

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Hana Pizúrová

Ošetrovatelská péče u pacienta se sociální fobií

Bakalářská práce

Vedoucí práce: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Olomouc 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Ošetrovatelská péče u pacienta se sociální fobií

Název práce v AJ:

Nursing care about the patient suffering from social phobia

Datum zadání: 2012-01-17

Datum odevzdání: 2012-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Pizúrová Hana

Vedoucí práce: prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se blíže zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacienta se sociální fobií. Jejím obsahem je předložení informací z dohledaných odborných textů, které jsou uspořádány podle cílu práce do jednotlivých podkapitol. Poskytuje poznatky o sociální fobii, její diagnostice, příznacích, léčbě a o ošetrovatelské péči. Poukazuje na prolínání se terapie s ošetrovatelskou péčí a naopak. Psychiatrická sestra je nedílnou součástí zdravotnického týmu a je zároveň vnímána jako terapeut.

Abstrakt v AJ:

This thesis deals with the specifics of the nursing care with the patients suffering from social phobia. The text contains the information from the looked up specialized articles about the topic. The information are organized according the main themes to the

subchapters and bring knowledge about social phobia, its diagnosis, symptoms, treatment and possibilities of nursing care. The presentation stresses the connection between the therapy and nursing care and vice versa. Psychiatric Nurse is an integral part of the medical team and she also can be perceived as a therapist.

Klíčová slova v ČJ:

Fobie, sociální fobie, panická ataka, zklidňující dýchání, expozice in vivo, expozice v imaginaci, komunikace, komunikační dovednosti, verbální a neverbální komunikace.

Klíčová slova v AJ:

Phobia, social phobia, panic attack, breath control, exposure in vivo, exposure in imagination, communication, communication skills, verbal and nonverbal communication.

Rozsah: 50 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 26.4.2012

.....

podpis

Děkuji prof. MUDr. Jánů Praškovi, CSc., za odborné vedení bakalářské práce a za informace k dané problematice. Dále děkuji Bc. Ireně Mádrové a Mgr. Janě Vyskočilové za podporu a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

„Základní emoce, které nám pomáhají orientovat se, rozhodovat a přežít, jsou úzkost a strach. V přiměřené míře jsou našimi ochránci, kteří mají za úkol nás upozornit, varovat, a když jde do tuhého, připravit i na útek. Když je však strachu a úzkosti moc, už nás nechrání, ale naopak ohrožují.“

Radek Ptáček, Hana Kuželová

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOCIÁLNÍ FOBIE, INFORMACE O PORUŠE A JEJÍ LÉČBĚ.....	13
1.1 Základní informace o sociální fobii.....	13
1.2 Cíl léčby.....	15
1.2.1 Farmakoterapie a psychoterapie.....	15
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE SOCIÁLNÍ FOBÍÍ.....	21
2.1 Ošetřovatelské strategie u pacientů se sociální fobií v rámci ošetřovatelských diagnóz NANDA taxonomie II.	21
2.2 Léčebný režim aplikovaný u pacientů se sociální fobií.....	29
3 POUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU U PACIENTŮ SE SOCIÁLNÍ FOBÍÍ.....	35
ZÁVĚR.....	40
LIRERATURA A PRAMENY.....	42

ÚVOD

Hlavním cílem bakalářské práce je podat ucelené informace o sociální fobii a ošetrovatelské péči o pacienty s touto diagnózou. Bakalářská práce má zodpovědět následující otázky: „Jaké existují informace o sociální fobii? Jaké jsou konkrétní poznatky týkající se ošetrovatelské péče u pacienta se sociální fobií v rámci ošetrovatelských diagnóz NANDA Internacionál? Jak aplikovat model Peplau na ošetrovatelskou péči u pacientů se sociální fobií?“

Pro účely přehledové bakalářské práce byly formulovány tyto cíle:

Cíl 1. Shrnout poznatky o sociální fobii, její diagnostice a její léčbě.

Cíl 2. Rozvinout konkrétně poznatky týkající se ošetrovatelské péče u pacienta se sociální fobií v rámci ošetrovatelských diagnóz podle NANDA Internacionál a popsat nejčastější ošetrovatelské intervence.

Cíl 3. Použití ošetrovatelského modelu Peplau u pacienta se sociální fobií k zajištění optimální ošetrovatelské péče.

Seznam titulů prostudované doporučené vstupní studijní literatury:

ARCHALOUSOVÁ, Andrea. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003. s. 104. ISBN 80-86225-33-X

- JANOSIKOVÁ, Ellen, H., a DAVIESOVÁ, Janet, L. *Psychiatrická ošetrovatelská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo.* (Překlad) 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8. (angl. orig. ISBN 0-316-45752-3).
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatel'ství v kostce.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
- PRAŠKO, Ján, MOŽNÝ, Petr, a kolektiv. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch.* 1.vyd. Praha: TRITON, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254- 865-1
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana: *Sociální fobie.* Z knihy: SEIFERTOVÁ, Dagmar, PRAŠKO, Ján, HORÁČEK, Jiří, HÖSCHL, Cyril. *Postupy v léčbě psychických poruch.* 2. revid. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2008. s.257-274. ISBN 8086694-07-0
- PRAŠKO, Jan, VYSKOČILOVÁ, Jana, PIGLOVÁ, Lucie, PRAŠKOVÁ, Jana. *Sociální fobie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 132 s. ISBN 801-7367-031-3

Vyhledávací strategie

K vyhledání relevantních článků v podobě plných textů byly použity:

- vyhledávač Google Scholar
- databáze BMČ (Bibliografia Medica Českoslovaca) www.medvik.cz
- vyhledávač PUBMED MEDLINE
- česká periodika:

1. Psychiatrie pro praxi (odborný časopis pro ambulantní a klinické psychiatry) je zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Je vydáván ve spolupráci se Sdružením ambulantních psychiatrů, vydavatelem je Solen, s. r. o.. Dostupné na WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz>
2. Neurologie pro praxi (odborný časopis pro ambulantní a klinické neurology) je zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Vydavatelem je Solen, s. r. o.. Dostupné na WWW: <<http://www.neurologiepropraxi.cz>
3. Psychiatrie (odborný lékařský časopis) je zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Vydavatel Tigris spol. s.r.o.. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/casopisy.html>.
4. Česká a slovenská psychiatrie (odborný lékařský časopis), jehož obsahem jsou původní práce s tematikou z oblastí teoretické a speciální psychiatrie. Je zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice. Od roku 2010 časopis vydává nakladatelství Galén. Dostupné na WWW: <<http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-psychiatrie>.
5. Profese on-line (recenzovaný časopis pro zdravotnické obory - od července roku 2008). Časopis je určen profesionálům v oborech: ošetrovatelství, porodní asistence, fyzioterapie, radiologické asistence a specializací ve zdravotnictví, jejichž práce se orientuje na zvýšení kvality poskytované péče a rozvoj teoretické báze všech zdravotnických oborů. Je zařazen v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. Periodikum je od října 2010 vydáváno Fakultou zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dostupné na WWW: <<http://profeseonline.upol.cz/public/vyhledavani/>.
6. Kontakt (odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky) - časopis, jehož články jsou zaměřené na ošetrovatelství, zdravotně sociální problematiku, kvalitu života, právní otázky ve zdravotnictví, filozofickou etiku, bioetiku, krizový management, biomedicínu. Časopis byl v roce 2008 zařazen Radou vlády pro vědu a výzkum do Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných

v České republice. Vydavatelem je Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné na WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz>.

7. Ošetrovatelství a porodní asistence (recenzovaný vědecký časopis) – časopis publikující příspěvky z oboru ošetrovatelství a porodní asistence. Není uveden v Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. Je vydáván Ostravskou univerzitou, Lékařskou fakultou. Dostupné na WWW: <<http://periodika.osu.cz/osevovatelstviaporodniasistence>

Rešerše byla provedena za období 1985 - 2012 v českém, slovenském a později i v anglickém jazyce, z důvodu minimálního počtu relevantních článků týkajících se ošetrovatelské péče v českém a slovenském jazyce.

Původně **stanovená kritéria** pro výběr relevantních plných textů ke zpracování přehledové bakalářské práce (český, slovenský jazyk, rok vydání 2000 - 2012, vztah k tématu bakalářské práce) byly doplněny o anglický jazyk a rok vydání 1985 – 2012 z důvodu malého počtu relevantních pramenů v českém a slovenském jazyce.

Pro bakalářskou práci s tématem sociální fobie byla provedena literární rešerše a vybrána tato **klíčová slova**: Fobie, sociální fobie, panická ataka, zklidňující dýchání, expozice in vivo, expozice v imaginaci, komunikace, komunikační dovednosti, verbální a neverbální komunikace. Klíčová slova byla později doplněna o relaxace, autogenní trénink, edukace, fyzická aktivita, ošetrovatelská péče, ošetrovatelství v psychiatrii, ošetrovatelské modely. Klíčová slova byla použita pro hledání plných textů ve všech výše jmenovaných databázích a vyhledávačích.

První vyhledávání relevantních článků proběhlo ve vyhledávači Google Scholar. Při postupném zadávání klíčových slov bylo nalezeno 43 619 odkazů. Při konkretizaci klíčových slov (např. relaxace - Ůstova relaxace, apod.) se počet odkazů snížil na 1650. Většina z nich však odkazovala na knižní publikace, bakalářské nebo diplomové práce. Nastavená kritéria splňovalo 41 zdrojů, některé se opakovaly a v konečném výsledku bylo k hlubšímu prostudování vybráno 31 článků. Pro přehledovou bakalářskou práci bylo použito 13 článků. Relevantní články ke klíčovým slovům vztahujících se k problematice ošetrovatelské péče u pacienta se sociální fobií tak, aby splňovaly daná kritéria, nebyly dohledány.

Druhou zvolenou databází pro vyhledávání relevantních článků byla BMC dostupná na: <http://www.medvik.cz/bmc/index.do>. Bylo nalezeno 592 zdrojů, z nichž

kritéria splňovalo 28 článků. Některé články se shodovaly již s nalezenými v předešlém vyhledávači, proto k hlubšímu prostudování bylo vybráno 16 článků. Pro přehledovou bakalářskou práci bylo použito 13 článků. Ke klíčovým slovům vztahujících se k problematice ošetrovatelské péče u pacienta se sociální fobií tak, aby splňovaly daná kritéria, byl dohledán 3 články.

Třetí etapa zahrnovala dohledávání relevantních článků přímo v odborných recenzovaných publikacích a periodikách. Z odborných časopisů Neurologie pro praxi, Psychiatrie pro praxi, Psychiatrie, Česká a slovenská psychiatrie, Profese on-line, Kontakt, Ošetrovatelství a porodní asistence, Zdravotnické noviny a z Příruček pro pacienty. Některé články z těchto časopisů splňující daná kritéria, se shodovaly se články již nalezenými na internetu v předešlých vyhledávačích. Pro přehledovou bakalářskou práci bylo vybráno po bližším prostudování 5 článků.

Ke **čtvrté** etapě, tj. vyhledání relevantních článků týkajících se ošetrovatelské péče u pacienta se sociální fobií v anglickém jazyce, bylo přistoupeno z důvodu minimálního počtu relevantních článků týkajících se této problematiky v jazyce českém a slovenském. V této etapě proběhlo vyhledávání relevantních publikací na PUBMED MEDLINE, což je největší vědecká, zdravotnicko-medicínská a psychologicky databáze Amerického ústavu národního zdraví, která je plně přístupná na internetu, včetně plnotextů některých významných časopisů. Zdrojem pro tento přehled bylo literární review získané z databáze PUBMED MEDLINE, z publikací mezi léty 1985 - 2012, další reference byly získány vyhledáním článků s biografických odkazů relevantních informací. V přehledové bakalářské práci bylo použito 18 článků.

Výsledkem vyhledávací rešeršní strategie bylo nalezení celkem 49 článků zabývajících se komplexní problematikou sociální fobie – její diagnostikou, léčbou a ošetrovatelskou péčí. Po prostudování informací z odborných článků, byly informace získané z textů popsány vlastními slovy a zpřehledněny podle osnovy do jednotlivých kapitol podle cílů bakalářské práce.

Všechny použité prameny jsou uvedeny na konci bakalářské práce, v bibliografických zdrojích, citovány podle ISO normy 690:1996.

1 SOCIÁLNÍ FOBIE, INFORMACE O PORUŠE A JEJÍ LÉČBĚ

Pro dobrou ošetrovatelskou diagnózu a ošetrovatelské vedení pacienta se sociální fobií potřebuje sestra dobře rozumět tomu, co se s pacientem děje a jaké jsou účinné kroky v léčbě. V této části budou stručně uvedeny základní informace o sociální fobii a její léčbě, které by psychiatrická sestra měla znát. Důležitá je nejen diagnostika, ale zejména hlubší pochopení pacientova prožívání, jeho souvislostí a důsledků. Pro toto pochopení nejlépe slouží kognitivně behaviorální model sociální fobie a samotná kognitivně behaviorální terapie, která má vědecky ověřené výsledky účinnosti. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 59)

1.1 Základní informace o sociální fobii

„Sociální fobie je potencionálně invalidizující psychická porucha. Pokud není adekvátně léčena, často postiženého jedince vyřazuje z normálního života. Omezuje jeho schopnost vzdělávat se, být úspěšný v kariéře, postihuje schopnost navázat plnohodnotný partnerský vztah.“ (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 59)

Podstatu sociální fobie vystihují Praško a Vyskočilová (2010, s. 54-64) následovně: „ Sociální fobie je častá, chronická a handicapující porucha, charakterizovaná sociální úzkostí a vyhýbavým chováním.“ Mezi projevy sociální fobie patří strach a vyhýbání se situacím, kde může být člověk sledován a hodnocen druhými lidmi. Toto hodnocení se může týkat např. vzhledu, chování a jednání před lidmi, setkání s neznámými lidmi, apod.. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64)

Praško, Prašková píše, že strach může být i z jakékoliv činnosti před lidmi jako je jedení, pití, ale také psaní či čtení. (Praško, Prašková, 2005, s. 150-160)

Knopp popisuje sociální fobii jako duševní poruchu projevující se pocitem úzkosti až trapnosti, často doprovázené neurovegetativní symptomatikou např. nauzeou, častým nucením na močení, třesem, vnitřním chvěním. Tento prožívaný strach je spojen se specifickou sociální situací nebo očekáváním negativního hodnocení, zesměšnění či ponížení. (Knopp, 2010, s. 35)

Praško uvádí, že se sociální fobie může objevit již v pubertě, někdy i dříve, často ve spojení ze strachu z pátravých pohledů jiných lidí, což vede k vyhýbáním se pobytu ve společnosti. Čím dříve se sociální fobie v průběhu života objeví, tím mívá závažnější důsledky pro jedince, protože se díky vyhýbavému chování nenaučí důležité sociální dovednosti, které odpovídají jednotlivým věkovým obdobím. Bývá spojena s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky. V extrémních případech nápadné vyhýbání se sociálním situacím může vést k téměř úplné sociální izolaci. (Praško, 2002, s. 6)

Knopp popisuje výskyt sociální fobie již v pozdním dětství nebo rané adolescenci, projevující se nadměrnou stydlivostí a plachostí. (Knopp, 2010, s. 39)

Pokud jde o nejčastější fobii ze spektra fobických poruch, Praško sociální fobii uvádí jako druhou nejčastější fobii po specifické fobii. Dále uvádí, že sociální fobii trpí během svého života 3 – 13% obyvatelstva. Nejčastější objevení se poruchy je mezi 14 – 20 lety. Stydlivost je v tomto období častá. Je běžné, že mladí lidé mají strach z oslovení druhého pohlaví. U osob se sociální fobii nedochází k adaptaci a snížení studu, naopak tím, že se těmto situacím vyhnou, se na ně adaptovat nemohou. Vyskytuje se jak u mužů, tak u žen stejně často. Je relativně málo diagnostikována, protože většina trpících se stydí vyhledat odbornou pomoc. Na ekonomickou situaci postižených mají dopad handicapy způsobené úzkostí v sociálních situacích a vyhýbavým chováním. Lidé se sociální fobii častěji nedokončí vzdělání ani při dobré inteligenci, mají problém najít si zaměstnání, partnera, zajít na úřad práce apod. Sociální fobie probíhá obvykle chronicky. Může způsobit značné těžkosti v osobním životě a poškodí profesionální činnosti. Inteligence, vzdělání, ekonomické zázemí a zaměstnání nemá na vznik sociální fobie vliv. K překonání úzkostných myšlenek a nepříjemných pocitů se pacienti mohou uchýlovat k alkoholu či uklidňujícím lékům. (Praško, 2001, s. 147 - 159)

Papežová udává celoživotní prevalenci 10 – 16%. Charakterizuje sociální fobii především strachem pacienta ze ztrapnění nebo zesměšnění na veřejnosti, obav pohledů druhých a značnými vegetativními příznaky při expozicích. Pacienti nejčastěji popisují své pocity: „ Situace bude trapná, budu se červenat, znemožním se.“ (Papežová, 2006, www.zdn.cz)

Nešpor konstatuje, že pacienti se sociální fobií prožívají nadměrnou úzkost a strach v sociálních situacích, které vznikají díky katastrofickému uvažování. Úzkost a negativní emoce se společně s tělesnými příznaky posilují v bludném kruhu. Pacient má díky nim problémy komunikovat a raději se komunikaci s druhými vyhýbá. Pokud se pacient naučí zvládat své negativní emoce a začne se vystavovat mezilidským situacím, má šanci, aby se u něj začaly objevovat pozitivní emoce, které následně zvyšují psychickou odolnost a pomáhají pocitu životní spokojenosti. Samotné navozování pozitivních emocí, prostřednictvím umělých prostředků (alkohol, návykové látky), sice krátkodobě může zlepšit pocit celkové spokojenosti, nicméně pacient se nenaučí obávané situace zvládat. (Nešpor, 2011, s. 213 -215)

1.2 Cíle léčby

Knopp poukazuje na to, že zejména důležité je, aby byla včas a správně stanovena diagnóza. Pacienti často toto poruchu nevnímají jako psychický problém, který je možné léčit, a proto nevyhledávají odbornou psychiatrickou pomoc. Z tohoto důvodu spočívá tento diagnostický úkol zejména na praktických či dětských a dorostových lékařích. (Knopp, 2010, s. 39)

Dle Praško, Prašková je cílem léčby u sociální fobie odstranit vyhýbavé chování, snížit úzkost v obávaných situacích na únosnou hranici a řešení životní situace. Snahou do budoucna je zabránit vzniku nové situační úzkosti a vyhýbavému chování, ale i kontrola dalších důsledků, jako je např. abúzus alkoholu, benzodiazepinů a jiných návykových látek. (Praško, Prašková, 2005, s. 150-160)

Hofmann klade důraz na copingové (zvládací) strategie, včetně zamezení maladaptivnímu chování a zabezpečování a taktéž odstranění následných ruminací, které problém do budoucna prohlubují. (Hofmann, 2007, s. 193-209)

Papežová pokládá za důležitý prostředek pro léčbu sociální fobie kvalitní terapeutický vztah, který zabezpečuje bezpečné a akceptující prostředí. (Papežová, 2006, s. 34 -39).

1.2.1 Farmakoterapie a psychoterapie

Z farmakoterapie dle Praška krátkodobě pomohou anxiolytika při počátečních krocích léčby. Anxiolytika krátkodobě snižují úzkost a jejich efekt přichází záhy. Při dlouhodobém užívání anxiolytik však může vzniknout návyk. Navíc zhoršují koncentraci a jejich dlouhodobé užívání může vyvolat depresi. Při vysazení se objevuje syndrom z vysazení a návrat úzkosti. Vhodnější variantou jsou antidepresiva, která snižují hladinu úzkosti celkovou tonizací limbického systému. Tento efekt přichází později než efekt anxiolytik, je však stabilnější a nemizí po jejich vysazení. Navíc antidepresiva zlepšují rozhodovací funkce a zvyšují aktivitu v prefrontální kůře, která lépe řídí podkorový limbický systém. Celkové zklidnění, které následuje, významně usnadňuje zahájení expoziční léčby. (Praško, 2001, s. 147 -159) Plný efekt antidepresiv sice přichází až po 3-6 týdnech, nicméně je stabilní a nehrozí rozvoj závislosti ani syndrom z vysazení. Navíc antidepresiva, na rozdíl od anxiolytik, nezhoršují kognitivní funkce, naopak je zlepšují. (Praško, 2002, s. 6) Také Praško, Prašková uvádějí, že farmakoterapie působí zpravidla dříve než psychoterapie, efekt psychoterapie je však trvalejší. Léčba je dlouhodobá, po odeznění příznaků se doporučuje pokračovat ve farmakoterapii 12 – 18 měsíců. (Praško, Prašková, 2005, s. 150-160)

Knopp doporučuje antidepresiva. Z důvodu závislosti nedoporučuje zejména u těžších forem sociální fobie podávání benzodiazepinů. U lehčích forem před expozicí specifické situace se může využít jednorázově nízké dávky beta-blokátorů, které výrazně redukuje neurovegetativní projevy. (Knopp, 2010, s. 39)

Honzák upozorňuje, že léčba pouze psychofarmaky zdaleka nepostihuje šířku bio-psycho-sociálního záběru. Léky mohou pacienta sice zbavit úzkosti, ale nenaučí ho, jak mluvit s dívkou, která se mu líbí ani mu nedají širší dimenzi, aby uvažoval o smyslu svého života, svých životních rolích a cílech. Ve srovnání s biomedicínkým přístupem je bio-psycho-sociální přístup odlišný v širším úhlu pohledu na problém zdraví a nemoci a jiné chápání problematiky samotného onemocnění. Psychosomatické zaměření zjišťuje i nepříznivé vlivy nejbližšího okolí, které mohou nepříznivě působit na rozvoj stresu a tím i úzkosti a strachu. Rodina, širší sociální skupina i společnost a její kultura mohou mít na pacienta požadavky, které jsou nadměrné jeho možnostem. Základní biologická terapie má pak tendence ovlivnit psychologické a psychofyzilogické reakce pacienta a tak snížit míru stresu vycházejícího z nejbližšího a nejvýznamnějšího sociálního okolí. Také dysfunkční rodina může ovlivnit zdravotní stav pacienta. Přes práci s mezilidskými vztahy, psychoterapie ovlivňuje významným způsobem celkový zdravotní stav pacienta a má mít větší vliv, než samotné podávání psychofarmak. Bio-psycho-sociální přístup se orientuje na pacienta v jeho vztazích, a je širší než biomedicínký konstrukt nemoci jako takové. Pacient i jeho okolí se sice nevědomě, ale aktivně podílejí na vzniku a průběhu poruchy. Většina pacientů považuje svoji poruchu za cosi samostatného, co komplikuje jejich životy, a někdy si neuvědomují, že nejdůležitější stresory vycházejí i z mezilidských vztahů. Stresory vytvářejí tlak na regulační mechanismy a tento tlak se může projevit, jak ve sféře emoční (nepřiměřené výbuchy), tak později ve sféře tělesné. Psychosomatický přístup se jeví jako složitější, ale také komplexnější pohled na člověka, který má šanci zvýšit účinnost terapeutických přístupů k pacientovi. (Honzák, 2011, s. 15-17)

Další možností léčby dle Praška je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Podle teorie sociálního učení je sociální fobie pokládána za naučené chování, které se postupně upevňuje tím, že se postižený systematicky vyhýbá obávaným situacím. Proto si postupně přestává věřit, že by situace dokázal zvládnout a jeho úzkost a strach dále narůstají. To, co se člověk naučil, se může rovněž odučit nebo přeučit. Za pomoci „postupné expozice“ se pacient místo vyhýbavého chování vystavuje krok za krokem obávaným situacím tak, že postupuje od méně náročným k náročnějším. (Praško, 2001, s. 147 -159) Dále Praško zmiňuje, že při terapii KBT se pacient učí porozumět svým příznakům, vytváří si vlastní model vzájemného ovlivňování jednotlivých složek

psychiky (myšlenky, emoce, chování, tělesné reakce), pak se učí změnit svoje úzkostné myšlenky, nacvičuje sociální dovednosti (jak vést rozhovor, jak dát kompliment druhému, jak vyjádřit vlastní pocity, jak reagovat na kritiku, jak řešit komunikační problémy). Pro vyléčení sociální fobie je však rozhodující intenzivní expoziční léčba s vystavováním se situacím, kterým se postižený původně vyhýbal. (Praško, 2002, s. 6)

Papežová při neúspěšnosti krátkodobé KBT doporučuje dlouhodobé psychotherapeutické vedení, eventuálně zahájení psychodynamické, humanistické nebo psychoanalytické psychoterapie apod. Za nejúčinnější terapii jsou podle ní považovány kombinované přístupy, využívající vhodná farmaka v kombinaci s psychoterapií. (Papežová, 2006, s. 34 -39)

Knopp uvádí, že v rámci léčby dominují postupy psychotherapeutické se zaměřením na rozvoj sociálních dovedností. (Knopp, 2010, s. 39)

I Čillík píše, že nosnými příznaky sociální fobie je úzkost, strach, obavy a pestrá směsice vegetativních příznaků, a proto se v léčbě přiklání zejména k metodě KBT terapie, která přináší pacientovi léčebný profit srovnatelný s farmakoterapií. (Čillík, 2005, s. 263)

Hollá, Ondrejka konstatuje ve svém průzkumu, že při terapii u pacientů se sociální fobií je důležité si stanovit podmínky spolupráce pacienta. Mezi ně patří: důvěra v terapeuta, otevřenost, schopnost přijímat alternativní řešení, zodpovědnost, pozitivní motivace, aktivita. Mezi pozitiva, která může pacient do psychoterapie vnést, patří zejména jeho aktivita, motivace, přítomnost plánů a cílů do budoucnosti, schopnost kognitivního přehodnocení. Mezi negativa patří zejména pasivita a rezignace. (Hollá, Ondrejka, 2009, www.kbt.sk)

Praško, Vyskočilová opět poukazují na psychoterapii, zejména KBT z důvodu kognitivního narušení. U těžkých pacientů, zejména při komorbiditě s depresivní poruchou nebo jinou úzkostnou poruchou či obsedantně kompulzivní poruchou se nejúčinněji jeví kombinovaná forma farmakoterapie a psychoterapie. Dále popisují, že u pacientů se sociální fobií je narušen sebeobraz – vnímají se jako horší a více selhávající, než ve skutečnosti jsou. Na toto téma bylo uspořádáno několik výzkumů (např. Schneider FR et al. 2000, 157, p. 457–459.), které ukázaly, že lidé bez sociální úzkosti si více fandí a posuzují své výkony v sociální oblasti jako o mnoho lepší, než ve skutečnosti jsou, zatímco pacienti se sociální fobií se hodnotí extrémně negativně

a hůře, než objektivně fungují. Toto sebehodnocení je manifestací negativního jádrového schématu, jak vnímá pacient sám sebe, jak je hodnocen druhými. Pacient je nadměrně pozorný na zraňující sociální informace, snaží se jím nadměrně vyhýbat a sám sebe stále více neustále hodnotí (respektive znehodnocuje). Jakoukoli i neutrální sociální informaci vysvětluje pro sebe negativně a interpretuje ji katastroficky. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64) Pacienti se sociální fobií hodnotí svůj výkon také s odstupem času jako velmi špatný. (Rapee et al, 2007, s 2977-89)

Dobrovodová uvádí, že KBT přináší pozitivní tvořivý proces změn. Hranice mezi terapií a vlastním životem pacienta vlastně neexistuje, vzájemně se prolínají. Léčba by měla být nástrojem změny, pomocí které si pacient hledá svoji cestu. Pokud je správně stanovený terapeutický plán, proces změn začíná od začátku terapie. Proces léčby může významně obohatit nejen pacienta, ale terapeuta. (Dobrovodová, 2011, www.kbt.sk)

Mezi udržovací faktory sociální fobie, které narušující sebeobraz člověka se sociální fobií, patří (upraveno dle Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64):

Pozornost zaměřená na sebe – při pocitu napětí se pacient se sociální fobií automaticky zaměřuje na sebe, vnímá převážně pouze své tělesné reakce, jako bušení srdce, „knedlík v krku“, zrychlené dýchání, má pocit, že se červená, někdy tomu skutečně je. Zaměřuje svoji pozornost na to, jak mluví, jak se tváří, jak je schopen vyslovovat, zda je vidět. Toto chování udržuje sociální fobii. Proto se sestra zaměřuje na to, aby pacienta při vzájemné komunikaci empaticky posilovala jeho maladaptivní chování, učí ho zklidňujícímu dýchání, vyzývá ho, aby se díval na ni, odpoutal pozornost od sebe, v rozhovorech se spíše ptal, než si dával pozor na to, co řekne, atp. Vede ho k tomu, aby byl schopen vnímat okolí a informace z něj. Mnoho pacientů si také dopředu připravuje, co a jak řeknou. Nejsou mnohdy schopni navázat na to, co řekl někdo jiný. Následně se pak objevují pocity vlastního selhání, znevažování vlastního výkonu, které jsou založeny na zkreslených vzpomínkách na minulá selhání. (Hackmann, Clark, Manus, 2000) Pacient si vzpomíná jen na chyby, nikoliv na to, co se povedlo. Proto verbalizuje-li pacient právě toto, sestra se snaží poukazovat na věci, které se mu povedli a zároveň pacienta vybízí k tomu, aby si na takové situace vzpomněl sám. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64)

Automatické negativní myšlenky – každého člověka napadají automatické negativní myšlenky. U člověka se sociální fobií jsou typické například „Ztrapním se.“, „Zčervenám.“, „Budou se mi třást ruce.“ Tyto myšlenky navozují úzkost a rozvíjí se dále úzkostné očekávání, myšlenky podporující úzkost „Určitě budu mít okno!“, „ Nic mě nenapadne!“, „ Budou se mi smát.“, apod. Nejúčinnější strategií na práci s myšlenkami je pak kognitivní restrukturalizace, která si klade za cíl zpochybnit negativní myšlenku. Člověk se sociální fobií pak zažije pokles úzkosti a je schopen více a odvážněji se vystavovat situacím, které by jej před tím maximálně vystrašily. Sestra provádí s pacientem kognitivní restrukturalizaci, a to v rámci skupinového programu, nebo individuálně, a to buď edukací a ukázkou pacientova konkrétního případu, nebo přímo v rozhovoru s ním si všímá jeho reakcí a hned se ho ptá, co mu běží hlavou a pomáhá mu jeho negativní myšlenky změnit. Kognitivní restrukturalizace je tedy nepostradatelnou technikou při práci s myšlenkami. To platí i pro dětské pacienty se sociální fobií. (Melfsen et al., 2011, s.5)

Kognitivní schémata - jsou dysfunkční přesvědčení, obsahující hlubšími postoje o sobě, druhých a světě vůbec. U pacientů se sociální fobií jsou typickými jádrovými přesvědčeními o sobě „Jsem k ničemu!“, „ Jsem stupidní, nezajímavý, trapný!“, o druhých „Druzí jsou lepší než já.“ a o světě „Svět je plný nebezpečí!“, „ Jen silnější uspějí!“. Proto pacient pokládá za ohrožující sociální situace, kde by k naplnění tohoto hluboce uloženého přesvědčení mohlo dojít (přednášet před druhými, povídat si s přitažlivým člověkem, být zkoušen, apod.). (Inoue, 2006) Tato schémata většinou vznikla v dětství, podílí se na nich zejména kritika rodičů a sourozenců, výsměch ve školce nebo ve škole, často opuštění rodiči, psychické nebo fyzické týrání. Někdy je důležitým faktorem také úzkostný rodič (negativní vzor), který se sám sociálním situacím vyhýbá a rodinná pravidla, která říkají, že lidé jsou zlí a nebezpeční. (Kellogg, Young, 2006) Nejtypičtější se zabývají ohrožením výsměchem, pohrdáním, nepřijetím. (Butler et al., 2004, s. 141-159) Práce se schématy se týká zmapování maladaptivních schémat, jejich výhod pro život a nevýhod, reflexe dosavadního chování a následná akomodace schémat. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64)

Negativní obraz – je to stereotyp zrakový, myšlenkový a pocitový, který si pacient trpící sociální fobií o sobě sám vytvoří. Jde často o fantazii o sobě, ve které se vidí selhávající, úzkostný, vysmívaný. S negativním sebeobrazem bývají spojeny vzpomínky na výsměch z dětství nebo na jiné psychotraumatizující situace, které se

objevují jako nutkavé imaginace v situaci, které se pacient bojí. S negativním sebeobrazem jsou spojeny negativní kognitivní schémata, zautomatizované tělesné a duševní pocity, vzpomínky a fantazie, i automatické vzorce chování a hodnocení okolí. Negativní sebeobraz vznikl díky zážitkům z dřívější doby. Mohou pocházet z puberty či dokonce z dětství. Pacient jakoby se sám viděl, jak selhává, není schopen reagovat nebo reaguje nepřiměřeně. Může jít o vybavení si situace, ve které výsměch či odmítnutí zažil, jindy si na takovou událost nevzpomíná, ale představuje si, že on je tím, kdo selhává a chová se trapně. Pacient se sociální fobií si automaticky negativní obraz vybaví těsně před sociální situací, které se obává. Negativní obraz přichází, bez toho, aby si ho pacient přál. Proto sestra po domluvě pacientem pracuje velmi specifickou technikou, kdy se snaží vrátit pacienta v představě do dětství a traumatické situace, a to opakovaně, než pacient habituuje na tuto situaci a sníží tím úzkost. Vlivem toho pak dojde k tomu, že v situacích, které pacientovi přišly jako nepříjemné, se mu daří adaptivněji se chovat. Další možnou technikou, kterou dělá zkušená sestra je například práce s katastrofickým scénářem nebo přepis traumatické události (například šikany a posměchu z dětství). Tyto techniky jsou velmi účinné ve zvládnutí traumatických zážitků. (Brewin et al., 2009)

Reskripcie, neboli přepis traumatických raných zážitků je velmi účinnou technikou, která umožňuje změnit negativní self-obraz, který zřejmě hraje roli v udržování sociální fobie, a to tak, že technikou aktualizujeme tyto rané nepříjemné nebo traumatické vzpomínky a přepíšeme jejich konec společně s pacientem. (Wild a Clark, 2011, s. 433-443)

Kognitivní omyly jsou logické chyby v myšlení vedoucí k pochopení událostí, které se staly, dějí se nebo se budou dít, ty jsou změněny a negativně překrouceny. Tato mylná logika, např. bagatelizace úspěchu, vede k tomu, že pacient chovající se přiměřeně v sociální situaci chápe celou událost jako selhání. Pokud k tomu dojde, tak ani úspěch nezmění jeho pohled na sebe, protože si ho ihned zpochybní. Nejběžnějšími kognitivními omyly u sociální fobie jsou diskvalifikace pozitivního, zveličování neúspěchu a minimalizace úspěchu, závěry skokem a selektivní výběr faktů. Proto sestra pečující o pacienta s psychickou poruchou edukuje pacienta o kognitivních omylech a společně s ním vyhledává pacientovy omyly a poukazuje na ně v rozhovoru s ním. Kognitivní omyly zkreslují logiku hodnocení a významně se podílejí jako udržovací faktory na udržování sociální fobie. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64)

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE SOCIÁLNÍ FOBÍÍ

Drobná, Pečeňák konstatují, že ošetrovatelská péče poskytovaná sestrou je založena na používání ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská péče je zaměřena na eliminaci pacientových problémů. Na zkvalitnění péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu může sestra použít hodnotící škály. Jejich význam je opodstatněný převážně v psychiatrii. (Drobná, Pečeňák, 2008, s. 398-404)

Ukazuje se, že psychiatrické ošetrovatelství vyžaduje aplikaci speciálních a specifických postupů, které by mohly a měly být v kompetenci sester. Také některé studie poukazují na to, že terapeutické postupy v rámci ošetrovatelského procesu mají své nezastupitelné místo, a to například před rutinní prací praktického lékaře. Umístění sester terapeutek v primární péči pak umožňuje ušetřit mnoho finančních prostředků, protože stav pacientů se výrazně zlepšil. (Marks, 1985, s. 1181-4)

2.1 Ošetrovatelské strategie u pacientů se sociální fobií v rámci ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách taxonomie II

NANDA taxonomie se v České republice začala zavádět od roku 2005. Slouží jako návod pro zpracování ošetrovatelských diagnóz. Pro stanovení ošetrovatelské diagnózy je zapotřebí odebrat důkladnou ošetrovatelskou anamnézu, určit určující znaky dané dysfunkce, vyhledat související faktory vztahující se k dané dysfunkci a ověřit definici ošetrovatelské diagnózy. Po stanovení ošetrovatelské diagnózy vymezit cíle, kterých chceme dosáhnout, zvolit intervence, které povedou ke splnění těchto cílů. (Ščeponcová, 2009, s. 20-21)

Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy u pacienta se sociální fobii vyplývajících z prostudované vstupní literatury, z informací popisovaných autory v kapitole první a na základě získaných zkušeností z praxe na psychoterapeutickém oddělení patří: Strach – 00148 a Úzkost – 00146. Na základě těchto ošetřovatelských diagnóz mohou vznikat ošetřovatelské diagnózy další. Za pomoci NANDA Internacionál jsou potřeby pacientů zakomponovány do jednotlivých ošetřovatelských diagnóz.

Pacient především pocítuje strach z rozpaků, ponížení nebo posouzení jinými. (Vyskočilová a kol., 2011, s. 85-94)

Ošetřovatelská diagnóza STRACH – 00148

Určující znaky:

a) Obecné (Vyskočilová a kol., 2011, s. 85-94)

- pacienta napadají myšlenky, že se něco stane (nepříjemného pro něj)
- pacient má zvýšené napětí
- snížené sebehodnocení pacienta
- strach určuje jeho chování, které je potom maladaptivní (vyhýbá se, zabezpečuje se)

b) Kognitivní (Praško, 2002, s. 6)

- pacient umí pojmenovat objekty vyvolávající strach (v případě pacienta se sociální fobii jsou to sociální situace – např. oslovit někoho, vést s ním rozhovor, veřejně mluvit, mluvit ve škole na zkoušce před druhými, navázat vztah s druhým pohlavím, aj.)
- pacient má strach ze situací, které ho utvrzují o ohrožení
- pacient je méně produktivní v činnostech, které vyžadují sociální kontakt, je méně schopen učit se či řešit problémy

c) v oblasti chování (Nešpor, 2011, s. 213-216)

- je zvýšeně ostražitý
- ze situací uniká, výjimečně útočí (vyhýbá se jim nebo zabezpečuje)
- někdy může být neuvážený v jednání

- je selektivně a dopředu zaměřen svoji pozorností na ohnisko svého strachu

d) tělesné projevy (Knopp, 2010, s. 36)

- má zrychlený pulz, vyšší systolický tlak krve
- nechutenství, nauzeu, někdy zvracení
- průjem
- napjaté svaly (končetiny, obličejové svaly, aj.)
- vyčerpanost
- zrychleně dýchá a má kratší délku dechu
- je bledý, zvýšeně se potí nebo se naopak červená
- sucho v ústech

Související faktory: (Praško, 2002, s. 6)

- naučená odezva
- odloučení od opory (vnitřní, vnější)
- přítomnost negativních myšlenek a postojů o sociálních situacích a vztazích
- negativní rané zážitky

(Marečková, 2006, s. 179-180)

Cíl:

- pacient bude schopen jednat v sociálních situacích

Výsledná kritéria:

- pacient je schopen verbálně i neverbálně komunikovat s druhými

Plán ošetrovatelských intervencí: (Praško, Prašková, 2005, s. 150-160)

- edukovat pacienta o strachu, spouštěčích strachu a o strachové reakci
- sestra pomůže pacientovi hledat pro něj typické spouštěče strachu, podněty a učí ho pracovat s negativními myšlenkami
- vybízet pacienta v programech k aktivitě vyjadřování svých názorů, mluvení s druhými v programu i mimo něj
- edukace o smyslu expozičních, sestavení hierarchie expozičních obavných situacím

- sestra vyzve pacienta, aby zkoušel exponovat sociálním situacím na oddělení i mimo něj

Realizace:

Pacient je edukován o strachu, strachové reakci a projevech strachu v rámci sociální fobie. Je seznámen se strategiemi, kterými může zvládat svůj strach. Je potřeba sestavit hierarchii strachových situací, zmapovat podněty/situace, které mu dělají potíže. Dle intenzity emocí je potřeba pacienta připravit na expozici in vivo, expozici v imaginaci formou techniky „katastrofický scénář“. Pacient je denně vybízen k expozicím na oddělení. Celá práce s touto ošetrovatelskou diagnózou spočívá především v podpoře, pochvale, povzbuzení pacienta. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 1-64; Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64)

Pacient má pocit úzkosti až trapnosti. (Knopp, 2010, s. 35) Úzkost v sociálních situacích může způsobit značné těžkosti v osobním životě a poškodí profesionální činnosti. (Praško, 2001, s. 147- 159)

Ošetrovatelská diagnóza ÚZKOST 00146

Určující znaky:

a) behaviorální (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 1-64)

- pacient má potíže zvládat činnosti, které souvisí se sociálními situacemi (chodit do školy, mezi přátele, do zaměstnání, na místa, kde se očekává, že by mohl být osloven nebo by měl něco říkat. (Praško a kol. 2010, s. 16-25)
- pacient se sociální fobií není schopen udržovat oční kontakt
- dělá bezděčné pohyby, které mu pomáhají snížit úzkost (mne si dlaně o sebe, prsty o sebe, sahá si do vlasů, atp.)
- vyhýbá se místům, kde se předpokládá sociální kontakt, nebo se zabezpečuje například požitím alkoholu, přehozením kapuce přes hlavu, užíváním anxiolytik, sčesáním vlasů do obličeje, nošením černých slunečních brýlí, atp.)

b) afektivní (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54-64)

- je lítostivý, nebo popudlivý, trápí se
- cítí nervozitu, někdy může i panikařit
- postupem času narůstají pocity bezmoci a beznaděje
- pociťuje nejistotu a obavy, je úzkostlivý
- je více zaměřený na sebe

c) tělesné (Knopp, 2010, s. 36)

- chvěje se mu hlas, nebo není schopen mluvit
- třesou se mu a potí ruce
- zvýšeně se potí
- cítí napětí v obličejí
- dostavují se reakce sympatického nervového systému (zrychleně dýchá, buší mu srdce, má sucho v ústech, má pocit návalů horka v obličejí, může mít záškuby části svalů (koutky úst, aj.).
- dostavují se reakce parasympatického nervového systému (porucha spánku, průjem, únava, nauzea, aj.).

d) kognitivní (Praško, 2002, s. 6)

- zablokované myšlení (přítomnost negativních myšlenek, chyb v myšlení, negativních přesvědčení)
- zhoršená, resp. selektivní pozornost
- strach z nespécifikovaných souvislostí
- potíže s koncentrací
- porušená schopnost řešit problémy, učit se
- uvědomování si tělesných příznaků

Související faktory: (Nešpor, 2011, s. 213-215)

- riziko užívání alkoholu, anxiolytik

- neuvědomělý konflikt základních hodnot nebo životních cílů
- nenaplněné potřeby (bezpečí, přijetí a podpory)
- stres
- změna ve fungování role
- riziko nenaplnění některých rolí (zaměstnaný, rodič, aj.)

(Marečková, 2006, s. 180-183)

Cíl:

- pacient bude umět se svojí úzkostí pracovat v takové míře, aby mu nebránila v běžných činnostech/ sociálních interakcích

Výsledná kritéria:

- pacient bude schopen pokračovat v naplánovaných nebo právě realizovaných aktivitách
- úzkost zvládne snížit na škále 0-10 na minimálně 3-4, kdy hodnota 3 je hodnota běžné „provozní“ úzkosti

Plán ošetřovatelských intervencí: (Praško, Prašková, 2005, s. 150-160)

- pomoci pacientovi umět zjistit spouštěče úzkosti a porozumět jim
- edukovat pacienta o úzkosti a jejich mechanismech
- vysvětlit pacientovi princip vyplňování škály – grafu úzkosti
- sledovat, jak se pacientovi daří graf zaznamenávat
- povzbuzovat a chválit pacienta za sebemenší úspěchy, kterých dosáhne v boji s úzkostí
- vybízet pacienta k otevření se a sdělení životního příběhu (traumatických a bolestných zážitků) a práce s ním

Realizace:

Vždy, když na oddělení přichází pacient se sociální úzkostí, psychiatrická sestra nejprve provádí edukaci o sociální fobii, o modelu vzniku úzkosti. Pacient je seznámen s léčebným programem, který se skládá z kognitivně behaviorální terapie, řízeného

dýcháním relaxace, skupině o životním příběhu, nácviku komunikace, expozičních – tréninku vystavování se situacím, v nichž nepohodu pacient doposud pociťoval. Dále je pacient informován o projevech úzkosti a strategiích vedoucích ke snížení úzkosti. Také jsou pacientovi vysvětleny důvody k vyplňování škály úzkosti. Postupně je vybízen, aby se postupně začal otevírat, a to na životopisné skupině nebo v individuálním pohovoru. Taktéž během pobytu s pacientem je plánována a realizována expoziční léčba, kdy se pacient postupně krok po kroku vystavuje situacím, ve kterých pociťuje úzkost. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 1-64.; Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54 -64)

Další ošetřovatelské diagnózy u pacienta se sociální fobií dle NANDA domén: (Marečková, 2006, s. 53-257)

1. Doména: Podpora zdraví

Neefektivní léčebný režim 00078, Ochota ke zlepšení léčebného režimu 00162

Pacienti se sociální fobií mají potíže začlenit se do kolektivu dalších pacientů. Pociťují stud, který jim mnohdy brání se nějak zdatněji verbálně, ale i neverbálně projevit. Chybí jim odvaha. Nevěří, že budou komunitou pacientů přijati, proto mívají potíže s léčebným režimem. správná edukace a přístup jim pomůže léčebný režim zvládnout. V tomto případě je opravdu velmi nutný citlivý a povzbuzující ošetřovatelský přístup sestry. Zároveň však je nutné, aby sestra nastavovala a hlídala hranice. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 1-64)

2. Doména: Výživa

Riziko deficitu tělesných tekutin 00025

Pacienti se sociální fobií mají někdy strach jíst a pít před druhými lidmi. Stydí se, bojí se, že by se mohlo stát něco nepříjemného. Vše vidí v těch nejkatastrofičtějších variantách. Zde hrozí, pokud by pacient byl někde v místech, kde by nemohl uniknout a zároveň tedy by se nemohl napít nebo najíst, mohl by mít potíže s hydratovaností i s příjmem potravy. (Praško, Prašková, 2005, s. 150-160)

3. Doména: Vylučování a výměna

Ošetřovatelské diagnózy této domény se nevyskytují u pacienta v rámci sociální fobie. Pacient může mít potíže, ale v rámci používání společných WC.

4. Doména: Aktivita – odpočinek

Porušený spánek 00095, Nedostatek zájmových aktivit 00097

5. Doména: Vnímání – poznávání

Porušené myšlení 00130, Zhoršená verbální komunikace 00151

6. Doména: Vnímání sebe sama

Porušená osobní identita 00121, Riziko bezmocnosti 00152, Riziko osamělosti 00054, Chronicky nízká sebeúcta 00119, Situačně snížená sebeúcta 00120, Porušený tělesný obraz 00118

7. Doména: Vztahy

Riziko zhoršení rodičovské role 00057 (v tomto případě chybění), Porušený život rodiny 00060, Neefektivní plnění role 00055, Poškozená sociální interakce 00052

8. Doména: Sexualita

Neefektivní sexuální život 00065

(často chybí partnerský, jen autoerotika)

9. Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Strach 00148, Úzkost 00146, Oslabené přizpůsobení 00070, Neefektivní zvládání zátěže 00069, Neschopnost rodiny zvládat zátěž 00073, Neefektivní zvládání situace v komunitě 00077, Ochota zlepšit zvládání zátěže 00158

10. Doména: Životní princip

Diagnózy uvedené v této doméně se u pacienta se sociální fobií nevyskytují. Nicméně v rámci třídy Přesvědčení by bylo možné spatřovat možnou ošetrovatelskou diagnózu Ochota ke zlepšení duševní pohody 00068

11. Doména: Bezpečnost – ochrana

Riziko intoxikace 00037

Pokud se zamýšlíme nad prostředím, pro pacienta se sociální fobií je těžké s druhými být, proto mnohdy sahají po věcech, které mají úzkost a strach zmírňovat. Nejčastěji se zabezpečují alkoholem, ale i léky (Praško a kol. 2001). Pacienti uvádějí, že pijí malou „štamprličku“ ráno než jdou do práce. Někteří však jsou závislí na alkoholu, nebo jiných návykových látkách. (Nešpor, 2011, s. 213-216)

12. Doména: Komfort

Sociální izolace 00053

(Marečková, 2006, 53 – 257)

2.2 Léčebný režim aplikovaný u pacientů se sociální fobií

Níže jsou popsány specifické ošetrovatelské intervence, které se aplikují u pacienta se sociální fobií, a to u každé z ošetrovatelských diagnóz, v různých fázích pobytu pacienta vzhledem k jeho pokrokům v ošetrovatelském procesu a terapii. Mezi nejdůležitější intervence patří:

a) Nácvik komunikace

Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče. Komunikační dovednosti nemohou být automaticky považovány za něco daného. V komunikaci se sestra musí zaměřit na to, co je pro pacienta nejprospěšnější. Je třeba umět a vědět, jak nejlépe s pacienty komunikovat v jejich rozrušení, rozzlobení a sklíčenosti, ale i pokud mají při komunikaci fyzické či psychické potíže. Komunikační dovednosti vyžadují čas a angažovanost, ale také dovednost naslouchat a podporovat. Pacienti mají potíže udržet oční kontakt, jsou neklidní a úzkostní. Sestra si všímá jejich projevů, postojů a chování a nesmí působit direktivně ve svém projevu. Je důležité navázat pozitivní kontakt s pacientem, najít si na rozhovor dostatek času, vhodné prostředí, dát pacientovi dostatek prostoru na vyjádření jeho myšlenek a pocitů. Při vedení rozhovoru je důležité řídit se určitými zásadami komunikace. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 21)

Nedílnou součástí komunikace podle Daňkové je i nácvik asertivního chování. Asertivita je zdravé prosazení a je možné se asertivnímu chování naučit. K nácviku patří i zvládání kritiky, odmítání požadavků, vyjadřování nepříjemných pocitů a emocí. Asertivita je součástí léčebného režimu skupinové psychoterapie (Daňková, 2007, s. 19).

Také Praško a spol. uvádí, že u pacientů se sociální fobií, kdy je potřeba pacienta naučit dobře komunikovat před ostatními členy komunity. Asertivita má velký význam a je hojně využívána v psychoterapii. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 53)

Novák píše, že asertivita je potřebná, ale nevhodně použitá může být vnímána jako kritická, pak svým způsobem může být nebezpečná a přehnaně razantní. Asertivita neuznává komunikační tabu (máme právo se zeptat na to, co potřebujeme vědět). Plynulá řeč a přiměřená gesta napomáhají sladit slovní a mimoslovní projev. Pocity a požadavky je třeba vyjadřovat bez agrese. Mluvit za sebe, nevymlouvat se, nevkládat vlastní názory do úst druhých, nehodnotit, ale naslouchat. (Novák, 2010, www.zdn.cz)

Dobrodovová upozorňuje na důležitost empatie v komunikaci. Empatie nemá být chápána jen jako schopnost vcítit se (podporuje pasivní zpracování informací, emoční reakce), ale jako schopnost porozumět, chápat (podporuje kognitivní zpracování informací, aktivní přístup při naslouchání). (Dobrodovová, 2011, www.kbt.sk)

b) Edukace

Míčková uvádí: „Edukace je výchova, vzdělávací proces, předávání informací pacientovi, výuka návyků a stereotypů vedoucí ke kompenzaci a stabilizaci onemocnění.“ (Míčková, 2009, s. 44 -45)

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienta se sociální fobií je edukace. Dle Fričové patří mezi jednu z rolí sestry také edukace pacienta a jeho nejbližších. Edukaci chápeme jako součást léčby. O tom, jak postupovat v léčbě musí být informován nejen sám pacient, ale i jeho nejbližší, kteří mu jsou často jedinou oporou. Podmínkou zdárné edukace je, aby edukovaný pacient sám měl o edukaci zájem a chtěl o svém onemocnění získat co nejvíce informací. Sestra by měla být schopna zodpovědět pacientovi i jeho nejbližším jejich dotazy, svým přístupem jim dodat jistotu a sebevědomí. Edukace je zároveň součástí ošetrovatelského procesu. Cílem je zlepšení kvality života. Je to také forma předání konkrétních informací se záměrem informovat a vzdělávat. (Fričová, 2010, s. 34-36)

I Míčková zdůrazňuje důležitou roli edukace v ošetrovatelském procesu. Při správně vedené edukaci pacientovi podáváme rady či informace a při tom by si sestra měla získat jeho důvěru. Při edukaci je důležité zvolit si vhodná edukační témata, vhodné edukační pomůcky a stanovit edukační cíl. (Míčková, 2009, s. 44 -45)

Fričová v praktických radách pro realizaci edukace upozorňuje na důležitost vlastní přípravy na edukaci, stanovení vhodného času, optimálního prostředí – místnost zajišťující intimitu, klid a bezpečí, s vhodnou teplotou a osvětlením. Sestra musí umět sdělit i nedostatky v pacientově chování, aniž by pacienta předem odsoudila. (Fričová, 2010, s. 34-36)

c) Relaxace

Přirozená cesta obnovy obranyschopnosti organismu je uvolnění tělesného a duševního napětí. Relaxací se harmonizují i další funkce jako je krevní oběh a dýchání, trávení a vyměšování. Relaxace je protiváhou posilovacích cvičení. Některé techniky relaxace ani nezaberou mnoho času a není zapotřebí ani zvláštních pomůcek či prostředí uvádí Kulhánková. (Kulhánková, 2005, s. 21-22)

Ptáček, Kuželová udává, že za pomoci relaxace lze zvládnout svou úzkost a strach, je pro mnohé relativně obtížná cesta, která vyžaduje čas a trpělivost. (Ptáček, Kuželová, 2011, www.zdn.cz)

Nešpor vidí užití relaxačních technik především jako prevenci a léčbu u řady onemocnění. Zejména vliv stresu a úzkosti výrazně přispívá ke vzniku nebo komplikacím těchto onemocnění. U sociální fobie lze za pomoci relaxací snížit tělesné napětí, docílit zlepšení spánku či zmírnění bezmoci. (Nešpor, 2012, s. 11)

Bezvodová popisuje využití relaxačních technik. Podle ní relaxace vždy k člověku patřila. Potřeba uvolnění a způsob, jak toho dosáhnout, je nám vlastní. Relaxační techniky mají tři základní prvky – sebeuvědomování, uvolnění a soustředění. (Bezvodová, 2012, www.psychologie-bezvodova.cz)

Důvod, proč učit pacienty trpící sociální fobií relaxaci dle Praška je v tom, že při expozici prožívají silné vegetativní příznaky, které lze relaxací začít kontrolovat. Nejčastěji se využívá Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink, Óstova svalová relaxace a zklidňující dýchání. (Praško a kol., 2008, s. 1-64)

Autogenní trénink rozvinul Johannes Heinrich Schultz. K uvolnění organismu a mysli tato relaxace využívá představivosti k navození určitých tělesných stavů. Tato metoda je tréninková a je hojně využívána v psychoterapii. (Praško, Vyskočilová, 2010, s 54 -64.)

Weimerová popisuje autogenní trénink jako metodu přispívající pravidelným prováděním k rychlému obnovení sil, zmírnění až úplné odstranění napětí a neklidu. I když na příznaky působí, příčiny napětí neodstraňuje. Relaxace a koncentrace jsou

základními principy autogenního tréninku. Na základě fyziologických souvislostí, svalové uvolnění umožní navodit duševní pohodu a zároveň uklidňuje a harmonizuje i činnost vnitřních orgánů. Koncentrace spočívá v soustředění na konkrétní představu, která v konečném důsledku ovlivní organismus. Cvičení se provádějí pravidelně nejméně 2x denně. Provádí se nácvik pocitu tíže, pocit tepla, regulace srdce, úprava dechu, regulace břišních orgánů, pocit chladu na čele. (Weimerová, 2011, www.dobrapsychiatrie.cz)

Týfa popisuje princip autogenního tréninku jako stav vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění. Tohoto stavu je dosaženo cestou autosugesce. Autogenní trénink zvyšuje schopnost soustředění, zlepšuje kvalitu spánku, navozuje pocit uvolnění, regeneruje organismus. U pacientů se cvičení doporučuje za účasti školeného personálu. Při autogenním tréninku se doporučuje relaxovat vleže na zemi nebo vsedě na židli. (Týfa, 2006, www.relaxuj.cz)

Jacobsonovu progresivní relaxaci vyvinul psycholog Edmund Jacobson. Dle Praška se u této relaxace užívá kontrastu mezi záměrně vyvolaným napětím jednotlivých svalových skupin a jejich následným uvolněním. Cílem je relaxace a uvědomování si napětí v těle a schopnost je uvolnit. Principem je postupné napínání svalů jednotlivých částí těla na 5-8 vteřin a následného svalového uvolnění na 5-8 vteřin. Během cvičení je soustředění věnováno na příjemný pocit uvolnění. Během celé relaxace je důležité klidné dýchání. (Praško, Vyskočilová, 2008, s. 1 – 64)

Dále Praško zmiňuje progresivní **Östovu svalovou relaxaci**, která je zkrácenou verzí Jacksonovi svalové relaxace. Tuto relaxaci je možné využít okamžitě při zvládnání náhlé úzkosti ve stresových situacích vzniklých při expozicích, které pacienti se sociální fobií podstupují v rámci expoziční terapie. (Praško, 2008, s. 1 -64)

d) Plánování

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče a terapie u pacienta se sociální fobií je samotné plánování. Pro tyto pacienty je důležitý režim dne. V rámci ošetrovatelské péče pacient za pomoci sestry stanovuje krátkodobý a dlouhodobý plán. Pacient se učí vytvořit reálný plán. Plán by měl obsahovat jednu třetinu práce, jednu třetinu fyzické aktivity a jednu třetinu relaxace, odpočinku. Na základě výsledků má pacient možnost si uvědomit, jaké nároky na sebe klade. Součástí plánu je i stanovení odměny.

Odměnou může být jakákoliv maličkost např. káva, zmrzlina, zhlédnutí filmu atd., ale je důležité si uvědomit, že je to pochvala za něco, co se pacientovi povedlo. Nedílnou součástí je zpětná vazba od zdravotního týmu. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54 – 64)

Nešpor píše, že plánování je důležitou součástí léčby. Plánování příjemných aktivit

a změny pohybových a jiných stereotypů pozitivně ovlivňují psychický stav pacienta. Tyto intervence týkající se životního stylu jsou součástí kognitivně behaviorální terapie. (Nešpor, 2003, s. 24)

e) fyzická aktivita

Kosová uvádí, že fyzická aktivita a cvičení hraje důležitou roli a má pozitivní účinek na úzkost a náladu. Především u pacientů se sociální fobií, kteří se straní společnosti a sociálního kontaktu s lidmi, je fyzická aktivita velmi důležitá i pro posílení sebevědomí pacienta, odvedení pozornosti od své osoby, pocitu kontroly. Přesný mechanismus, jak cvičení působí na úzkost, sice není znám, ale cvičení ve svém výsledku zvyšuje odolnost. Může sloužit jako samotná expozice. (Kosová, 2010, s. 13)

Hollá, Ondrejka ve svém průzkumu vlivu osobnosti pacienta na efekt léčby KBT zjistili, že fyzická aktivita je nedostatečná vlivem pasivity pacienta. Jakékoliv tělesné aktivity se těší nejmenšího zájmu u pacientů a edukace v této oblasti se jeví jako nejméně efektivní. (Hollá, Ondrejka, 2009, www.kbt.sk)

f) Expozice

Vinař vidí dominantní roli u pacientů se sociální fobií v expozicích. Pacient se odnaučí vyhýbat obávaným situacím a naučí se adaptivnímu chování. Při expozicích je pacient postupně vystavován tomu, z čeho má strach. Má se při těchto expozicích přesvědčit, že stresující situace nejsou ve skutečnosti nebezpečné a je schopen se s nimi vyrovnávat. Pacient je kritický ke svému strachu, ví, že se mu nic nestane, přesto se však potřebuje přesvědčit vlastním zážitkem, že ho v dané situaci nepřepadne nezvládnutelný strach a další projevy. Ke změně chování pacienta a určitému zmírnění potíží může dojít už do 4 týdnů, kdy se pacient přestává vyhýbat obávaným situacím. (Vinař, 2003, s. 7)

Důležitým postupem u sociální fobie je také podle Praška expozice – vystavení se podnětům, ve kterých člověk pocítuje strach. Pokud si pacient přímo nové chování nevyzkoušel, nebude mít odvalu se tak chovat. Před začátkem expozic je nutné spolu

s pacientem vypracovat pořadí situací, kterým se bude postupně vystavovat. Expozice může probíhat jak ve fantazii pacienta, tak ve skutečné situaci (in vivo), nebo fyziologickým navozením obávaných tělesných příznaků (interoceptivně). (Praško, Vyskočilová, 2004, s. 58-65)

Expozice in vivo je opakovanou konfrontací s vyhýbajícími se situacemi nebo objekty. U sociální fobie jde především o rozhovory s cizími lidmi, vystupování na veřejnosti, stolování před lidmi. Cílem pro pacienta je zvládnutí strachu a navození sebekontroly. (Praško, Vyskočilová, 2004, s. 58 -65)

Expozice v představách je vystavení se obávaných situací nebo situací, kterých se pacient v životě vyhýbá ve své fantazii. Pomocí expozice v imaginaci se pacient může připravit na situace, které jej čekají in vivo, a přehrát si je v různých variantách. (Praško, Vyskočilová, 2010, s 22)

Interoceptivní expozice je vystavení se tělesným příznakům úzkosti, ze kterých má pacient největší obavy. Používá se řada manévrů pro jejich vyvolání např. hypoventilace, rotace, dřepy, běh na místě, změna polohy, dýchání přes brčko, knedlík v krku. Tyto manévry provádíme od 1 do 5 minut vždy pod dohledem terapeuta, psychiatrické sestry. (Praško, 2001, s. 147 -159)

g) Návčik sociálních dovedností

Praško, Vyskočilová uvádí, že nedílnou součástí terapie a ošetrovatelské péče je systematický návčik sociálních dovedností od jednodušších ke složitějším, prováděný ve skupině pacientů. Pacient se sociální fobií se zde učí:

- Modelování – pozorování jiných osob využívajících sociální dovedností přiměřeně.
- Hraní rolí – návčik dovedností v simulované situaci.
- Sociální posilování – získávání zpětné vazby a návrhů na zlepšení od ostatních členů komunity

Do návčiku sociálních dovedností patří neverbální dovednosti, zpětná vazba, srozumitelné a neagresivní vyjadřování, empatické naslouchání a sdělení, vedení rozhovoru, asertivní souhlas, negativní aserce, negativní dotazování, asertivní obligace, asertivní vyjádření zlosti a hněvu, vznášení a přijímání kritiky, požádání o laskavost. Dále se pacient učí zvládnutí komplexní situace např. návčik řešení problémů, přijímací pohovor, konkurzy, komunikace s pubertálním dítětem, manželská pře, seznámení s opačným pohlavím, jednání na úřadě, nakupování a reklamace apod. Hraní rolí je základní metodou návčiku sociálních dovedností. Při tomto návčiku

ostatní pacienti spolu s terapeuty nejdříve přehrávají a pak ukazují, jak pacient v dané situaci působí na okolí a jak by se v této situaci mohl chovat. Pro pacienta je důležitý pocit úspěchu a pokroku, jinak je zde velké riziko, že přestane do skupiny docházet. (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54 -64)

3 Použití ošetrovatelského modelu u pacientů se sociální fobií

V ošetrovatelství byla vyvinuta celá řada modelů, vesměs pojmenovaných podle autorek. Většina modelů poskytuje rámec pro léčbu pacientů s tělesným onemocněním a hůře odpovídá procesu ošetrovatelské péče u pacientů s psychickými poruchami. O ošetrovatelském procesu u sociální fobie chybí literatura, proto bylo potřebné vyjít z ošetrovatelských modelů a procesů, které jsou častěji užívány u psychických poruch vůbec a z informací, které popisují prožívání pacientů se sociální fobií a přístupy k jejich léčbě. Psychiatrické a psychoterapeutické přístupy bylo potřebné uvažovat v kontextu ošetrovatelské péče a kompetencí psychiatrické sestry. Proto bylo nutné prostudovat jednotlivé modely a zohlednit, nakolik odrážejí psychické utrpení a jeho odstraňování u pacientů se sociální fobií. Tomu nejvíce odpovídal model Hildegard E. Peplau (McCarthy, Aquino-Russel, 2009), který bývá častěji aplikován na psychiatrický ošetrovatelský proces. (Merritt, Procer, 2010) Důvodem, proč tento model je lépe aplikovatelný v naší oblasti je fakt, že jeho filozofie se týká potřeb pacienta. Základním paradigmatem, ze kterého Hildegard E. Peplau (podle Hrabě, 2005) vychází je teze, že:

„Lidské chování je kromě návyků a zkušeností motivováno dvěma základními hnacími silami: snahou po uspokojování potřeb a snahou po bezpečí. Jestliže některá z nich, nebo obě, nejsou uspokojené, vzniká stav tenze.“

Tato filozofie nejvíce odpovídá tomu, co se děje s pacientem s úzkostnými poruchami, včetně sociální fobie. (Praško a kol., 2010, s. 16-25)

Základní ideje ošetrovatelského modelu Hildegard E. Peplau a jeho aplikace pro pacienty se sociální fobií

Hildegard E. Peplau rozeznává u pacienta dvě základní teze (podle Stockmann, 2005), které lze aplikovat na situaci pacienta trpícího sociální fobií:

(1) Teze spojené s potřebami - při frustraci jejich uspokojování.

U pacienta se sociální fobií je typická jeho nadměrná aspirace na vysokou výkonnost v sociálním fungování (má přání být zábavný, inteligentní, zajímavý ve všech sociálních interakcích) a neustále velmi napjatě sleduje, zda se mu to daří. Vzhledem k tomu, že Peplau vychází z toho, že člověk své snahy po uspokojení potřeb transformuje do činnosti, kterou chce docílit eliminace úzkosti a tenze, snaží se často člověk se sociální fobií, aby své potřeby naplnil – snaží se o to, aby byl vtipný, říkal jen moudré věci, vypadal a tvářil se zajímavě. Tohle vše je pro něj možnost, jak nebýt frustrován a naplnit své potřeby. Bohužel právě tato nadměrná snaha vede k tomu, že člověk často působí na druhé opačně – je uzavřený, nebo se zakoktá, nemůže vyslovit ani slovo pro stažené hrdlo, červená se, když mluví, tak obsah může působit nezajímavě, či smyšleně. (Praško, Laňková, 2006, s. 14)

(2) Teze spojené s úzkostí - při nemožnosti naplnit snahu o bezpečí.

Pacient se sociální fobií se neustále obává, že se mu ostatní budou smát, odmítnou jej, budou si myslet, že je neschopný, trapný, opovržením hodný. Tato snaha o naplnění pocitu bezpečí může být „hnacím motorem“ pro pacienta se sociální fobií, který se snaží být ten nejlepší, na druhou stranu může vést k tomu, že se člověk nechce projevit, spíše se uzavírá, nenavazuje kontakty, není schopen povídat si, není schopen pracovat mezi lidmi, atp., a to paradoxně také právě z toho důvodu, že by chtěl být ostatními přijat, ale má velký strach, že tomu tak nebude. Tímto vyhýbáním se posiluje své přesvědčení o nebezpečnosti světa. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 1-64)

V interpersonálním vztahu sestra-pacient jsou podle Peplau (Plummer, Molzahn, 2009) podstatné role sestry, které tvoří jádro psychodynamické péče. Role se v průběhu ošetrovatelského procesu zpravidla proměňuje. Vztah sestra pacient probíhá ve 4 fázích:

(1) Orientace - při prvním setkání, vytváření terapeutického vztahu.

Pacient se se sestrou poprvé setkává. Zpravidla se stydí, protože ji nezná. Obavy z odmítnutí rozhodují o jeho vyhýbavém chování. Má problém s očním kontaktem, s dotazy, někdy má potíže se představit nebo cokoliv o sobě říci. Proto je sestra zpočátku aktivní, strukturuje interakci a používá zejména podpůrné strategie, tj. sama pokládá jednoduché otázky a pacienta chválí za odpovědi, vysvětluje mu, v jakém kontextu se jeho léčba bude dít, co se od něj očekává a opakovaně mu dává možnost,

aby se k tomu vyjadřoval. Jakoukoliv jeho slovní aktivitu povzbuzuje. (Praško a kol., 2001, s. 147 - 159)

(2) Identifikace - vzájemné ujasnění očekávání a představ, identifikace problémů, rozhodování o jejich řešení.

Sestra provádí psychoedukaci pacienta, vysvětluje mu, co se v léčbě bude dít, v čem mu může být nápomocná ona a v čem lékař nebo psycholog. Zároveň zjišťuje informace pro stanovení ošetrovatelské diagnózy. Ptá se pacienta, ve kterých konkrétních situacích se cítí nejistě, kterým se raději vyhne, a jak by si sám přál tyto situace zvládat. Sděluje, že pacientovi obavy budou vždy zvažovány a jednotlivé kroky budou společně naplánovány a v žádném případě nebude pacient nucen do toho, pro co se sám nerozhodne. (Praško, 2009, s. 34 -36)

(3) Využití - pacient využívá dostupné služby podle potřeb a možností, sestra ho podporuje s cílem maximálního zapojení do péče.

Ošetrovatelský proces se významně podílí na léčbě pacienta a záleží na erudici sestry, jak dalece se ošetrovatelský proces s vlastní léčbou prolíná. Moderní koncepce mluví

o týmové spolupráci při léčbě, kdy vzájemná podpora a prolínání terapeutického a ošetrovatelského procesu je samozřejmostí, protože pacient vnímá celou svoji léčbu jako jeden nedělený proces, ve kterém jednotliví profesionálové koordinovaně fungují pro jeho prospěch. V této fázi spočívá ošetrovatelská péče v tom, že sestra mimo jiné pacienta se sociální fobií podporuje v poznávání vlastních pocitů, myšlení, chování, s cílem jeho maximálního zapojení do péče o sebe. (Bjorklind, 2003).

(4) Ukončení - tenze je odstraněna – zaměření na nové cíle, pokud tenze trvá - péče pokračuje.

V průběhu celého ošetrovatelského procesu sestra monitoruje pacientův postup a pokrok. Pokud došlo k odstranění tenze v sociálních situacích a pacient se jim nevyhýbá, je čas pro vytvoření rozhovoru o dalším cíli, kterým je celkové zlepšení kvality života pacienta. V rozhovoru s pacientem získává popis dalších životních problémů (škola, rodina, volný čas) a diskutuje s pacientem jejich možné řešení, povzbuzuje jeho konstruktivní návrhy a posiluje jeho sebedůvěru. (Plummer, Molhahn, 2009). V této fázi vztahu je také součástí ošetrovatelské péče o pacienta spolupráce na

jeho plánu do budoucnosti. Sestra s pacientem plánuje cíle, kterých chce docílit, pomáhá s ním projít tzv. krabičku první záchrany, tedy kdyby přišly varovné příznaky úzkosti, aby byl schopen jim nějak efektivně čelit. (Nešpor, 2003, s. 24) Také do této fáze vztahu patří edukace, která patří v podstatě do všech výše uvedených procesů. Sestra i pacient zohledňují rizika. (Mičková, 2009, s. 44-45)

H. E. Peplau definuje různé role sestry, které se liší v různých fázích terapeutického interpersonálního vztahu. (Hrabe, 2005)

- **Role neznámé osoby** – první setkání s pacientem, úvodní etapa terapeutického vztahu.

Pro pacienta se sociální fobií je každý první kontakt s neznámou osobou obtížný, proto je důležitá citlivost k jeho prožívání a počáteční přiblížování má být jemné a nenásilné. Je to někdy obtížné, protože sestra má také za úkol koordinovat režim oddělení, ze kterého může mít pacient tendenci unikát, protože se bojí. Je na místě vyjádřit mu pochopení a pak jej posílit, aby zkusil vydržet a vysvětlit mu dlouhodobé benefity z toho, že se plně programu účastní. Je však jasné, že to pro něj jednoduché není. Proto je potřeba posílit každý byť minimální pokrok, který pacient udělá. Tato role klade důraz na sestru, aby přispěla k navázání dobrého vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem, který vede ke zlepšení a efektivitě ošetrovatelské péče, což vede k pocitu bezpečí, který je zejména v počátku léčby velmi důležitý. Důležité je navodit atmosféru bezpečí (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54 – 64). V této fázi je třeba spolupracovat i s rodinou. (Fričová, 2010, s. 34-36)

- **Role pomocnice** - sestra klade pacientovi konkrétní otázky a nabízí fundované odpovědi týkající se jeho problémů, vysvětluje, pomáhá pochopit příčiny jeho stavu a podstatu plánu léčby.

Tato role představuje pro pacienta základní oporu a skýtá mu bezpečí, ze kterého může dělat stále odvažnější kroky. Sestra je empatická, povzbuzující, posilující, pacienta edukuje, vysvětluje mu a taky radí. Pomocí řízeného objeovávání (otázky, které pacientovi pomáhají pochopit souvislosti) se pacient stále více orientuje v tom, co se s ním děje a jak to může zvládat (Praško, Vyskočilová, 2010, s. 54 – 64).

- **Role učitelky** - kombinace všech rolí, sestra vychází ze znalostí, co pacient ví a učí ho to, co neví a o co má zájem.

V této roli hraje v ošetrovatelském procesu nezastupitelnou roli psychoedukace a vedení pacienta, probírání jeho úspěchů a neúspěchů v jednotlivých krocích léčby. Sestra učí pacienta, aby si všímal i drobných úspěchů, přitom jej vede k tomu, aby je objevil sám, chválení je rovněž na místě, nicméně hlavním cílem je, aby pacient dokázal posilovat sám sebe a stával se samostatným. (Fričová 2010, s. 34 -36) Je velmi vítáno, když se pacient zajímá aktivně sám, sestra jej pak učí to, o co sám projevil zájem. (Holá, Ondrejka, 2009)

- **Role vůdce** - proces, ve kterém vede sestra pacienta ke splnění povinností s jeho aktivní účastí.

Sestra pobízí pacienta k odvaze ke krokům, které zatím neudělal, probírá jeho obavy z dalších expozic, může s ním nacvičovat některé sociální dovednosti, které pacient nemá ve svém repertoáru a pobízí jej k tomu, aby to, co se naučil, zkusil také mimo rámec terapie, v životě mimo léčbu. Sestra se také podílí na objektivním hodnocení jeho stavu a upozorňuje na to, co by bylo dobré ještě zvládnout. (Praško a kol., 2004, s. 58-65).

- **Role zástupce** - rozsah závisí na míře závislosti (závislý, částečně závislý, nezávislý) pacienta/klienta.

Pokud pacient ještě některé kroky nezvládá, může být za to například kritizován jinými pacienty (např. vyhýbá se některým aktivitám) a hrozí, že se stane „černou ovčí“ komunity, může sestra pacienta ochránit před skupinou či komunitou tím, že se souhlasem pacienta vysvětlí jeho prožívání ostatním. Tato role by měla být využívána jen zřídka a v nevyhnutelných situacích. Závislost pacienta závisí na jeho míře odvahy vstupovat, vystavovat se a zvládat expozice. Sestra z počátku pacienta při nácvičku expozic doprovází a zúčastňuje se jich. (Vinař, 2003, s. 7). Z pozice téhle role hrozí přenosové a protipřenosové reakce ve vztahu sestra – pacient. Proto i sestra by měla znát trochu sebe sama – sebereflektovat, součástí ošetrovatelského přístupu je pak i dovednost reagovat na přenosové chování pacienta. (Praško a kol., 2010, s. 16-25)

- **Role poradce** - nejdůležitější v psychiatrickém ošetrovatelství – reagování sestry na potřebu podpory pacienta.

Sestra pacienta doprovází v jeho krocích, které si pacient samostatně volí, ukazuje mu další možnou cestu, kterou však realizuje sám. (Praško, 2001, s. 147-159)

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo podat ucelené informace o sociální fobii a ošetřovatelské péči o pacienty s touto poruchou. Po prostudování vstupní literatury a relevantních článků publikovaných v odborných časopisech bylo zjištěno, že diagnóze Sociální fobie je v České republice věnována dostatečná pozornost. Velmi malá pozornost je však věnována ošetřovatelské péči pacientů se sociální fobií. Vzhledem k tomu, že terapie a ošetřovatelská péče je velmi úzce spjata a navzájem propojena, mají pacienti se sociální fobií možnost získat dostatek odpovídajících informací především z knižních zdrojů a z příruček pro pacienty se sociální fobií.

K prvnímu cíli byly shrnuty a předloženy poznatky o sociální fobii, o diagnóze jako takové, o její diagnostice a léčbě. Všichni autoři se shodli na tom, že příznaky tohoto onemocnění, především úzkost a strach, mohou u pacientů se sociální fobií vést až k úplné sociální izolaci. (Praško a kol., 2002, s. 6; 2005, s. 150-160; 2010, s. 54-64. Knopp, 2010, s. 35.; Papežová, 2006, s. 34-39.; Nešpor, 2011, s. 213-216) Důležitou roli v diagnostice sociální fobie už u praktického lékaře vidí Knopp (2010, s. 35). V cílech léčby Knopp (2010, s. 39) poukazuje na včasnost a správnost stanovené diagnózy, Praško (2005, s. 150-160) na odstranění vyhýbavého chování a snížení úzkosti, Hofmann (2007, s. 193-209) na zvládací strategie a Papežová (2006, s. 34) na kvalitní terapeutický vztah. Pokud jde o medikamentózní léčbu Praško i Knopp se v akutní fázi shodli v podávání anxiolytik (pouze krátkodobě z důvodu možného vzniku závislosti) a v podávání antidepresiv. (Praško, 2001, s. 147-159.; 2002, s. 6.; 2005, s. 150-160.; Knopp, 2010, s. 39) U všech autorů je zmiňována psychoterapie a KBT. Nejvíce se problematice sociální fobie v publikovaných článcích k tématu KBT věnuje profesor Praško. Honzák zdůrazňuje bio-psycho-sociální přístup k pacientovi, zejména poukazuje vliv mezilidských vztahů. (Honzák, 2011, s. 15-17)

V přehledu poznatků týkajících se druhého cíle tj. ošetřovatelské péče u pacienta se sociální fobií v rámci ošetřovatelské diagnózy, byly poznatky vyplývající z prostudované vstupní literatury, z informací popisovaných autory v kapitole první

a na základě získaných zkušeností z praxe na psychoterapeutickém oddělení aplikovány přímo do ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Internacionál.

Po prostudování ošetrovatelských modelů byl pro třetí cíl zvolen ošetrovatelský model H. E. Peplau, který patří mezi modely interpersonálních vztahů a následně definované role sestry v tomto vztahu dle autorky tvoří psychodynamické ošetrovatelství.

Dle autorky, bakalářská práce obsahuje ucelené a přehledné informace o poruše zvané sociální fobie. Bakalářská práce je shrnutím dostupných informací stran problematiky sociální fobie z hlediska diagnostiky, léčby a ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce pomohla autorce této práce lépe se zorientovat v problematice péče o pacienta se sociální fobií. Získané informace uplatní při práci na psychoterapeutickém oddělení. V současné době mají sestry možnost studovat postgraduální psychoterapeutický výcvik akreditovaný Českou psychoterapeutickou společností, Českou psychiatrickou společností a Asociací klinických psychologů.

LITERATURA A PRAMENY

- BEZVODOVÁ, Šárka. *Praktické využití relaxačních a imaginativních technik*. Přednáška. [online] 2012 [cit. 2012-01-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.psychologie-bezvodova.cz/texty/prakticke-vyuziti-relaxacnich-a-imaginativnich-technik/>>
- BJORKLIND P: *The certified psychiatric nurse practitioner: advanced practice psychiatric nursing reclaimed*. Arch Psychiatr Nurs 2003; 17(2):77-87. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12701085>>
- BREWIN CR, WHEATLEY J, PATEL T, FEARON P, HACKMANN A, WELLS A, FISHER P, MYERS S: *Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories*. Behav Res Ther. 2009; 47(7): 569-576. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19345934>>
- BUTLER, G., HACKMANN, A. *Social anxiety*. In BENNETT-LEWY, J., et al. (Eds), *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford : Oxford University Press, 2004, p. 141–159. (sborník)
- ČILLÍK, Michal. *Úzkostné poruchy v praxi ambulantního lékaře nepsychiatra*. Practicus. 2005, roč. 4, č.7, s. 261-265. ISSN 1213-8711 [online]. Praha: SVL ČLS JEP, [cit. 2012-01-04]. Dostupné na WWW: <<http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus05-08.pdf>>
- DAŇKOVÁ, Milena. *Asertivita – a jak ji zvládnout*. Sestra. 2007, roč. 17, č. 2, s. 19. ISSN 1210-0404 [online]. Praha: Mladá fronta a.s., [cit. 2012-01-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/asertivita-a-jak-ji-zvladnout-291134>>

- DOBROVODOVÁ, Alžbeta. *Kde končí terapie a kde začíná život?* 4. Slovenská konferenci KBT, materiály a prezentace z 28.5.2011 [online]. [cit. 2012-01-10]. Dostupné na WWW:< <http://www.kbt.sk/materialy/materialy-z-konferencii-kbt/4slovenska-konferencia-kbt.html>
- DROBNÁ, Terézia, a PEČEŇÁK, Ján. *Použití standardizovaných posudzovacích stupnic v ošetrovateľskom procese v psychiatrii*. Česká a slovenská psychiatrie. 2008, roč. 104, č. 8, s. 398-404. ISSN 1212-0383 [online]. Praha: Galén., [cit. 2012-01-04]. Dostupné na WWW:<http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_8_398_404.pdf
- FRIČOVÁ, Silvia. *Význam možnosti využiti edukace v psychiatrickém ošetrovatelství*. Sestra. 2010, roč. 20, č. 3, s. 34-36. ISSN 1210-0404 [online]. Praha: Mladá fronta a.s., [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyznam-a-moznosti-vyuziti-edukace-v-psychiatrikem-osetrovatelstvi-450436>
- HACKMANN, A., CLARK, DM., McMANUS, F. Recurrent images and early memories in social phobia. Behaviour Research and Therapy 2000, 38, p. 601–610. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10846808>
- HOFMANN SG.: *Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications*. Cogn Behav Ther. 2007;36(4):193-209. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18049945>
- HOLLÁ, G, a ONDREJKA, I. *Postupy KBT a vplyv osobnosti pacienta na efekt léčby*. 3. Slovenská konferenci KBT, materiály a prezentace z 14.6.2009 [online]. [cit. 2012-01-10]. Dostupné na WWW:<<http://www.kbt.sk/materialy/materialy-z-konferencii-kbt/3slovenska-konferencia-kbt.html>
- HONZÁK, Radkin. *Psychosomatická medicína dnes*. Practicus. 2011, roč. 10, č.1, s. 15-17. ISSN 1213-8711 [online]. Praha: SVL ČLS JEP, [cit. 2012-01-10]. Dostupné na WWW:<<http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/Practicus2011-01.pdf>

- HRABE DP: *Peplau in cyberspace: an analysis of Peplau's interpersonal relation theory and computer-mediated communication*. Issues Ment Health Nurs 2005; 26(4):397-414. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020056>
- INOUE, K.: *Cognitive-behavioral therapy for treatment of social anxiety disorder*. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2006;108(7):760-5. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16999340>
- KELLOGG SH, YOUNG JE.: *Schema therapy for borderline personality disorder*. J Clin Psychol. 2006 Apr;62(4):445-58. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16470629>
- KNOPP, Jan. *Úzkostný pacient v ambulanci praktického lékaře*. 1.část Practicus. 2010, roč. 9, č.1, s. 35-39. ISSN 1213-8711 [online]. Praha: SVL ČLS JEP, [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW: <<http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus2010-01.pdf>
- KNOPP, Jan. *Úzkostný pacient v ambulanci praktického lékaře*. 2.část Practicus. 2010, roč. 9, č.2, s. 12-14. ISSN 1213-8711 [online]. Praha: SVL ČLS JEP, [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW: < <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus2010-02.pdf>
- KOSOVÁ, Jiřina. *Farmakoterapie a psychoterapie úzkostných poruch*. Psychiatrie pro praxi. 2005, roč. 6, č. 6, s. 285-288. ISSN 1213-0508; Praha: Solen, s. r. o.
- KOSOVÁ, Jiřina. *Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení*. Psychiatrie pro praxi. 2010, roč. 11, č. 1, s. 11-14. ISSN 1213-0508 Praha: Solen, s. r. o.
- KULHÁNKOVÁ, Eva. *Relaxací ke zdraví a dobré náledě*. Aura. 2005, č. 156, s. 21-24. [online]. Praha: Společnost „E“ [cit. 2012-03-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.spolecnost-e.cz/media/tiskoviny/aura/aura156.pdf>
- MARKS I.: *Controlled trial of psychiatric nurse therapists in primary care*. Med J (Clin Res Ed). 1985 Apr 20;290(6476):1181-4. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3921146>

- MCCARTHY CT, AQUINO-RUSSELL C: *A comparison of two nursing theories in practice: Peplau and Parse*. Nurs Sci Q: 2009; 22(1):34-40. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19176858>
- MELFSEN S, KÜHNEMUND M, SCHWIEGER J, WARNKE A, STADLER C, POUSTKA F, STANGIER U.: *Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2011 Feb 28;5(1):5. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21356037>
- MERRITT MK, PROCTER N: *Conceptualization the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory*. Contermp Nurse 2010; 34(2):158-166. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20509800>
- MÍČKOVÁ, Iveta. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. Sestra. 2009, roč. 19, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404 [online]. Praha: Mladá fronta a.s., [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-osetrovatelskeho-procesu-448627>
- NEŠPOR, Karel. *Zvládání bolesti u závislých pacientů*. Bolest. 2003, roč. 6, č. 1, s. 24-39. ISSN 1212-0634 [online]. Praha: TIGIS spol. s.r.o. [cit. 2012-03-12]. Dostupné na WWW: <http://www.tigis.cz/casopisy/prolekare/bolest/itemlist/category/429-c_1-2003.html
- NEŠPOR, Karel. *Pozitivní emoce, smích, laskavost a klinická medicína*. Praktický lékař. 2011, roč. 91, č. 4, s. 213-215. ISSN 0032-6739 [online]. Praha: MeDitorial, s.r.o. [cit. 2012-01-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/pozitivni-emoce-smich-laskavost-a-klinicka-medicina-35015?search=pozitivn%C3%AD+emoce%2C+sm%C3%ADch%2C+laskavost+a+klinick%C3%A1+medic>
- NEŠPOR, Karel. *Co uvolnit a proč? Relaxace jako prevence a léčba nemoci*. Practicus. 2012, roč. 11, č. 2, s. 11-12. ISSN 1213-8711 [online]. Praha: SVL ČLS JEP s.r.o. [cit. 2012-01-12]. Dostupné na WWW: < <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>

- NOVÁK, Tomáš. *Asertivita – vlídnost a laskavost se nevylučují*. Sestra. 2010, roč. 20, č. 1, s. 30-32. ISSN 1210-0404 [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2012-01-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/asertivita-vlidnost-a-laskavost-se-nevylucuji-449155>
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Úzkostné poruchy*. Postgraduální medicína. 2006, roč. 8, č.5, s. 34-39. ISSN: 1212-4184 [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2012-01-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/uzkostne-poruchy-272927>
- PLUMMER M, MOLZAHN AE: *Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis*. Nurs Sci Q 2009; 22(2):134-140. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342712>
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Postgraduální medicína. 2001, roč. 3, č. 2, s. 147-159. ISSN 1212-4184 [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/archiv/postgradualni-medicina/keyword-articles?page=3>
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Turkyň. Doporučené postupy pro praktické lékaře MZ ČR 5390 – 3. Copyright 2002, ČLPS JEP. Dostupné na WWW: < <http://www.cls.cz/dokumenty2/resitele/t303.rtf>
- PRAŠKO, Ján, a PRAŠKOVÁ, Hana. *Psychoterapie úzkostných poruch*. Psychiatrie. 2005, Roč. 9, č. 2, s. 150-160. ISSN: 1211-7579
- PRAŠKO, Jan.: *Sociální fobie*. In: Cesta k modernímu ošetřovatelství X. ročník, sborník příspěvků z konference. Praha, FN Motol 2009, s. 34-36. Konference: Cesta k modernímu ošetřovatelství X. ročník, 18.-19. 9. 2009 FN Motol.
- PRAŠKO, Ján, a LAŇKOVÁ, Jaroslava. *Úzkostné poruchy*. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2006, 14 s. ISBN 80-86998-05-03 Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW: < http://svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Uzkostne-poruchy.pdf
- PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana, a HOUBOVÁ, Petra a kol. *Kognitivně behaviorální terapie sociální fobie*. Česká a slovenská psychiatrie, 2004, roč. 100 (Suppl.) s. 58 – 65. ISSN 1212-0383 Praha: Galén

- PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana, a PRAŠKOVÁ, Jana. *Sociální fobie a její léčba*. Příručka pro lidi se sociální fobií. 2008, 64 s. Praha: Galén, 2008, 64 s. ISBN 978-80-7262-580-2 (brož.)
- PRAŠKO, Ján, a VYSKOČILOVÁ, Jana. *Sociální fobie a její léčba*. Postgraduální medicína. 2010, roč. 12, příl. 3, s. 54 – 64. ISSN: 1212-4184 [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/socialni-fobie-a-jejilecba-454150>
- PRAŠKO, Ján, a VYSKOČILOVÁ, Jana. *Sociální fobie*. Postgraduální medicína. 2010, roč. 12, příl. 3, s. 16-25. ISSN: 1212-4184 [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/socialni-fobie-a-jejilecba-454150>
- PTÁČEK, Radek, a KUŽELOVÁ, Hana. *Strach a úzkost jako pavouk*. Zdravotnické noviny. 01/2011, ISSN 1214-7664 [online]. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 2012-01-02]. Dostupné na WWW:< <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientskelisty/strach-a-uzkost-jsou-jako-pavouk-457526>
- RAPEE RM, ABBOTT MJ.: *Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia*. Behav Res Ther. 2007 Dec;45(12):2977-89. Epub 2007 Aug 11. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850761>
- STOCKMANN C: *A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau*. Issues Ment Health Nurs 2005; 26 (9):911-919. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16203645>
- SCHNEIER, FR., LIEBOWITZ, MR., ABI-DARGHAM, A., et al. *Low dopamine D2 binding potencial in social phobia*. Am J Psychiatry, 2000, 157, p. 457–459. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10698826>
- ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina. *NANDA-taxonomie II*. Sestra. 2009, roč. 19, č. 11, s. 20-21. ISSN 1210-0404 [online]. Praha: Mladá fronta a.s., [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>

- TÝFA, Petr. *Autogenní trénink – relaxací k duševnímu zdraví*. oXy Online s.r.o.. 2006, ISSN 1801-6634 [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné na WWW: < http://www.relaxuj.cz/art_doc-E9143767A9A3437FC12573B8002C8844.html
- VINAŘ, Oldřich. *Sociální fobie*. Practicus. 2003, roč. 2, č.5, s. 5-7. ISSN 1213-8711 [online]. Praha: SVL ČLS JEP [cit. 2012-03-02]. Dostupné na WWW: < <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>
- VYSKOČÍLOVÁ, Jana a kol. *Is there any influence of personality disorder on the short term intensive group cognitive behavioral therapy of social phobia?* Biomedical papers. 2011, roč. 155, č. 1, s. 85-94. ISSN: 1213-8118 [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21475384>
- WEIMEROVÁ, Monika. *Autogenní trénink – návod ke cvičení*. 2011 [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné na WWW: < <http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/autogenni-trenink>
- WILD J, CLARK DM.: *Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia*. Cogn Behav Pract. 2011 Nov;18(4):433-443. [online] [cit. 2012-16-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298942>