

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Oddělení praxe

## **Bakalářská práce**

### **Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou**

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Autor práce: Kateřina Polachová

Studijní obor: Sociální a charitativní obor

Ročník: III.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracoval(a) pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Datum:

Podpis studenta

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové, Ph.D. za cenné rady, připomínky, konzultace a za metodické vedení práce. Dále chci poděkovat pracovníkům v Alzheimer centru Domov Matky Vojtěchy a Edenu v Prachaticích, kteří se podíleli na vyplnění dotazníků. Nejvíce chci poděkovat také své mamince, která pomohla kdykoli, kdy jsem ji požádala.

## Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část.....	6
1. Alzheimerova choroba.....	6
1.1. Charakteristika Alzheimerovy choroby.....	6
1.2. Stadia nemoci.....	8
1.3. Rizikové faktory.....	12
1.4. Důsledky pro život.....	13
2. Komunikace.....	13
2.1. Rozdělení komunikace.....	15
2.1.1. Verbální komunikace.....	15
2.1.2. Neverbální komunikace.....	15
2.2. Komunikace ve fázích Alzheimerovy choroby.....	17
2.3. Specifika v komunikaci s lidmi s Alzheimerovou chorobou.....	19
2.3.1. Bariéry v komunikaci s lidmi s ACH.....	20
2.4. Problematické situace v komunikaci.....	21
Praktická část.....	22
3. Cíle práce a otázky.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
3.1. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
3.2. Hypotézy.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
3.3. Výzkumné otázky.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
4. Metodika výzkumu.....	22
4.1. Metody získávání dat.....	22
4.2. Cíle práce a otázky.....	23
4.2.1. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky.....	23
4.2.2. Hypotézy.....	23
4.2.3. Výzkumné otázky.....	24
5. Výsledky šetření.....	24
Závěr.....	38
Seznam použité literatury.....	39
Přílohy.....	40
Abstrakt.....	43
Slovník.....	45

## Úvod

Téma mé bakalářské práce je sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou<sup>1</sup>. Měla jsem možnost být s těmito lidmi v kontaktu v rámci praxe a brigády. Velmi mě zasáhl pohled na tyto lidi, jak jim onemocnění bere část jich samotných, a proto jsem se rozhodla se práci s těmito lidmi více věnovat. V dnešní době je to často diskutované téma, které je v sociální oblasti problematické, jelikož lidí s touto chorobou stále přibývá a není to záležitost jen důchodového věku. Toto onemocnění se vyskytuje u mužů i žen a je jen částečně geneticky podmíněno. Z určité části se na vývoji Alzheimerovy choroby podepisují vnější podmínky života a hlavně stresy. Toto onemocnění začíná velmi nenápadně a jeho postup je progresivní a končí fatálně. Jde o postižení mnoha funkcí mozkové kůry, jak kognitivních, tak behaviorálních. Mezi ně se řadí poruchy paměti, komunikace, orientace v čase a prostoru, osobnosti a emoční sféry. Proto je tak důležité se lidem s tímto onemocněním věnovat, a zmírnit rychlost jeho postupu. Současně zachovat alespoň částečně kognitivní funkce a tím i lidskou důstojnost.

Cílem mé práce je přiblížit komunikaci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách s lidmi s Alzheimerovou chorobou včetně problémů, které ji doprovázejí. Využiji při tom kvantitativní přístup a metodou dotazování se budu snažit zformulovat hypotézu, zda a jak moc záleží na komunikaci při sociální práci s lidmi s ACH.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se nejdříve budu zabývat charakteristikou ACH. Dále jejími stadii. Následně se zaměřím na rizikové faktory a s tím spojenými důsledky pro život. Potom obecně popíši specifika komunikace.

V praktické části se budu zabývat kvantitativním výzkumem, který se snaží objasnit mé hypotézy ohledně komunikace při sociální práci s lidmi s ACH za pomoci dotazníků.

V této práci se opírám o odbornou literaturu spisovatelů: Pidrmana, Zvěřové, Holmerové a Pokorné.

---

<sup>1</sup> Dále jen ACH

## Teoretická část

### 1. Alzheimerova choroba

Mnoho lidí ví, co znamená Alzheimerova choroba, ale už netuší, čím vším je způsobena, jak se léčí či jaký má vliv na jednotlivce i celou společnost. Alzheimerova choroba (dále jen ACH) se může vyskytnout u jakéhokoli jedince. Dnes postihuje nejenom staré lidi ale i lidi mladší 60 let. ACH je nenápadná, ale velmi zrádná. Může se u člověka formovat po dobu několika let, než se projeví.

ACH narušuje jak kognitivní (poznávací) funkce, tak i behaviorální (chování). Nemocný má obtíže s pamětí, pozorností, řečí, rychlostí vstřebávání informací nebo také prostorovou orientací. Všechny tyto obtíže řadíme do funkcí kognitivních. Mezi behaviorální obtíže patří poruchy chování, například deprese, agrese, agitace, vznětlivost, apatie apod.

„ACH je ze všech demencí nejčastější. Představuje v čisté podobě alespoň 50 % všech demencí.“<sup>2</sup>

Čtvrtou nejčastější příčinou smrti s prevalencí 1 % populace je ACH. Každoročně přibývá 7.7 milionu nových případů celosvětově, tzn., že každé 4 sekundy přibude 1 člověk s tímto onemocněním. Každý 5. – 8. člověk ve věku nad 60 let trpí demencí, vede k invaliditě seniorů a k závislosti na jejich okolí.<sup>3</sup>

#### 1.1. Charakteristika Alzheimerovy choroby

Typický pro ACH je pomalý začátek, který se vyvíjí pomalu a trvale progreduje. Díky tomu si okolí velmi často nevšimne prvních projevů. Mezi první příznaky se řadí poruchy paměti, drobné změny osobnosti, chování, zvyků a návyků. Nakonec dochází k rozpadu osobnosti a trvalé závislosti nemocného na svém okolí. ACH narušuje dlouholeté vazby a vztahy.

---

<sup>2</sup> JIRÁK, R., *Demence a její jiné poruchy paměti*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, ISBN 978-80-247-2454-6, s.29.

<sup>3</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 16 – 17.

Mezi hlavní příznaky ACH patří ztráta paměti, úzce s ní spojená ztráta orientace, jak v čase, tak v prostoru, dále je to komunikace, kterou se budu zabývat samostatně v jiné kapitole a nakonec narušení osobnosti a emoční sféry člověka.

Není výjimkou, že příznaky se bude jedinec snažit zakrývat. Na to nesmíme zapomínat.

Nejznámějším příznakem je ztráta paměti. Bohužel první příznaky ztráty paměti nelze tak dobře rozpoznat, jelikož nemocný si jej nechce připouštět a tak se je snaží skrývat. „První potíže s pamětí může nemocný maskovat: vyhýbá se situacím či slovům, kde tuší, že by mohl selhat. Slova pak opisuje, poruchy paměti například retušuje košatým vyprávěním o věcech zdánlivě souvisejících.“<sup>4</sup>

Ze začátku poruchy paměti je postižena krátkodobá (recentní) paměť. Nemocný si není schopen vybavit to, co bylo před chvílí řečeno, začíná ztrácet věci nebo se opakuje.<sup>5</sup>

Následuje porucha vstřípivosti (pamatování si nového), která je porušena nejvíc. Nejdéle se zachovává dlouhodobá paměť. V pokročilých stádiích se někdy mohou objevit konfabulace, neboli zkreslování vzpomínek, které vypadá jako lhaní, ale není tomu tak. Jsou to takové poruchy, kdy je výpadek paměti zaplněn myšlenkou, která je nepravdivá. Fakt, kterým tento výpadek paměti nemocný zaplnil, však okamžitě zapomíná.<sup>6</sup>

Časnými známkami poruchy paměti jsou zapomínání jmen či schůzek. Zřejmý projev choroby začíná zapomínáním obličejů, nedávných událostí nebo nedodržení času jakékoli schůzky. A pozdní známkou ACH u paměti je nepoznání členů rodiny a pamatování si dávné minulosti.

Následující příznak jde ruku v ruce s předešlým, jelikož díky ztrátě paměti daleko hůře vykonáváme běžné činnosti. Jsou to problémy v orientaci, jak časové, tak i místní. Nemocný velmi rychle zapomíná, že se nachází v Alzheimer centru. Myslí si, že je to jen přechodné a že bude brzy doma. Často se stává, že nemocný chce odejít ze zařízení domů, kde už dávno nebydlí, a proto je většina těchto center uzamčená, aby se zamezilo nekontrolovatelným odchodům a blouděním klientů po okolí. Nemocní mají k dispozici jen třeba zahradu v prostoru zařízení, nebo mohou na vycházky ze zařízení jen v doprovodu pracovníků v sociálních službách. Nemocný nejenom že zapomíná místo, kde se nachází, ale také

---

<sup>4</sup> PIDRMAN V., *Demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1490-5, s. 39.

<sup>5</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 70.

<sup>6</sup> Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, s. 37.

zapomíná i na čas, tedy v jaké době se ocitá, jelikož mu ztráta paměti nechala jen vzpomínky na dávnou minulost.

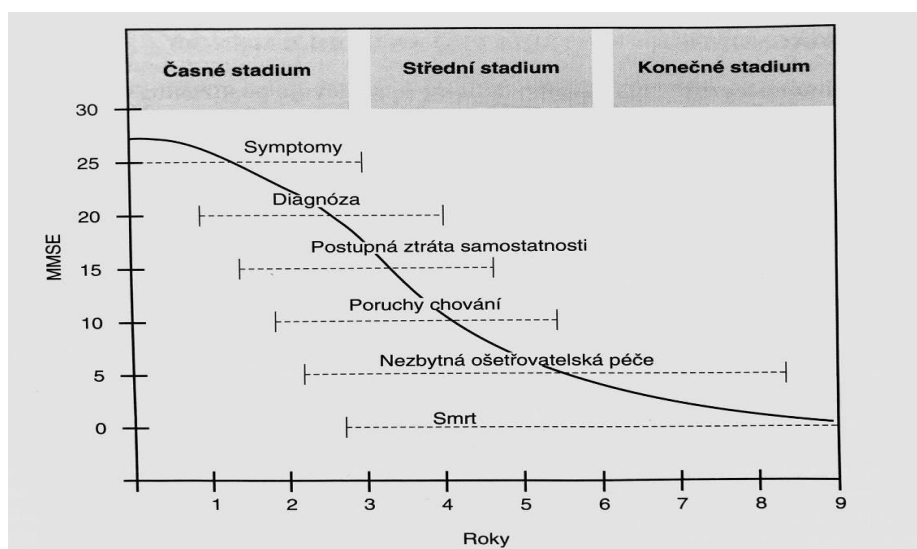
Velmi zatěžovanou stránkou nemocného je i jeho osobnost a emoční sféra. Člověk se začíná od ostatních izolovat a hledí převážně sám na sebe, než na ostatní. Lidé s ACH jsou velmi emočně a osobnostně oslabeni či labilní, a proto to nesmíme brát na lehkou váhu a tyto signály nepřehlížet.

U lidí, které postihne ACH, se ze začátku postižení emočního centra mohou objevit deprese nebo i mánie. Dále se mohou objevit i paranoidní syndromy. Halucinatorní symptomy, které se objevují méně často, bývají přechodné, stejně jako bludy.<sup>7</sup>

Velmi brzo se mění osobnost nemocného, může se objevit egocentrismus, egoismus, podezřavost nebo nemocní přestávají o sebe pečovat, jelikož jsou narušeny jak etické, tak estetické hodnoty člověka. Nadále mohou nemocní ztrácet motivaci či zájem o dřívější aktivity.<sup>8</sup> Nemocný nebude pořád takový, jako byl na začátku.

## 1.2. Stadia nemoci

„ACH je primárním onemocněním šedé kůry mozkové. Schematicky její průběh zachycuje následující graf. V průměru onemocnění trvá 9 let (rozmezí 2-12 let), má tři stadia: časné (mírné), střední a těžké (hluboké).“<sup>9</sup>



Průběh choroby lze zhruba rozdělit na mírné, střední a těžké stadium.

<sup>7</sup> Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, s. 35.

<sup>8</sup> Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, s. 37.

<sup>9</sup> PIDRMAN, V., *Demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1490-5, s. 34.



- V mírném stadiu onemocnění dochází k poruchám kognitivních funkcí. Postižená je zezáчатку paměť. Dochází k narušení denních aktivit života, zejména k těm složitějším, jako je například udržení pozornosti. Na začátku selhává vykonávání složitějších činností a to zejména těch profesních.<sup>10</sup>

„První symptom, který můžeme pozorovat v mírném stadiu Alzheimerovy nemoci, je výpadek paměti. Zbytek mozku však pracuje normálně, člověk se normálně pohybuje, cítí, vidí, slyší a je schopen vstřebávat informace. Úsudek, logické myšlení a sociální schopnost jsou zcela normální, nemocný je schopen si vytvořit náhradní způsoby, jak se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat. V tomto počátečním stadiu nemoci si proto obvykle nikdo problém neuvědomuje – vzhledem k vytvořeným kompenzačním prostředkům se člověk jeví normálně a nevyhledává lékaře. Jak Alzheimerova nemoc postupuje, poškození se posouvá z hippokampu do spánkového laloku a dochází k tomu, že člověk má potíže porozumět slovu či najít správný výraz. V mírném stadiu je třeba se soustředit na schopnosti, dovednosti a vlohy, které zůstávají nedotčené a které je možné používat a posilovat.“<sup>11</sup>

- Ve středním stadiu dochází k dalšímu prohlubování poruch kognitivních funkcí. Dochází k rychlému pokroku poruch denních aktivit, například obsluha domácích přístrojů jako je telefon, pračka, televize apod. Nemocný také nemusí správně hospodařit se svými finančními prostředky. Často se objevuje v tomto stadiu příznak behaviorální a psychologický či porucha chování, ale nikoli to není u všech.<sup>12</sup>

Postupem Alzheimerovy nemoci dochází ke ztrátě schopností koordinovat zrakové vjemy, zvuky, a pocity těla. Dochází ke ztrátám, přesto zůstává dost schopností, například úsudek, sociální dovednosti a schopnost vykonávat některé komplexní úlohy. Pracovník v sociálních službách by se měl zaměřit na posilování těchto funkcí, které zůstávají ještě nepoškozené.

Další obtíž ve středním stadiu má nemocný se samostatností se oblékat. Není schopen se zorientovat v prostoru či používat některé předměty. Nemocný má také někdy problém o něco požádat například i o pomoc, protože Alzheimerova choroba poškodila v mozku oblast řeči. Dále může mít také potíže se řízením vozidla, jelikož reakce jsou již velmi zpomalené a

---

<sup>10</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 69 – 72.

<sup>11</sup> CALLONE, P., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-2320-4, s. 43 – 44.

<sup>12</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 69 – 70.

nemocný špatně koordinuje zrakové a sluchové vjemy z okolí spolu s reakcemi při ovládní volantu a pedálu. V tomto stadiu nemocní většinou přicházejí k lékaři.<sup>13</sup>

Ve středním stadiu (pokročilém) dochází k behaviorálním a psychologickým poruchám, které narušují život nemocného. Následuje krátké vysvětlení těchto poruch. „Behaviorální a psychologické poruchy (*behavioural and psychological symptoms of dementia* – BPSD) je široký pojem, do kterého zahrnujeme poruchy chování, které mohou mít různou podobu včetně agresivních projevů (verbálních nebo brachiálních). Řadíme sem například agitovanost, neustálé naříkání nebo vykřikování, bezdůvodné a neúčelné opouštění bytu, nevhodné upoutávání pozornosti, bezúčelné provádění různých úkonů, vulgarity, klení a napadání nejbližších osob. Viz přehled níže.“<sup>14</sup>

Pečovatelé hodnotí BPSD jako nejhůře zvladatelné příznaky demence. K rozpadu (dezintegraci) osobnosti dochází v pokročilých fázích onemocnění. Je zcela přerušena plynulost vývoje osobnosti, kde vymizely předchozí zájmy a citové vztahy. Myšlení je roztržité.<sup>15</sup>

„Behaviorální a psychologické poruchy vyskytující se u nemocných postižených demencí – přehled:

- Toulání se (po domě/bytě, mimo dům/byt...);
- Agresivita (verbální, brachiální);
- Poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie,...);
- Apatie;
- Agitace;
- Disinhibice – sexuální disinhibice;
- Vokalizace – sténání, křik;
- Afektivní poruchy;
- Psychotické poruchy: halucinace, iluze, bludy, misinterpretace.“<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Srov. CALLONE, P., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, s. 60.

<sup>14</sup> ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2017, ISBN 978-80-271-0561-8, s. 71.

<sup>15</sup> Srov. tamtéž, s. 71.

<sup>16</sup> ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2017, ISBN 978-80-271-0561-8s. 71 – 72.

Ve středním a těžkém stadiu ACH nemocní nejsou schopni bazálních aktivit, jako je například oblékání, dodržování osobní hygieny, pomoc při jídle. Nemocní se stávají inkontinentními.<sup>17</sup>

Ve středním a těžkém stadiu ACH se poměrně často setkáváme s vizuální halucinací nebo iluzí. Bludy (typický je blud okrádanosti) bývají většinou s proměnlivým charakterem. Někdy se může objevit i Capgrassův misinterpretační syndrom. Jde o poruchu, často ve spojení s bludy. Typickým příkladem je iluze dvojníka, nejčastěji člena rodiny, případně sebe samého. Nemocný sám sebe nebo blízkého příbuzného vidí jako někoho cizího, kdo mu má škodit, ublížit.<sup>18</sup>

- V těžkém stadiu vlivem masivního úbytku kognitivních funkcí dochází k tomu, že pacienti často nepoznávají své nejbližší příbuzné ani své okolí. Také dochází k časoprostorové dezorientaci. Nemocí se tak stávají závislými na okolní péči.<sup>19</sup>

V těžkém stadiu nemoci se díky poškození čelního mozkového laloku nemocný přestává ovládat a přestává přiměřeně jednat. V tomto stadiu se o pacienta nedá pečovat doma. Nemocný ztrácí schopnost logického uvažování a úsudku či sociálních dovedností. Nemocný začíná nepřiměřeně a nevhodně jednat s okolím. V tomto stadiu se člověk může chovat různě, například být násilný, vzteklý, apatický a nepohyblivý. Vyvolat agresi může i například pomoc s oblékáním, kdy může dojít i ke zranění ošetřujícího nebo nemocného. V konečném stadiu ACH je poškozená motorická činnost a zrak. Proto se někomu může zdát, že v pečovatelských domech lidé jen pomalu přechází sem a tam. V závěrečném stadiu nemoci dochází k poškození téměř všech částí mozku a člověk je upoután jen na lůžko.<sup>20</sup>

V těžkém stadiu nemoci se člověk stává více introvertní, kdy má tendence se vyhýbat všem společenským kontaktům, vytrácí se i pocit sebe sama. Mezi další příznaky se řadí zvýšení spánku a inkontinence.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 72.

<sup>18</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 72.

<sup>19</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 71 -72.

<sup>20</sup> Srov. CALLONE, P., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, s. 78 – 79.

<sup>21</sup> Srov. CALLONE, P., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, s. 82.

Díky dělení nám vzniká návod na stanovení postupu péče v jednotlivých fázích. Umožňuje nám chránit lidskou důstojnost a maximální využití možností. Řada dovedností zůstává stále funkčních, i když postupem času člověk většinu z nich ztrácí.<sup>22</sup>

### 1.3. Rizikové faktory

Ve své práci jsem se výše věnovala příznakům ACH, které měly upozornit, že se s nemocnými něco děje. Na vzniku ACH se také podílí nejenom příznaky, ale i rizikové faktory, kterým se budu věnovat níže.

Při vzniku ACH se podílí rizikové faktory. Hlavní rizikový faktor pro vznik ACH je vysoký věk. Dalším rizikovým faktorem je gentika. Zajímavostí je, že ACH postihuje častěji ženy, než muže. Také u lidí s vyšším podílem stresu (například v zaměstnání) se ACH objevuje častěji.

Z nejvýznamnějších rizikových faktorů je věk. Ve věku nad 65 let dochází ke zdvojnásobení případů každých 5 let. Zvýšení rizika 3x až 4x závisí na rodinné anamnéze, a to ve věku nad 80 let.<sup>23</sup>

Další rizikový faktor pro vznik ACH je výskyt v rodině nebo výskyt Downova syndromu v rodině. Dále Zvěřová popisuje rizikové faktory, které jsou částečně ovlivnitelné a patří ke střednímu až pozdnímu věku. Jsou jimi obezita, diabetes, hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu, také kouření, nadměrná konzumace alkoholu či opakované úrazy hlavy. Také smrt rodičů v dětství je spjata s vyšším rizikem výskytu ACH.<sup>24</sup>

Mezi další možné rizikové faktory patří podle posledních (zatím nepotvrzených) výzkumů i tzv. perinatální faktory jako je porodní váha, počet sourozenců, pořadí narození apod. a také faktory, ovlivňující růst a vývoj mozku v raném dětství. Výsledky probíhajících studií naznačují, že ti jedinci, kteří mají větší lebku a delší nohy, mají v pozdním věku nižší pravděpodobnost výskytu demence.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, s. 29.

<sup>23</sup> Srov. PIDRMAN, V., *Demence*, s. 41.

<sup>24</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 23.

<sup>25</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 23.

## 1.4. Důsledky pro život

Je velmi obtížné se zaměřit na důsledky ACH. Lidé, které ACH postihne o tom na začátku ani neví, ani netuší, že se jich tato zákeřná nemoc zmocnila, a proto je těžké si jen představit, jaký důsledek to pro ně může mít.

Nemocný si ze začátku přestává pamatovat například aktivity, které vykonával ten samý den ráno nebo i den předtím. Postupem času si přestává pamatovat tváře a jména či události konající se v minulých měsících nebo posledních pár letech. Ke konci už si pamatuje jen své dětství a mládí, bohužel už si přestává pamatovat příbuzné nebo i členy rodiny. Stále musíme mít na paměti, že nástup ACH je málo znatelný a každý ji pociťuje individuálně. ACH postupuje vlastní rychlostí a tempem a u každého může být jiný. Důsledkem toho je množství různých patologických příznaků.

Důsledek je v tom, že lidé trpící touto poruchou nejsou soběstační a potřebují pomoc z vnější, od okolí či rodiny. Nemocnému převrátí celý život naruby. ACH se bohužel nedá vyléčit, jen se může zpomalit její průběh o pár let díky práci sociálních pracovníků a pečovatelů či rodinných příslušníků. Pečovatel by se měl vždy soustředit na to, co ještě z mozkových funkcí zbylo.

Díky dobré práci a léčbě pečovatelů v sociálních službách je možné období ACH, které trvá v průměru 7 – 10 let, prodloužit i o několik let, jelikož ACH je základní příčinou smrti.<sup>26</sup>

## 2. Komunikace

Díky ACH a poruše paměti s ní spojené se velmi ovlivňuje i komunikace mezi pracovníkem a klientem. Lidé s ACH vyžadují specifický přístup v oblasti komunikace. Komunikace mezi pacientem a sociálním pracovníkem či pracovníkem v sociálních službách je dobrým základem vztahu mezi nimi. Pomocí komunikace si předáváme informace, pocity nebo city mezi sebou. Je to cestou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Postupem času u pacienta s ACH komunikační schopnosti uvadají, a proto se v sociální péči na ni klade určitý důraz, aby klient měl co nejdéle pocit toho, že žije, a proto se k nim přistupuje také

---

<sup>26</sup> Srov. ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, s. 70.

s úctou a pokorou. Komunikace je pro klienta s ACH druh kontaktu s okolním světem, aby nebyl sám (sociální izolaci).

Komunikace také znamená být v kontaktu s okolním světem. V jistých chvílích není nutné používat verbální komunikaci, ale stačí třeba letmý pohled, dotek ruky, úsměv, pohyb těla a tím vznikne na chvíli příjemné souznění neverbální komunikace.<sup>27</sup>

„Opravdová komunikace není pouhá fyzická blízkost, ani výměna informací nebo myšlenek. Je v tom něco jiného: Je to přítomnost mého „já“.“<sup>28</sup>

Komunikovat znamená přijímat signály, interpretovat je a vysílat je. Naše potřeba komunikovat je jednou z nejdůležitějších potřeb života. Žít znamená komunikovat a nekomunikovat znamená umřít. Úspěch komunikace je závislý na mnoha faktorech. Patří k nim především volba slov a vnímání komunikačního partnera. Neomezujeme se pouze na slova, ale je dobré sledovat i neverbální projevy a tón řeči, protože jenom tak poznáme, jestli komunikace probíhá správným směrem. Všechny informace vnímáme prostřednictvím smyslů (zrak, sluch, čich, hmat, chuť). Všechny smyslové dojmy se pak zrcadí v lidské řeči.<sup>29</sup>

Při komunikaci je důležité hlavně aktivní naslouchání. Kdo umí dobře naslouchat druhým, vždy sleduje i mimořečové signály, díky nim dobře pozná, zda se ptát, pokračovat v rozhovoru nebo jej utnout, zůstat nebo odejít. Předpokladem příjemné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení. Každý člověk má určitý styl komunikace, jako je vrozené tempo řeči nebo často používaná slova. Je dobré se naučit a používat slova a termíny, kterým náš klient rozumí a přijímá je.<sup>30</sup>

Musíme mít na paměti, že s klientem s ACH jednáme pomocí individuálního přístupu. Také musíme klást zřetel na zachování jeho důstojnosti.

---

<sup>27</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., *Sociální péče o seniory*, s. 121.

<sup>28</sup> ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0183-9, s. 139.

<sup>29</sup> Srov. MIKULÁŠTÍK, M., *Komunikační dovednosti v praxi*, s. 15 – 18.

<sup>30</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, s. 74.

## 2.1. Rozdělení komunikace

Při komunikaci informujeme druhého o našem vztahu k němu, také o svých pocitech, očekáváních, o našich hodnotách, cílech a také přáních. Můžeme vše vyjádřit pomocí verbálního nebo neverbálního projevu. I když se oba projevují současně, někteří odborníci tvrdí, že 80 – 90% komunikace probíhá na úrovni neverbální. Při kvalitní komunikaci a při navázání dobrého vztahu s klientem je důležité ovládat i neverbální druh komunikace.<sup>31</sup>

### 2.1.1. Verbální komunikace

Verbální komunikace je základním způsobem předáváním a přijímáním významů mezi lidmi. Používají se verbální prostředky, jako jsou slovní výrazy mluvené nebo psané. Verbální komunikace probíhá po dvou významových liniích. Za prvé to je linie tematická, to o čem se mluví a za druhé linie interpretační, to je smysl tématu, který lidé přikládají.<sup>32</sup>

Pokud verbální komunikace u pacienta s ACH selhává, nastupuje komunikace neverbální.

### 2.1.2. Neverbální komunikace

Někdy neverbální komunikaci nazýváme také jako řečí těla. Často neverbální projevy zprostředkují pocity lépe než slova, protože si je uvědomujeme lépe než verbální.<sup>33</sup>

Neverbální komunikace může doplnit verbální projev, zesílit jej nebo regulovat nebo jej i plně zastoupit. Někdy stačí pouze mimika nebo gesto a není potřeba slov. Pokud ovšem řekneme slova, která nesouhlasí s projevem neverbálním, posluchač uvěří neverbálnímu projevu spíše než tomu verbálnímu. Většinu neverbálních projevů se člověk naučí již v dětství, a to kopírováním rodičů.<sup>34</sup>

Pomocí neverbálních prvků snadněji vyjadřujeme své emoce, povzbuzení nebo i porozumění. Patří sem:

---

<sup>31</sup> Srov. ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie*, s. 83.

<sup>32</sup> Srov. VÝROST, J., *Sociální psychologie*, s. 221.

<sup>33</sup> Srov. Tamtéž, s. 84.

<sup>34</sup> Srov. MIKULÁŠTÍK, M., *Komunikační dovednosti v praxi*, s. 123.

- Chůze a držení těla – ukazatel sebehodnocení, momentální nálada nebo zdraví; vzpřímený postoj a aktivní krok napovídají tomu, že se člověk cítí dobře; naopak shrbený postoj napovídá sklíčenosti nebo nemoci
- Vzdálenost (proxemika) – podle vzdálenosti rozlišujeme 4 zóny:
  - Intimní – od 15 do 30 cm, bezprostředně osobní kontakt, zóna objetí
  - Osobní – od 45 do 120 cm, zóna dotyku, společenské posezení
  - Sociální (formální) - od 150 do 350 cm, služební či úřední styk, dává větší jistotu a pocit bezpečí
  - Veřejné (lhostejná) - okolo 800cm, někdy se nazývá únikovým pásmem, slouží k veřejné formě vystoupení

Vzdálenosti nejsou přesné, vždy záleží na situaci.

- Postoj (posturika) – postoj těla, držení a vzájemná kofigurace všech částí; tělesný postoj naznačí psychický stav člověka
- Mimika – výrazy obličeje, výrazem můžeme druhým lidem sdělit ohromné bohatství emocionálních zkušeností
- Pantomimika (gestikulace) – mluva rukou, je v interakci dvou lidí velmi důležitá, například podání ruky; složené ruce mohou napovídat o nejistotě, nebo třeba ruce v kapsách nebo za zády vypovídají o tom, že netouží po kontaktu; pro lidi se ztrátou sluchu nepostradatelná
- Haptika (tělesný kontakt) – je sdělením, kterým tlumočíme bezprostřední kontakt s druhým člověkem, nejčastěji to je podání ruky
- Pohledy (zrakový kontakt) – vyjadřujeme sdělení pohledem, zvláště pak z očí do očí; je často první řečí (první prostředek k navázání kontaktu).<sup>35</sup>

Z hlediska interpretace neverbálních projevů je nezbytné zdůraznit, že ne vždy je jednoduché jednoznačně vyjádřit nebo tlumočit význam těchto projevů. Pokud neverbální projev neodpovídá tomu verbálnímu, je nezbytné si význam ověřit. Nejvhodnější způsob je využití některých technik aktivního naslouchání, jako například zrcadlení, parafrázování nebo povzbuzení.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Srov. ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie*, s. 84 – 86.

<sup>36</sup> Srov. POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*, s. 26 - 29.



„Potíže s porozuměním či používáním slov mohou způsobovat nedorozumění a konflikty a také mohou vést k tomu, že člověk se stáhne do sebe a komunikuje méně.“<sup>37</sup>

## 2.2. Komunikace ve fázích Alzheimerovy choroby

V lehké fázi ACH nedokáže pacient mluvit o nedávných událostech, a proto má často problém najít ta správná slova. Daleko více se bude upínat k nejasným a mlhavým slovům, například tato „prázdná slova“: „to“, „něco“, „někde“, „oni“, apod. Ve většině případů v této fázi pacienti rozumí, co se jim říká.<sup>38</sup>

U klientů s ACH se nejprve vytrácejí kognitivní funkce, které narušují komunikaci, a tím se pacient dostává do komunikačních problémů, které se postupně zhoršují. Nejdříve se zhoršuje paměť (recentní), s tím souvisí porucha tvorby slov, poruchy pozornosti a orientace místem, a prostorem.

V první řadě se musíme do pacienta s ACH vcítit. Využíváme při tom komunikační metodu zvanou validace. Tato metoda se využívá v komunikaci s dezorientovanými lidmi. Cílem této metody je vcítění se do dezorientovaného pacienta a tím změnit přístup pečujících osob k němu. Jedním z principů validace je vnímání i dezorientovaného člověka jako osobnost, a proto projevujeme úctu již oslovením pane/paní, používáme i tituly. Dalším principem je plnit individuální potřeby pacienta. Také emotivní naslouchání je jedním z principů, který vzbuzuje důvěru, zmírňuje strach pacientů a navrácí důstojnost. Snažíme se s pacientem sdílet jejich pocity, a tím chápat i jejich důležitost, i když pacient není schopen o nich otevřeně mluvit.

K validační metodě patří i metoda reminiscence, tzv. terapie vzpomínkou, která podporuje u pacientů dlouhodobou paměť a má za následek zmírnění depresí. Za pomoci různých podnětů se snažíme vyvolat u pacienta vzpomínky. Na dávnou minulost si pacienti až překvapivě dobře pamatují. Komunikujeme pomocí fotografií, pohlednic, sledováním filmů, zpíváním, recitací či tancem. Vyhledáváme tak nejlepší způsob komunikace s pacientem a zároveň zachováváme jeho důstojnost.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> CALLONE, P., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-2320-4, s. 43 – 44.

<sup>38</sup> Srov. BUIJSSEN H., *Demence*, s. 61 – 62.

<sup>39</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 181 - 185.

Ve střední fázi ACH je pro pacienta velmi obtížné se zapojit do rozhovoru, a proto se o to bude snažit čím dál méně, než dělal dříve. Pro jeho okolí bude velmi těžké mu porozumět, jelikož pacient si myslí, že jeho okolí automaticky ví, o čem mluví. Také pacient nezačíná mluvit od začátku až po konec příběhu, ale začne třeba už uprostřed a proto nevidí situaci, ve které se nachází jeho okolí. Už nedokáže pochopit význam abstraktních pojmů, například: „myšlenka“, „šance“, apod. V jeho mysli také není rozdíl mezi přítomností a minulostí.

Komunikace s pacientem ve střední fázi ACH je již složitější, neboť dochází k prohlubování poruch kognitivních funkcí. Stírá se rozdíl mezi minulostí a přítomností. Problematickou situací v této fázi je také porucha behaviorálních a psychologických funkcí, kdy dochází u pacienta k agresivním projevům či naopak k apatii, vulgaritě a dokonce i k napadání.

V této fázi může využít metodu bazální stimulace (dá se využít ve všech fázích), která udržuje soběstačnost klienta co nejdéle v rámci jeho schopností a možností, a tím zajišťuje kvalitu jeho života. Bazální stimulace má své desatero, podle kterého se řídí:

- 1) Přivítání a rozloučení stejnými slovy.
- 2) Při oslovení se vždy dotknout na stejné místo.
- 3) Hovořit jasně, zřetelně a ne příliš rychle.
- 4) Nezvyšovat hlas.
- 5) Dbát, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
- 6) Používat formu komunikace, na kterou byl klient zvyklý.
- 7) Nepoužívat zdobněliny.
- 8) Nehovořit s více osobami najednou.
- 9) Při komunikaci redukovat rušivý zvuk z okolí.
- 10) Umožnit klientovi reagovat na vaše slova.<sup>40</sup>

Další možností je alternativní a augmentativní metoda. Pomáhá klientům s aktivním dorozumíváním, když je jejich komunikační schopnost omezena či málo srozumitelná. Augmentativní metoda podporuje již existujících komunikačních schopností, a tím zvyšuje jejich kvalitu. Alternativní metoda je náhradou mluvené řeči. Při této metodě se používají

---

<sup>40</sup> Srov. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Desatero Bazální stimulace*[online]. 2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php>.

pomůcky, jako například, obrázky, fotografie, knihy, symboly a gesta. Díky této metodě se udržují paměťové a komunikační funkce co nejdéle to je možné.

Také aktivizační činnosti přispívají k posílení kognitivních funkcí. Podle Matouška je cílem aktivizačních činností posílení funkčních schopností, pocitu hodnotného života, podpora fyzické zdatnosti, zlepšení pohybových a kognitivních schopností a podpora kvality života. Aktivizační činnosti také vedou k posílení kapacity mozku pacienta.<sup>41</sup>

V těžkém stadiu pacient nedokáže pronést ani ty nejběžnější věty. Jeho vyjadřovací schopnosti mizí, až na několik zvuků, kterými se vyjadřuje. Má potíže odpovědět na jakoukoli otázku, a proto reaguje pouze na fyzické impulzy, jako je bolest, teplo, chlad nebo pohyb.

V této fázi pacient ztrácí možnost verbální komunikace, což je pro pečující personál velkou komplikací. Neztrácíme však možnost alespoň neverbální komunikace, například dotyků či mimiky. I přes tento neutišený stav naše snahy směřují k udržení pacientovy důstojnosti.

Během poslední fáze ACH využíváme nejčastěji bazální stimulaci, která je zmíněna výše. Během této stimulace komunikujeme s pacientem pomocí dotyků a mimiky, kterou využívá hlavně pacient. Díky mimice či poloze těla a postoje poznáme pacientovu reakci na komunikaci.

### **2.3. Specifika v komunikaci s lidmi s Alzheimerovou chorobou**

Komunikace s osobou s ACH je specifická především kvůli tomu, že jsou narušeny kognitivní funkce. Dochází ke ztrátě paměti, snížení pozornosti, poruchám porozumění mluveného slova, orientace v čase a prostoru, různým problémům motoriky a také ke snížení úsudku a vhledu. Kvalita vztahu a komunikace s klientem závisí především na pracovníkovi v sociálních službách a sociálním pracovníkovi, jelikož každý kontakt s klientem, který má poruchu paměti, je pro něj nový. To, co se nám může zdát nesmyslné, ale pro člověka, který

---

<sup>41</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 177.

to říká, není, a proto musíme přistupovat ke každému klientovi individuálně, protože se nám všemi silami snaží něco sdělit a je na nás, abychom mu porozuměli.<sup>42</sup>

Je zjevné, že osoba s kognitivní poruchou nenese odpovědnost za komunikaci, kterou od ní očekáváme. Nedorozumění obsahu sděleného vede ke zmatkům, které postihují obě strany, které spolu komunikují. S vypořádáním zvýšené odpovědnosti za komunikaci a s nastolením klidu a důvěry pomáhá dodržování pravidelnosti a čitelnosti. Osvědčený je zavedení režimu, který osobě s ACH vyhovuje a ten dodržovat, například mytí nádobí, apod. Důležitou aktivitou je i samostatná aktivita, která dodává sociálnímu pracovníkovi chvíli klid a klientovi zase odpovědnost.<sup>43</sup>

Komunikace s klienty s ACH je specifická v tom, že komunikující musí využít i neverbálních prvků nebo fotografií, obrázků či znaků. Hlavně v případě, kdy verbální schopnosti klienta jsou omezené nebo vymizelé.

Využíváme individuální přístup při komunikaci s lidmi s ACH, jelikož to je základní předpoklad pro zajištění kvality jejich života, pro vytvoření dobrého vztahu mezi klientem a pracovníkem a zachování lidské důstojnosti a také vzájemného respektu.

Sociální pracovník, pracovník v sociálních službách nebo rodinný příslušník by měli mít schopnost aktivně naslouchat a být trpěliví. A tím vytvořit pro klienta s ACH bezpečné prostředí a navodit atmosféru empatie.

### **2.3.1. Bariéry v komunikaci s lidmi s ACH**

Každý, kdo chce komunikovat, se setkává s různými problémy nebo překážkami, které mu komplikují komunikaci. Prvním krokem k překonání problémů a překážek je si tyto problémy či bariéry uvědomit a vyrovnat se s nimi. Nesmíme vnímat komunikační bariéry, jako zlo, ale snažit se jim vyhnout, odstranit. Rozdělujeme komunikační bariéry na interní, ty jsou dány osobnostními problémy komunikujícího a na externí, které se objevují jako rušivý element z prostředí.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Srov. MAHROVÁ, G., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 115 – 116.

<sup>43</sup> Srov. Tamtéž, s. 115 – 116.

<sup>44</sup> Srov. MIKULÁŠTÍK, M., *Komunikační dovednosti v praxi*, s. 133.

Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, z jeho prožívání a zdravotního stavu. Mezi nejčastější příčinu patří obava z neúspěchu, jelikož se komunikující obává selhání. Další bariéry jsou osobního rázu, jako je strach nebo zlost, obecně to jsou negativní emoce. Interní bariéry jsou bariéry postoje v podobě xenofobie, odpor ke komunikačnímu partnerovi. Další bariérou je také nepřipravenost, také i fyzické nepohodlí nebo nemoc.<sup>45</sup>

Externí bariéry jsou dány zevním prostředím, jelikož může nezvyklé prostředí působit rušivě, a proto se komunikační partner může cítit nesvůj. Další bariérou je vyrušení další osobou, nebo okolní šum či hluk. Také komunikačního partnera může narušit vizuální rozptýlení nebo neschopnost naslouchat.<sup>46</sup>

## **2.4. Problematické situace v komunikaci**

Nejprve se ujistíme, zda jsou smyslové funkce, jako je sluch nebo zrak opravdu v pořádku, a tím nemocný nepotřebuje kompenzační pomůcky, naslouchadlo či brýle.

Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem je nutné bedlivě sledovat prostředí, zda neruší průběh hovoru. Mluvíme pomalu, zřetelně, díváme se do tváře, volíme kratší vzdálenost, ale ne tak krátkou, abychom nenarušili osobní zónu. Pokud je to možné, využíváme neverbální komunikace, například ukazujeme předměty, o kterých mluvíme. Složitější sdělení doplníme psaným slovem. Ujistíme se, zda nám klient rozumí.<sup>47</sup>

Při komunikaci se špatně vidícím klientem volíme vhodnou strategii: klepeme, zdravíme jako první, znovu se představíme a pečlivě a jasně formulujeme dotazy. Vše důsledně popisujeme.<sup>48</sup> Můžeme využít hmatových schopností pacienta, ale jen pokud není hmatová schopnost narušena. V okolí pacienta nepřemísťujeme věci.

Komunikaci s klienty s ACH velmi často narušují problémy. Vyplývají z momentálního diskomfortu – nepohodlí, také ze zhoršení zraku, nedoslýchavosti, tělesných bolestí. Pak pacient může komunikaci odmítat nebo naopak být excitovaný, používat vulgarismy či křičet,

---

<sup>45</sup> Srov. POKORNÁ, *Komunikace se seniory*, s. 52 – 54.

<sup>46</sup> Srov. Tamtéž, s. 52 – 54.

<sup>47</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, s. 76.

<sup>48</sup> Srov. Tamtéž, s. 76.

plivat, záměrně házet okolními věcmi. Nutné je okamžité zklidnění situace. Mluvíme klidným pomalým hlasem, oslovujeme pacienta jménem a ujistíme se, zda nám pacient rozumí. Verbálně podpoříme klienta vhodnými dotazy k tématu, parafrázováním a reflexemi jeho sdělení. Vyjadřujeme pochopení, neodsuzujeme klientův přístup, dodržujeme tak princip autonomie klienta. Při neúspěchu se snažíme klienta směřovat k vzpomínkám na jeho profesi, rodiště, rodinu, apod.. Vyhýbáme se smutným tématům.

ACH ovlivňuje schopnost mluvit a rozumět mluvené řeči. V nemožnost domluvit se vede často k bouřlivým reakcím (nervozitě, hněvu, agresivitě) nebo k rezignaci na komunikaci. Vhodný přístup je především o trpělivosti a hledání alternativních možností s pomocí obrázků, posunků, symbolů. Někdy se setkáme s klienty, kteří používají jen jedno nebo několik slov, jako jediný verbální projev. Mění pouze intonaci či hlasitost. V takovém případě musíme klienta velmi dobře znát, abychom odhalili význam sdělení. Při úplné ztrátě verbální komunikace využíváme neverbální komunikace.<sup>49</sup>

Dalším problémem je navázání komunikace s klientem, který komunikaci odmítá. Respektujeme přání klienta a necháme mu prostor a komunikaci odložíme na později.

## **Praktická část**

### **3. Metodika výzkumu**

#### **3.1. Metody získávání dat**

Ve výzkumné části této bakalářské práce jsem se zaměřila na dotazníkové šetření, které vyplňovali zaměstnanci sociálních služeb v Alzheimer centru Domov Matky Vojtěchy, kde tento dotazník vyplňovalo 30 respondentů a v domově pro seniory Eden zaměřující se na klienty s Alzheimerovou chorobou, kde dotazník vyplňovalo také 30 respondentů. Všichni respondenti byli vstřícní a ochotni spolupracovat. Dotazníků bylo rozdáno 60 a bylo vráceno 50, tedy 83%.

---

<sup>49</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, s. 76 – 77.

Dotazníkové šetření je jednou z kvantitativních metod výzkumu. Vybrala jsem si ho proto, že umožňuje v krátkém časovém intervalu sběr potřebných informací od poměrně velké skupiny respondentů. Také pro jeho nízké náklady. Nevýhodou může být nízká návratnost dotazníků, toho jsem si vědoma. Snažil jsem se tomu předejít tím, že jsem osobně rozdala dotazníky na jednotlivá pracoviště (po domluvě s řediteli organizací a s vědomím vrchních sester). Po určité době jsem dotazníky opět osobně sesbírala. Takto se mi podařilo získat zpět 50 z rozdaných 60 dotazníků. Dotazníky byly anonymní. Dotazník obsahuje 11 otázek zaměřujících se na komunikaci pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků s klienty s ACH (příloha 1). Z celkových 11 otázek je 5 otevřených (otázky č. 2,3,4,5,8), 3 uzavřené (otázky č. 9, 10, 11) a 3 polouzavřené (otázky č. 1, 6, 7). Dotazník se skládá ze dvou částí. V první části jsou informace o mě (jméno, škola, obor), na jaké téma se dotazník vztahuje, prosba o jeho vyplnění a poděkování. Ve druhé části jsou otázky pro respondenty. Získaná data jsem uspořádala do pracovních tabulek, pro lepší názornost je ke každé tabulce připojen graf se slovním popisem. Pro konstrukci grafů jsem použila Microsoft Excel.

## **3.2. Cíle práce a otázky**

### **3.2.1. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky**

- Cíl 1: Přiblížit komunikaci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách s lidmi s Alzheimerovou chorobou včetně problémů, které ji doprovázejí.

### **3.2.2. Hypotézy**

- Hypotéza 1: Předpokládám, že nejčastější problém, který mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s komunikací s lidmi s Alzheimerovou chorobou je problém s řečí.
- Hypotéza 2: Předpokládám, že nejčastější komunikační metodou u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je reminiscence.

### 3.2.3. Výzkumné otázky

- Výzkumná otázka č. 1: Jaké problémy nastávají v komunikaci mezi sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách a klientem s Alzheimerovou chorobou?
- Výzkumná otázka č. 2: Jaké metody využívají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou?

## 4. Výsledky šetření

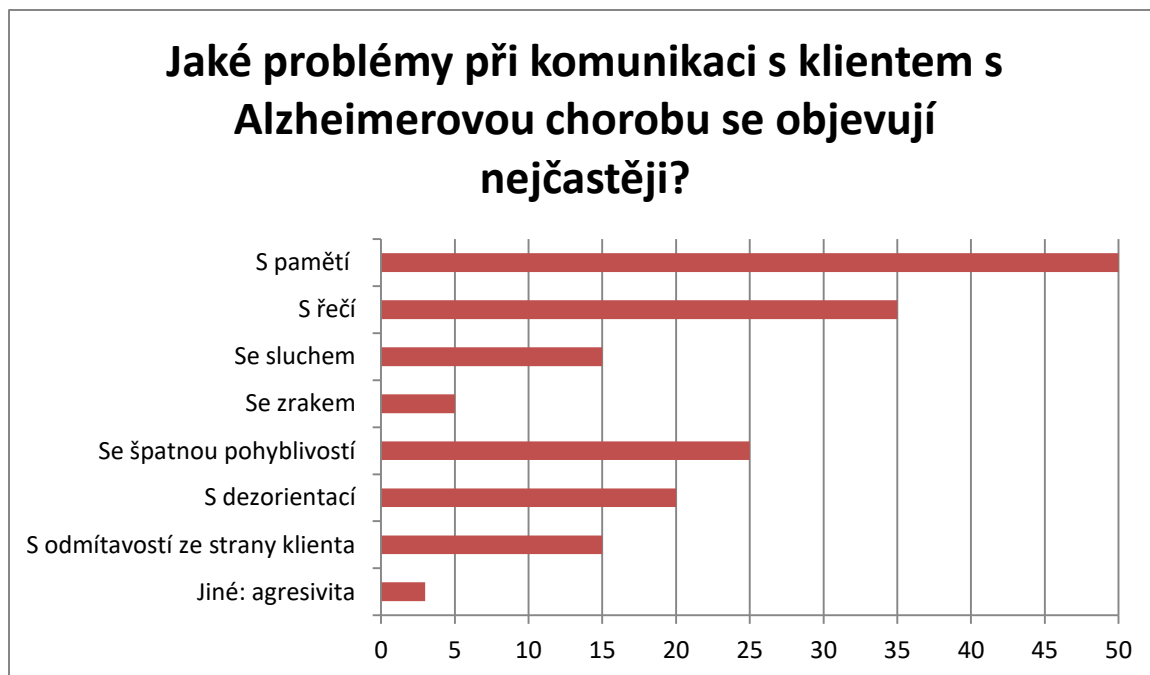
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 respondentů, 28 zaměstnanců z Domova Matky Vojtěchy a 22 respondentů z domova seniorů Eden.

**Otázka č. 1 – Jaké problémy při komunikaci s Alzheimerovou chorobou se objevují nejčastěji?**

<b>Jaké problémy při komunikaci s Alzheimerovou chorobou se objevují nejčastěji?</b>	<b>Počet odpovědí</b>
S pamětí	50
S řečí	35
Se sluchem	15
Se zrakem	5
Se špatnou pohyblivostí	25
S dezorientací	50
S odmítavostí ze strany kl.	15
Jiné: agresivita	3

Tabulka č. 1





Graf č. 1

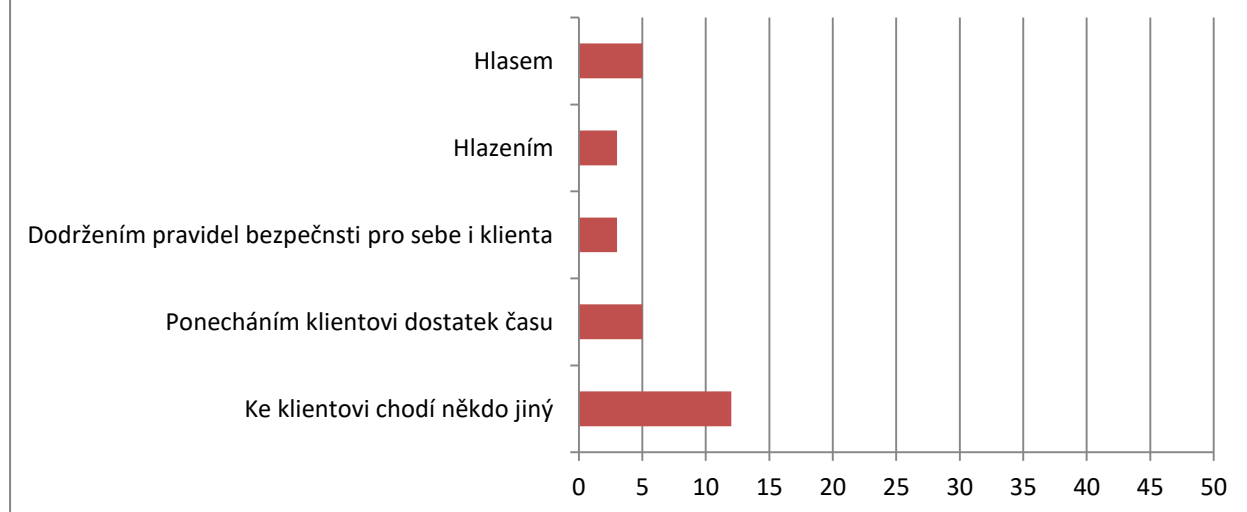
Graf č. 1 ukazuje, že podle respondentů je nejčastějším problémem s komunikací s klientem s Alzheimerovou chorobou problém s pamětí (50 respondentů) a problém s dezorientací klienta (50 respondentů). Dalším nejčastějším problémem je podle respondentů problém s řečí (35 respondentů). 25 respondentů odpovědělo problémem se špatnou pohyblivostí. Poté problém se sluchem a s odmítavostí ze strany klienta zodpovědělo 15 respondentů. 5 respondentů odpovědělo problémem se zrakem. Nakonec 3 respondenti odpověděli navíc problémem s agresivitou.

**Otázka č. 2: Jakým způsobem řešíte odmítavost klienta v komunikaci s Vámi osobně?**

Jakým způsobem řešíte odmítavost klienta v komunikaci s Vámi osobně?	Počet odpovědí
Hlasem	5
Hlazením	3
Dodržení pravidel bezpečnosti pro sebe i klienta	3
Ponecháním klientovi dostatku času	5
Ke klientovi chodí někdo jiný (pokud možno)	12

Tabulka č. 2

## Jakým způsobem řešíte odmítavost klienta v komunikaci s Vámi osobně?



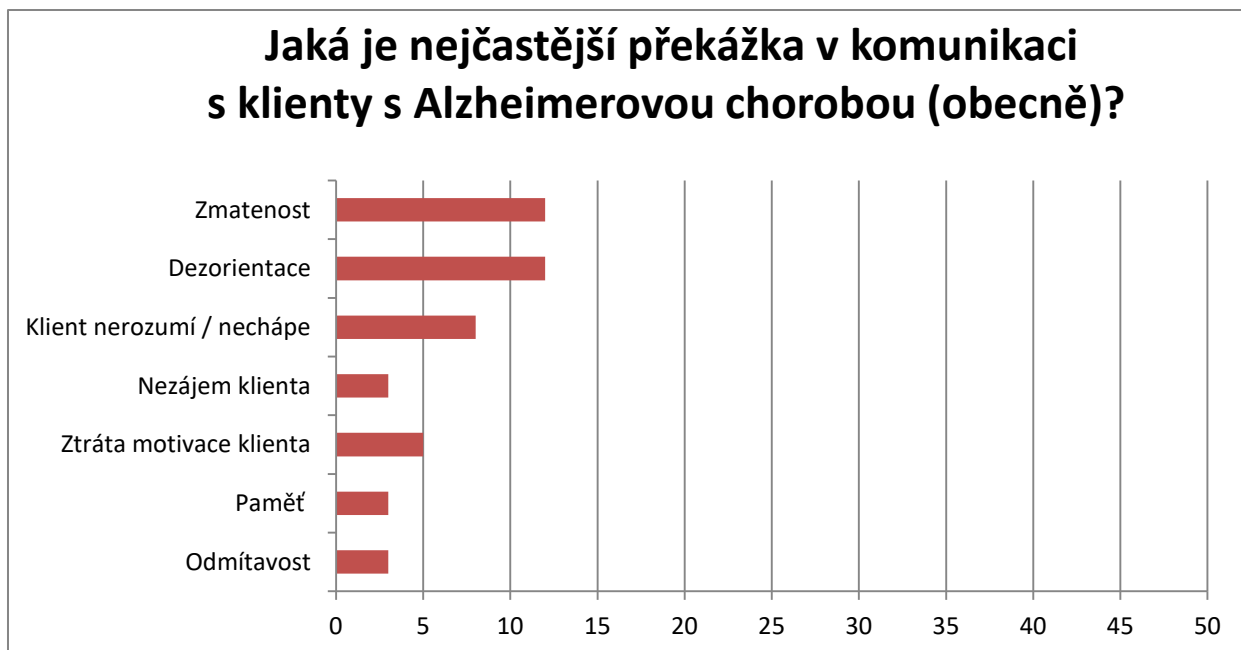
Graf č. 2

Graf č. 2 zobrazuje, že nejvíce používaným způsobem, který respondenti použijí při odmítavosti klienta je výměna komunikujícího, a to 12 respondentů. Dále 5 respondentů uvedlo, že klientovi nechají dostatek času nebo že se snaží odmítavost klienta vyřešit hlasem. Nakonec 3 respondenti uvedli, že odmítavost klienta se snaží vyřešit hlazením nebo dodržením pravidel bezpečnosti pro ně i klienta. Tuto otázku zodpovědělo jen 15 respondentů, kteří vyplnili v předešlé otázce (otázka č. 1) odpověď g) problém s odmítavostí ze strany klienta.

### Otázka č. 3: Jaká je nejčastější překážka v komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou (obecně)?

Jaká je nejčastější překážka v komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou (obecně)?	Počet odpovědí
Zmatenost	12
Dezorientace	12
Klient nerozumí / nechápe	8
Nezájem klienta	3
Ztráta motivace klienta	5
Paměť	3
Odmítavost	3

Tabulka č. 3



Graf č. 3

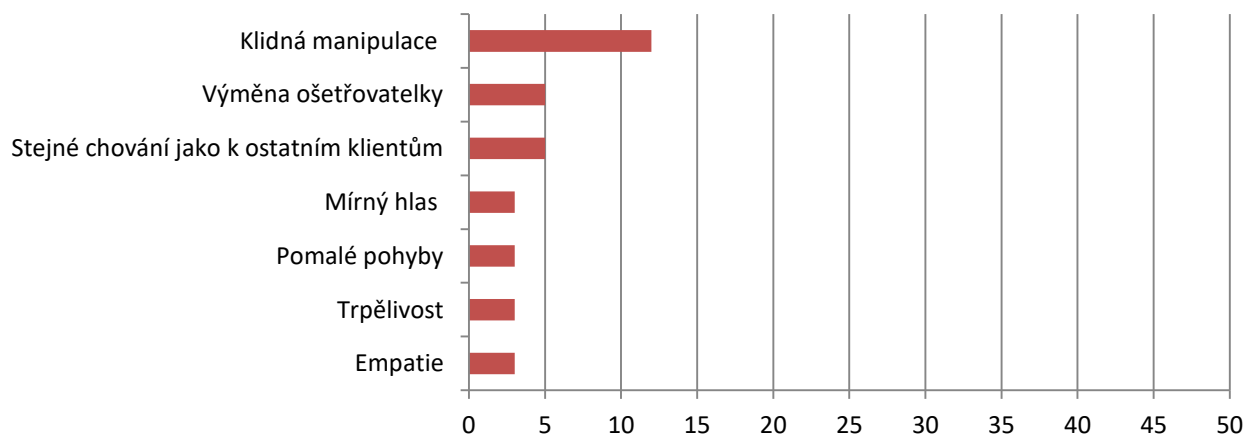
Graf č. 4 ukazuje, že 12 respondentů uvedlo, že nejčastější překážkou v komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou je zmatenost a dezorientaci klienta. Další překážkou je podle 8 respondentů nechápavost klienta. 5 respondentů uvedlo překážku v komunikaci ztrátu motivace klienta. Nakonec 3 respondenti uvedli, že překážkou v komunikaci je paměť klienta, odmítavost klienta a nezájem klienta.

**Otázka č. 4: Jakým způsobem odstraňujete interní bariéry (strach z neúspěchu, psychický stav, nesympatie ke klientovi, fyzickou nepohodu)?**

Tabulka č. 4

Jakým způsobem odstraňujete interní bariéry (strach z neúspěchu, psychický stav, nesympatie ke klientovi, fyzickou nepohodu)?	Počet odpovědí
Klidná manipulace	12
Výměna ošetřovatelky	5
Stejně chování jako k ostatním klientům	5
Mírný hlas	3
Pomalé pohyby	3
Trpělivost	3
Empatie	3

## Jakým způsobem odstraňujete interní bariéry (strach z neúspěchu, psychický stav, nesympatie ke klientovi, fyzickou nepohodu)?



Graf č. 4

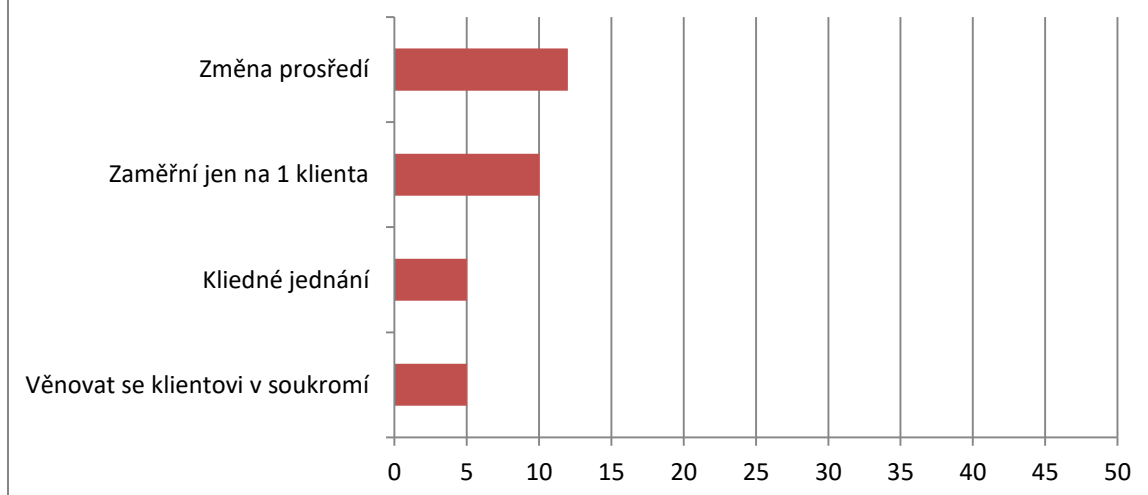
Graf č. 4 ukazuje, jakým způsobem respondenti odstraňují interní bariéry v komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou. 12 respondentů odpovědělo klidnou manipulací. Dále výměnu ošetřovatelky nebo stejné chování jako k ostatním klientům uvedlo 5 respondentů. Poté 3 respondenti uvedli empatii, trpělivost, mírný hlas nebo pomalé pohyby.

**Otázka č. 5: Jakým způsobem odstraňujete externí bariéry v komunikaci (vyrušování v komunikaci, zvýšení počtu komunikujících)?**

Jakým způsobem odstraňujete externí bariéry v komunikaci (vyrušování v komunikaci, zvýšení počtu komunikujících)?	Počet odpovědí
Změna prostředí	12
Zaměření jen na 1 klienta	10
Klidné jednání	5
Věnovat se klientovi v soukromí	5

Tabulka č. 5

### Jakým způsobem odstraňujete externí bariéry v komunikaci (vyrušování v komunikaci, zvýšení počtu komunikujících)?



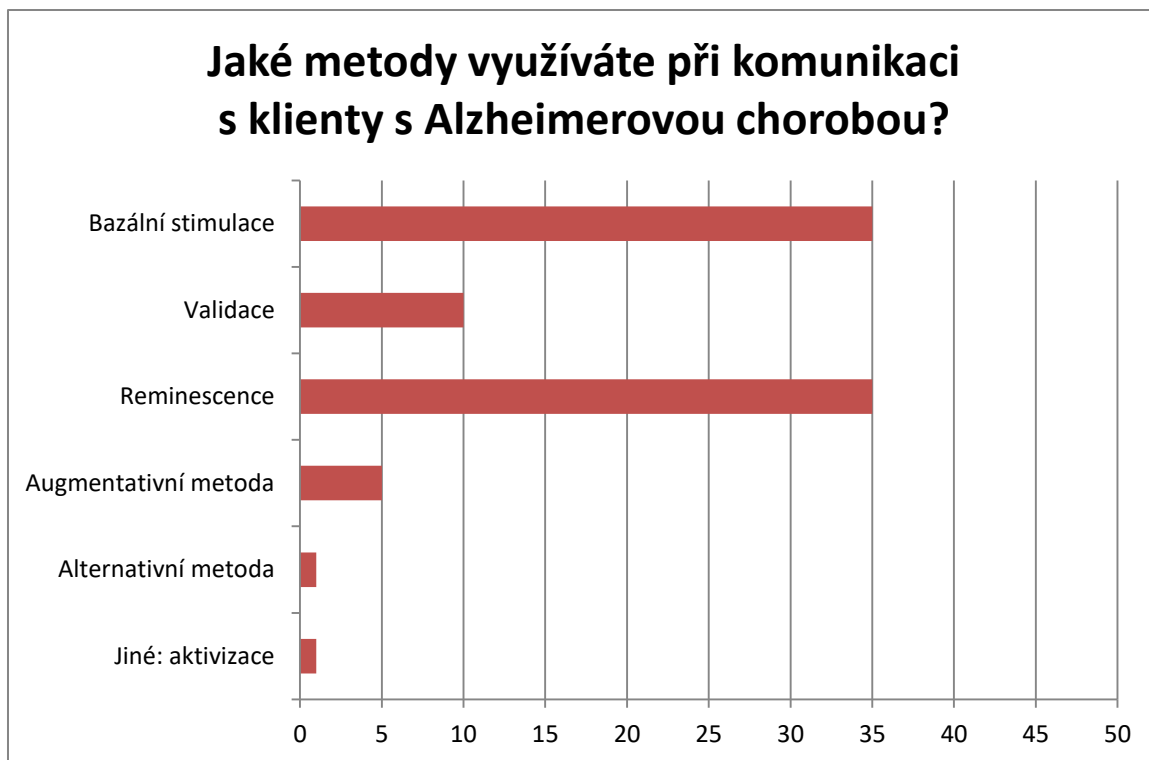
Graf č. 5

Graf č. 5 ukazuje, jakým způsobem respondenti odstraňují externí bariéry v komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou. 12 respondentů uvedlo změnu prostředí. Dále 10 respondentů uvedlo zaměření pouze na 1 klienta. 5 respondentů pak uvedlo klidné jednání a věnování se klientovi v soukromí.

### Otázka č. 6: Jaké metody využíváte při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou?

Jaké metody využíváte při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou?	Počet odpovědí
Bazální stimulace	35
Validace	10
Reminiscence	35
Augmentativní metoda	5
Alternativní metoda	1
Jiné: aktivizace	1

Tabulka č. 6



Graf č. 6

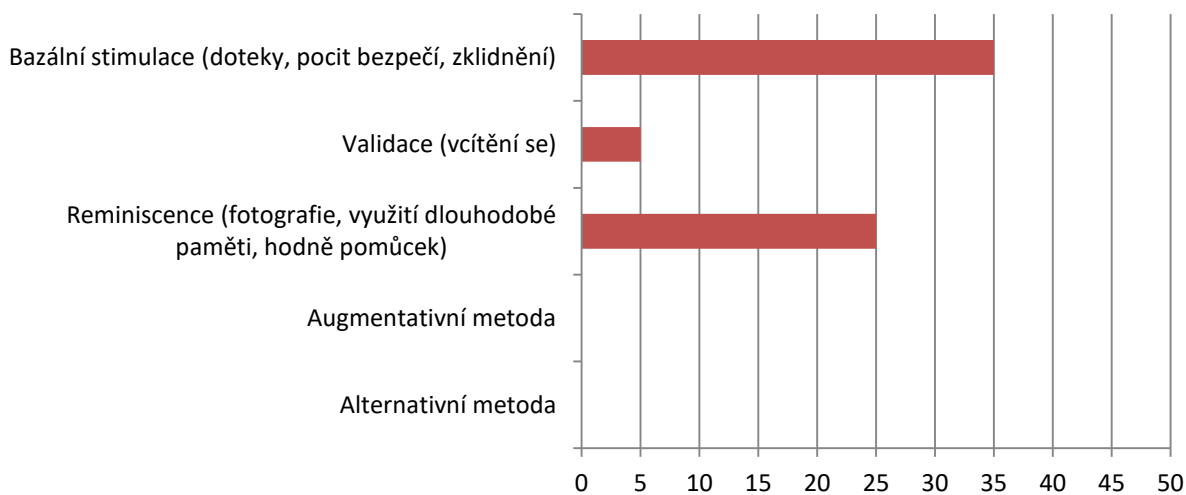
Graf č. 6 ukazuje metody, které využívají respondenti při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou. Nejvíce využívanou podle respondentů je bazální stimulace a reminiscence, kterou využívá 35 respondentů. Dále 10 respondentů využívá metodu validace. 5 respondentů využívá augmentativní metodu. Nakonec 1 respondent využívá alternativní metodu nebo také aktivizaci.

**Otázka č. 7: Která z výše uvedených metod je Vám nejbližší a proč?**

Která z výše uvedených metod je Vám nejbližší a proč?	Počet odpovědí
Bazální stimulace (doteky, pocit bezpečí, zklidnění)	35
Validace (vcítění se)	5
Reminiscence (fotografie, využití dlouhodobé paměti, hodně pomůcek)	25
Augmentativní metoda	0
Alternativní metoda	0

Tabulka č. 7

## Jakým způsobem odstraňujete interní bariéry (strach z neúspěchu, psychický stav, nesympatie ke klientovi, fyzickou nepohodu)?



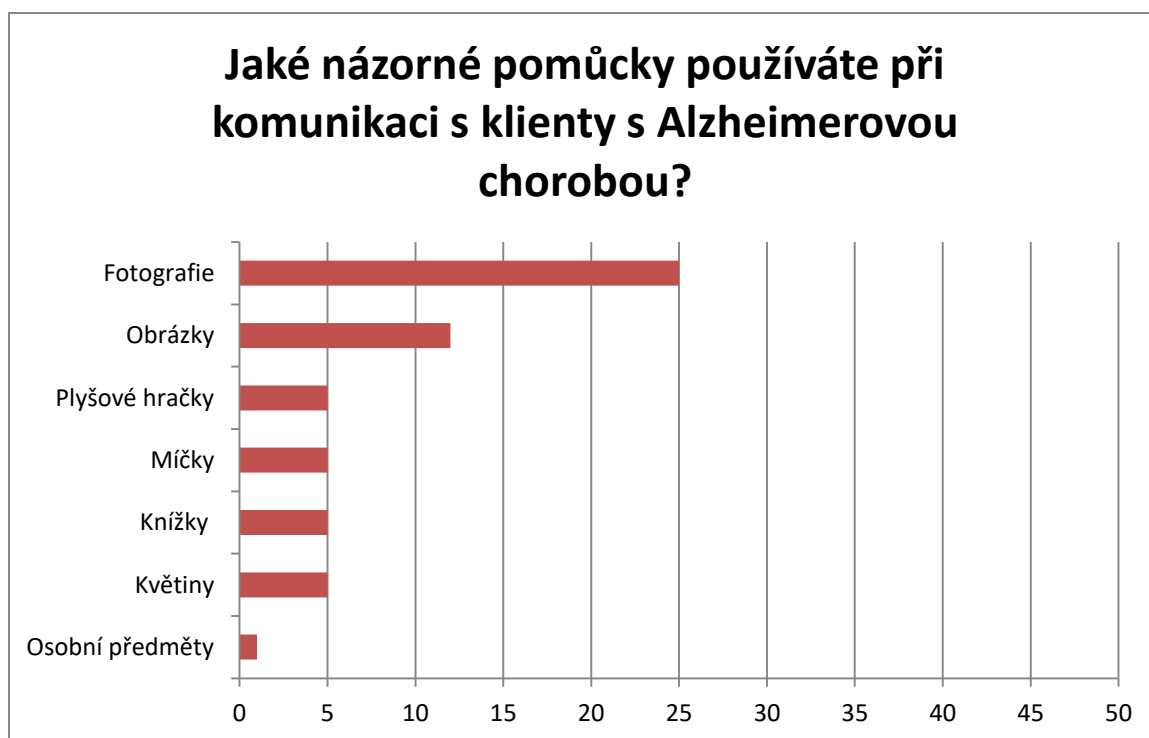
Graf č. 7

Graf č. 7 ukazuje, že nejbližší komunikační metodou respondentů je bazální stimulace, a to u 35 respondentů z důvodu pocitu bezpečí nebo zklidnění. Jako druhá nejbližší komunikační metoda je podle 25 respondentů je metoda reminiscence z důvodu využití dlouhodobé paměti, hodně pomůcek nebo z důvodu používání fotografií. Jako třetí nejbližší komunikační metodou je podle 5 respondentů validace z důvodu vcítění se. Bohužel podle respondentů augmentativní a alternativní metoda není jejich nejbližší.

**Otázka č. 8: Jaké názorné pomůcky používáte při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou?**

Tabulka č. 8

Jaké názorné pomůcky používáte při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou?	Počet odpovědí
Fotografie	25
Obrázky	12
Plyšové hračky	5
Míčky	5
Knížky	5
Květiny	5
Osobní předměty	1



Graf č. 8

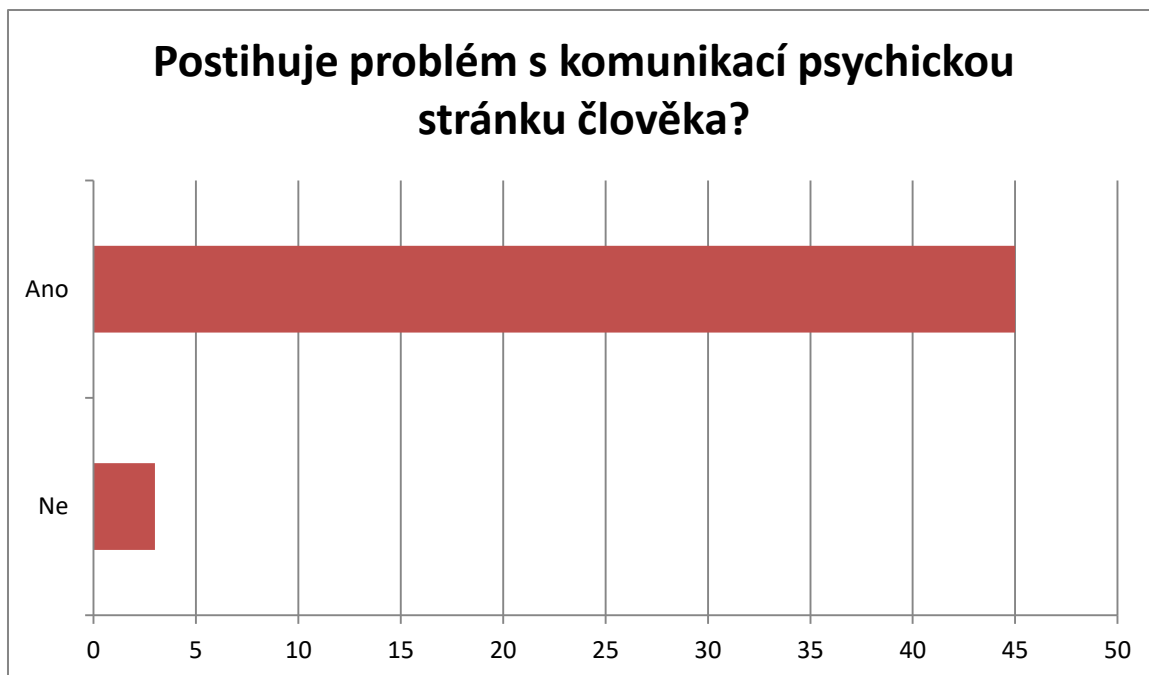
Graf č. 8 ukazuje, jaké pomůcky využívají respondenti při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou. 25 respondentů se shodlo, že používají fotografie. 12 respondentů používá obrázky. Plyšové hračky, míčky, knížky nebo květiny používá 5 respondentů. Nakonec 1 respondent používá osobní předměty klientů při komunikaci.

#### **Otázka č. 9: Postihuje problém s komunikací psychickou stránku člověka?**

<b>Postihuje problém s komunikací psychickou stránku člověka?</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Ano	45
Ne	3

Tabulka č. 9





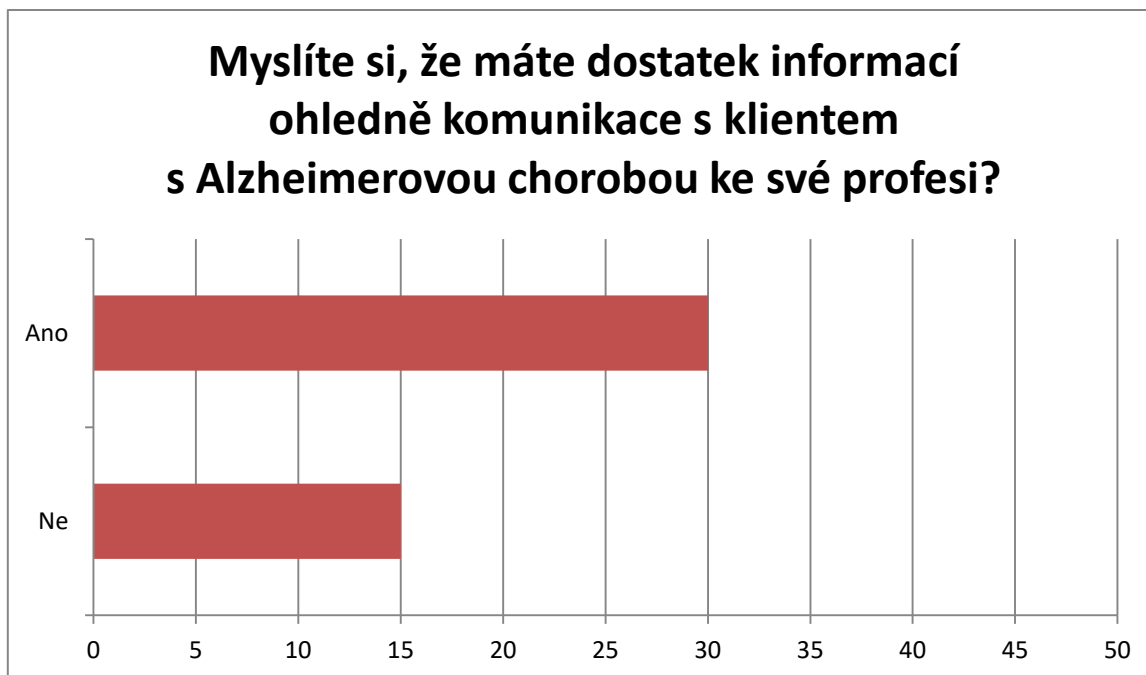
Graf č. 9

Graf č. 9 ukazuje, zda problém s komunikací postihuje psychickou stránku člověka. 45 respondentů odpovědělo, že ano a 3 respondenti uvedli, že ne.

**Otázka č. 10: Myslíte si, že máte dostatek informací ohledně komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou ke své profesi?**

Myslíte si, že máte dostatek informací ohledně komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou ke své profesi?	Počet odpovědí
Ano	30
Ne	15

Tabulka č. 10



Graf č. 10

Graf č. 10 ukazuje, zda si respondenti myslí, že mají dostatek informací ohledně komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou. 30 respondentů odpovědělo, že mají dostatek informací a 15 respondentů odpovědělo, že nemá dostatek informací.

**Otázka č. 11: Máte možnost ve svém zaměstnání navštěvovat kurzy nebo další vzdělání ohledně komunikace?**

<b>Máte možnost ve svém zaměstnání navštěvovat kurzy nebo další vzdělání ohledně komunikace?</b>	Počet odpovědí
Ano	35
Ne	12

Tabulka č. 11



Graf č. 11

Graf č. 11 ukazuje, zda mají respondenti možnost ve svém zaměstnání navštěvovat kurzy nebo další vzdělání ohledně komunikace. 35 respondentů odpovědělo, že má možnost navštěvovat kurzy a další vzdělání. Oproti tomu 12 respondentů odpovědělo, že nemá možnost kurzů nebo dalšího vzdělání ohledně komunikace.

**Na základě dotazníkového šetření byly ověřeny tyto stanové hypotézy:**

**H1: Hypotéza 1: Předpokládám, že nejčastější problém, který mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s komunikací s lidmi s Alzheimerovou chorobou je problém s řečí.**

Tabulka č. a graf č. analyzují, zda je problém s řečí nejčastějším problémem v komunikaci mezi klientem s Alzheimerovou chorobou a sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách. 35 respondentů (tj. 70%) sice uvedlo, že problémem v komunikaci je problém s řečí, ale oproti tomu všichni respondenti (tj. 100%, 50 respondentů) uvedli jako největší problém v komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou problém s pamětí a s dezorientací. **Hypotéza č. 1 se tímto tedy nepotvrdila.**

**H2: Předpokládám, že nejčastěji vyžívanou komunikační metodou u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je bazální stimulace.**

Tabulka č. a graf č. analyzují, zda je nejčastěji využívanou komunikační metodou u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách bazální stimulace. 35 respondentů (tj. 70%) uvedlo, že nejčastěji využívanou komunikační metodou s klientem s Alzheimerovou chorobou je skutečně bazální stimulace. **Hypotéza č. 2 se tímto tedy potvrdila.**

## 5. Diskuze

Cílem mé práce je přiblížení komunikace sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách s lidmi s Alzheimerovou chorobou včetně problémů, které ji doprovázejí. K naplnění cíle při mém výzkumu jsem si položila 2 výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou, dotazníkovým šetřením.

První výzkumná otázka se zaměřila na problémy, které nastávají při komunikaci mezi sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách a klientem s Alzheimerovou chorobou. Tyto problémy v komunikaci jsou spojeny s charakterem, projevy a progresí onemocnění. Respondenti nejčastěji uváděli problém s pamětí a dezorientací, což popisuje i A. Pokorná<sup>50</sup> ve své knize *Komunikace se seniory* a také E. Provazníková v knize *Rady pro pečující o člověka s demencí*. E. Provazníková<sup>51</sup> popisuje přímo problémy s pamětí a s dezorientací, kde poruchy paměti dominují v první fázi Alzheimerovy choroby. V dalších fázích choroby se pak přidávají poruchy chování, poruchy s orientací, smyslové poruchy (zejména sluch a zrak) a špatná pohyblivost. Postupná ztráta kognitivních funkcí vede k stále se zhoršujícím problémům v komunikaci. Tento stav je dlouhodobý a neléčitelný.

Ve druhé otázce se ptám na to, jaké metody využívají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou. Většina respondentů za hlavní metody označila bazální stimulaci a reminiscenci. Využívají je, neboť se dají využít ve všech fázích Alzheimerovy choroby. I. Holmerová<sup>52</sup> ve své knize *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* popisuje bazální stimulaci jako metodu, která se dá využít ve všech fázích choroby. Tedy stejně jako většina respondentů. Také však popisuje jako jednu z nejdůležitějších validačních metod reminiscenci, tedy terapii vzpomínkou, která u pacientů podporuje dlouhodobou paměť a vede ke zmírnění depresí. Při mém výzkumu uvedli respondenti reminiscenci, jako stejně často využívanou metodu v komunikaci s lidmi s ACH. Nejčastěji při tom používají fotografie a obrázky k procvičování dlouhodobé paměti. I tuto skutečnost I. Holmerová tuto skutečnost ve své knize uvádí.

---

<sup>50</sup> Srov. POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*, s. 49 – 54.

<sup>51</sup> Srov. PROVAZNÍKOVÁ, E., *Rady pro pečující o člověka s demencí*, s. 37 – 41.

<sup>52</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., *Na pomoc pečujícím rodinám*, s. 180.

## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit komunikaci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách s lidmi s Alzheimerovou chorobou včetně problémů, které ji doprovázejí. Práce je rozdělena na 2 části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem se zabývala Alzheimerovou chorobou obecně a možnostmi komunikace s lidmi s ACH v jednotlivých fázích. Dále jsem se věnovala nejčastějším problémům v komunikaci s lidmi s ACH a možnostmi využití jednotlivých metod komunikace (verbální, neverbální, apod.).

Na teoretickou část navazuje část praktická, která mapuje komunikační obtíže při komunikaci s lidmi s ACH pomocí dotazníku. Byly stanoveny cíle a hypotézy, které byly díky dotazníkovému šetření splněny. Bylo zjištěno, s jakými obtížemi se při komunikaci sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách setkávají, jaké metody využívají, jaké pomůcky používají při komunikaci s lidmi s ACH. Z dotazníků vyplývá, že mezi největší obtíže při komunikaci s klienty s ACH patří problémy s pamětí a dezorientací. Dále vyplývá, že mezi nejvíce využívané metody patří bazální stimulace, reminiscence a validace. Mezi nepoužívané pomůcky při komunikaci s klientem s ACH patří fotografie, obrázky a knížky. Také bylo zjišťováno, zda mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách dostatek informací ohledně komunikace s klientem s ACH a zda mají možnost kurzů nebo dalšího vzdělávání v této oblasti. Díky možnostem kurzů a dalšího vzdělávání ohledně komunikace jsou respondenti dostatečně informováni.

Díky komunikačním metodám a technikám se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách snaží o co největší zkvalitnění klientova života a zachování jeho lidské důstojnosti.

## Seznam použité literatury

BUIJSSEN, H., *Demence*, Praha:Portál, 2006, ISBN 80-7367-081-X.

CALLONE, P., *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-2320-4.

HOLMEROVÁ, I., *Na pomoc pečujícím rodinám*, Praha:Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2016, ISBN 978 – 80 – 86541 – 49 – 5.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80254-0177-4.

HROZENSKÁ, M., *Sociální péče o seniory*, Praha: Grada, Publishing, a. s., 2013, ISBN 978-80-247-4139-0.

INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE. *Desatero Bazální stimulace*[online]. 2014 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php>.

MAHROVÁ, G., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha: Grada, Publishing, a. s., 2008, ISBN 978-80-247-2138-5.

MIKULÁŠTÍK, M., *Komunikační dovednosti v praxi*, Praha:Grada Publishing, a. s., 2003, ISBN 80-247-0650-4.

PIDRMAN, V., *Demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1490-5.

POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, ISBN 978-80-247-3271-8.

PROVAZNÍKOVÁ, E., *Rady pro pečující o člověka s demencí*, Ostrava: Diakonie ČCE, 2016, ISBN 978-80-87953-16-7.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Praha:Grada Publishing, a. s., 2007, ISBN 978-80-247-2170-5.

VÝROST, J., *Sociální psychologie*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie*, Praha:Grada Publishing, a. s., 2007, ISBN 978-80-247-2069-5.

ZGOLA, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0183-9.

ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2017, ISBN 978-80-271-0561-8.

## **Přílohy**

Zde přikládám dotazník, který jsem použila při získávání dat.

Příloha 1:

### **Dotazník**

#### **Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou**

#### **Specifika v komunikaci s lidmi s Alzheimerovou chorobou**

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Polachová a jsem studentkou Teologické fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích – obor sociální a charitativní obor. Ráda bych Vás požádala prostřednictvím dotazníku o jeho vyplnění, který slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma: Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a výsledky budou prezentovány v práci výše uvedené. Vyhovující odpovědi prosím zakroužkujte.

Děkuji Vám za spolupráci.

- 
- 1) Jaké problémy při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou se objevují nejčastěji?
- a. S pamětí
  - b. S řečí
  - c. Se sluchem
  - d. Se zrakem
  - e. Se špatnou pohyblivostí



- f. S dezorientací
- g. S odmítavostí ze strany klienta (vyplňte navíc otázku č.2)
- h. Jiné:.....

2) Jakým způsobem řešíte odmítavost klienta v komunikaci s Vámi osobně?

.....

3) Jaká je nejčastější překážka v komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou (obecně)?

.....

4) Jakým způsobem odstraňujete interní bariéry v komunikaci (strach z neúspěchu, psychický stav, nesympatie k pacientovi, fyzickou nepohodu)? Stručně

- a. Interní:.....

5) Jakým způsobem odstraňujete externí bariéry v komunikaci (vyrušování v komunikaci, zvýšení počtu komunikujících)? Stručně

- a. Externí .....

6) Jaké metody využíváte při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou?

- a. Bazální stimulaci
- b. Validaci
- c. Reminiscenci
- d. Augmentativní metodu
- e. Alternativní metodu
- f. Jiné:.....

7) Která z výše uvedených metod je Vám nejbližší a proč (stručně)?

- a. Bazální stimulace.....
- b. Validace.....
- c. Reminiscence.....

- d. Augmentativní metoda.....
- e. Alternativní metoda.....
- f. Jiné:.....

8) Jaké názorné pomůcky používáte při komunikaci s klienty s Alzheimerovou chorobou?  
.....

9) Postihuje problém s komunikací psychickou stránku člověka?

- a. Ano
- b. Ne

10) Myslíte si, že máte dostatek informací ohledně komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou ke své profesi?

- a. Ano
- b. Ne

11) Máte možnost ve svém zaměstnání navštěvovat kurzy nebo další vzdělání ohledně komunikace?

- a. Ano
- b. Ne

## Abstrakt

POLACHOVÁ, K., *Sociální práce s lidmi s Alzheimerovou chorobou*. České Budějovice 2021. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce H. Machulová, Mgr. Ph.D..

**Klíčová slova:** Alzheimerova choroba, komunikace, sociální práce, demence, kognitivní funkce, poruchy paměti, BPBD (behaviorální a psychologické poruchy)

Práce se zaměřuje na problematiku komunikace při sociální práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části popisují charakteristiku, příznaky, rizikové faktory Alzheimerovy choroby. Dále popisují problematiku komunikace sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a rodinných příslušníků s klienty s Alzheimerovou chorobou.

Praktické část obsahuje výzkum metodou dotazování. Pomocí dotazníku jsem zjistila, zda je komunikace důležitá v sociální práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou a jaké problémy jsou s ní spojené. Dotazovala jsem se ve 2 sociálních zařízeních, které poskytují komplexní služby klientům s Alzheimerovou chorobou.

## **Abstract**

POLACHOVÁ, K., Social work with people with Alzheimer's disease, České Budějovice 2015. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Practice. Thesis supervisor: Helena Machulová, Mgr. Ph.D.

**Keywords:** Alzheimer's disease, communication, social work, dementia, cognitive function, memory disorders, BPBD (behavioural and psychological symptoms of dementia)

A bachelor thesis focuses on communication issues with people with Alzheimer's disease from the point of view of social work. It is divided into two sections – theoretical and practical. I describe characteristics, symptoms and risk factors with Alzheimer's disease in the theoretical part. I describe communication issues for social workers, carers and families with clients with Alzheimer's disease.

A practical section includes a research questioning method. I find out if communication is important in social work with people with Alzheimer's disease and which problems they have. I ask two social service facilities which provide complete complex services to clients with Alzheimer's disease.

## **Slovník**

Konfabulace – zkreslení vzpomínek, porucha paměti

Progrese – pokrok, postup

Apatie – příznak deprese, člověk je netečný k vnějším podnětům, projevuje city jen minimálně

Agitace (agitovanost) – úzkostný stav, neklid

Disinhibice – odložení zábran, ztráta nebo překonání nesmělosti, plachosti a ostychu

Afektivní poruchy – poruchy nálady, vede k depresi

Prediktory – ukazatel úspěšnosti nebo neúspěšnosti

Misinterpretace – vyvození chybných závěrů z výsledků průzkumů a výzkumů

Capgrassův misinterpretační syndrom – komplexní porucha spojená s bludy

Prevalence – ukazuje počet jedinců trpící danou nemocí na daném území