

# Špecifiká komunikácie s pacientom trpiacim demenciou

**PhDr. Iveta Ondriová, PhD., doc. MUDr. Eleonóra Klímová, PhD., PhDr. Terézia Fertaľová, PhD.**

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Klinika neurológie FNŠP, Prešov

**Komunikácia je vo všeobecnej rovine definovaná ako odovzdávanie a vzájomná výmena informácií. Odovzdávanie a výmena informácií medzi ľuďmi je proces, ktorý sa realizuje a šíri prostredníctvom jazykových, ale aj neязыkových signálov, spôsobov a prostriedkov. Ľudia dokážu zdieľať svoje skúsenosti, pocity, túžby a myšlienky hovoreným i písaným slovom. Komunikácia nám dáva pocit spojenia s druhými. Pri demencii schopnosť zdieľať skúsenosti s druhými postupne mizne.**

**Kľúčové slová:** komunikácia, demencia, princípy komunikácie

## Communications specifics with dementia patient

**Communication is generally defined as the transmission and exchange of information. The transfer and exchange of information between people is a process that is realized and disseminated through language but also non-language signals, ways and means. People can share their experiences, feelings, desires and thoughts with both spoken and written words. Communication gives us a sense of connection with others. In dementia, the ability to share experiences with others gradually disappears.**

**Key words:** communication, dementia, communication principles

Via pract., 2019;16(3):121-124

Demencia patrí medzi najčastejšie a najobávanejšie ochorenie vyššieho veku. Odhaduje sa, že demenciou trpí viac než 6 % populácie nad 65 rokov, s vekom percento narastá (50 % nad 80 rokov) (1). Demencie sú poruchy, pri ktorých dochádza k výraznému zníženiu úrovne pamäti a ďalších kognitívnych funkcií. Postihnutiu kognitívnych a ďalších funkcií dochádza vplyvom ochorenia mozgu, najčastejšie chronického (2). Termín demencia nepredstavuje špecifické ochorenie. Je to deskriptívny termín pre súbor symptómov, ktoré môžu byť zapríčinené viacerými poruchami mozgu. Zmiešaná demencia sa vzťahuje na kombináciu neurodegeneratívneho a cerebrovaskulárneho procesu s predpokladom, že oba procesy vplývajú na vývoj kognitívneho deficitu podobnou mierou (3).

Syndróm demencie vzniká na základe difúzneho poškodenia mozgu. Je väčšinou chronický a progredujúci. Príznaky syndrómu demencie možno rozdeliť do troch hlavných skupín: poruchy kognitívnych funkcií, poruchy každodenných aktivít a poruchy správania. Postupne pri ňom vznikajú poruchy rozličných psychických funkcií. Je charakterizovaný postupne sa rozvíjajúcimi poruchami pamäti, orientácie, intelektu, myslenia a v rôznej miere sú tieto zmeny sprevádzané výskytom ostatných psychopatologických prejavov. Môže

sa objaviť nepokoj a agresivita. Prejavujú sa aj poruchy emócií, sociálnych funkcií a jazyka. Syndróm sa rozvíja pozvoľna, podľa toho, ako je postihnutá mozgová hmota (4). Pri náhlom poškodení mozgu je rozvoj syndrómu rýchly.

Demencie sú závažné duševné ochorenia, ktorých základnými prejavmi sú príznaky úbytku kognitívnych funkcií. Ak dôjde vplyvom ochorenia k úbytku kognitívnych funkcií oproti premorbidnej úrovni, hovoríme o demencii. Vo väčšine prípadov demencií je najskôr postihnutá pamäť, postupne súdnosť, logické uvažovanie, výkonné funkcie, orientácia, až nakoniec dochádza k stavu ťažkej intelektovej deteriorácie.

**Poruchy pozornosti** sa prejavujú zníženým porozumením hovorenej reči i písanému textu, slabou schopnosťou udržať tému v konverzácii a potrebou opakovania otázky či inštrukcie. Narušené spracovanie informácií sa odráža v odpovediach s dlhou latenciou, narušeným vnímaním intonácie a výrazov tváre a ťažkosťami pri rozpoznávaní hlavnej myšlienky, napr. pri opise obrázkov, strácaním sa v detailoch a v neschopnosti zhrnúť obsah.

**Porucha pamäti** spôsobuje u choreho ťažkosti plniť inštrukcie zložené z viacerých krokov, neschopnosť prepojiť starú informáciu s novou – chýba logika, pres-

nosť. Poruchy myslenia narúšajú sociálnu komunikáciu (takt), spôsobujú neschopnosť chorého argumentovať, neporozumenie humoru, metaforám, neudržanie komplexnej konverzácie. Narušená abstrakčná schopnosť sa podieľa na nedodržiavaní krokov pri riešení úloh a neschopnosti vykonávať matematické operácie. Deficity v exekutívnych funkciách znižujú schopnosť dlhodobo plánovať, kontrolovať čas, dokončiť úlohy. V priebehu rozvoja demencie však postupne dochádza aj k poškodeniu nekognitívnych funkcií, ako sú poruchy emotivity – patetické nálady, afektívna labilita, afektívna oploštenosť, v neskorších štádiách úbytok vyšších citov. Nekonštantne a väčšinou prechodne sa môžu vyskytnúť poruchy myslenia typu bludov a poruchy vnímania (2, 3).

Komunikácia je dvojsmerný prenos, výmena myšlienok, názorov, pocitov a informácií medzi živými bytosťami, ktorého cieľom je vytvoriť porozumenie v myšliach iných a tým podporiť akciu. Komunikácia je slovo, ktorým sa najčastejšie vyjadruje slovné i mimoslovné dorozumievanie. Presnejšie jeho význam vystihuje preklad latinského pomenovania *communicare*, čo znamená robiť spoločným (1, 5).

Ľudská komunikácia však nie vždy spája, niekedy ľudí aj rozdeľuje. Človek ako mysliača bytosť sa prejavuje rečou a slová sú symbolmi myšlienok, či už sú

hovorené, písané, alebo ešte formulované v myšli. K primeranému rečovému prejavu je potrebná harmonická činnosť celého centrálného nervového systému (CNS). Reč nie je vrodenná, každé dieťa si musí schopnosť hovoriť obťažne získavať, ale rovnako môže človek v priebehu života pri rôznych ochoreniach CNS reč stratiť. Špeciálnou vlastnosťou mozgovej kôry je druhá signálová sústava a tzv. symbolické funkcie (viazané na dominantnú hemisféru), ku ktorým patria:

1. fatické funkcie – schopnosť hovoriť, písať, počítať, rozumieť hovorenej i písanej reči, schopnosť myslieť,
2. gnostické funkcie – schopnosť poznávať predmety zrakom, sluchom a hmatom,
3. praxia – schopnosť vykonávať zložité účelné pohyby (2, 6).

V mozgovej kôre človeka sú dve samostatné rečové centrá. Brocove motorické centrum reči a Wernickeho senzorické centrum. Pri ich poškodení môže vzniknúť motorická alebo senzitivna porucha reči – afázia. Afáziu možno definovať ako poruchu už vybudovanej reči, ktorá vznikla následkom ložiskového poškodenia mozgu.

Afázia je systémové narušenie reči, ktoré vzniká pri organických poškodeniach mozgu, zasahujúce rozličné úrovne organizácie reči. Toto poškodenie vplýva na vzťah reči k ostatným psychickým funkciám, vyvoláva dezintegráciu všetkých psychických sfér človeka a narušuje predovšetkým komunikačnú funkciu reči. Ide o poruchu s interpsychickými a intrapsychickými prvkami (3).

### Komunikácia s chorým trpiacim demenciou

Rozdielna povaha a lokalizácia neuropatológie jednotlivých typov demencie sa manifestuje aj v rozdielnom vzorci porúch komunikácie. Kognitívno-komunikačné poruchy sú najviac preskúmané na populácii chorých s Alzheimerovou demenciou. Na začiatku ochorenia bývajú komunikačné schopnosti na dobrej úrovni, pretože slovná zásoba, výslovnosť a gramatická správnosť reči sa zhoršujú len postupne alebo sú menej postihnuté ako iné oblasti intelektu (3).

V reči pacienta postihnutého demenciou je vidieť určité **odchýlky**

**a slovnú dezorientáciu.** Hrubosť, neaktosť, vulgárnosť, bezohľadnosť v reči dokumentuje výraznú poruchu pamäti, myslenia a citov. S postupom choroby postihnutý prestáva hovoriť úplne, reč je obsahovo chudobná až bezobsahová, z jednotlivých viet nakoniec ostávajú iba slová alebo slabiky, ktoré používa bez akéhokoľvek významu. V **terminálnej fáze ochorenia býva afatický** (7, 8).

Je dôležité naučiť sa s chorým komunikovať – **pokojne, jemne, pomaly, vecne, s uvoľneným správaním, ktoré sa tak bude prenášať aj na pacienta.** Hovoriť pozitívne, vyhýbať sa hrubým výrazom či príkazom. Snažiť sa neskákať chorému do reči a nedokončovať za neho vety, môže to byť pre neho ponižujúce. Dať mu čas na vyjadrenie, získavať spätnú väzbu a hľadať reakcie vo výrazoch tela a tváre. Postupujúcou progresiou ochorenia klesá schopnosť chorého komunikovať a prichádza k rôznym nedorozumeniam.

Pacient býva **rozčúlený či podráždený**, pretože nerozumie všetkému, čo sa od neho vyžaduje. Môže byť frustrovaný aj tým, že nie je schopný vyjadriť svoje myšlienky tak, aby mu ostatní rozumeli. Niektorí chorí môžu opakovať stále dookola rovnaké zvuky či vety alebo vkladajú do viet nevhodné slová. Je niekedy ťažké odhadnúť, ako ďaleko je chorý človek schopný ešte chápať, to však neznamená, že nerozumie našim upokojujúcim slovám, i keď na ne nereaguje. Môže rozpoznávať postoje alebo pohyby, preto je potrebné hľadať iné spôsoby dorozumievania, a to s využitím všetkých zmyslov (9).

Hnev, agitácia a agresívne prejavy bývajú súčasťou demencie, najmä počas delírií, ktoré komplikujú priebeh demencie. Často sa vyskytujú prchavé, nesystematizované paranoidne perzekučné bludy (najmä bludy okradania) a rôzne ilúzie či halucinácie. Pri hostilite a agresii je vhodné podporovať verbalizáciu hnevu, udržiavať plynulú konverzáciu, s pravdivými argumentami súhlasiť, nepravdivé (bludné produkcie) nekomentovať. Vyvarovať sa konfrontácii, nevyvracať halucinácie, neargumentovať bludy. Komunikáciu výrazne narušuje aj výskyt komorbídnej depresívnej poruchy, preto je dôležité všimnúť si depresívne prejavy

chorého, zmienky o smrti, suicidálne myšlienky (10).

K nadviazaniu a udržaniu **efektívnej komunikácie s osobou s kognitívnu poruchou** je potrebné riadiť sa princípmi:

- hovoriť zreteľne a pomaly, zdvorilo, s príjemným tónom,
- dávať iba jeden príkaz v konkrétnom čase,
- neprivádzať pacienta do konfrontujúcich situácií,
- zabrániť frustrácii pacienta pri kladení otázok týkajúcich sa orientácie, na ktoré nie je schopný odpovedať,
- prihliadať na pacientove problémy s pochopením, a preto dôležité informácie niekoľkokrát zopakovať bez nervozity,
- všetkými spôsobmi sa snažiť **zachovať dôstojnosť človeka s demenciou**,
- výpadky jednotlivých slov v priebehu rozhovoru, zmätený obsah informácie a ďalšie výkyvy pomôcť kompenzovať tým, že ponúkne vhodné slovo alebo sa spoločne pokúsime vyjasniť obsah podávanej informácie,
- častou chybou v komunikácii s pacientom je **ponižujúci prístup**,
- osoba s kognitívnu poruchou má potrebu zvláštnej komunikácie, ktorá je dôsledkom jej emocionálnych závislostí, neschopnosti robiť ústupky a prispôbovať sa,
- zodpovednosť za to, aby táto osoba rozumela a bolo porozumené jej, leží na opatrovateľovi,
- najdôležitejšou úlohou je nastoliť a podporovať partnerstvo, vzájomnú úctu a dôveru,
- osoba, s ktorou pracujeme, má skutočnú poruchu komunikácie. Aj keď nie je v našich silách zariadiť, aby porucha zmizla, môžeme použiť na prekonávanie špecifických problémov účinné stratégie (11).

Uvedené princípy sú kľúčové pre všetky aspekty starostlivosti o človeka s demenciou. V komunikácii je vhodné vyhnúť sa otázkam, čo jedli na obed, koľko je hodín. Nie je vhodné pýtať sa, čo všetko v ten deň robili. Nepýtame sa, kde si kúpili oblečenie, ktoré majú na sebe. Nepýtame sa na meno osoby, ktorá sedí vedľa. Do konverzácie nevnášame mená ďalších ľudí bez toho, aby sme vysvetlili,

o koho ide. V komunikácii nepoužívame napr.: „Pred chvíľou si mi o tom hovoril..., už o tom viem..., práve som ti to vysvetlil...“. Na druhej strane je vhodné povedať napr.: „Ďakujem, že si mi o tom povedal..., som rád, že ťa vidím..., veľmi rád sa s tebou rozprávam...“(12).

V rozhovore je vhodné nájsť nejakú spoločnú tému, napr.: „zaujímalo by ťa, čo sa tam deje..., podme to zistiť...“. V komunikácii by sme mali prejavovať veľkú dávku trpezlivosti. Rovnako **dôležitá je úprimnosť**, pretože neúprimnosť dokážu postihnúť vycítiť. Mali by sme oceniť pohostinnosť a snahu naďalej byť rodičom a dávať rady. V rozhovoroch môžeme umožniť rozprávať o profesii, preukázať obdiv k životnej múdrosti a rozhodnutiam (2, 13).

Zásadnou podmienkou v komunikácii s demenčným pacientom je **pokojné, príjemné prostredie bez rušivých faktorov okolia a dostatok času**. Čím nižšie sú kognitívne schopnosti človeka, tým väčšími sú zapojené emócie, preto sa pri komunikácii musíme zameriavať práve na emočné prežívanie. Vhodné je vychádzať z techník validačnej terapie, prostredníctvom ktorej získavajú dezorientovaní ľudia empatické aktívne počúvanie, neodsudzovanie, ale ich akceptovanie z hľadiska reality.

Vzájomnému porozumeniu pomáhajú nezaťažovať chorého novými zážitkami a častými zmenami (premiestňovanie nábytku, osobných vecí, pobyt v rôznych prostrediach). Naopak, je vhodné s chorým „trénovať“ zachované schopnosti. Napr. na kalendári pravidelne označovať, aký je deň, dodržiavať pravidelný denný režim, nechať chorého úlohy, ktoré zvláda, urobiť samého a povzbudzovať ho pri tom, chváliť ho (14).

Významnú úlohu pritom zohrávajú **prvky neverbálnej komunikácie** ako úsmev, očný kontakt, primeraná gestikulácia, nižší tón hlasu, dotyk. V prípade nežiaducich foriem správania, akými sú negativizmus, agitovanosť, impulzivita až agresivita, sa uplatňuje krízová komunikácia, pri ktorej treba brať ohľad hlavne na bezpečnosť všetkých zúčastnených, konať rýchlo, jednotne, sústrediť sa na chorého, jeho prežívanie, dať mu najavo, že akceptujeme jeho emočné rozpoloženie aj zodpovedajúce fyzické pre-

javy (14). Narušenie komunikácie, ktoré môže viesť až k agresívnemu správaniu, býva spôsobené aj pacientovými senzoryckými poruchami. Používanie pomôcok či technických prostriedkov – načúvací prístroj, korekcia poškodenia zraku, komunikáciu s chorým výrazne zlepši (1).

V pokročilých štádiách ochorenia sa s týmito pacientmi verbálne navzájom nedohovoríme a neporozumieme si s nimi. Chorý často nerozumie potrebe starostlivosti ani jej slovnému zdôvodneniu, preto je potrebné klásť dôraz na nonverbálny spôsob komunikácie, ktorý je u pacientov s demenciou dlhšie zachovaný

Hoci je komunikácia s pacientom náročná a zdĺhavá, je zároveň dôležitým prvkom v starostlivosti o neho. Dôležitosť komunikácie s pacientom nespočíva len v jej základnej funkcii, teda odovzdávaní a získavaní informácií, ale predovšetkým v tom, čo ňou vyjadrujeme a čo si z nej pacient v najlepšom prípade odnáša, čiže v pocite dôležitosti, pochopenia, záujmu a toho, že aj napriek zhoršujúcim sa kognitívnym schopnostiam pacient zostáva človekom s vlastnými názormi, záujmami a pocitmi (15).

Pravidlo používania krátkych, jednoduchých viet zložených zo známych slov platí v komunikácii s pacientom trpiacim demenciou neustále. S progresom ochorenia sa objavujú **problémy s riešením úloh**.

V riešení problémov je potrebné poskytnúť pacientovi potrebnú pomoc a podporu. Zadávané úlohy musia byť jednoduché, presne formulované a pacientovi musí byť poskytnutý dostatok času nie len na splnenie úlohy, ale aj na pochopenie toho, čo od neho očakávame (16).

Veľký problém u pacientov s demenciou tvorí **porucha pozornosti**, preto by sme sa pri komunikácii s pacientom mali zamerať na eliminovanie rušivých vplyvov. Za rušivé vplyvy môžeme považovať všetko to, čo aktuálne na pacienta v jeho prostredí pôsobí, môže ísť o zapnuté rádio, televíziu, iných pacientov či dianie vonku. Počas komunikácie musíme priebežne overovať, či ju pacient vníma, že sa sústreďuje na to, čo hovorí a jeho pozornosť nie je rozptýlená (5).

Plnenie úloh spôsobuje osobám trpiacim demenciou značné ťažkosti a pacient môže niekedy vyjadrovať skla-

manie zo seba samého. Zdravotníci by mali pacienta podporovať a motivovať, pacienta nekritizovať, karhať či upozorňovať na jeho neschopnosť. Svojím správaním a vyjadrovaním by mal zdravotnícky personál naopak posilňovať pacientovu sebadôveru a samostatnosť, tiež pacienta vhodne a dostatočne chváliť.

Ak je schopnosť verbálnej komunikácie zachovaná, hoci veľmi zhoršená, je úlohou zdravotnej sestry zvoliť taký spôsob komunikácie, také slová a pomôcky, ktoré pomáhajú pacientovi pochopiť to, čo od neho chceme, potrebujeme, čo sa mu snažíme povedať. Používanie pomôcok, ako sú **obrázky, piktogramy, makety či rôzne ukážky predmetov** môžu mať v komunikácii s pacientom trpiacim demenciou veľký prínos. Pacienti s poruchou expresívnej zložky jazyka trpia najčastejšie stavom, keď nedokážu správne pomenovať predmet, hoci poznajú účel, na ktorý je určený, tvary, farby a podobne (1, 5).

**Používanie názorných pomôcok** dokáže uľahčiť komunikáciu s pacientom a zvýšiť tak jej efektívnosť. Podobný význam majú komunikačné pomôcky v prípade pacientov s poruchou deklaratívnej zložky jazyka, ktorí prejavujú problémy s porozumením vyjadreniam druhých osôb. V komunikácii s pacientom s druhým typom deficitu nemusí postihnúť osoba rozumieť termínom pomenúvajúcim určité predmety či činnosti, ale môže dané predmety a činnosti správne identifikovať v grafickej podobe (7, 9).

V prípadoch, keď pacient úplne stratil schopnosť komunikovať pomocou slov, však nie sme schopní odhadnúť, do akej miery pacient rozumie tomu, čo hovoríme, a sme tak odkázaní na neverbálnu komunikáciu. U pacientov s pokročilým deficitom v oblasti komunikácie musíme nájsť spôsob, ako sa s pacientom porozumieť pomocou posunkov, mimiky, gestikulácie, musíme pacienta dobre spoznať, aby sme boli schopní odhadnúť jeho reakciu a dekodovať jeho neverbálne prejavy.

Súčasťou komunikácie s pacientom s demenciou v akomkoľvek štádiu by mali byť priateľské gestá a dotyky, predovšetkým **iniciálny dotyk**, ktorým zaujmeme pacientovu pozornosť a dáme najavo, že hovoríme konkrétne s ním.

Pozitívne pôsobí **úsmev, dotyk ruky, ramena a podobné jemné gestá**. Naopak, výrazná gestikulácia v spojení s rýchlou a hlučnou rečou je úplne nevhodná a v komunikácii neefektívna (17).

### Záver

Pacient s demenciou Alzheimerovho typu dokáže s druhými stále menej a menej normálne komunikovať. Stojí ho oveľa viac úsilia, keď má druhým jasne vysvetliť, čo cíti alebo potrebuje. Zároveň musí vyvíjať stále väčšie námahu, aby pochopil, čo sa mu druhí snažia povedať.

Pri normálnom rozhovore medzi dvoma ľuďmi do neho obaja prispievajú viac-menej rovnako. Táto rovnováha však chýba, keď sa snažíme komunikovať s pacientom s demenciou, musíme do toho investovať omnoho viac energie.

Čím pokročilejšia demencia je, tým viac energie musíme vynaložiť pri komunikácii s takýmito pacientmi.

### Literatúra

1. Ferková E, Ilievová L. Známy neznámy Alzheimer. Sestra. 2013;23(4):56-58.
2. Holmerová I, Rokosová M, Suchá J, Veleta P. Nefarmakologické prístupy k pacientům postiženým demencií a podpora pečujících rodin. Neurol. praxi. 2004;5(1):17-20.
3. Poledníková L, et al. Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta; 2006: 216 s.
4. Vavrušková L, et al. Demencie. Martin: Osveta; 2012: 180 s.
5. Gulášová I, Breza J, Riedl I. Péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí. Sestra. 2013;.23(5):31-33.
6. Holmerová I, Janečková H, Vaňková H, Veleta P. Nefarmakologické prístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postihené. Psychiatr. prax. 2005;6(4):175-178.
7. Pidman V. Demence. Praha: Grada Publishing, a. s.; 2007: 184 s.
8. Plevová J, Boleloucký Z. Psychofarmakoterapie vyššího věku. Praha: Grada Publishing, s. r. o.; 2000: 164 s.
9. Jiráček R, Holmerová I, Borzová C, et al. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing; 2009: 164 s.

10. Čerňanová A. Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach. Martin: Osveta; 2011: 87 s.
11. Jiráček R. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. Neurol. praxi. 2008;9(4):224-227.
12. Wirth M. Validácia podľa Naomi Feil. Humanita. 2009;18(6):8-9.
13. Hrozenková M, et al. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta; 2008: 181 s.
14. Bártlová S. Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné. Kontakt. 2006;8(2):235-239.
15. Bartlová S, Matulay S. Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Martin: Osveta; 2009: 141 s.
16. Bašková M, et al. Výchova k zdraviu. Martin: Osveta; 2009: 227 s.
17. Bednařík J, Ambler Z, Ružička E, et al. 2010. Klinická neurologie. Praha: Triton; 2010: 1324 s.

### PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove  
Partizánska 1, 080 01 Prešov  
iondriova@centrum.sk