohybovala. Všechno říkali. Co neřekli, tak jsem se zeptala. V pohodě. Akorát s jednou sestřičkou v porodnici a to jsme si to hned vyřikaly na místě. Ta byla nepříjemná, arogantní. Takže jako některý sestry by měly se chovat k pacientům ohledně pacientů věku“*. Na toto téma navazuje zaměření pacientů na komunikaci se zdravotnickým personálem. Na toto také odpověděla pacientka P1. Na téma Komunikace odpověděla pacientka P1 také na přístup jedné sestry podobně jako u pacientky P4 v tématu komunikace, kde se jí nelíbilo, že na ni naléhala kvůli bolestem: *„Akorát potom vlastně po tom Císaři byla nepříjemná jedna sestra, když jsem byla vlastně po tý kapačce a to a měla jsem se jít osprchovat, tak ona jako hned, že musím vstát a hned se jít vysprchovat a já jsem nemohla, mě to bolelo strašně, jo, třásla jsem se, vůbec mi nepomohla a bylo to jako nepříjemný od ní a myslím si, že nehezky jako. I když jsem jí říkala: „Mě to strašně bolí.“ Ale nebyl to od ní hezkej přístup jako k pacientovi“*.

Také přístup zdravotnického personálu závisí na pohled a názor pacientů v nemocniční péči. Pacienti P1, P2, P3, P5, P6 a P7 dokládají jejich pohled na chování sester a jejich přístup k nim.

Pacientka P1 si nemůže personál vynachválit a je s ním spokojená: „*Super. Nemůžu si stěžovat, i vlastně jako ještě mladá holka, ale to jsem byla v bývalý Vojenský nemocnici, v Dolním areálu, když mi brali krční mandle, tak perfektní doktoři, sestřičky, nemůžu nic říct špatně jako opravdu*“. Téhož názoru je pacient P2: „*Co jsem se setkal, vždycky dobrej*“. Pacientka P3 se snaží být ke všem slušná včetně lékařů a sester. Sama si všímá náročnosti práce zdravotníků a nenaléhá na sestry oproti jiným pacientům, jelikož je trpělivá a umí čekat: „*Jak jsem jako docházím na různý ty oddělení a tohle, velice dobrý. Já se snažím ke každému bejt slušná a slušný jsou lidi ke mně. Poděkujem si, poprosím, a takový jsou ke mně všichni tady, všichni. Ať to jsou lékaři, ať jsou to sestry. Velice ochotní, slušní, až bych řekla někdy, až to člověka zarazí, při tý práci jejich, že jsou takový*“. Pacientka P5 stejně tak jako předchozí pacienti P1, P2, a P3 a následovně P6 a P7 velice pozitivně hodnotí přístup zdravotnického personálu a velice se jí líbí i péče, kterou poskytují: „*Tady to je přepychový rozhodně. Já jsem se nesečkala. My máme to srovnání, takže já prostě tady úplně superlativy. Strašně úžasný sestřičky, paní doktorky, lítají tady, jak šílený, nezastaví se. Dělají fakt úplně jako nadstandard opravdu. Tady je to úplně. Já jsem se s tím nesečkala*“. Následně názor pacientky P6: „*Jsou pozitivně nalazený*“. Stejného názoru je také pacientka P7: „*Tady zdravotnický personál opravdu nemá chybu. Můžu říct, že k tomu nemám vůbec co dodat. Já teda pokud vím, tak jsem tady 2x jako zaplatpánbůh za svůj život, ale ještě jsem se nesečkala s tím, že by se ke mně nějak někdo špatně choval. Samy opravdu dělají někdy až nad své síly. Zaplatpánbůh, že je máme*“.

Dalším tématem je názor pacientů P1, P2, P3, P4, P5, P6 a P7 na manipulativní chování osob. Jde o zhodnocení pohledů této problematiky z pohledu pacientů. Nejlépe tento výrok vystihuje pacientka P1, kde sděluje, že toto chování není dobré a popisuje přesné činnosti manipulátora a má také zkušenosti v rodině. Sama má takové zkušenosti: „*No to není nic hezkýho. Vůbec. Odpornej úplně manipulátor. Nebo ne odpornej, ale prostě nenormální člověk mi to přijde, že prostě musí bejt podle něj a neuzná, že druhý má nějaký třeba svůj jinej názor, nebo třeba chce udělat něco jinak, než on by chtěl, jo že prostě takovýhle lidi jsou jako takový zatvrzelý a to bych mohla povídat i o svojí mamince a můj ex přítel no to taky to bylo expert. Jinak jako nerada se setkávám s takovýma lidma, nemám je ráda vůbec*“. Další názor pacienta P2 je

myšlenka na manipulativní chování, jak na nedobrého člověka, tak i na osobu, která naopak mu chce pomoci. Odráží se to k přístupu zdravotnického personálu: „*Já jsem se s tím ještě nepotkal, takže nevím, co bych si mohl o něm myslet, ale určitě to nebude dobrý člověk. Když manipuluje s lidma, tak aby prostě z toho něco získal, takže asi nebude žádný dobrák. Nebo pokud' manipuluje člověkem, aby ho někam usměrnil na nějakou léčbu nebo něco, proti tomu bych nic neměl třeba. Může člověka přivést třeba nějakou diagnózu nebo léčbu, která mu prospěje no. Nasměrovat toho člověka, kam potřebuje*“. Jasným příkladem také odpověděla pacientka P3, která jasně říká, aby byl člověk ostražitý a ve střehu. Podle ní je důležité nenechat se nutit ani přesvědčovat do nějaké záležitosti: „*Když budu chtít něco dělat a nebude se mi to zdát a bude mě do toho nutit někdo, tak to dělat nebudu. Přímou mu to řeknu. Konec a hotovo. Může se to blížít i jenom slovem. Takže bejt ostražitej, v každý době a všude, protože prostě nejde, aby mi někdo mluvil do života. To bych nedovolila*“. Podobně ovšem vypověděla pacientka P4, která se nenechá nikým manipulovat: „*Já nevím, co bych vám na to řekla. Je to hajzl. Já se jako zmanipulovat nenechám jako jo a hned takovýho člověka odpálkuju*“.

Dalším názorem pacientky P5 je, že podobně jako u pacientky P4 nenechat si toto chování líbit a může podle ní toto chování neustále narůstat a zhoršovat se. Je obeznámená s Napoleonským syndromem. Jelikož je pedagogickým pracovníkem, má zkušenosti s dětmi a i s jejich rodiči, kteří dovedou své děti také manipulovat. Podle ní je po škole zaměstnávají kroužky či jinými činnostmi, které si přejí jejich rodiče, aby je děti vykonávali: „*Že to je prostě škodí, je to škodlivý, já bych řekla, že je to až psychopatický, protože by to normální člověk neměl dělat tohleto a určitě se s tím setkává hodně v dnešní době lidí a ale prostě nenechat si to líbit, pokavaď si to člověk nechá líbit, tak to potom jde do strašnejch velkejch rozměrů a ten manipulátor roste vlastně ještě víc do těch rozměrů. Tam ten příklad, tam je. A ty děti úplně padaj na hubu. Ty nejsou schopný a ve školce se takhle klepou a maj tiky a začnou ty, a ty mámy to ještě svedou na tu učitelku ze školky, a když já řeknu: „Prosím Vás, ale dyť vy ho vodíte z kroužku do koužku jo, a přijdete domu já nevím v 7 hodin, to dítě je hotový.“ Jako jsou schopný to svízt ještě, že to má ze školky, přitom oni to maj z toho přetěžování těch kroužků, dyť oni maj třeba 5, 6 kroužků. Stejného názoru je pacientka P6, která také tvrdí, že jsou rodiče ke svým dětem určitým způsobem manipulativní: „*Já, když nad tím ted' přemýšlím a říkám si, že manipulativní jsou třeba i rodiče. Že nemyslí to úmyslně, nemyslí to špatně, ale může to i pro to dítě jako že je tlačej do toho špatnýho, protože jako se bude vyvíjet a bude mít co je mu dáno. To nejlepší pro něj třeba a tím ho nutěj. I**

když jsou malý, že jo, tak. Jo je to neúmyslně třeba“. Podle pacientky P7 je ona sama také manipulující člověk, ale neví, že by se sama setkala s někým, kdo by manipuloval: *„Když tak prakticky přemejšlim, tak snad ani ne. Já bych řekla, že jsem spíš manipulativní já. Že jako nařizuju a rozkazuju, takhle to myslím. Ale jinak opravdu vám můžu říct, že asi spíš ne. S manipulací jako opravdu nesetkala“.*

Dalšími podobnými výroky jsou navazujícími z předešlých výpovědí a týká se osobního setkání s člověkem, který jeví manipulativní chování. Na toto nám odpověděli pacienti P2, P3 a P4 a také z předchozích výpovědí P5 P6 a P7. Pacient P2 vypovídá, že se nesetkal s manipulativní osobou. Má jen známé a kamarády a není si někoho takového vědom. Stejného názoru jsou z předchozí výpovědi pacientky P7: *„Nesetkal, nebo o tom nevím. Já jsem měl jenom kamarády, kamarádky a že by mě někdo manipuloval, to o tom nevím. Nedovedu to popsat“.* Pacientka P3 vypovídá o tom, že se nikdy nenechala zmanipulovat: *„Ne. Nikdo se mnou nemanipuloval. Já jsem se nikdy nedala“.* Na výpověď pacientky P4 se ukázal i jeden konkrétní příklad. Popisuje jednu lékařku, která chtěla pacientku převést na jinou pojišťovnu, kterou pacientka nechtěla: *„A víte, že vám ani nevím? Co takhle jako, jsem se nesetkala. Jo akorát, paní doktorka, nebudu jmenovat, ta se jako snažila a fest se snažila, abych odešla od Vojenský pojišťovny a šla k Všeobecné zdravotní pojišťovně. Jo, paní doktorka asi sháněla duše, pro VZP, no a takže, když jsem pak k ní přišla znova, na kontrolu, tak se mě ptala: „Už jste přešla k VZP ?“, já říkám: „Ne a ani nepřejdu, paní doktorko!“, a tím to jakoby skončilo. „No, ale spoustu pacientů už tady ode mě přešlo k VZP.“, já říkám: „To je možný, ale já jsem u Vojenský a u Vojenský zůstanu.““*

Nyní se zaměříme na názory pacientů P1, P2 a P4, kde sdělují názor, zda manipulativní osoba jeví manipulativní chování ze své povahy a osobnosti či není toto chování pod vlivem negativních myšlenek a za účelem člověka nutit proti své vůli. Pacientka P1 nejpřesněji popisuje, že nemusí toto chování vycházet pouze od rodinných příslušníků nebo známých, ale že jí také dovede manipulovat její zaměstnání: *„Tak myslím si, že manipulace není jenom třeba od rodiny doma, od dětí, od partnera nebo od svých blízkých z rodiny, ať už jsou to rodiče nebo sourozenci nebo tak, ale svým způsobem mě třeba strašně manipuluje i moje práce jo jakoby. Já nemám ráda odejít z práce dokavad' jí mám úplně hotovou jo. A snažím se tu práci si udělám úplně k dokonalosti no, jako jo na 100%. Takže tím mě to manipuluje, jo tak jako jo, určitě to není jenom od dětí, je to třeba i práce nebo já nevím, jakej bych dala ještě příklad, nevím, ale ta práce asi jo“.* Naopak pacient P2 nemá tyto zkušenosti: *„Nemám tyhle*

zkušenosti. Nevím“. Jedním z dalších názorů má pacientka P4, která si myslí, že toto chování vychází z člověka, který je takto zvyklý jednat: *„Já nevím, ale já si myslím, že takovej člověk to v sobě má, že je zvykej tak jednat. Co mi přijde nabídky, všechno vymazávám“.*

Stejně tak tito pacienti P1, P2 a P4 vypověděli názory na cíle člověka s manipulativním chováním. Zaměřujeme se na to, co může být cílem manipulátora. Nejlépe toto tvrzení nejlépe vystihuje pacientka P1, která říká, že manipulátor chce dosáhnout vždy svého a chce si prosazovat své názory a udává také, že zmanipulovaná osoba může mít také psychické problémy, které zapříčinil právě manipulující osoba: *„No, že prostě chce aby bylo podle něj, že jo, takže chce toho člověka vést k tomu, že ten svůj názor třeba změni ve prospěch jeho, že mu řekne: „Jo, dobře, no máš pravdu, uděláme to teda takhle nebo bude to takhle, takhle.“ Je to takový prostě, a myslím si, že ty lidi druhý, který mají jiný názor jsou potom jakoby i ve stresu z toho, že musí jakoby poslechnout toho manipulátora a snaží se mu vyhovět a mají svým způsobem ten stres. Pacient P2 toto chování vidí podobně, ovšem ne tolik z negativního hlediska a spíše tuto myšlenku vidí přes reklamní nabídky a mediální strukturu: *„Bud’ toho člověka někam nasměrovat, dostat, kam potřebuje no a nebo z toho člověka něco získat. I každá reklama s člověkem manipuluje. Ty lidi tomu podlehnou, uvěří.“* Pacientka P4 také jasně vystihla cíl manipulátora: *„Zblbnout vás ve svůj prospěch“.* Nyní se zaměříme nad tím, zda pacienti dokáží nahlédnout k manipulativnímu chování jich samotných. Na toto odpověděli opět pacienti P1, P2, P4. Právě pacientka P1, která je hospitalizovaná na gynekologicko – porodnickém oddělení a je si vědoma, že existuje mnoha pacientek, které neustále využívaly sestry k pomoci a popisuje je jako ženy s přehnaným chováním a díky tomu se vždy snažila být soběstačná a nevyužívat sestry v každé situaci: *„No tak jako, jsou určitě ženský, maminky, který jsou náročný jo. Já jsem nikdy tohle nedělala, dokonce mi jedna sestřička řekla, že jsem Matka roku, jako v dobrým, protože jsem si Aničku hned začala jakoby sama mejt a tohle, omejvat a koupat a jako tak byla ráda, že jsem jí tím ušetřila práci jo, ale no jsou určitě maminky, který požadujou furt, a jestli jejich miminko má všechno v pořádku a, že je tuhle bolí, tamhle je bolí a, že jsou takový jako a myslím si, že ty sestřičky jako musí mít nervy jak špagáty“.* Pacient P2 naopak sděluje, že má zkušenost jen s dobrými pacienty a není si vědom manipulativního chování k sestrám či lékařům: *„Já jsem měl štěstí, že jsem ležel s dobrejma pacientama bych řekl. Nesetkal jsem se s nějakým odporem pacienta třeba k doktorovi nebo nic takového si nepamatuju“.* Podobně jako pacientka P1 vypověděla i pacientka P4: *„Byli**

třeba pacienti, takový, který ty sestřičky přímo buzerovali, vymejšleli si. Já prostě, co jsem mohla, tak jsem si sama všechno podala a takový, zbytečně jsem sestřičky nebuzerovala. Musí se sami lidi hejbat, sami si pomoci. Já jsem tak byla vychovaná. Nefňukám tam, snažit se sama“.

Nyní se přejde také k zásadním výpovědím, které se týkají sester z pohledů pacientů. Toto jsou výpovědi, kde pacienti uvádějí pohled na manipulativní chování, nad kterými se mohou pacienti zamyslet a vypožorovat, zda není také manipulativní chování ze strany sester. Všichni určené pacienti toto hodnotí jako kladnou manipulaci a hodnotí přístup sester jako velmi dobrý a vidí sestry jako osoby, které jim chtějí pomoci. Pacientka P1 spíše vidí toto chování jako pomoc sester, které učí maminky v porodnici pečovat o své novorozence a vše jim ukazují: *„Tak oni zase ty maminky třeba, který jsou prvorodičky, tak si myslím, že učí zacházet s těmi miminky jo, jak ho mejt jim ukazujou, kojení, ukazujou, učí je to, tak jako svým způsobem je to nějaká manipulace, ale ne špatná, ale jakoby dobrá no. Stejně tak toto vidí pacient P2, který toto chování vidí jako prospěšné pro něj samotného a spíše pomoc: „Ne. Já jsem se s tím nepotkal. Ve zdravotnictví ještě ne. Určitá manipulace to asi je, ale k mému dobrému prospěchu, nebo tak bych to nazval. Ale já jsem nikdy neodporoval, vždycky jsem se jakoby podřídil a dobře to dopadlo všechno“.* Taktéž pacientka P3 vychvalovala chování sester i jejich přístup k ní: *„Já nevím. Já jsem se s tím nesetkala, takže nevím. Řekla bych, že je to potřeba, proč mi to dává nebo já nevím. Starali se o mě opravdu, nemůžu říct, že bych v těch Budějovicích, starali se o mě dobře. Ve dne, v noci je u vás, střídají se, opravdu takovou péči, sotva se pohnete, už to hlídají. Je to oběť úplná“.* Pacientka P4 také byla spokojena s chováním a přístupem sester. Dokonce si myslí, že v dnešní době je chování sester lepší, než za minulých dob: *„Já nevím, já co chodím teda do nemocnice na kontroly, tak tam jsem spokojená. K mojí praktickéj paní doktorce, tam jsem taky spokojená, takže. Ikdyž jsem byla ted' na tej mojí poslední operaci s tou kýlou, tak jako i když třeba jsem spala, tak sestřička přišla a: „Paní, já vám jdu jenom změřit tlak.“ jo? Jako všechno v pohodě. Jako změnilo se to ten přístup bych řekla hodně, jo proti dřívějšímu režimu. K lepšímu“.* Pacientky P5, P6 a P7 hodnotí sesterské chování jako velice kladné a také motivující. Váží si jejich péče i pomoci a vidí toto chování jako velice povzbuzující P5: *„Ne. Jako kladná manipulace. No tak by to byla spíš motivace jako no. Že vlastně tady je motivující, že vás vlastně postavěj na nohy no“.* P6: *„Já myslím, že ta manipulace právě i u těch rehabilitačních, že vás chtějí někam dovést. Manipulace je dokonce k tomu, že třeba se člověku ještě nechce nebo že musí trošku*

překonávat sám sebe“. P7: *„Protože, kdyby oni s náma nemanipulovali, tak ani jedna ani druhá nebude chodit. Takže to je spíš jako taková pomocná manipulace. Tady asi musí být manipulativní, protože to jinak nejde“.*

Pacientka P1 jasně sděluje, aby si člověk stál za svým názorem nebo za svými činy, protože toto manipulativní chování má psychický dopad na manipulovanou osobu a nevidí tento stav jako dobrý: *„Stát si za svým názorem. Jako pokavaď je to člověk, kterej je opravdu jako zlej a manipuluje lidma jenom v tom špatným slova smyslu jo, tak by si měl stát za svým názorem, ať už se rozčiluje ten dotyčnej jak chce, jít si za tím svým tak, jak chce. Ne prostě, to je potom člověk ovládanej a je to špatně“.* Pacient P2 sděluje, že nesmí člověk hned přistoupit na první návrh či první nabídku: *„No, nesmí na jeho první návrh nebo tohleto přistoupit a říct: „Já si to rozmyslím nebo promyslím, poradím se.“, nespěchat nabídkama nevím manipulací“.* Pacientka P3 má názor, že má člověk odmítat cokoli od takového člověka: *„No, jako proti někomu, když by se mnou chtěl manipulovat. Vemu to, roztrhnu to, hodím to do koše“.* Podobně jako pacientka P3 má názor pacientka P4, že se má tento člověk ignorovat: *„Ignorovat ho. Ignorovat toho manipulátora. Poslat ho kamsi, do určitejch mezí“.* Podobné názory mají pacientky P5, P6 a P7. Pacientka P5 je toho názoru, aby se zhodnotily obě strany situace a popisuje se, že se nechávala také něčím zmanipulovat: *„Že to má 2 strany mince, jo že podívat se na to z obou stran mince, jo protože i z tý každý strany tam je to trošku v negativní i pozitivní jo? Já jsem si to nechala líbit, jo teď už jako na to mám jinej pohled, když jsem v nemocnici. A z toho co se mi i stalo a tak dále, tak teď už se na to dívám úplně jinak“.* Pacientka P6 říká, že by se nad tímto chování mělo zamyslet a nebo to někomu nahlásit, pokud jde o útočné chování : *„Já si myslím, že není úplně špatný se nad tím trošku zamyslet. Jestli jako nechce nikam člověka nasměrovat, jestli je to třeba fakt pro mě to nejhorší. A když se mu nelíbí opravdu, že mu to škodí, tak by to měl říct nebo to říct tomu člověku a pokud to nepomůže, tak vlastně někomu vyššímu“.* Nakonec pacientka P7 by se také bránila a nepřijímala jeho taktiky: *„Já bych se bránila tak, že bych ho prostě neposlouchala a dělala bych si zase to, co bych já jsem a řekla bych: „Jestli to chceš takhle, tak si to tak udělej a já si to budu dělat podle svého.“ “*

V neposlední řadě se také pacienti P1, P2 a P4 svěřili o myšlence, zda nad manipulativním chováním přemýšlí, aniž by došlo k rozhovorům o této problematice. Pacientka P1 tvrdí, že se nepřemýšlí: *„Ne“.* Podobně pacient P2 vypověděl, že nemá zkušenosti a nemá důvod nad tím přemýšlet. Jsou podle něj lidé okolo něj bez problémů a nemá záminku si toto chování k někomu přivlastnit: *„Ne. Nikdy mě to nenapadlo.“*

Říkám, já jsem se s tím neseťkal, mě to nenapadlo no. Nemám záminku ani žádnou“. Pacientka P4 říká, že jí sestry i lékaři sdělovali informace přímo a jasně a také popisuje ukázkou oddělení, kde byla i hospitalizovaná: *„Ty jo to vám mě nenapadlo, že by se mnou manipulovali. Já nevím, se mnou dycky jednali jako na rovinu. Pacientky P5 a P7 ještě k výpovědím dodaly názor na zájem o manipulativní chování v široké veřejnosti. Pacientka P5 je názoru, že se to veřejnosti také týká a popisuje také přístup manipulativního člověka: „Jo, to souvisí. Všechno souvisí se vším. A oni jsou přesvědčení, že oni to říkaj nejlíp ty manipulátoři. Jo, oni jsou přesvědčení, že jenom jejich slovo je poučný. Cokoliv by řekla ta druhá strana, tak to neberou, ten manipulátor nevezme tu druhou stranu, vůbec. Stejného názoru je pacientka P7, která si také myslí, že by se veřejnost měla o toto chování zabývat a poučit se, jak s těmito lidmi komunikovat: „Já si myslím, že jo, že by to bylo správný, kdyby to věděli. Když chce se, čím člověk ví víc, tak je na tom líp ne? Takže by to, já si myslím měli asi vědět. Aby jako všichni o tom přemejšleli, věděli jako, co teda, že odhalil no tak s těma manipulátorama je to asi těžký.“*

Kategorie 4 – zájem sester o manipulativní chování

Tato kategorie je zaměřená na pohled sester na toto chování aniž by docházelo k výzkumnému šetření, a zda by se nad tímto chování měli zajímat jak lékaři a sestry, tak i široká veřejnost. Názory sester S3, S4, S5 a S10 ukáže, jak toto dokáží sdělit, a jaké jsou rozdíly mezi výroky. Sestra S3 je toho názoru, že dokáže nad tímto chování přemýšlet: *„Určitě. Stoprocentně všichni. Každý se snaží získat co nejvíc pro sebe“.* Podle sestry S4 nad tímto chování člověk přemýšlí pouze tehdy, kdy je toto chování viditelné: *„Ne, ne. Spíš jako když se to stane, tak nad tím člověk jako přemejšlí jinak jakoby to člověk asi vytěsnil, že to není tak častý“.* Stejného názoru je sestra S10: *„Nikdy jsem se nad tím jako nezamyslela. Nevím o tom. Doopravdy jakože to, jo možná někdy něco bylo, že člověk se jakoby nad tím zamyslel, jako že by mě chtěl na svojí stranu nebo prostě to, to asi napadne i po nějakým rozhovoru nebo dialogu, možná napadne, ale tolik člověk to prostě nepřisuzuje úplně takovou váhu tomu“.* Podobně jako sestra S3, tak i sestra S5 nad tímto chování přemýšlí, s tím rozdílem, že mnohé nepovažuje za manipulativní chování a tvrdí, že jako většina pacientů hledají příznaky onemocnění na internetu a přichází už se svojí diagnózou, kterou se musejí sestry i lékaři zabývat: *„Tak v práci nad nima přemejšlím. Ale jako fakt říkám, tady je to dost často jako, přijdou, zveličujou, prostě. Prostě Vás vedou, že oni okoukaj ty příznaky třeba někde, to fakt tady občas*

bejvá, začnou vykládat to stejný, co vidí oni, a my se tím musíme zabývat samozřejmě, že jo. Stejně zjistíme, že nic. Jako jsou tady třeba agresivní nebo tak, ale to bych zase neřekla, že jsou manipulátoři, jo že prostě si to uměj vynutit jako tím násilím nebo takhle, že to je něco jinýho“.

Na otázku pohledu manipulativního chování v široké škále obyvatelstva se odráží i právě u role pacienta a také k přístupu zdravotnického personálu. Na toto se tyto sestry S1, S4, S5 a S10 zaměřili a odpověděli následovně. Sestra S1 odpověděla takto: *„Je to mazec. Má velkou sílu“.* Sestra S4 uvedla, že by se určitě jak zdravotníci, tak široká veřejnost zabývat hlavně tou komunikací – viz Podkategorie Komunikace 2.1, a vyhledávat aktivně správný přístup k těmto lidem i pacientům. Podle jejího názoru je správné na tyto situace být připraven a nejlépe, aby se zaváděli školení na jednotlivých pracovištích: *„Já si myslím, že obecně i když se o tom jako všude mluví, by se lidi měli zaměřit na tu komunikaci. A v tom zdravotnictví je to takový specifický a je hodně jako personálu, který neumí komunikovat a pak, když narazí na takovýdlehého člověka, tak to může jako dopadnout špatně. Ono o tý komunikaci se hodně mluví, komunikujte, dbejte na to, ale úplně třeba ty kurzy pro zdravotníky nejsou zas tak oni určitě nějaký jsou, ale to jsou takový ty aktivní, co si to aktivně sami najdou, asi by to mělo bejt z části jako školení, jako bezpečnost práce taky nějaký základní kurz v komunikaci pro ty zdravotníky, aby věděli, co dělat, když takováhle situace nastane a vlastně aby vůbec věděli, že se tohle může stát, že tam ten pacient, že si to člověk ani neuvědomuje.“* Dalším názorem sestry S6 je: *„Já si myslím, že jako k tomu se prostě ten člověk dopracuje sám. Tak prostě ta zkušenost a ta realita prostě ty si vybavuju“.* Tento popis sestry S10 je zaměřen na dnešní dobu a také dobou šíření Covidu-19 a na základě toho soudí, že i toto chování vychází z této doby, jak se lidé k sobě chovají a porovnává ji se svou dobou dětství, kdy si nepamatuje, že by lidé na sebe byli zlí a nešířili kolem sebe zlo: *„Asi malinko jo. Protože by, přijde mi, že teďkonc několik let prostě je to možná daný i tím Covidem, tou dobou, ale prostě ty lidi jsou agresivnější, jsou prostě na sebe zlejší, je to přijde mi to takhle, že asi jo, že si to doopravdy zhoršuje, když si vezmu moje fakt dětství nebo to, nevidím žádný negativa, prostě jo, i když nebylo tolik věcí, nedalo se tolika věcí koupit a to, ale ta doba měla něco, každá doba má něco do sebe. Určitě jsou tam pozitivita a jsou tam negativa, ale doopravdy prostě myslím si, že jo“.*

Kategorie 5 - Dopad na psychickou pohodu sester

Tato kategorie se zaměřuje na psychické následky sester, které se setkávají s pacienty s manipulativním chováním a právě toto chování může mít hlavně negativní následek na jejich psychické i duševní zdraví při jejich zaměstnání. Převážně se tyto sestry S1, S2 a S3, S4, S5, S6, S7, S8 a S9 schodují nad Syndromem vyhoření, který je nejčastějším problémem v práci sester. Nejvíce je způsobené právě tímto chováním, ale také mnoha dalšími faktory, které ho mohou způsobit. Tyto výpovědi nám dají obraz o názorech těchto sester. Sestra S1 je toho názoru, že samotné sesterské povolání je psychicky náročné, ovšem když ještě na porodnickém oddělení jsou pacientky schopné se neustále dožadovat a přesvědčovat sestry o svém názoru: *„Jako jsou, ono to je velmi zatěžující, když potom jako, když vezmu zrovna konkrétně tu práci na porodním sále, tak jako v podstatě furt vám tam jde o minimálně dva lidské životy, o tu matku, o to dítě, a do toho i když to děláte podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, doporučených postupů, všeho, vždycky se něco může zkomplikovat a něco se může stát, a do toho je o hodně ale o hodně prostě víc náročný, když ještě oni vás tlačí někam jako za hranu toho doporučení, toho vyzkoumaného, toho prostě, co by se mělo dodržovat, tak to ty děvčata to jako velmi vyčerpává, to jako když vám tam 12 hodin někdo jako podepisuje reverzi, jo přesvědčuje o něčem, co si teda myslíte, že je kravina, tak opravdu třeba nedopadne dobře. Je to pěkně náročné. Myslím si, že no pak ne Syndrom vyhoření to netoleruje ale tohodle když bude přibývat, bude to k Syndromu vyhoření“.* Sestry S2 a S3 jsou společného názoru, že se má pacientům vysvětlit, že jsou na oddělení s několika dalšími pacienty, a právě proto nejsou schopné se věnovat pouze jim: *„Určitě. Když z vás někdo dělá hlupáka, to poznáte a určitě vás to mrzí. Takže si myslíme, že je lepší jim to jako vysvětlit včas jakože ano, jakože jsme sice od toho, ale že tady nejsou sami. Taky musíme, zajdu za roh a řeknu takové ty slova jako, tak a jdeme dál. Takže zanechá, ale krátkodobě“.* Sestra S4 je toho názoru jako sestra S1, že je toto povolání psychicky náročné a je toho názoru, že vzniká u sester Syndrom vyhoření: *„Tak ono celkově to povolání je jakoby psychicky náročný a ono když se pak sejde víc okolností, tak Syndrom vyhoření jakoby, jo řeknou si: „Už toho mám dost“ a ještě ty lidi se chovají takhle, tak hodně těch zdravotníků to dneska řeší, že ty lidi se nechovají úplně tak jako pokorně jak by měli a ještě pak když by narazili na nějakýho takovýdlehého maniaka a opakovalo by se to, tak asi určitě může dojít k tomu, že opustí to povolání“.* Sestra S5 naopak vypovídá, že jsou už tou prací i tímto chováním navyklé a spíše toto chování neřeší: *„No někdy jsou z toho hotový teda. Většina tady těch sester je už tak otupělá, že tohle přejdou a jede se dál. Když jsme byly mladší, tak jsme to nějak řešily jedna,*

obelhávaly nebo prostě takhle. Si řekne: „No jo.““ Sestra S6 je také názoru, že jde o Syndrom vyhoření: „Asi Syndrom Vyhoření, po nějaký prostě době“. Stejně tak i tato sestra S7 je toho samého názoru a je podle ní jasné, že když si toto manipulativní chování bere sestra osobně, může mít negativní psychické následky: „No, myslím si, že když si to člověk bude brát hodně k srdci, tak já bych věřila, že z těchto lidí může vzniknout i ten Syndrom vyhoření. Že, když si to člověk popere opravdu domů, bude si to brát hodně k srdci a setká se za svůj život s několika takovými, že se setká že jo, tak věřím, že z toho pak člověk může opravdu vyhořet. Že potom i znechutit tu práci celkově jako. Vysaje to i energii“. Dalším názorem sestry S8 je povaha sester: „Ale já si furt taky říká, je to jenom o povaze toho člověka“. Sestra S9 se přiklání k taktice, kdy si toto chování nemá sestra nechat líbit. Podle ní to jsou pacienti, kteří se musí určitým způsobem přizpůsobit nemocničnímu režimu a také si myslí, že je vůči pacientům nespravedlivé, když se více pečuje o známé, kteří jsou hospitalizováni. Tvrdí také o sobě, že je snadno manipulovatelná: „Já si myslím, že některý sestry jako nemůžu mluvit za všechny, ale některý už jsme nebo jsou na to alergický a oni potom třeba už i startujou trošičku jo. Že už si to jako nechtěj nechat líbit, nechceme si to nechat líbit, jo takže už prostě se snažíme ty lidi prostě od začátku je, když to řeknu blbě úplně jako utnout jo, prostě mi tady máme nějaký režim a oni se hold prostě musej podvolit tomu, že jsou v nemocnici, a že prostě to kolikrát nejde tak, jak oni by si přáli. Jo jako když vidí, že jim dáte prst, tak potom jako chtěj celou ruku, když to tak řeknu. Jo, že potom se ty požadavky třeba i stupňujou, stupňujou, stupňujou, a nejhorší je to, když vám tady leží někdo známej, to je nejhorší. Jo protože oni tak trošku jako spolíhají na to, že tady někoho mají, že tu někoho znají, a potom když třeba se stane, že něco není úplně košér a slyším to třeba konkrétně od té svoji známý, tak já mám potom pocit, že by to byla moje zodpovědnost, že to prostě není tak, jak by to být mělo. A hlavně, já o sobě vím, že já jsem slabá jo? Protože, já jsem taková, která se fakt nechá od těch lidí trošku jako, no že mě vtáhnou jako. Já si pak zanádvám, ale jako s holkama jo? Jo tam jim udělat, to co oni chtějí, ale pak jako si řeknu: „To si snad dělají srandu!““

5. Diskuze

V této bakalářské práci jsme pracovali s výroky o komunikaci, využití komunikace v sesterské praxi a umění komunikace právě s manipulativním pacientem. Tento typ chování se projevuje od samého vzniku lidstva. Avšak patří mezi přirozené chování člověka, dokud nepřesahuje určité hranice, které mohou už škodit ostatním i jemu samotnému. Na základě analýzy rozhovorů lze odpovědět na výzkumnou otázku

Když se zaměříme na komunikaci mezi jedinci, ta samotná je nedílnou součástí v životě osob. Bez ní by byl život až nemožný. Umění komunikovat v každodenním životě má schopnost každý jedinec v průběhu vývoje v dětském věku a postupem času se zdokonaluje. Ovšem umění správně komunikovat v určité oblasti vyžaduje přípravu a praxi. Hlavním tématem se zde stává sesterská praxe. Na základě analýzy rozhovorů lze odpovědět na výzkumnou otázku o sesterské praxi komunikace. Ta přispívá k potřebě uspokojování sociálního styku. Navázat a rozvíjet vzájemnou komunikaci patří k základním potřebám člověka. Je prostředkem začlenění jednotlivce do skupiny (Zacharová, 2016). Autoři kalifornské a pobaltské školy Watzlawick, Bavelas a Jackson charakterizovali lidskou komunikaci jako „*Médiium pozorovatelných manifestací lidských vztahů*“. Pro sestry je komunikace s pacienty obzvlášť důležitá, jelikož v dnešní době internetu a sociálních sítí jsou pacienti přesvědčeni o pravdivosti informací a přichází do nemocnice s předem stanovenými diagnózami. K tomuto problému se přiklání sestra S1, která popsala zkušenost o informovanosti patientek a uvádí, že pacientky většinou nespolupracují, tento výrok zní: „*Tak komunikace vždycky by měla být na vysokej úrovni, pretože prostě informovanej pacient je dobrý pacient a musí bejt informovaný správně. Ne z nějakého internetu, kde si přečtou všechno. Každopádně spíš je to špatně protože, jenomže někdy přijdou nastavené už s nedůvěrou proti nám, ale z nějakého důvodu se asi bojí prostě porodit doma, takže přijdou sem a ony nekomunikujú, ony se otočí zády a nekomunikujú.*“

Na tento problém musíme konstatovat, že má přednost motivace ke komunikaci. Jakmile má pacient dostatečnou motivaci ke komunikaci se sestrou, může sestře předat informace o svém problému. Motivace v oblasti komunikování má své místo v ošetrovatelské péči. Motivaci zde nelze pozorovat přímo, ale lze na ni usuzovat projevy pacientů, to, jak jednájí za určitých okolností a jak se chovají (Zacharová, 2016). Motivaci ke komunikaci, ať už přiměřenou, sníženou nebo zvýšenou, má každá osoba. Největší motivací ke komunikaci pro sestry s pacientem je zjištění informací o pacientovi při příjmu, při edukaci o podávání medikací či přípravě na různá vyšetření.

Také při ošetrovatelské péči, kdy s pacientem fyzicky manipulují, rehabilitují a vertikalizují (Zacharová, 2016).

Co se týká komunikace jako takové, aby mohl jedinec komunikovat, musí se zadaptovat k určitému prostředí, ve kterém se vyskytuje. Pokud se jedinec nachází vedle druhé osoby nebo se skupinou osob, dochází k sociální komunikaci. A díky sociální komunikaci se utváří i sociální interakce. Sociální interakce je obecnějším a v určitém smyslu i nadřazenějším a širším pojmem. Každý jedinec vnímá prostředí individuálně a také se mu tak přizpůsobuje. Podle schopnosti přizpůsobení se, závisí i schopnost adaptace v nemocničním prostředí. Na tom ovšem závisí i osobnostní faktory jedince, jeho charakter, temperament a psychické vlastnosti.

Způsob, jakým člověk reaguje na chování jiné osoby, záleží na tom, v jaké situaci se nacházejí, jaké jsou mezi nimi vztahy, a také na tom, zda spolu komunikují v přímém styku, nebo za přítomnosti dalších osob (Zacharová, 2016, s. 24). Na základě analýzy rozhovorů lze odpovědět na výzkumnou otázku s cílem komunikace především ke zjišťování potřeb, přání, možností a schopností klienta. Dále zjišťování osobních cílů a nastavování služeb tak, aby mohl být klient v co nejvyšší míře integrován zpět do společnosti. Zdravotnický pracovník při komunikaci s pacienty musí změnit způsob komunikování. Komunikace musí být za všech okolností otevřená, pravdivá, transparentní a musí vytvářet bezpečné prostředí pro obě strany (Hauke, 2014). Sestra si musí uvědomit, jakým způsobem komunikuje s pacientem. K tomuto tématu jsme se schodly se sestrou S7 a S10, kde zobrazujeme důležitost komunikace hlavně v empatii a trpělivosti: *„Já si myslím, že člověk by měl být hlavně v klidu, snažit se být hodně empatickejší, nevyvolat u nich právě nějakou podnět k tomu abychom ho vystresovali, aby vznikla ta manipulace právě, snažit se najít vždycky nějaký východisko pro obě strany.“* Hledá odpovědi na otázky, *zda jí pacient rozuměl, do jaké míry informace zpracoval a pochopil.* (Zacharová, 2016).

Jelikož jsme si ukázali důležitost komunikace v obecné škále osob, nyní se zaměříme na komunikaci u manipulativních pacientů a to i v oblasti zdravotnictví. Manipulativní chování je opakem asertivního chování. Je nevypočitatelné a záludné. Jeho záludnost spočívá v tom, že nemusí být jasné na první pohled, o co se jedná (Novák, Capponi, 2012). Manipulující osoba apeluje na morálku, na pomoc bližnímu, na míru odpovědnosti, využívá celkového nátlaku a další lidské hodnoty. Pokud se jedinec naučí manipulaci rozpoznat, může se jí bránit. Také ošetrovatelská praxe je vystavena různým způsobům manipulativního chování, jak ze strany zdravotnického pracovníka či

pacienta, tak rodinného příslušníka. V této problematice jsme se sestrou S5 a S6 schodly na stejném názoru v chování pacientky, která své manipulativní chování vyznačuje „*vynucováním*“ a vyžaduje veškerou pozornost a dožadování se pomoci o její péči: „*Oni dokážou si dneska dost věci ještě když přijde na to, že si to vynutěj*“.

Ve většině případu jsou tyto osoby zvyklé druhými určitým způsobem ovládat a manipulovat a není tomu jinak právě ani v nemocničním prostředí. Týká se to převážně osob, které jsou patologicky ovlivněné po psychické stránce. Podle mého názoru a názoru sester to jsou pacienti s poruchami osobnosti, s vrozenými dispozicemi, ale také s pokročilými stádii stařeckých demencí. Ovšem v tomto případě by se jednalo o manipulativní chování nezáměrné nebo až nevědomé. Jednou z prvních knih, přímo věnované manipulaci vědomím, byla kniha německého sociologa Herberta Franke *Manipulovaný člověk* (1964). Frankeho výklad zní takto: „*Pod manipulací bychom měli chápat psychologické působení, které se provádí tajně, a tudíž na úkor těch, jimž je určeno. Nejjednodušším příkladem je reklama.*“ (Sergej G. Kara-Murza, 2020, s. 22). V jakékoli situaci při kontaktu s druhou osobou může jedinec reagovat různým způsobem. Chování a prožívání se navzájem ovlivňují a podmiňují.

Jednou z nejvýznamnějších manipulací se stává i manipulativní chování pro výchovu dítěte v rodině. Tento typ manipulativního chování není považován za negativní problematiku. Naopak tím, jak rodiče vychovávají své potomky, dávají najevo i svůj životní postoj a cíl, který chtějí u svých dětí vybudovat a vychovat k budoucímu životu.

Mezi manipulativní chování patří několik typů, které jsou velmi často viditelné. Patří mezi ně agresivní pacient, vyčítající, hypochondrický pacient, pacient vyžadující neustálou pozornost, pasivní i plačtivý pacient. Problémový může být i mlčící či málomluvný pacient, přestože tak na první pohled nepůsobí (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 182). Díky mlčenlivosti si právě tento pacient dožaduje pozornosti a nechá tak sestru v pocitu, že ho něco trápí nebo má problém, u kterého chce mít sestru stále v přítomnosti. Pokud je sestra u něj přítomna, může vést rozhovor různými způsoby: „*Vidím, že vám vyhrkly slzy ...*“ Vhodné je se poté pacienta dotázat, co prožívá, co se v něm děje: „*Na co myslíte? Co se ve vás děje?*“. Toto je projev zájmu a mnoho pacientů tuto výzvu očekávají. Sestra projeví hlavně empatii vůči pacientovi: „*Vidím, že jste smutný z toho, co jsem vám řekl/a.*“

Naopak na agresivního pacienta, který je oproti mlčícímu nebo pasivnímu pacientovi hrubý, hlučný až nebezpečný sobě i svému okolí, poukazuje tabulka příloze č. 4, jak reagovat na agresivní chování klienta na str. 73.

Manipulátor je především typický určitými rysy. Nikdy se nebude ptát na to, co chce druhý. Zprvu je příčinou manipulativního chování strach z konkrétní situace (z vyšetření, ze ztráty zaměstnání, z úmrtí, ztráty partnera, ze samoty, ztráty soběstačnosti a jiné). Ale pojďme si položit základní otázku. Proč jsou pacienti tohoto chování schopni? Proč jsou agresivní? Agresivita je chování spojené se silnými emocemi, směřující k jiné osobě (někdy i materiálnímu objektu) za účelem ohrožení, zastrašení či likvidace objektu agresivity. Agresivita osobám dává vnitřní pocit uspokojení a takto reagují v afektu vůči druhé osobě. Nastane i to, že ani nepomyslí nad následky situace a nenechají se svou horlivostí zastavit. V ošetrovatelské praxi mi sestra S4 vylíčila názor, ve kterém popisuje taktiku klienta: *„Ono je to většinou tak, že ten pacient vám určitými otázkama něco jako podsouvá jakoby a furt se vás na něco ptá: „A myslíte si, že by to mohlo být takhle, a sestřičko a co říkáte“, a ono jako on vás k tomu dostrká k tomu co chce on, jo většinou jsou to lidi takoví do kterých by jste to neřekli, většinou jsou slušní, kultivovaní, nejsou jako agresivní, sprostý a maj takovýhle ty manipulativní otázky“.*

Co se děje naopak pacientovi, když je tichý nebo pasivní? Je šokován z toho, co se dozvěděl. Ostýchá se promluvit. Neví, na co se má zeptat. Tento problém může vyplývat nejen z nedostatku informovanosti pacienta, ale jeho chování pravděpodobně vyplývá ze strachu z jiných osob nebo se chce úmyslně dožadovat pozornosti, jelikož on je ten, který trpí a všichni musí jeho utrpení pochopit. Pokud tomu tak není, může se stát i nepříjemná záležitost. Pacientův flegmatický a melancholický typ temperamentu reaguje obvykle pasivně, nejasně a pomalu. Očekává se od sestry dnes již velmi odborná činnost, fyzická zátěž své práce, práce s moderní technikou, dovednost ovlivnit a vést správným směrem jednání a prožívání nemocných, vykonávání různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopna se vypořádat s různými rodinnými a pracovními problémy, které život přináší.

Výzkumy tvrdí (Tavrisová, Aaronson, 2012), že vyvracet druhým jejich chybná rozhodnutí a přesvědčení nevede k jejich změně napravo a změně, ale ke stále většímu zastání své původní, jakkoli mylné rozhodnutí či přesvědčení.

K této problematice se nejlépe hodí téma Syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je popisován jako prožitek vyčerpání. Jedná se tedy o psychický stav. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku trpělivosti a taktu. Syndrom vyhoření patří mezi nejčastější následky ve zdravotnické profesi. Tento problém se týká celé zdravotnické oblasti. Ovšem, když se ještě setkáme s pacientem,

který jeví manipulativní chování, může být syndrom pro sestru o to horší. Zásadní pro sestru je udržet si chladné myšlení, ovšem také i svůj názor, který může prohloubit ve svém soukromí a tím i očistit své negativní myšlenky a pocity. Ovšem k pacientovi by měla znovu přijít tak, jak by se mělo očekávat. K Syndromu vyhoření nám vypověděla sestra S4 a S1, že je toto povolání psychicky náročné a je toho názoru, že vzniká u sester Syndrom vyhoření: *„Tak ono celkově to povolání je jakoby psychicky náročný a ono když se pak sejde víc okolností, tak Syndrom vyhoření jakoby, jo řeknou si: „Už toho mám dost“ a ještě ty lidi se chovají takhle, tak hodně těch zdravotníků to dneska řeší, že ty lidi se nechovají úplně tak jako pokorně jak by měli a ještě pak když by narazili na nějakýho takovýdleho maniaka a opakovalo by se to, tak asi určitě může dojít k tomu, že opustí to povolání“.*

V poslední řadě se k manipulativnímu chování také pojí tzv. Nevědomá manipulace. Jedná se o pacienty dosahující v pokročilém věku psychické poruchy či psychického onemocnění. Mezi časté poruchy patří příznaky demence. Tito pacienti si umí najít způsob, jak vždy sestru přivolat a uspokojovat své potřeby po krátkých intervalech. Ovšem několik sester se přiklání spíše k názoru, že toto nepovažují za manipulativní chování. Jelikož si to klienti už sami ani neuvědomují a tudíž nevidí úmysl dotyčnou sestru využívat ke svým potřebám: *„Asi možná i nevědomá. Myslím si, že určitě tam člověk, ač to nemyslí třeba špatně nebo si to nijak ani jakoby nepřikládá k sobě, že něco udělal špatně, tak si myslím, že možná malinko. Určitě si myslím jako v rodinách takhle jako mimo pracovní to, určitě to tam je, ale nikdo to vědomky tak nějak jako nepoužije, jak tady máme dezorientovaný pacienty, pacienty s demencí, tam musíte taky přistoupit na jejich hru, abyste něčeho docílila, ať už v medikaci nebo prostě doopravdy převazy ran a takovýhle, když jsou agresivnější nebo to, ale říkám není to prostě typickej manipulátor, je to zase daný diagnózama, jinýma“.*

Dle mého názoru, když se někdy pokusíme pozastavit a zamyslet nad touto problematikou, každá ze sester podstupuje tohoto chování každým dnem. Každý pacient se projeví jiným typech chování, jinou intenzitou, za jiné situace a za určitých podmínek. Když se zamyslíme i nad provozem a časovou zatížeností lékařů i sester, není možné, aby se zaměřili, zda s nimi právě ten dotyčný pacient nemanipuluje. Pokud to nepřesahuje již určité hranice.

Během výzkumného šetření jsme se dotázali i pacientů, aby nám naopak něco vypověděli o přístupu zdravotnického personálu a zda si myslí, jestli z jejich strany nevyplývá také určité manipulativní chování. Jak už jsme si ukázali v jedné části

diskuze, že manipulativní chování je součástí také výchovy dítěte, podobně je tomu i v této části problematiky. V tomto případě přebírají tuto roli sestry, které poskytují péči pacientům. Kromě fyzické manipulace, sestry ovlivňují péči o pacienty po psychické stránce. Jsou něco jako tzv. „matky“, které se starají o své nemocné. Díky tomuto procesu je ovlivněn i přístup k pacientům, kteří se náhle vyskytují v nemocničním prostředí a ke kterým je individuálně přistupováno. Z toho vyplývá, že určitá manipulace vychází i ze strany zdravotnického personálu. Tím je myšleno samotná ošetrovatelská péče, komunikace s pacientem, aplikace medikace, příprava na vyšetření či operační výkon a také samotný osobnostní přístup. Proto se také vedl rozhovor přímo s pacienty z uvedených oddělení, kteří vypověděli o přístupu zdravotnického personálu, a konkrétně o přístupu sester. Nejlépe toto téma vystihuje pacientka P1, která sděluje, že nemá s komunikací ani přístupem žádný problém ohledně zdravotnického personálu a také díky tomu, že měla rychlý proces porodu nemá žádné námitky: „*No tak na příjmu velmi dobře. A jako tak nějak co se týče jakoby té práce, tak dobře a doktoři byli úžasní, skvělí no. Akorát druhý porod, bylo to rychlý no a nečekaný, protože malá vlastně už neměla ozvy na monitoru, takže mě museli hned vzít na Císaře a malou vyndat. Jo já si nestěžuju. Dobře*“ Jedním z dalších výroků je názor pacientky P4, kde líčí, že se snažila samotná o léčbu a měla osobně zkušenost s nepříjemnou sestrou a popisuje, že sama sestřičce vytkla její chování a přání, aby se k ní i k ostatním pacientům chovala dobře. Zde se odkrývá negativní přístup jedné ze sester: „*V pořádku. Já jsem nefňukala, nic, brzy jsem prostě se koukala uzdravit, tak jsem se pohybovala. Všechno říkali. Co neřekli, tak jsem se zeptala. V pohodě. Akorát s jednou sestřičkou v porodnici a to jsme si to hned vyříkaly na místě. Ta byla nepříjemná, arogantní. Takže jako některý sestry by měly se chovat k pacientům ohledně pacientů věku*“.

Pacientka P3 se vždy snaží být ke všem slušná a v nemocničním prostředí právě k lékařům a sestrám. Sama si všímá náročnosti práce zdravotníků a nenaléhá na sestry oproti jiným pacientům, jelikož je trpělivá a umí čekat: „*Jak jsem jako docházím na různý ty oddělení a tohle, velice dobrý. Já se snažím ke každému bejt slušná a slušný jsou lidi ke mně. Poděkujem si, poprosím, a takový jsou ke mně všichni tady, všichni. Ať to jsou lékaři, ať jsou to sestry. Velice ochotní, slušní, až bych řekla někdy, až to člověka zaráží, při té práci jejich, že jsou takový.*“

Nejen v nemocnici, ale také v osobním životě pacientky P1, se vyskytovala osoba, jejíž chování není dobré a popisuje přesné činnosti manipulátora a má také zkušenosti v rodině: „*No to není nic hezkýho. Vůbec. Odpornej úplně manipulátor. Nebo ne*

odpornej, ale prostě nenormální člověk mi to přijde, že prostě musí být podle něj a neuzná, že druhý má nějaký třeba svůj jiný názor, nebo třeba chce udělat něco jinak, než on by chtěl, jo že prostě takovýhle lidi jsou jako takový zatvrzelý a to bych mohla povídat i o svojí mamince a můj ex přítel no to taky to bylo expert. Jinak jako nerada se setkávám s takovýma lidma, nemám je ráda vůbec“. Jasným příkladem také odpověděla pacientka P3, která jasně říká, aby byl člověk ostražitý a ve střehu. Podle ní je důležité nenechat se nutit ani přesvědčovat do nějaké záležitosti: „Když budu chtít něco dělat a nebude se mi to zdát a bude mě do toho nutit někdo, tak to dělat nebudu. Přímou mu to řeknu. Konec a hotovo. Může se to blížit i jenom slovem. Takže být ostražitej, v každý době a všude, protože prostě nejde, aby mi někdo mluvil do života. To bych nedovolila“.

6. Závěr

Zaměřením této bakalářské práce, která nese název „*Problematika komunikace sester s pacientem s manipulativním chováním*“, je přiblížit pohled všeobecných sester na manipulativní chování jejich pacientů. Práce se zabývá především péčí o manipulativního pacienta.

Cílem práce bylo zmapovat zkušenosti sester pracujících v nemocnicích s manipulativním chováním pacientů. V návaznosti na vytyčený cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Ty byly zaměřeny na schopnost sester komunikovat s manipulativním pacientem. Dále měly za úkol zjistit, jaké dovednosti sestry používají při komunikaci s manipulativním pacientem. Výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů s celkem deseti sestrami a sedmi pacienty pohybujícími se ve čtyřech nemocničních oddělení.

Téma manipulace a změn chování pacientů nemocničních oddělení je již popsáno v nesčetném množství knih a odborných článků. Naším cílem nebylo přinést převratná zjištění v této oblasti, ale aspoň částečně nahlédnout na reálnou situaci v každém nemocničním oddělení. Zde jsme měli možnost poznat očima sester, které ve střetu s manipulativním pacientem ocitají více, než se může zdát.

Z výsledků výzkumného šetření je jasně patrné, že osm sester se již s manipulativním chováním pacientů setkala. Ovšem dvě sestry ze všech zahrnutých ve výzkumu tvrdí, že se nesetkaly. Jejich zkušenosti se různí, ale všechny se shodují na převaze verbální manipulace. Literatura nabízí několik způsobů, jak manipulativní chování zvládat. Avšak z rozhovorů je patrné, že neexistuje jeden jediný ověřený způsob, který by manipulaci vyřešil. Jak některé sestry v rozhovorech zmiňují, každý pacient je individuální, a proto i přístup k nim by měl být dle situace a uvážení. Sestry v nemocničních oddělení mají možnost poznat a hlavně určit, zda k manipulativnímu chování u pacientů dochází. Ačkoli sestry řeší manipulaci pacientů různými způsoby a na základě předchozích zkušeností s pacienty, stojí za úvahu více sester v této oblasti vzdělávat. I přesto, že se dotazované sestry s manipulací setkávají poměrně často, jejich znalosti v této oblasti jsou spíše okrajové. S většími znalostmi této problematiky by sestry možná dokázaly manipulativní chování lépe řešit. Pokud by také měly více informací o možných příčinách lidské manipulace, lze předpokládat, že by jí dokázaly více předcházet a u některých pacientů ji zcela eliminovat, za předpokladu, že by našly zdroj tohoto chování.

V praxi by práce mohla být využita jako studijní materiál pro sestry. Na podkladě této bakalářské práce zároveň vznikla informační brožura, která poskytne ošetrovatelskému personálu užitečné informace pro komunikaci o manipulativního pacienta nejen v nemocničních oddělení.

Zaměřením práce se stává také pohled samotných pacientů na aktuálních odděleních. Jedná se o opačný proces. Druhá část výzkumu se zabývá pacienty. Cílem bylo zmapovat pohled a popřípadě předešlé zkušenosti pacientů na zdravotnický personál. Konkrétní zaměření je na sestry na Chirurgickém oddělení, Gynekologicko-porodnickém oddělení, Interním oddělení a Oddělení následné péče. Každé oddělení je specifické péčí o pacienty, a tím se stává specifický názor a pohled pacientů na chování sester a názor na poskytování péče samotný. Jakmile sestra manipulativní chování prohlédne, záleží na jejím úsudku, zda nechá druhého, aby ji přesunul do pozice, která jí nevyhovuje (Lošťáková, 2020). Sestra manipulaci může rozpoznat na základě emocí (jak negativních, tak také pozitivních v případě lichotek), a utváří s nechutí něco, co původně nebylo naplánováno. Rozvoj syndromu vyhoření však nemá vliv jen na spokojenost sestry a lékaře. Ovlivňuje i jejich pracovní výkon, přístup k pacientům a množství výskytu pracovních omylů a chyb.

7. Seznam literatury:

1. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
2. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
4. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
5. EDMÜLLER, Andreas a Thomas WILHELM, 2011. *Velká kniha manipulativních technik*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 272 s. ISBN 978-80-247-3778-2.
6. ANDERSON, Nick, 2019. *The Art of Manipulation: Powerful Techniques to Influence Decisions, Learn Exactly What To Say and Convince People to Get What You Want* [online]. 460 Bryant Street, č. 100 San Francisco, Kalifornie 94107-2594 USA: Scribd, 59 s. [cit. 2021-4-29]. ISBN 9781386058298. Dostupné z: <https://www.scribd.com/book/401697143/The-Art-of-Manipulation>
7. BEDNAŘÍK, A. a ANDRÁŠIOVÁ M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
8. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie III. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání Praha: Grada Publishing. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
9. LOŠŤÁKOVÁ, O., 2020. *Empatická a asertivní komunikace: Jak zvládat obtížné komunikační situace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 172 s. ISBN 978-80-271-2227-1.
10. RÖHR, Heinz-Peter, 2021. *Ztráta kontroly: Inteligentní zvládnání emocí*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 176 s. ISBN 978-80-262-1749-7.
11. SIMON, George, 2015. *Vlci v roušce beránčím: Jak odhalit skryté manipulátory a bránit se jim*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5653-0.
12. KARA-MURZA, Sergej G., 2021. *Manipulace vědomím*. 1. vydání. Moskva: JKP developer, 304 s. ISBN 978-80-908011-0-3.
13. PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.

14. VÁGNEROVÁ, Marie, 2017. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. 1. vydání. Univerzita Karlova: Karolinum. 416 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
15. HONZÁK, Radkin, 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. Vyšehrad: Albatros media a.s, 240 s. ISBN 978-80-760-1004-8.
16. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ Eva, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
17. KUČERA, Dalibor, 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada Publishing, 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
18. JOCHMANNOVÁ, Leona, KIMPLOVÁ Tereza a kol., 2022. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
19. POTTS, Conrad, a POTTS Suzanne, 2014. *Asertivita – umění být silný v každé situaci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5197-9.
20. MYNAŘÍKOVÁ, Lenka, 2017. *Lež ti kouká z očí: Průvodce světem lži a klamů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-0279-2.
21. SILKE, Weing, 2020. *Jak vycházet s problémovými lidmi: Domluvte se s choleriky, věčnými kritiky a dalšími nevyrovnanými lidmi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-1777-2.
22. NOVÁK, Tomáš a Věra CAPPONI, 2012. *Asertivně do života*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-3869-7.
23. NOVÁK, Tomáš, 2012. *Jednej asertivně!: Asertivně na duševní hygienu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 120 s. ISBN 978-80-247-3999-1.
24. NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika a kol., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
25. FENNELL, Melanie, 2014. *Jak překonat nízké sebevědomí: Osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-3991-5.
26. HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.

27. LÁTALOVÁ Klára, KAMARÁDOVÁ Dana a PRAŠKO Ján, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-4305-9.
28. OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
29. RECKNAGEL, Marion a ROHMANN-VAN WÜLLEN Heike, 2012. *Jak komunikovat chytře: Tipy a triky pro zvládnání obtížných rozhovorů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-4022-5.
30. PLAMÍNEK, Jiří, 2020. *Džungle v nás: Praktická psychologie pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-1691-1.
31. LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
32. MELLANOVÁ, Alena, 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
33. GÁLIK, Stanislav, 2012. *Psychologie přesvědčování*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing 108 s. ISBN 978-80-247-4247-2.
34. LOJA, Radka, 2019. *Emoce pod kontrolou: Pět kroků ke zvládnání emocí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2217-2.
35. PRAŠKO, Ján a kol., 2012. *Poruchy osobnosti*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 360 s. ISBN 978-80-7367-558-5.
36. OREL, Miroslav a kol., 2020. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.

8. Seznam příloh

- | | |
|-----------|--|
| Příloha 1 | Podklad pro polostrukturované rozhovory se sestrami |
| Příloha 2 | Podklad pro polostrukturované rozhovory s pacienty |
| Příloha 3 | Informační brožura |
| Příloha 4 | Tabulka s reakcemi na manipulativního (agresivního) pacienta |

Podklad pro vedení polostrukturovaného rozhovoru

Identifikační údaje sester:

1. Pohlaví
2. Nejvyšší dosažené vzdělání
3. Oddělení
4. Délka praxe v nemocnici/ na oddělení

Vlastní rozhovor:

1. Jelikož mám jako bakalářské téma mé práce manipulativního pacienta, zkusil/a by jste mi říct dle vaší práce, setkal/a jste se někdy s takovým pacientem?
2. Když se zamyslíme nad chováním pacientů, zkuste mi říci, jestli dokážete vnímat manipulativní chování jako takové u pacientů?
3. Popsal/a byste, zda jsou na vašem oddělení převážně pacienti schopni manipulativního chování?
4. Jaký je podle Vás rozdíl mezi manipulativní pacientkou na gynekologickém a porodnickém oddělení a pacientem na jakémkoli jiném oddělení? (Gyn. - porodnické oddělení)
5. Jak byste dokázal/a v dnešní době vnímat manipulaci ze strany pacientů/pacientek?
6. Jak byste mi popsal/a manipulaci jako takovou?
7. Jaké manipulační způsoby by podle Vás pacient mohl použít?
8. Jak byste popsal/a druh a stupeň manipulace ze strany pacientek?
9. Jaký je podle Vás cíl manipulátora ve styku s jinou osobou?
10. Mohla by být manipulace nejen záměrná, ale i nevědomá?
11. Myslíte si, že manipulativní chování vychází pouze z člověka, který je zvyklý manipulovat s člověkem každodenně nebo se to může týkat i úplně obyčejné věci či děje u normálního pacienta?
12. Jak je podle Vás komunikace s pacientem důležitá?
13. Jaká by podle Vás měla vypadat komunikace s těmito pacienty?
14. Jaká by podle Vás měla vypadat obecná komunikace s pacienty?

15. Jaký by podle Vás měl vypadat přístup lékařů a sester k těmto pacientům?
16. Setkal/a jste se již s opravdovým manipulátorem?
17. Setkal/a jste se někdy s manipulací v jakékoliv jiné situaci v životě?
18. Dokázal/a byste mi popsat, jestli jste přemýšlel/a nad manipulativním chováním ze strany pacientů, aniž by došlo k tomuto rozhovoru?
19. Jaký máte názor na mediální manipulaci, který ovlivňuje širokou škálu obyvatelstva?
20. Myslíte si, že by se touto problematikou měli zdravotníci i lidé v široké veřejnosti zajímat?
21. Jaké si myslíte, že jsou psychické následky sester po zkušenostech s těmito pacienty?

Příloha 2

Podklad pro polostrukturované rozhovory s pacienty

Identifikační údaje pacientů:

1. Pohlaví
2. Oddělení

Vlastní rozhovor:

1. Jaká si myslíte, že je komunikace mezi vámi a zdravotnickým personálem?
2. Na co by jste se zaměřili v komunikaci?
3. Jaký je podle Vás přístup zdravotnického personálu?
4. Co si myslíte o manipulující osobě?
5. Setkali jste se někdy v životě s manipulující osobou?
6. Myslíte si, že manipulativní chování vychází pouze z člověka, který je zvyklý manipulovat s člověkem každodenně nebo se to může týkat i úplně obyčejné věci či děje u normálního pacienta?
7. Jaký je podle Vás cíl manipulátora ve styku s jinou osobou?
8. Jak byste si dokázali vysvětlit pacienta jako manipulujícího člověka?
9. Myslíte si, že je i určitá manipulace ze strany zdravotnického personálu?
10. Dokázal/a byste mi popsat, jestli jste přemýšlel/a nad manipulativním chováním ze strany sester nebo jiného člověka, aniž by došlo k tomuto rozhovoru?
11. Jak by podle Vás se měl člověk proti manipulaci bránit?

12. Myslíte si, že by se touto problematikou měli zdravotníci i lidé v široké veřejnosti zajímat?

Desatero komunikace s manipulativním pacientem

Brožura s užitečnými radami pro sestřský personál, jak přistupovat k manipulativnímu klientovi v nemocničním prostředí

Projevte největší zájem a ochotu

komunikovat s pacientem

Dejte prostor na otázky, které pacient klade

Mluvte klidným tónem a nehovořte hlasitě

Zajistěte dostatek soukromí pacientovi

během rozhovoru

V případě agresivního chování pacienta,

zachovejte klid a vyjádřete pochopení v

jeho horlivosti

Projevte ochotu a empatii vůči pacientovi
během komunikace

Nesdělujte informace s pacientovi, které by
mohly způsobit neklid

V případě nevhodného chování pacienta či
útoky na vaši osobu (přílišné otázky,
skákání do řeči, vulgarit, výhrůžek a
slovních napadení) informujte lékaře,
případně vedení oddělení či nemocnice

Pokud vám pacient neporozumí, zopakujte
informace znovu

Pokud se bude pacient chovat vůči vám
ovlivnitelně, vyžádá si u vás každou
drobnost a chce být středem pozornosti,
nebojte se sdělit, že mu vyhovíte dle
svých možností a potřebujete pomoci také
ostatním pacientům

Příloha 4 Tabulka s reakcemi na manipulativního (agresivního) pacienta

Jak nereagovat na agresivního pacienta (reakce stupňující konflikt)	Jak reagovat na agresivního pacienta (reakce uklidňující konflikt)
<p>9. Napomínejte pacienta, vyčtete mu jeho chování: „<i>Když se budete takto chovat, tak...</i>“</p> <p>10. Protiřečte, vyvracejte pacientovi jeho důvody, proč se zlobí: „<i>Já vám nerozkazuji, já vám rozumně radím</i>“</p> <p>11. Odmítejte jeho pocity jako nevhodné a neoprávněné: „<i>A to se zlobíte vždy, když vám někdo radí něco rozumného?</i>“</p> <p>12. Přesvědčujte ho o tom, co je správné, rozumné: „<i>Ale vy si svým kouřením ničíte zdraví a pak vás budeme zbytečně léčit!</i>“</p>	<p>13. Nechte pacienta, aby vyjádřil svůj hněv: „<i>Chápu, že se zlobíte...</i>“</p> <p>14. Snažte se porozumět, s čím je hněv propojen – co si pacient chrání, co vnímá jako ohrožené. „<i>Chápu, že nechcete, aby vám někdo přikazoval, co máte a co nemáte dělat.</i>“</p> <p>15. Reagujte empaticky, s porozuměním: „<i>Vím, že by pro vás nebylo jednoduché přestat kouřit...</i>“</p> <p>16. Když se pacient zklidní (protože přestane vnímat ohrožení a tlak od lékaře), tak přejděte k tématu, které pacienta rozčílilo, a zeptejte se na jeho názor, řešení: „<i>Chápu, že pro vás nebude jednoduché přestat kouřit. Co by vám v této věci pomohlo, abyste ji zvládl?</i>“</p>

9. Seznam zkratk

SZŠ: Střední zdravotnická škola

VOŠ: Vyšší odborná škola

VŠ: Vysoká škola

ONP: Oddělení následné péče