

## SZAKMAI BESZÁMOLÓ

### **A pozitív szuggesztiókra épülő pszichológiai támogatás hatásának vizsgálata lélegeztetett betegek intenzív terápiájában**

című, OTKA 43751 számú pályázatról

Kutatásunk abból indult ki, hogy az intenzív osztályos kezelés önmagában, ezen belül a lélegeztetés különösen olyan körülménynek tekinthető, amely messze kimeríti a „kritikus állapot” fogalmát. A lélegeztetett betegek állapota nemcsak a szó szomatikus értelmében „kritikus”, hanem abban az értelemben is, hogy ezeknél a betegeknél módosult kognitív feldolgozási módot valószínűsíthetünk. E módosult tudatműködés egyik jellemzője a szuggesztiók iránti fokozott érzékenység.

A szakirodalmi adatok az ITO-t elhagyó betegek esetében azt mutatják, hogy az intenzív kezeléssel kapcsolatos beszámolóikban a leggyakrabban előforduló kedvezőtlen élmények: a kiszolgáltatottság, magány, beszédképtelenség, szorongás, fájdalom, zaj, kontroll-hiány, feszültség, félelem.

Megközelítésünk lényege az volt, hogy ezen igényeikre válaszolva, valamint a páciensek felfokozott szuggesztibilitását felhasználva a betegek hagyományos szomatikus kezelését olyan szuggesztióssal egészítsük ki, amelyben a pozitív szuggesztiók képzésének szabályai mentén tájékoztatjuk őket a kezelésük, ezen belül hangsúlyosan a lélegeztetés részleteiről, és a várható lépésekről.

A beszámolóban a kutatási szerződés „A kutatás során kitűzött fontosabb feladatok, elérendő eredmények” részében feltüntetett célok mentén összegzem az eredményeket. Ebben 3 célt azonosítottunk, ezek:

- 1. A lélegeztetett betegek pozitív szuggesztiókon alapuló pszichológiai támogatási rendszerének kidolgozása, amely a mesterséges lélegeztetés minden fázisában segítséget nyújthat**
- 2. Egy kutatás lefolytatása a fenti módszerek hatékonyságának igazolására – szuggesztióval és szuggesztió nélkül kezelt betegcsoportok összehasonlításával**
- 3. Módszereink bemutatása az intenzív terápiában dolgozó szakemberek lehető legszélesebb körében (intenzív terápiás orvosok, pszichológusok, nővérek, stb.)**

## Részletes beszámoló:

# **1. A lélegeztetett betegek pozitív szuggesztiókon alapuló pszichológiai támogatási rendszerének kidolgozása, amely a mesterséges lélegeztetés minden fázisában segítséget nyújthat**

## **1.1. Előkészületek és elővizsgálatok a „lélegeztetett betegek pszichés támogatásának pozitív szuggesztiókon alapuló protokollja” kialakításához**

A lélegeztetett betegek pszichológiai támogatásában a szuggesztív technikák alkalmazásához e technikákat adaptálni kellett az ilyen betegek kezelésének részleteihez.

Célunk az volt, hogy olyan szuggesztiókra alapuló támogatási rendszert dolgozzunk ki, amely:

- beépíthető az átlagos ITO mindennapi kezelési rendjébe (tehát pl. nem kíván meg különleges eszközt, a beteg elkülönítését, hosszabb „kivonását” a szomatikus kezelés folyamatából, stb.)
- esetleg rövid tréning után alkalmazható a betegeket kezelő személyzet minden tagja által (tehát pl. nem kíván meg hipnoterapeutai végzettséget, hiszen arra a magyar törvények rételmében nővérek, gyógytornászok nem jogosultak)
- kellően rugalmas, alkalmazható a legkülönfélébb alapbetegségek mentén is, amelyek lélegeztetéssel járnak
- követi a lélegeztetés fázisait: megfelelően alkalmazkodik a lélegeztetés bevezetésének, fenntartásának illetve befejezésének lélektanilag (is) eltérő igényeihez.

A megközelítés *formai* vonatkozásaiban a szakirodalomban jól ismert, és más szomatikus területen – részben munkacsoportunk korábbi munkáiban is – alkalmazott szuggesztió-képzési szabályokat vettük alapul (Hammond, 1990, Varga és Diószeghy, 2001)

A megközelítés *tartalmi* részleteit a betegek tényleges igényeihez és szükségleteihez, illetve a sikeresen kezelt betegekkel kapcsolatos szakmai tapasztalatokhoz igyekeztünk igazítani. Ennek kidolgozása érdekében több forrásból merítettünk:

### 1.1.1. Áttekintettük a kérdéskör szakirodalmát.

Ezek alapján megfogalmazható összkép (pl. Bergbom-Engberg és Haljamae 1989, Criner és Isaac 1994, Hallenberg és mtsai 1990, Rotondi és mtsai 2002, Russell 1999, Schelling és mtsai 1998, Van de Leur és mtsai 2004):

- a lélegeztetés rendkívüli pszichés megterhelést, szélsőséges érzelmi stresszt jelent a betegek számára
- a lélegeztetett betegek általában több időt töltenek el az intenzív osztályon, ezért rájuk az „intenzív kezeléssel” járó általános stresszorok (zaj, mozgáskorlátozottság, kommunikációs nehézségek, stb.) is fokozottabban hatnak, mint a nem lélegeztetettek
- a kedvezőtlen hatások évekkal a kezelés után is kimutathatóak
- az ITO-n kapott kezelés következtében kialakult késői kedvezőtlen hatások erősen leronthatják a betegek életminőségét is

### 1.1.2. Interjút készítettünk a lélegeztetett betegekkel foglalkozó szakemberekkel

Intenzív osztályon dolgozó orvosokkal illetve nővérekkel végeztünk félig strukturált interjút. Arra voltunk kíváncsiak, az ő napi munkájuk során szerzett sokéves tapasztalat milyen esetek, körülmények esetén mutat sikeresebb lélegeztetést, illetve az ő szempontjukból a betegnek „milyennek kéne lennie” ahhoz, hogy a gyógyításuk hatékonyabb legyen?

Ezen interjúk tapasztalatai főképp a szakirodalmi adatokat erősítették meg: a fiatalabb, jobb alapállapotú betegek esetében kedvezőbb a lélegeztetés, az idősebb, halmozott problémákkal küzdő, zavart tudatú betegek kezelése nehezebb és kevésbé is hoz sikereket.

A közvetlen kérdésünkhöz leginkább hasznosítható szempont az volt, hogy a beteg motiváltsága, optimista hozzáállása, valamint jobb együttműködése esetén könnyebb a lélegeztetés (is).

A legtöbb megkérdezett nehezen lendült túl a „szakmai”, tankönyvi tudásán, a benyomásait, intuícióit, tapasztalatait csak néhányan tudták megosztani velünk, törekvésünk ellenére néha inkább „vizsga” jellege volt a beszélgetésnek, ahol felmondják a tananyagot. Emellett, főképp a nővérek, arról beszéltek sokat, milyen fizikális körülmények illetve munkaszervezés segítené az ő munkájukat, ami érdekes adalék volt, de nem tartozott szorosan a kutatási célunkhoz.

### 1.1.3. Interjú készítettünk az intenzív osztályról korábban távozott (kezelésük során) lélegeztetett betegekkel

Olyan betegeket kerestünk fel, akik minimum két hónapja távoztak már az intenzív osztályról. Ezt két ITO-ról (Simmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinikája és a Dél-pesti Jahn Ferenc Kórház Intenzív osztálya) távozott betegekkel végeztük el, a két helyszínről együtt 30 páciens élményét rögzítettük.

E betegek az intenzív kezelésre többnyire negatív élményként emlékeztek vissza. Kiemelték az emberi kontaktus, az odafigyelés, a szakértelem megnyugtató jellegét, és legtöbbször a kezeléssel kapcsolatos tájékoztatás fontosságát.

### 1.1.4. Interjú készítettünk az intenzív osztályt éppen elhagyó (kezelésük során) lélegeztetett betegekkel

Erre azért volt szükség, mert az intenzív osztályon kezelt betegek élményeivel kapcsolatban fontossá vált, hogy lássuk, hogy az intenzív osztályt éppen elhagyó (tehát gyógyult, vagy már stabilizálódott állapotú) betegek közvetlenül a távozás előtt (illetve a távozás után 24 órán belül) milyen élményekről számolnak be. Ebben az állapotban még közeli az élmény, kevésbé strukturálódott, ezért fontos szempontokat nyertünk ezekből a beszámolókból is a fő kutatási szakaszhoz.

Ehhez további öt helyszínt vontunk be a vizsgálatba: a János Kórház Intenzív Osztályát, a MÁV Kórház Intenzív Osztályát, a Szent Imre Kórház Intenzív Osztályát, az Országos Gyógyintézeti Központ Intenzív Osztályát valamint az Országos Gyógyintézeti Központ Szívsebészeti Intenzív Osztályát.

E helyszíneken összesen 11 lélegeztetett, és 14 nem lélegeztetett ITO-n kezelt beteg élményeit dolgoztuk fel (részletes eredmények l. Benczúr és Mohácsi, 2005)

- Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy az intenzív osztályon ápolta kritikus állapotú betegek egy részénél mindenképpen szükség lenne a szomatikus fájdalomcsillapítás mellett nem farmakológiai fájdalomcsillapításra. A betegek 60%-a említi ugyan a gyógyszereket és szomatikus orvoslást, mint fájdalomcsökkentő tényezőt, lényeges azonban, hogy vannak olyan betegek, akik úgy érzik, semmi nem csillapította a fájdalmukat (20%), tehát a gyógyszeres fájdalomcsillapítás nem minden esetben bizonyul elegendőnek.
- Emellett külön hangsúlyt kell kapnia a lélegeztetés speciális helyzetének. Eredményeink szerint a nem lélegeztetett betegek 71%-a elégedett volt a külső körülményekkel, még a lélegeztetettek 73%-a nem volt elégedett. A nagy arányú különbség a két csoport között arra utalhat, hogy a lélegeztetett betegek számára a környezet apró jellegzetességei is fokozott jelentőséggel bírnak. A legtöbbször arra panaszkodtak, hogy maga a tubus zavarta őket. Fontos klinikai szempont tehát a lélegeztetett betegek számára elfogadhatóvá tenni az ember-gép összehangolást.
- Számottevő hatást gyakorol rájuk az emberi hozzáállás, érdemesnek tűnik részletes és egyénre szabott szuggesztív technikákkal enyhíteni az intenzív osztályos hatások kellemetlenségeit. Többször kiemelték, hogy milyen jó érzés volt számukra, hogy a vizitáló orvosok beszélgettek velük, elmagyarázták, hogy mi és miért történt illetve fog történni még az intenzív osztályos tartózkodás során, illetve, hogy kíváncsiak voltak az érzéseikre. Fontos eredménynek tartjuk, hogy

a lélegeztetett betegek vagy a lélegeztetéssel összefüggő lépésekhez (extubáció) kötik az állapotukban beállt pozitív fordulatot, vagy a gondoskodáshoz, odafigyeléshez. A nem lélegeztetettek közül viszont senki sem jelezte, hogy a gondoskodás, odafigyelés segítette volna a gyógyulásban. Úgy tűnik, hogy a lélegeztetett betegek a fokozott kiszolgáltatottságuk miatt jobban igénylik a gondoskodást és odafigyelést.

#### 1.1.5. A Magyar Hipnózis Egyesület szuggesztiós műhely keretében megtartott kerekasztal.

Az így kialakult protokoll tervét szakmai vitára bocsátottuk, a Magyar Hipnózis Egyesület szuggesztiós műhelye keretében. Itt több szakember (intenzív orvosok, tüdőgyógyászok, általános orvosok, gyógytornászok, pszichológusok, valamint e területek néhány hallgatója) szempontjait és tapasztalatait is figyelembe véve az alábbi pozitív szuggesztiókon alapuló protokollt dolgoztuk ki (részletes ismertetését l. Varga és Diószeghy, 2004/a).

### **1.2. Lélegeztetett betegek pszichés támogatásának pozitív szuggesztiókon alapuló protokollja**

A fent felsorolt forrásokra, illetve a kutatás szakembereinek az intenzív terápiában illetve a kritikus állapotú betegek szuggesztiós módszerekkel való megközelítésében meglévő több évtizedes tapasztalata alapján kidolgoztuk a pályázatunk első célkitűzésében megfogalmazott protokollt a lélegeztetett betegek pozitív szuggesztiókon alapuló pszichológiai támogatására.

Ennek részletes írásos anyaga 2004-ben megjelent a Péntes és Lox által szerkesztett, *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata* című, a Medicina kiadó által gondozott kötetben. Ennek praktikus illetve „eszmei” jelentősége van. Azon túl ugyanis, hogy a megközelítésünk a lélegeztetéssel foglalkozó hazai szakemberek számára ezáltal hozzáférhetővé vált, maga a tény, hogy a tekintélyes kötet fejezetei között találjuk e tanulmányunkat, a pszichés támogatás, ezen belül a szuggesztív kommunikáció szakmai elismerését is jelenti. Alább a protokoll legfontosabb elemeit mutatjuk be.

A szuggesztiós módszerek a lélegeztetés (1.2.1.) bevezetésének, (1.2.2.) fenntartásának, és (1.2.3.) befejezésének elősegítésére. Mivel a lélegeztetés e három fázisa gyökeresen eltérő “lélektani helyzetet” jelent a páciens szempontjából, mindegyik szakaszra célzott szuggesztiókat dolgoztunk ki. Minden szempontoz szó szerinti javasolt szuggesztiót is közöltünk, ám ehelyütt ezekből csak néhányat idézünk:

1.2.1. A **lélegeztetés megkezdésekor** lényegében azonnal alkalmazkodnia kell egy olyan helyzethez, ami a fiziológiai folyamatokkal ellentétes, s amely során nemcsak a kezelő személyzettel kell együttműködnie, hanem a légzés alapvető életfunkcióját biztosító géppel is. Mindezt olyan körülmények között, ami rendszerint a baleset, sérülés vagy kritikus szomatikus állapot miatt az élet elvesztésének fenyegetettségével jár, az esetek döntő többségében a vezető panasz a mindenki számára legnagyobb kellemetlenséget jelentő fulladás érzése, szélsőséges félelem és bizonytalanság élményének közepette.

#### Kiemelt szempontok, javasolt szuggesztiók:

- Tájékoztassuk a beteget a lélegeztetés megkezdéséről is: indokoljuk, miért van rá szükség, és hogyan fog történni. Mindezt lehetőség szerint előre mondjuk el, de legalábbis a beavatkozás egyes lépéseinek végrehajtása során. Például így:

*„Ahhoz, hogy jobban érezze magát, szervezetének szüksége van arra, hogy segítsük a légzésben. Ezt a következőképp csináljuk: (hamarosan) egy puha, vékony csövet vezetek le a száján keresztül a légcsövembe. Ez a cső egy olyan géphez csatlakozik, amelyik pontosan érzékeli, mikor van szükség arra, hogy kellő mennyiségű friss levegőt juttasson a tüdejébe. stb.”*

- Térjünk ki arra, hogy mindez **időleges** (a leszoktatás a lélegeztetés első pillanatában „megkezdődik”).

*„A gép addig segíti a légzésben, amíg a szervezete kellően megerősödik ahhoz, hogy ismét önállóan lélegezzen, mint rendszeren.”*

- Kezdetől fogva ügyeljünk a páciens **aktív közreműködésének** hangsúlyozására: például ne úgy fogalmazzunk, hogy ön *helyett* lélegzik a gép, hanem csak *segíti* a légzést.
- Értessük meg a beteggel, hogy a légcsőbe helyezett tubus miatt **nem tud beszélni**, és hogy ez is csak időleges, amint eltávolítjuk majd a tubust, visszatér a beszéd.
- Mivel a pozitív nyomású lélegeztetés **a fiziológiástól nagy mértékben eltér**, a beteg a belégzési fázis elején sokszor fulladásként éli meg azt, hogy a gép nem ad olyan nagy áramlással levegőt, mint ahogy azt ő a belégzési fázis legelején várja. Javasolt szuggesztió:

*„Természetes, hogy így a gépi segítséggel más élmény a lélegzés, mint rendszeren. Hamarosan megszokja gépet, ahogy egyre inkább megtapasztalja a légzésnek ezt a ritmusát és mélységét”*

- A **hozzátartozókat is tájékoztassuk**, a betegágy mellett (pozitívan) elmagyarázhatjuk, mire szolgálnak a csövek, gépek, mit jelentenek a sípolások, stb.

1.2.2. A **lélegeztetés fenntartása** a fiziológiai működéstől eltérő egyensúly fenntartását jelenti, amely sikeres végrehajtásához a páciensnek rá kell bíznia magát a lélegeztetőgépre. A lélegeztetéssel kapcsolatos problémák egyik fő köre az, hogy a páciens “ellene dolgozik” a gépnek, ami nemcsak, hogy a szomatikus szempontból elérni kívánt célt hátráltatja, de a páciens kimerüléséhez, és ebből fakadó további problémák kaszkádjához vezet.

A lélegeztetés során elkerülhetetlen beavatkozások (a váladék leszívása, a tubus repozicionálása, nebulizálás, és párástó eljárások, stb.) szintén mind olyan helyzetek, amelyek megfelelően felépített szuggesztiók mellett sokkal hatékonyabban és gördülékenyebben végezhetők.

#### Kiemelt szempontok, javasolt szuggesztiók:

- Kezdetől fogva hangsúlyozzuk, hogy a kórház **biztonságos hely**, illetve, hogy **mi a kezelés értelme**:

*A legfontosabb dolog megtörtént, olyan kórházba / osztályra került, ahol minden rendelkezésre áll, hogy a legjobb kezelést megkapja<sup>1</sup>. Ez most elsősorban arra irányul, hogy mennél hamarabb helyreálljon a ... (itt pozitívan fogalmazzuk meg, mire irányul a kezelés)... szervezetében. Az orvosok, nővérek és az a sok fantasztikus gép, ami körülveszi, mind azért dolgozik, hogy segítsen a szervezetének visszatalálni az egészséges, harmonikus működéshez.”*

- A gépek, monitorok szerepét a „zavaró zajforrás” helyett úgy értelmezzük, mint amelyek a biztonságot közvetítik:
- Segítsük elő, az **„ember-gép” összehangolását**
- A leszívások kellemetlenségét tompíthatjuk azzal, hogy megmagyarázzuk (előzetesen), miért van rá szükség:

*„Amíg a gép segíti a légzésben, nem tudja felköhögni azokat a váladékokat, amik az ember tüdejében óhatatlanul képződnek. Tudja, ezt rendszeren úgy csináljuk, hogy krákogunk vagy köhintünk egyet, és már kész is. Amíg tart a lélegeztetés, ezt a tisztítást is kívülről kell elvégeznünk”*

*„Ez úgy történik, hogy egy vékony szívócsövet vezetek le a tubuson keresztül, kérem, hogy köhögésével majd jelezze, ahogy leér, és ugyanilyen köhögéssel a tüdő távolabbi részeiről is a szívócső végéhez juttathatja a váladékot”*

- Főleg az első alkalmakkor emeljük ki, hogy rövid ideig tart a beavatkozás:

*”Az egész csak néhány pillanat, annyi, mint egy nagyobb légvétel...”*

- Emeljük ki azt is, hogy utána érezni fogja a kedvezőbb változást a páciens is:

*„Érezni fogja, mennyivel könnyebb/jobban a légzés a megtisztított tüdőben”*

- **Aktívan kommunikáljunk** a beteggel, illetve biztosítsuk arról, hogy sokféle módja van, hogy ő is kifejezhesse érzéseit, kérdéseit. A beszéd kiesése esetén is támaszkodhatunk a gesztikuláció, kézzel való jelzés, az írás, a szájmozgatás, az arckifejezések, a fejrázás, a nyomtatott abc használatára. Tény, hogy ezek bármelyikének gördülékeny alkalmazása időt és türelmet követel meg mindkét féltől, viszont jelentősen növelheti a páciens komfortérzését, ha megtapasztalja, hogy a környezet kíváncsi az üzeneteire, és törekszik annak megértésére.
- Fontos a **gyógyulás jeleinek értékelése**, a páciens felé közvetítése. Ez történhet a leletek, röntgenfelvételek számára érthető megbeszélésével, megmutatásával, vagy azzal, hogy

<sup>1</sup> Figyeljük meg, hogy a szuggesztió “csak” implikálja a kedvező kimenetelt, nem ígér semmit konkrétan.

felhívjuk a figyelmét azokra az (enyhe) javulásokra, amiket tapasztalunk nála. Ez azért lényeges, mert a lélegeztetés befejezését úgy jó megkezdeni, hogy a betegnek (is) az legyen a meggyőződése, hogy kellően gyógyul(t) és megerősödött ahhoz, hogy elhagyhassuk a gépet.

- A beteg **figyelmét irányítsuk a kellemes élményekre** (pl. kellemes emlékekre, jó testi érzésekre, azokra a lehetőségekre, amit a kényelme érdekében tehetünk).
- **Gazdagítsuk a páciens környezetét** számára kellemes, értelmes ingerekkel. A moccanatlan, plafont bámuló beteghez órákon át nem jut valódi inger, s ez kimeríti az ingermegvonásos vizsgálatok körülményeit, amelyek rövid időn belül (egészségeseknél is) hallucinációkhoz, testképzavarhoz, téveszmékhez vezetnek. Az ingergazdagítás történhet (fejhallgatón keresztül közvetített) zene, vagy szöveges anyagok bemutatásával, a látóterébe elhelyezett kellemes tartalmú képek, kabalák felfüggesztésével, a látogatók bevonásával, és így tovább.
- Az ingerek között legfontosabbak a **természetes emberi kontaktusok**, szólítsuk nevén, mutakozzunk be, érintsük, simítsuk meg a beteget.
- A kiszolgáltatottság enyhíthető **választási lehetőségek** felkínálásával.
- **A tanult tehetetlenség** prevenciójaként kezdettől fogva növeljük a kontroll-élményt
- Amennyiben tracheostomia szükséges, **magyarázzuk meg ennek indokát**, és emeljük ki, hogy ez milyen (kedvező) változást hoz a beteg szemszögéből.

*„A lélegeztetést sokban megkönnyíti, ha nem a száján át, hanem a légcsőbe közvetlenül vezetett csövön keresztül kapja a levegőt. Így nem lesz a cső a szájában, sokkal jobban tudja / tudjuk tisztítani a száját, a szája ezentúl mindig kellően nedves lesz. Ezután ehét és ihat is (ha amúgy nem kontraindikált), és bár a beszédhangja csak majd a lélegeztető cső eltávolítása után tér vissza, de szájáról olvasással sokkal jobban megértjük majd, amit mondani szeretne. Amint befejezzük a lélegeztetést zárhatjuk azt az apró nyílást, ahol a cső bement.”*

- Analógiák, metaforák alkalmazásával adjunk az egész helyzetnek más, kedvezőbb értelmezési keretet. Hacsak lehet, ez a páciens élményeire építsen. Például egy régóta lélegeztető gépen lévő, és emiatt már türelmetlen férfivel (akinek a hobbija a pecázás volt):

*„Olyasmi ez, mint a horgászás. Az ember vár a vízparton, fogja a botot, és türelmes. Néha már fárasztó a várakozás, de aki kitartóan csinálja, az előbb-utóbb kifog egy szép halat, és akkor nagyon örül neki, és büszke magára!”*

1.2.3. A lélegeztetés **befejezése** azt a helyzetet veti fel, amikor el kell szakadni az addigra jobbára már megszokott gépi segítségtől, és az önálló légzésre visszatérni. Ezt a lépést több körülmény nehezíti, így például az, hogy az önálló légzés kezdetben jóval nehezebb mint azt a páciens várná. Ennek hátterében álló okok (pl. legyengült légzőizmok, stb.) ismerete és megértése nagyban megkönnyíti azt, hogy a páciens sikeresen jusson túl ezen a szakaszon, és gyorsan szerezze vissza a hatékony önálló légzés képességét.

#### Kiemelt szempontok, javasolt szuggesztiók:

- Készítsük elő a gépről való levételt, annak érzékeltetésével (akár újjólag), hogy mennyire **megerősödött a páciens**, és a gyógyulásának azon szakaszához értünk, amikor már végre nincs szükség a gépre. Az állapot javulását értékelhetjük például részletesen megbeszélve a rendelkezésre álló leletek pozitív tartalmát (pl. a röntgenfelvételeket egymás után bemutatva demonstráltuk, milyen nagyfokú javulás következett már be).
- Ezután előzetesen (!) magyarázzuk el, hogy is fog mindez történni. Például így:

*Az eddigi napok alatt annyira megerősödött a szervezete, hogy nincs szükség már arra, hogy a gép segítsen a légzésben. Végre kivehetjük ezt a csövet a szájából, és megkezdheti a teljesen önálló, természetes légzést<sup>2</sup>. Meglátja, milyen érdekes<sup>3</sup> lesz megint a saját izmait használni, kellemes mély lélegzetet venni. Milyen jó érzés lesz, ahogy a természetes úton áramlik be a friss levegő... ahogy kitágul a*

<sup>2</sup> A leszoktatásnál vigyázni kell arra, hogy ne vigyük túlzásba a lélegeztetés hátrányainak sorolását, mert esetleg - időlegesen - ismételten a gépre lesz szükség, és akkor azt nehezebb lenne megint bevezetni.

<sup>3</sup> Az 'érdekes' jól használható semleges, sőt pozitívba hajló jelző olyan élmények/helyzetek előzetes minősítésére, amelyek várhatóan nehezek vagy negatívak lennének.

mellkasa a belégzéskor, és ahogy majd utána maga fújja ki a levegőt. Jó lesz, hogy végre kiürülhet az a váladék, ami felgyülemlett a tüdejében. Pontosan fogja érezni<sup>4</sup>, hogy mikor kell krákogással, köhögéssel segíteni a szervezetét, hogy megszabaduljon a váladéktól.

Az ugyan várható, hogy ez eleinte nehezebben megy, mert sokáig nem dolgoztatta a légzőizmait, de meglátja, milyen gyorsan megerősödnek megint, most, hogy újra feladatuk van.

Ezzel egyre tisztábbá válik majd a tüdeje, a légutak egyre hatékonyabban szállítják a friss levegőt befelé, és az elhasználtat kifelé, amitől az egész szervezete egyre frissebb lesz majd... és még jobban megerősödik. Milyen jó, hogy nem lesz már a géphez kötve, végre beszélhet hozzánk... (stb.). "

- Az extubálás után gyakran szükséges inhalálás fontosságát és hasznát előzetesen érzékeltessük:

„Ezzel a készülékkel finom párát juttathatunk a légutakba. Olyan (gyógy)szer van benne, ami a szívós, nehezen felköhöghető váladékot felhígítja, ezáltal az könnyebben kiköhöghetővé válik, a csillószőrök könnyebben ki tudják hajtani.”

- A kontroll-élmény további fokozása érdekében ebben a szakaszban is számos ponton adhatunk választási lehetőséget:

„Friss levegőt (oxigént) orrba (orrszondán) vagy maszkon át kéri inkább? A felköhögött váladékot köpje ki vagy nyelje le, ami jobb magának. Mikor akar felkelni?, stb.”

- A passzivitás feloldásának érdekében olyan feladatot adhatunk a betegnek, ami a gyógyítási folyamatban való **aktív közreműködését** várja el. Ennek célja, hogy megélje a gyógyulást és azt, hogy az egy folyamat. Például arra kérhetjük, hogy gondosan figyelje meg, melyek azok az állapotok (ülés, fekvés, elhelyezkedés, étkezéssel való összefüggés, stb.) amikor a légzést könnyebbnek, kellemesebbnek érzi. Fontos, hogy ahelyett, hogy a páciens idejének nagy részét panaszainak megfigyelésével töltse, inkább az állapot javulását figyelje.
- Újra és újra értékelve a beteg állapotának javulását, közösen **határozzunk meg** (elérhető) **célokat** (pl. *ma felállunk, holnap az ajtóig el sétálunk*, stb.).

#### 1.2.4. Nehéz leszoktatás, ismételt gépre tétel esetén

- Amennyiben újbóli gépre tételre van szükség, ezt tekintjük természetesnek, ne a leszoktatás kudarcának:

„Hiszen ezért vagyunk itt, a gépek továbbra is rendelkezésre állnak, ha ismét szükség van rájuk. Egyszer-egyszer igénybe vehetjük még a gépi segítséget, amíg mind az Ön mind a mi számunkra megnyugtatóan helyreáll az önálló légzés, élhetünk ezzel a lehetőséggel.”

- Az esetleges nehezebb légzést, fulladás-élményt minősítsük át (főképp, ha a szomatikus paraméterek azt mutatják, hogy a gázcsere kellő mértékű):
- Hosszantartó lélegeztetés után a beteg félhet a gép nélküli légzéstől. Támogassuk abban, hogy bízson az önálló légzés elérésében:

„Ezért is fontos az önálló légzés<sup>5</sup>, hogy egészen mélyen és egészen alaposan megbízzon magában, hogy a légzése szolgálja. Minden egyes légvétellel, ahogy beszívja a levegőt, friss oxigént juttat a szervezetébe, amire nagyon nagy szüksége van minden szövetnek, minden sejtnek, és ugyanúgy amikor kilélegez, az is fontos, hiszen ekkor szabadul meg a teste a fölösleges anyagoktól, ekkor távozik a szervezetből sok minden, amire nincs szüksége. Figyelje meg ennek a hamar kialakuló saját, kellemes ritmusát és azt, hogy erre a szervezete teljesen önállóan is képes. Most már egyre inkább bízhat valóban a saját légzésében, hogy az hamarosan ugyanolyan természetessé váljon, mint korábban a betegsége előtt, ugyanolyan természetessé, amire oda sem kell figyelni.”

- Különösen a hosszan tartó lélegeztetésre szoruló, lassan gyógyuló betegeknél (pl. Guillain-Barré syndroma, Myasthenia, stb.) fontos, hogy a gyakran bekövetkező csüggedést, a jövőtől való félelmet elkerüljük, és megtartsuk a **gyógyulásba vetett hitet**. Amennyiben lehetőség van rá,

<sup>4</sup> A 'pontosan fogja érezni mikor...' szintén általánosan alkalmazható várhatóan kellemetlen élmények (itt a köhögési inger) előzetes átminősítésére. Ebben a szuggesztíósorban, ami a páciens kontrollját és önálló aktivitását hangsúlyozza várhatóan pozitív értelmezést kap minden jelzés - mint itt a köhögési inger -, amit felhasználhat a szervezete gyógyulásának elősegítésére.

<sup>5</sup> Az "ezért IS fontos" megfogalmazás implikálja, hogy más miatt is fontos. Mindezt pozitív szövegkörnyezet övezi, nem pedig riasztó kilátások az elhúzódó gépi lélegeztetés várható szövődményeiről.

szervezzük meg, hogy a páciensünk találkozzon olyan gyógyult beteggel, aki az övéhez hasonló betegségben szenvedett. Rendkívül sok erőt és gyógyulási motiváltságot hozhat egy ilyen találkozás.

#### 1.2.5. A non-invazív (maszkos) lélegeztetés néhány sajátossága

A maszkos lélegeztetés eleve kényelmesebb, és megkerüli az invazív lélegeztetés számos kellemetlen velejáróját. Mégis érdemes néhány sajátos körülményre kitérni.

Ennél a lélegeztetésnél a páciens éber, így a vele való kommunikáció is könnyebb, természetesebb. Ugyanakkor ez esetben is – a betegsége folytán – számos kellemetlen élménye, panasza lehet a páciensnek, amelyek enyhítésében eleinte nem láthatja be a maszk szerepét, azt inkább „további” kellemetlenségként éli meg.

- Ennek elkerülésére már az elején tisztázzuk:

*„ A panaszai (ezeket soroljuk fel) hátterében (részben) az áll, hogy légzése egyelőre nem kellően hatékony. Addig, amíg szervezete megerősödik, és újból megfelelően tudja saját légzésével kielégíteni szervezete igényeit, jó, ha besegítünk egy kicsit.*

*Ez a modern lehetőség abból áll, hogy egy maszkot helyezünk az orrára (szájára, arcára) amin keresztül friss levegő jut a tüdejébe.*

*Így tehermentesítjük a légzését, időt adva számára, hogy megerősödjön, újra hatékonyvá váljon, amikor majd megint folyamatosan önállóan lélegzik.”*

- Ha a beteg fulladásról, rosszullétről panaszkodik, hívjuk fel a figyelmét, hogy ezek a panaszok nem a maszktól / géptől vannak, hanem a betegsége miatt.
- A maszkkal lélegeztetett beteg sokkal kevésbé kiszolgáltatott, mint az invazív lélegeztetésben részesülő, ezzel együtt az ő esetükben is érdemes fenntartani (kiépitni) a kontroll élményét. Pl. jó, ha az elején nem mi nyomjuk az arcába a maszkot, hanem – a megfelelő tájékoztatás után – maga teszi fel azt. Ugyancsak hagyjuk, hogy eleinte a beteg tartsa a kezével, s csak mikor már valószínűleg számára is úgy lesz kényelmesebb, használjuk a rögzítő pántokat.

\*\*\*

### 1.3. Általános szempontok

A szuggesztíósor igazodjon ahhoz, hogy a lélegeztetés **különböző fázisaiban más és más** jellegű pszichés támogatást igényel a páciens a sikeres továbblépés érdekében.

Kiemelendő, hogy az a körülmény, hogy sok beteg **nem uralja tudatát** ezekben az időszakokban, nem zárja ki annak lehetőségét, hogy pozitív szuggesztíókat intézzünk hozzájuk, sőt bizonyos értelemben külön kiemeli annak fontosságát, hogy a “kifelé” lényegében kommunikációképtelen beteg megkapja a tájékoztatás és megnyugtatás megfelelő szuggesztíókkal ötvözött formáját.

Ezen támogatás pozitív szuggesztíókra épülő módszerét a betegekkel foglalkozó szakemberek – orvosok, nővérek, gyógytornászok – megfelelő (rövid) képzés után bármikor alkalmazhatják a **hagyományos intenzív kezelés részeként**.

A megközelítés a fizikálisan szinte magatehetetlen páciensnél is törekszik a **páciens aktív bevonására**, például választási lehetőségek nyújtásával, a kezelési terv egyeztetésével, elmagyarázásával, és így tovább.

Ezek alkalmazásakor törekedjünk arra, hogy ne mereven kövessük a javasolt szempontokat, illetve semmiképp sem „betanult” szuggesztíós szövegeket mondjuk „fel”, hanem a betegekkel foglalkozó szakemberek az adott páciens igényeit – és saját stílusukat – **egyénre szabottan megközelítő** szuggesztíókat alakítsanak ki

Ezek a módszerek **elhanyagolható költségűek**, ám jelentős költségkímélő hatással bírhatnak. A közvetlen anyagi haszon mellett lényeges, hogy a vázolt módszerek kedvezőbb, kellemesebb közérzethez, a lélegeztetés jelentősen jobb elviseléséhez vezetnek a betegknél, aminek közvetlen kihatása lehet az életminőségre.



## 2. Egy kutatás lefolytatása a fenti módszerek hatékonyságának igazolására – szuggesztióval és szuggesztió nélkül kezelt betegcsoportok összehasonlításával

A kutatásban hagyományos ellátásban illetve azt szuggesztióval kiegészített ellátásban részesült beteg gyógyulásának, ezen belül lélegeztetésének követése és dokumentálása alapján kívántuk megvizsgálni a fentiekben részletezett szuggesztiós kezelés hatékonyságát.

**2.1. Vizsgálati elrendezés:** A vizsgálatban 2 csoport vesz részt: egyik a szuggesztiós (szuggesztiós csoport), valamint azok, akik hagyományos ellátást kapnak (kontroll). A szuggesztiós csoport is a hagyományos szomatikus kezelést kapja, azzal a kiegészítéssel, hogy az alább részletezendő „szuggesztiós kezelést” is társítjuk ehhez.

Mindez két kórházban folyik, 1 éven át: a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinikáján és a Dél-pesti Jahn Ferenc Kórház Intenzív osztályán (továbbiakban A ill. B kórház.). A pályázat egyik szakembere, Diószeghy Csaba a Dél-pesti Jahn Ferenc Kórház általa vezetett intenzív- és sürgősségi osztályán 2004 február 1-jétől teljes állású pszichológust, Szilágyi Adrienn foglalkoztat. Ez tette lehetővé, hogy az eredetileg egy helyszínrre tervezett vizsgálatot két helyszínen folytassuk le, s ilyenformán Szilágyi Adrienn is a pályázati kutatócsoport tagjává váljon.

**2.1.1. Válogatás:** A vizsgálatra alkalmas betegek kiválasztását folyamatosan végezte a kutatócsoport orvosi stábjá.

Kritériumok: Intenzív osztályon 48 óránál tartósabban intubált és gépi lélegeztetésben részesülő beteg, akinél a vizsgálatba való bevonáskor a várható élettartam hosszabb mint 30 nap. Életkor: 18 év feletti. A beteget nem jellemzi az alábbi kizáró okok egyike sem: súlyos hipertónia-betegség, súlyos arteriosclerosis, krónikus fájdalom, migrén, pszichiátriai betegség, hallászavar.

**2.1.2. Beleegyezés:** minden vizsgálati csoporttól egységesen kértünk beleegyezést a vizsgálatban való részvételre. Akik vállalták a részvételt, aláírásukkal jelzik ezt a szándékukat. Ezt követően sorsoltuk ki véletlenszerűen, hogy az illető beteg melyik csoportba kerüljön.

**2.1.3. A szuggesztiós kezelés:** a páciensek szuggesztív technikákra épülő tájékoztatása személyre szabottan, a páciensről rendelkezésre álló személyes adatok (pl. kedvenc megszólítás) alapján, de a 2. részben ismertetett protokollra, mint standardra épülően történt. A szuggesztiókat közvetítő személy élőszóban (nem magnetofonról) adja, a betegek ITO-s kezelésének minden egyes napján, de ezen belül változó időpontban, naponta kb. 20 percben. A szuggesztiót adó személy fehér köpenyben van, így nem különül el kinézetében a beteget körülvevő orvosi-ápolói személyzettől. A szuggesztiós stáb tagjai naponta váltották egymást, így egyazon páciens több személytől is részesült szuggesztiókban. Minden (kísérleti csoportba tartozó) páciensre vonatkozóan van egy közös lista, amin a szuggesztiós stáb tagjai jelölik, hogy mikor milyen elemeket tettek bele a napi szuggesztió-sorba. A szuggesztiós stáb tagjai részt vettek a „Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban” című képzésen.

**2.1.4. Adatgyűjtés:** Páciens teljes intenzív terápiás kezelési időtartama alatt regisztráljuk az objektív mutatókat. Lélegeztetési paramétereket, gyógyszerfogyasztást valamint a kezelés számos más adatát részben az általunk összeállított űrlapokon, részben a szokásos (az osztályos nővér és orvos által vezetett) Intenzív Osztályos Észlelőlapon („lázlap”) rögzítjük.

**2.1.5. Elbocsátás:** A páciensektől az ITO-ról való elbocsátásakor vettük fel a szubjektív adatokat: Az osztályról való távozáskor készül az adatfelvétel, vagyis egy elbocsátó interjú. Az ezt felvevő személyek „vakok” a vizsgálat szempontjából, mert nincsenek tisztában annak pontos céljával, és főleg nincsenek tisztában azzal, hogy egy-egy páciens a kísérleti vagy a kontroll csoportba tartozik-e. A szuggesztiót adó stáb (szuggesztiós stáb) és az elbocsátó interjút készítő stáb (elbocsátó stáb)

tagjai között nincs átfedés, és a lehető legkevesebb kommunikáció zajlik közöttük. Az elbocsátó interjú két fő eleme illetve menete:

- **17 kérdéses tematikus kvalitatív interjú**

A tematikus kvalitatív interjút kifejezetten az intenzív osztályos élmények vizsgálatához állítottunk össze. Fontos tulajdonsága, hogy a legtöbb kérdés semleges színezetű, vagyis nem sugall pozitív vagy negatív színezetű választ. Szerepelnek a kérdéssorban ugyan egyértelműen pozitív illetve egyértelműen negatív választ hívó kérdések is, ám ezek száma tudatosan kiegyenlített. Így az interjú nem torzít egyik irányban sem. A torzítás-mentességet a kérdések sorrendje is biztosítja, a kérdéssor ugyanis semleges kérdésekkel kezdődik („1. Kérem, mondja meg, mi az a legfontosabb élménye, ami elsőként felidéződik, ha visszagondol az intenzív osztályon eltöltött időszakra?”, „2. Összességében hogy emlékszik vissza az intenzív osztályra?” stb. ), majd később jelennek meg a negatív illetve a pozitív élményekre konkrétan rákérdező kérdések. Az interjúzók eltérhettek ugyan a kérdések pontos sorrendjétől, ám fontos kitétel volt, hogy az első néhány kérdés maradjon a helyén, illetve, hogy mindenképpen valamelyik pozitív színezetű kérdéssel zárjanak.

- **Kórházi Élmény Kérdőív**

A Kórházi Élmény Kérdőívet (röviden KÉK) Székely Gábor (2002) orvos-pszichológus készítette, saját tapasztalatai, valamint a vonatkozó szakirodalom alapján. A kérdőívet Székely Gábor eredetileg írásbeli kitöltésre szánta, kutatásunkban azonban szóban kérdeztük a vizsgálati személyeket.

A kérdőív első, bevezető része általános adatokra kérdez, majd az orvosokat, a nővéreket, a kórházi körülményeket, valamint a betegség megterhelő voltát értékelteti ötfokú skálán.

Ezután következik a kérdőív lényegi része, ami 20 mondatkezdésből áll, amit a páciensnek kell befejeznie, így félprojektív felület alakul ki. Néhány példa: „1. Ha a körülményeimen tudtam volna változtatni, akkor először azt tettem volna, hogy...”, „7. Könnyebb lett volna az egész, ha...”. A fél-mondatok továbbá kitérnek többek közt a fájdalom, nyugalom, félelem és remény érzéseire, a betegtársakra, a nővér bánásmódjára és a lélegeztetés élményére. A lélegeztetésre konkrétan az utolsó két fél-mondat utal: „19. A lélegeztetés közben az zavart a legjobban, hogy...”, „20. A lélegeztetés alatti időszakot az tette könnyebbé...”. Amint látható, egy negatívabb és egy pozitívabb színezetű hívómondat foglalja a lélegeztetés élményével.

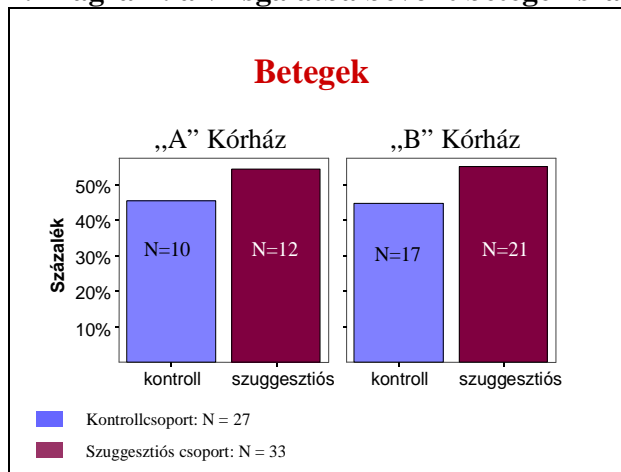
A kérdőív legvégén az interjúzó az instrukció alapján arra kéri a vizsgálati személyt, hogy még egyszer szedje össze az intenzív osztályra vonatkozó kellemetlen és kellemes emlékeit, élményeit. Ezeket két oszlopban rögzíti.

Az interjúanyag feldolgozásához független kódolók közreműködésével többlépcsős folyamatban kategóriarendszert dolgoztunk ki, a tematikus interjú illetve a KÉK minden egyes kérdésre vonatkozóan. A kategóriarendszer használatáról elsőként Mohácsi Ágnes (2004) írt szakdolgozatában.

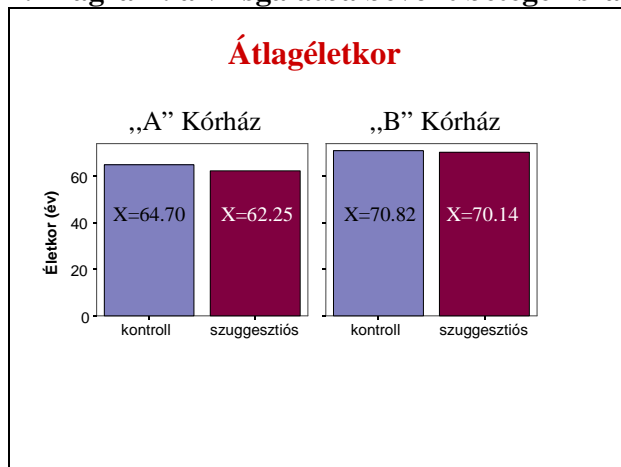
#### **2.1.6. A kutatásba bevont minta:**

Az 1. és a 2. diagram mutatja be a vizsgálatba bevont betegek adatait.

### 1. Diagram: a vizgálatba bevont betegek száma kórház ill. csoport szerint

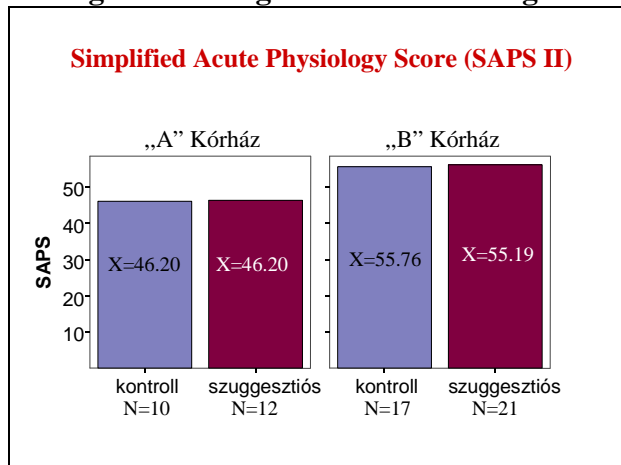


### 2. Diagram: a vizgálatba bevont betegek száma életkor szerint



Nincs szignifikáns különbség a betegek életkorában a csoportok között egyik kórházban sem, viszont szignifikáns különbség van a kórházak között: „B” kórház betegek idősebbek ( $p < 0.02$ ).

### 3. Diagram: a vizgálatba bevont betegek Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) értéke



A betegek fizikális állapotát jellemző egységes ún. Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) sem különbözik a két betegcsoport között egy-egy kórházon belül, vagyis a kontroll illetve szuggesztíós csoportba kerülő betegek fizikális állapota bekerüléskor nem tér el szignifikánsan egymástól. Tendenciaszerű különbség ( $p < 0.07$ ) csak a kórházak között van: a B kórház betegek kedvezőtlenebb fizikális állapotúak.

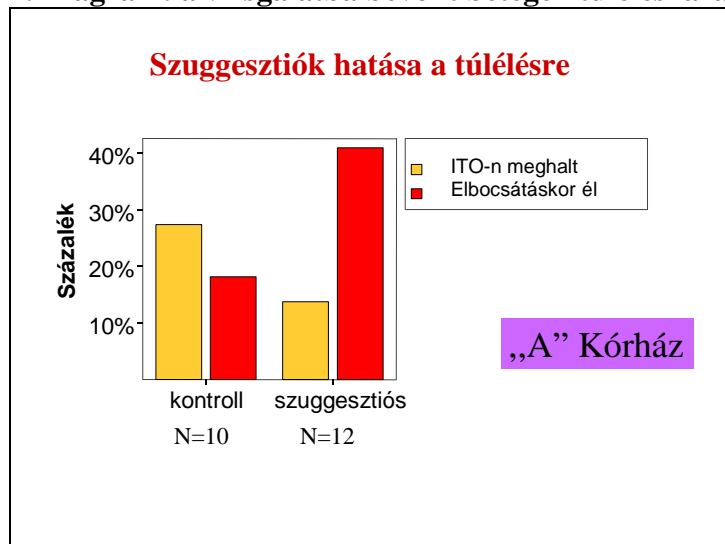
## 2.2. Eredmények

A jelenlegi feldolgozásban az intenzív kezelés alapvető objektív mutatói, illetve a betegekkel folytatott interjú szubjektív adatai mentén mutatjuk be a szuggesztiós kezelés hatását a hagyományos intenzív terápiához, mint kontrollhoz képest.

### 2.2.1. Objektív mutatók

#### 2.2.1.1. Túlélési arány

#### 4. Diagram: a vizsgálatba bevont betegek túlélési aránya

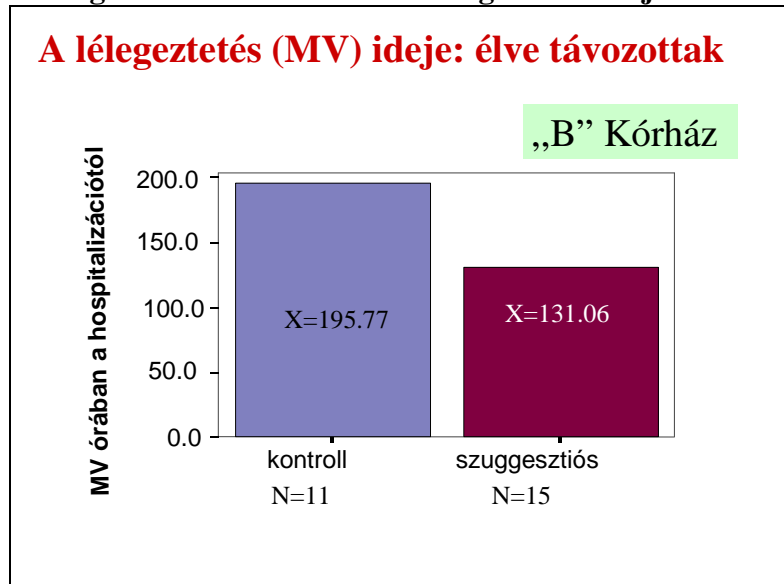


A két csoportba került betegeknél megvizsgáltuk azt, hogy hányan hagyták el egyáltalán élve az intenzív osztályt. Miután az ilyen súlyosságú betegségeknel, főképp ennyi járulékos betegség és idős életkor mellett sajnos nagy arányú a betegek elhalálása az intenzív terápia ellenére, a pusztán túlélési arány is beszédes mutatója az adott terápia forma sikerességének.

Eredményeink szerint az élve távozás esélye a szuggesztiós csoportban 40%-ról 75%-ra nőtt (Fisher's test  $p < 0.11$ ), a teljes mintán gyengébb ugyan a hatás (56%-ról 73%-ra nőtt), ám még így is a szuggesztiós kezelés eredményességére mutatkozik tendencia (Fisher's test  $p < 0.13$ ).

#### 2.2.1.2. Lélegeztetés ideje

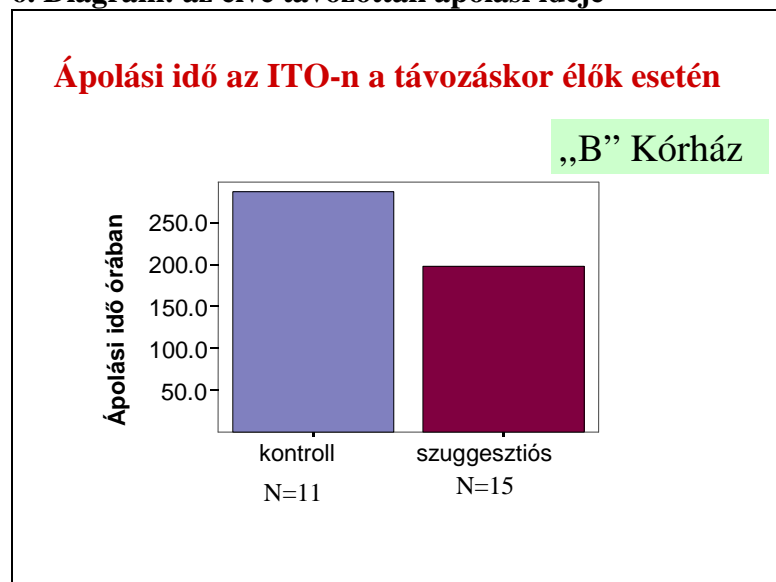
#### 5. Diagram: az élve távozottak lélegeztetési ideje



A kutatásunk középpontjában álló lélegeztetéssel kapcsolatosan is megvizsgáltuk, hogy mennyi ideig volt szükség a betegek lélegeztetésére a teljes kórházban töltött idő alatt. E tekintetben a „B” kórházban kaptunk különösen kedvező adatot: a szuggesztíós csoport tagjainál majdnem 3 nappal kevesebb lélegeztetésre volt szükség (Mean diff=64.7 F=7.6, t=1.7, df=24, p<0.09). A teljes mintán is hasonló irányú, bár gyengébb a hatás, (p<0,11, Nkontroll=15, Nszuggesztíós=24, Mean diff: 44.6.).

### 2.2.1.3. Ápolási idő

#### 6. Diagram: az élve távozottak ápolási ideje



Az intenzív ápolási időben is a szuggesztíós csoport kedvezőbb eredményét mutatják adataink a „B”kórház esetén (Mean diff.=89.4 F=16.01, t=1.5, df=11.6, p<0.14). A teljes mintán az ápolási idő csökkenése már nem éri el a tendenciát.

### 2.2.2. A szubjektív élmények elemzése

Jelen beszámolóban a kutatás lezárása előtti, a 2006 márciusi helyzetet tükröző feldolgozás mentén tudunk képet adni a betegek szubjektív élményeiről, melyeket az elbocsátó interjúban vettünk fel. A kutatás ezt követően még 2 hónapig folyt, a teljes minta élményeinek a feldolgozása jelenleg is tart. Az élményekről való beszámoló nagyban épít Szücs Júlia (2006) munkájára.

Az elhalálozások és visszautasítások miatt 2006. március végéig a két kórházban összesen **24** fővel tudtuk felvenni az elbocsátó interjút.

#### 1. Táblázat: az elbocsátó interjúban résztvevő betegek kórházak és csoportok szerinti megoszlása

	A. kórház	B. kórház	összesen
kísérleti csoport	9 60%	6 40%	<b>15</b> 100%
kontroll csoport	5 55,6%	4 44,4%	<b>9</b> 100%
összesen	<b>14</b> 58,3%	<b>10</b> 41,7%	<b>24</b> 100%

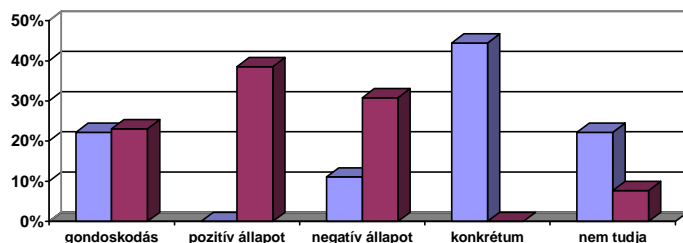
### 2.2.2.1. A tematikus interjú kérdéseire adott válaszok

Csak azokat a válaszokat mutatjuk be, amelyekben volt kimutatható különbség a két csoport között.

A tematikus interjú első kérdése a személy **legfontosabb élményére** kérdez rá az intenzív osztályos időszakkal kapcsolatban. A binomiális eloszlás teszt szerint a pozitív állapot említési gyakoriságában tendencia jellegű a különbség ( $p = 0,0720+$ ). A konkrétum említésében szignifikáns eltérés van a két csoport között ( $p = 0,0280*$ ).

### 7. diagram: Mi a legfontosabb élménye? (1.)

(binomiális próba: „pozitív állapot”:  $p < 0,1+$ ; „konkrétum”:  $p < 0,05*$ )

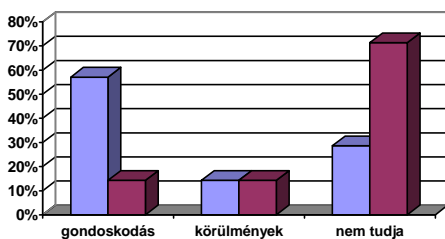


■ - kontroll csoport (N = 9) ■ - szuggesztív csoport (N = 13)

A tematikus interjú harmadik kérdése arra vonatkozik, **milyennek látja a személy az intenzív osztályt más kórházi osztályokkal összehasonlítva**. A 8. diagram bemutatja a szuggesztív és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A binomiális eloszlás teszt szerint tendencia jellegű a két csoport közötti eltérés a „gondoskodás” válaszban ( $p = 0,0823+$ ). A kontroll csoportban ezt többen mondták, mint a szuggesztív csoportban.

### 8. diagram: Miben különbözik az intenzív osztály a többitől? (3.)

(binomiális próba: „gondoskodás”:  $p < 0,1+$ )



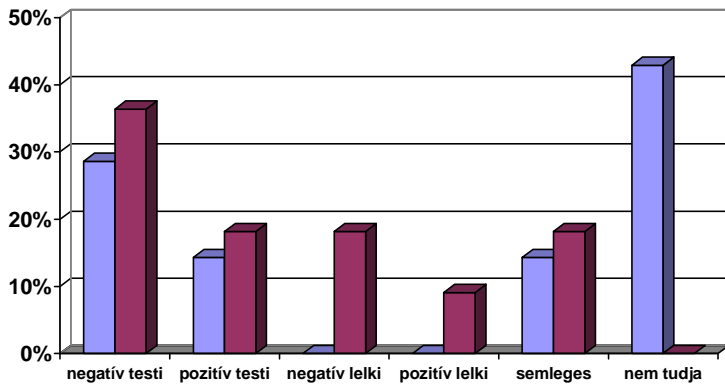
■ - kontroll csoport (N = 7) ■ - szuggesztív csoport (N = 14)

A tematikus interjú kilencedik kérdése a **lélegeztetéssel kapcsolatos tapasztalatokra** kérdez rá. A 9. diagram bemutatja a szuggesztív és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A Fischer-féle egzakt próbával szignifikáns különbséget lehetett kimutatni a szuggesztív és a kontroll csoport között ( $p = 0,044*$ ). A szuggesztív csoportban ugyanis mindenki említett valamilyen emléket, míg a kontroll csoport 42%-a nem tudott emléket mondani. A binomiális eloszlás teszt tendencia jellegű különbséget ad meg ( $p = 0,0588+$ ) a „nem tudja” válaszban.

### 9. diagram: Milyen élményei vannak a lélegeztetéssel kapcsolatban? (9.)

(„nem tudja”: binomiális eloszlás teszt  $p < 0,1+$ )

(„negatív testi” + „pozitív testi” + „negatív lelki” + pozitív lelki” + „semleges” versus „nem tudja”: Fischer-féle egzakt teszt  $p < 0,05*$ )



■ - kontroll csoport (N = 7) ■ - szuggesztiós csoport (N = 11)

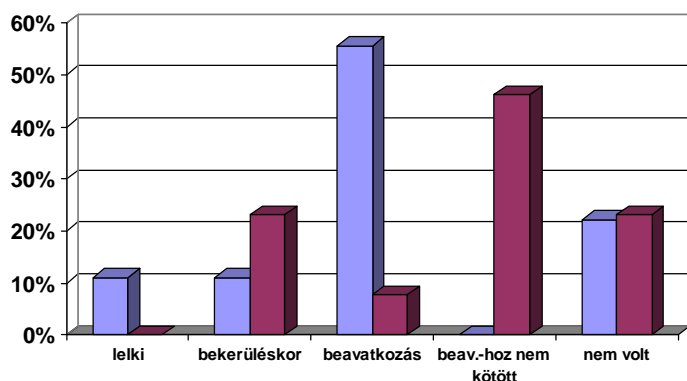
### 2.2.2.2. A Kórházi Élmény Kérdőív tételeiben adott válaszok

A Kórházi Élmény Kérdőívben (KÉK) adott válaszokban több helyen szignifikáns vagy tendencia jellegű eltérés látható a szuggesztiós és a kontroll csoport között.

A kérdőív ötödik tétele az intenzív osztályon érzett **legerősebb fájdalom okát** hivatott feltárni. A 10. diagram bemutatja a szuggesztiós és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A binomiális eloszlás teszt alapján a kontroll csoportban szignifikánsan többen utaltak valamilyen beavatkozásra ( $p = 0,0406^*$ ). A szuggesztiós csoport pedig szignifikánsan többször válaszolta azt, hogy kezeléshez nem kötődő testi fájdalma volt a kórházi tartózkodás alatt ( $p = 0,0426^*$ ).

## 10. diagram: A legerősebb fájdalmat akkor éreztem... (KÉK 5.)

(binomiális próba: „beavatkozás:  $p < 0,05^*$  ; „beavatkozáshoz nem kötött”:  $p < 0,05^*$ )

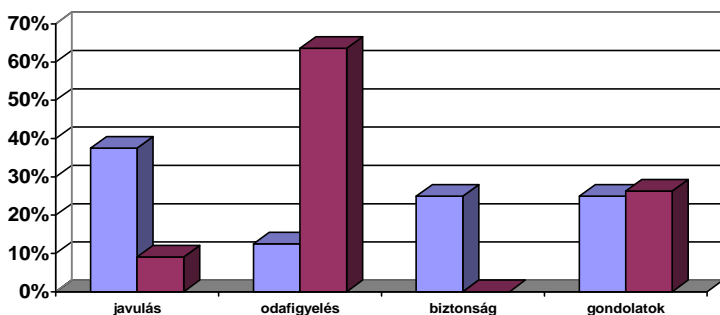


■ - kontroll csoport (N = 9) ■ - szuggesztív csoport (N = 13)

A Kórházi Élmény Kérdőív 10. tétele azt tárja fel, **mi keltett reményt, bizakodást** a páciensben. A 11. diagram bemutatja a szuggesztív és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A válaszok az alábbi kategóriákba oszthatók a kategóriarendszer szerint: „javulás és gyógyulás”, „odafigyelés és biztatás”, „biztonság és szakértelem”, „saját biztató gondolatok”. A binomiális eloszlás teszt szerint a szuggesztív csoportban többen mondták, hogy az odafigyelés és biztatás adott nekik reményt, ez az eltérés tendencia jellegű ( $p = 0,0734+$ ).

## 11. diagram: Reményt, bizakodást keltett bennem... (KÉK 10.)

(binomiális próba: „odafigyelés”:  $p < 0,1+$ )



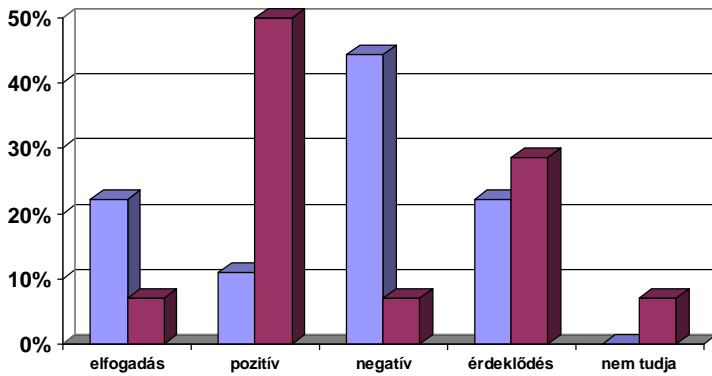
■ - kontroll csoport (N = 8) ■ - szuggesztív csoport (N = 11)

A KÉK 18. tétele a **vizittel kapcsolatos** érzéseket tárja fel. A 12. diagram bemutatja a szuggesztív és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A binomiális eloszlás teszt szerint a szuggesztív csoportban tendencia jelleggel gyakoribb a „pozitív érzés” válasz ( $p = 0,0971+$ ).

## 12. diagram: Amikor a vizit az ágyam körül állt... (KÉK 18.)

(„pozitív”:  $p < 0,1+$ )





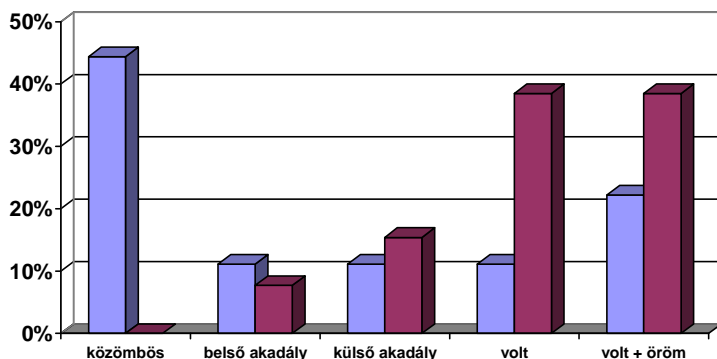
■ - kontroll csoport (N = 9 ) ■ - szuggesztiós csoport (N = 14)

A Kórházi Élmény Kérdőív 17. iteme a **környezettel való kapcsolatra** vonatkozik. A 13. diagram bemutatja a szuggesztiós és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A válaszokat az alábbi kategóriákba osztja a kategóriarendszer: „nem volt kapcsolat és ez közömbös”, „belső akadályozottság miatt nem volt”, „külső akadályozottság miatt nem volt”, „volt kapcsolat” (pozitív-negatív értékelés nélkül), „volt kapcsolat és örömet jelentett”. A binomiális eloszlás teszt szerint a kontroll csoportban többen adták a „nem volt – közömbös” választ ( $p = 0,0280^*$ ). Ha két kategóriában összesítjük a válaszokat aszerint, hogy volt vagy nem volt kapcsolat, elvégezhető a Fischer-féle egzakt próba: tendencia jellegű eltérést mutat abba az irányba, hogy a szuggesztiós csoport a kapcsolat meglétéről, a kontroll csoport a kapcsolat hiányáról számol be ( $p = 0,079+$ ).

### 13. diagram: Kapcsolatba lépni a környezetemmel... (KÉK 17.)

(binomiális próba: „közömbös”:  $p < 0,05^*$ )

(„közömbös” + „belső akadály” + „külső akadály” versus „volt” + „volt+öröm”: Fischer-féle egzakt próba  $p < 0,01+$ )

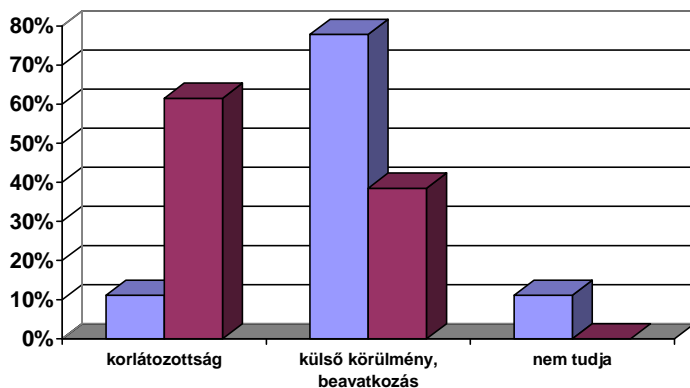


■ - kontroll csoport (N = 9) ■ - szuggesztív csoport (N = 13)

Végül, a KÉK 19. tétele arra vonatkozik, **mi zavarta** a páciens a legjobban a lélegeztetés közben. A 14. diagram bemutatja a szuggesztív és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli százalékos arányban. A khi-négyzet próba alkalmazási feltétele nem teljesül, de tájékoztat egyfajta különbség valószínű meglétéről a két csoport között ( $\chi^2 = 6,257$  (2)  $p = 0,044$ ). A binomiális eloszlás teszt a „korlátozottság” válaszban mutat tendencia jellegű különbséget ( $p = 0,0603+$ ).

### 14. diagram: A lélegeztetés közben az zavart a legjobban, hogy... (KÉK 19.)

(binomiális próba: „korlátozottság”:  $p < 0,1+$ )



■ - kontroll csoport (N = 9) ■ - szuggesztív csoport (N = 13)

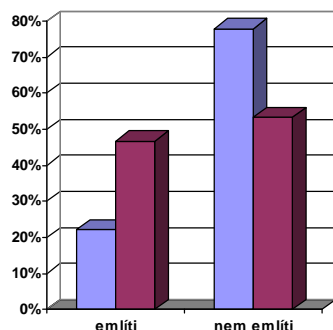
#### 2.2.2.3. A válasz-szövegek globális elemzésének eredményei

Az elbocsátó interjú válaszainak egészes (globális), tehát nem kérdésenkénti elemzését is elvégeztük. A szuggesztív és a kontroll csoport között nem mutatható ki eltérés a lélegeztetéssel kapcsolatos kellemetlenségek említésének gyakoriságában, sem a pozitívumok említési gyakoriságában. Nincs eltérés a személyzetre vonatkozó pozitív vagy negatív értékű kijelentések gyakoriságában sem. A személyzetre vonatkozó kijelentések értékéből számolt átlagban sincs különbség. Nincs eltérés a külső társas támasz, illetve az önerősítő gondolatok említési gyakoriságában sem (kétmintás t-próbák illetve Welch-féle d-próbák)

A többi elem közül a szignifikánshoz legközelebb a „lélegeztetés mint pozitívum” elem áll. A 15. diagram bemutatja a szuggesztív és a kontroll csoport válaszainak eloszlását, a csoporton belüli

százalékos arányban. A szuggesztív csoport személyei közül többen említették meg, hogy a lélegeztetést bizonyos szempontból pozitívnak tekintették. Azonban a Fischer-féle egzakt teszttel sem mutatkozik szignifikáns eltérés ( $p = 0,225$ ).

## 15. diagram: A lélegeztetés mint pozitívum említése



■ - kontroll csoport ■ - szuggesztív csoport

A személyzetre vonatkozó kijelentések értékének átlagában sem volt szignifikáns eltérés a két csoport között ( $t = -0,857$  (22) n.sz.). A szuggesztív csoportban az átlagérték 3,59 (szórás = 0,77), a kontroll csoportban 3,34 (szórás = 0,67).

A személyzetre vonatkozó állítások említési gyakoriságában sem volt szignifikáns eltérés a két csoport között. Bár statisztikailag nem alátámasztható, a különböző értékű állítások átlagos megjelenési gyakorisága egyértelmű irányt mutat: a személyzet pozitív töltetű említése a szuggesztív csoportban, a negatív vagy semleges töltetű említése a kontroll-csoportban jelentkezik árnyalattal többször (1. 2. táblázat).

## 2. táblázat: Személyzetre vonatkozó kijelentések átlagos száma

állítás	kontroll csoport	szuggesztív csoport	t érték
erősen pozitív (5 pontos)	1,78 (1,72)	<b>2,00 (3,32)</b>	$t = -0,186$ (22) n.sz.
egyszerűen pozitív (4 pontos)	6,56 (3,36)	<b>6,67 (4,32)</b>	$t = -0,066$ (22) n.sz.
pozitív összesen (4 és 5 pontos)	8,33 (3,77)	<b>8,67 (5,91)</b>	$t = -0,151$ (22) n.sz.
erősen negatív (1 pontos)	<b>2,78 (4,06)</b>	0,93 (3,08)	(nem számolható: normalitás sérül)
egyszerűen negatív (2 pontos)	<b>2,22 (2,33)</b>	1,93 (2,52)	$t = 0,279$ (22) n.sz.
negatív összesen (1 és 2 pontos)	<b>4,56 (5,41)</b>	2,81 (4,17)	$t = 0,859$ (22) n.sz.
semleges (3 pontos)	<b>1,67 (1,22)</b>	0,87 (1,25)	$t = 1,532$ (22) n.sz.

## 2.3. Megbeszélés

Noha eredményeink az adott minta-elemszám mellett jobbra csak tendencia szintűek, mégis figyelemre méltók.

A legalapvetőbb paraméterekben – túlélési arány, lélegeztetés hossza, ápolási idő – egyaránt a szuggesztív csoport kedvezőbb adataival találkozunk. Ezen hatások némelyike erősebben jelentkezik az egyik vagy a másik kórházban, ám – az ápolási idő kivételével - megjelenik a teljes mintán is. Ezek az eredmények részben arra utalnak, hogy a szuggesztív kezeléssel emelhetjük az intenzív terápia hatékonyságát, és mindezt rövidebb lélegeztetési illetve ápolási idő mellett érhetjük el. Ezek a tendencia szintű eredmények (más kutatásokban ill. nagyobb mintán való) megerősítésük esetén – a szuggesztív kezelés elhanyagolható költségvonzatát figyelembe véve – anyagi tekintetben is jelentősen hatékonyabbá tehetik az intenzív terápiát.

Az objektív paramétereken túl lényeges a túlélő páciensekkel lefolytatott interjú tapasztalatainak mintázata is. A szuggesztív csoport (a kontrollhoz képest) legalább tendencia szintjén:

- Több pozitívumot említ, mint legfontosabb élményt
- Kevésbé emeli ki a gondoskodást, mint az ITO-n tapasztalt jellemzőt más kórházhoz képest
- Inkább emlékszik a lélegeztetéssel kapcsolatos élményekre (beleértve a negatív testi és lelki élményeket egyaránt)
- Legerősebb fájdalom okaként nem a kezeléssel kapcsolatos mozzanatot említ
- Reményforrásként az odafigyelést emeli ki
- A vizit inkább jelent számára pozitív élményt, mint negatív
- A környezetével való kapcsolat meglétéről, és annak örömtelibb voltáról nyilatkozik
- Zavaró körülményként a korlátozottságot említi

Adataink mintázata alapján kijelenthetjük tehát, hogy az elbocsátáskor felvett szubjektív adatok tükrében a szuggesztív kezelésben részesülő csoport tagjai sem mentesülnek az intenzív kezeléssel járó kellemetlen élményektől, de a negatívumok kevésbé kötődnek magához a lélegeztetéshez, inkább más, az kezelésükkel járó körülményhez. Kezelésüket – a kontrollhoz képest – „tudatosabban”, több emlékekkel, a környezethez illetve a kezelőszemélyzethez való aktívabb és kedvezőbb kontaktussal élik meg.

Kiemelendő, hogy eredményeink rendkívül szerteágazó alapbetegségű, életkorú, fizikális állapotú pácienseken alapulón is – tendencia szinten - reményteli eredményeket mutatnak a szuggesztív hatékonyságával kapcsolatban. Amennyiben hasonló mintázatú, szignifikancia-szintjében erőteljesebb eredmények is megerősítik mindezt, kimondhatjuk, hogy a lélegeztetett betegek szomatikus kezelésének szuggesztív kiegészítése általánosan alkalmazható a betegek és betegségek széles körében.

## **3. Módszereink bemutatása az intenzív terápiában dolgozó szakemberek lehető legszélesebb körében (intenzív terápiás orvosok, pszichológusok, nővérek, stb.)**

Mivel a kutatás központi gondolata a figyelemfelkeltés és a szemléletformálás, ennek jegyében továbbra is különböző fórumokon ismertetjük a szuggesztív kommunikáció fontosságát. Az évek során alkalmunk nyílt arra, hogy a céljainkhoz képest sokkal tágabb körben, tehát nemcsak a lélegeztetés kapcsán, hanem számos más területen is, valamint általánosságban ismertessük a szuggesztív kommunikáció kihasználatlan lehetőségeit. Az alábbiakban az egyes műfajokon belül időrendben soroljuk fel az évek során e téren kifejtett erőfeszítéseinket, eredményeinket. Előadások, képzések, tréningek, írásos publikációk is szerepelnek a szemléletformálás eszköztárában. Így például :

### 3.1. Szakmai előadások, műhelyek, szimpóziumok:

- A Magyar Hipnózis Egyesület XIV. Találkozóján előadás hangzott el a **hipnózis szerepéről az intenzív osztályon kezelt betegek kezelésében** (Varga és Diószeghy, 2003). Ebben igyekeztünk

összegezni, milyen sajátos lehetőségei vannak a formális hipnózisnak, a tudatállapot módosulásra irányuló indukció nélküli szuggesztív kommunikációhoz képest.

- Ugyanezen rendezvényen a **szuggesztív módszerekkel dolgozó szakemberek saját érintettségéről, bevonódásáról szóló műhelyt** is szerveztünk („Te vagy a munkaeszköz” címmel). Az esetleges látszat ellenére e módszerek ugyanis egyáltalán nem csak felszíni kommunikációs formák. Mély odafigyelést, ráhangolódást, empátiát kíván meg az adott páciens pillanatnyi igényei és állapota szerint kommunikálni. Ez a hagyományosan megfigyelhető távolságtartó, „tárgyasított” betegkezeléshez képest jóval közvetlenebb orvos-beteg kapcsolatot jelent, annak minden előnyével és hátrányával. E műhely az ezzel a mélyebb emberi kapcsolattal járó „igénybevétel” járta körül. Tapasztalatainkat beépítettük a módszerről szóló képzésekbe, előadások legtöbbszörébe is (Varga, 2003).
- Magyar Pszichiátriai Társaság XI. vándorgyűlésén két előadás is kötődött a jelen kutatási témához: Székely és Perczel-Forintos (2004) az intenzív osztályon átélt élmények hatását a **poszt-traumás stressz szindróma** (PTSD) kialakulása szempontjából tárgyalták, Varga (2004a) ugyanezen konferencia Szuggesztív szekcióján meghívott előadóként beszélt a szuggesztív lehetőségeiről a **tanult tehetetlenség, a poszt traumás stressz és a depresszió** kialakulásának megelőzése szempontjából. Ezen előadások hidat képezhettek azon szakemberek irányába, akikhez a korábban ITO-n kezelt páciensek esetleg már „csak” pszichiátriai tüneteikkel kerülnek. Bemutattuk kutatási adatainkat, amelyek rámutatnak, hogy e tünetek gyökerei legtöbbször a szomatikus kezelés szélsőséges stressz-élményéhez vezetnek. Áttekintettük a szuggesztív kommunikáció lehetőségei ezek kivédésében, enyhítésében (részletes adatok ld. publikáció jegyzék).
- Varga Katalin felkért előadóként vesz részt a „Marketing, public relations és reklám az egészségügyben” VII. Országos Konferenciáján. Az előadás a **Szuggesztív hatások az egészségügyi marketingben** címmel konkrét példákön keresztül mutatja be a reklámok, gyógyszerhirdetések, betegtájékoztatók szuggesztív vonatkozásait, azzal a szándékkal, hogy felhívja a figyelmet a szuggesztívok kétélű természetére (Varga 2004b).
- Felkérést kaptunk a Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlésén (Debrecen, 2004. május 27-29) szerveződő „Placebo” szimpóziumra, hogy foglaljuk össze a **placebo illetve a szuggesztív kapcsolatáról való ismereteket**. Ez a téma valóban lényeges, úgy elméletileg, mint gyakorlati szempontból, ugyanis sokan egybemossák e két jelenséget (Varga 2004c).
- A debreceni előadás mellett – természetesen más hangsúlyokkal – összefoglaló előadást tartottunk a placebo és szuggesztív közös illetve eltérő vonásairól, sőt összevont lehetőségeit is megbeszéltük (ún. „placebo-szuggesztívok”) a XV. Magyar Hipnózis Találkozón is (Varga, 2004d)
- „A szavak ereje – hipnózis és szuggesztív kommunikáció” címmel, Bányai Éva Professzorasszonnyal közösen **tematikus szimpóziumot** szerveztünk a Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlésén (Bányai és Varga, 2004). Ennek keretében több kolléga beszélt a szuggesztívok szerepéről az egészségügyben (pl. szülés kapcsán, gyermekkorházban, ld. Suhai és Varga, 2004). A pályázatunk munkatársai közül Benczúr Lilla foglalta össze a lélegeztetés szuggesztív vonatkozásait (Benczúr és mtsai, 2004).
- A szuggesztívok fontosságának felismeréseként értékelhető, hogy felkérést kaptunk, hogy a **Lelki Egészség Világnapján** (2004. Október 10.) beszéljünk e témáról. Ennek keretében Varga Katalin: „Kihaszíratlan lehetőségek az egészség elérésében: szuggesztívok a mindennapi orvosi gyakorlatban” címmel tartott előadást (Varga, 2004e).
- A **szuggesztív kommunikáció jelentőségéről kritikus állapotú betegekkel** témakörében Bányai Éva Professzorasszonnyal közösen műhelyeket tartottunk több külföldi szakmai összejövetelen (Máltán, Svájcban, Mexikóban). E műhelyeken a megközelítésünkre nemzetközi szintű visszajelzést kapunk: a legkülönbözőbb szomatikus orientációjú kollégák erősítik meg a tanult technikák hasznosságát és használhatóságát a napi gyógyító gyakorlatban (részletes adatok ld. publikációs jegyzék).
- A pályázatunk munkatársai közül Benczúr Lilla tartott nagyon jó fogadtatású előadást a **lélegeztetés szuggesztív vonatkozásairól** az Európai és a Nemzetközi Hipnózis Kongresszuson

(Benczúr és mtsai 2005, Benczúr és mtsai, 2006.). Ezen a kutatási témánk legközvetlenebb vetületére kaptunk támogató reflexiókat a külföldi kollégák részéről.

- Varga Katalin megszerezte a habilitációs fokozatot. **Habilitációs előadását** A kritikus állapotú betegek pszichológiája témájából tartotta, közvetlenül kapcsolódva jelen kutatás területéhez (Varga 2005a).
- Varga Katalin kidolgozott, és Acapulcuban, a XVII Nemzetközi Hipnózis Kongresszuson megtartott egy olyan műhelyt, amely **e technikák tanításának bevált módszereit** adja tovább: „Hogy tanítsuk meg valakinek, hogy felismerje szavai erejét: hasznos gyakorlatok” címmel (Varga, 2006a). Így egy generációval még messzebbre érhet mindaz a tapasztalat, amit kutatásaink kapcsán gyűjtöttünk, hiszen a műhely résztvevői hazájukban orvostanhallgatókkal, pszichológushallgatókkal, szakdolgozó-növendékekkel alkalmazhatják a műhelyen tanultakat.

### 3.2. Szakmai írásos publikációk (cikkek, könyvfejezetek, tankönyvfejezetek, szerkesztés):

- A Medicina Kiadó gondozásában, Pilling János szerkesztésében készült **orvosegyetemi tankönyvbe** (Pilling, 2004) két fejezet megírására is felkérést kaptunk: egyrészt a szuggesztiók jelentőségéről az orvos-beteg kapcsolatban (Varga és Diószeghy, 2004b), másrészt az akut beteggel való kommunikációról írtunk (Diószeghy és Varga, 2004). Szemléletformáló szándékaink megvalósulásának talán legjobb közege és időszaka az egyetemi képzés, hiszen így már az alapoktól beépülhet a majdani gyógyító szakemberek gyakorlatába a szuggesztív kommunikáció.
- E kötet új, **második kiadására** most kerül sor, melyben lehetőség van fejezeteink bővítésére, átdolgozására.
- Rezidensképzés tankönyvében, melyet szintén a Medicina Kiadó és Pilling János gondoz, fejezetet írtunk a szuggesztív kommunikációról (Varga és Diószeghy, 2005).
- A **lélegeztetés témakörének nagyszabású összefoglaló kötetében** felkérést kaptunk egy fejezet megírására. E fejezet kifejezetten a szuggesztív módszerek mentén összegzi a lélegeztetett betegekkel való kommunikáció jelentőségét és előrevivő formáit (erről szóltunk már e beszámoló korábbi pontjában, Varga és Diószeghy 2004a).
- Idegen nyelvű publikációként a Hypnos c. lapban foglaltuk össze tapasztalatainkat arról, hogyan alkalmazhatók a **metaforák, mint összetett szuggesztív technikák** a kritikus állapotú betegek, így a lélegeztetett betegek intenzív kezelésében is (Varga 2004f). Ez a tanulmányunk élénk és pozitív visszhangra talált a nemzetközi szakmai képviselők körében.
- **„Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban”** címmel szerkesztettünk kötetet, amelybe összegyűjtöttük a témakör kulcstanulmányait (Varga 2005b). Az Országos Addiktológiai Intézet által gondozott, 1000 példányban megjelent kötet rendkívül jó lehetőséget ad a szuggesztív jelenségének széleskörű ismertetésére.
- E kötet második, **bővített kiadására** felkérést kaptunk a Medicina könyvkiadótól. Jelenleg zárult le az új szöveg előkészítése a tördelése.
- A Medicina Kiadó gondozásában kiadásra kerülő **neuropszichológiai tankönyvbe** felkérést kaptunk a **Tudatzavarok és megváltozott tudatállapotok fejezet megírására. Ebben részletesen tárgyaljuk a kutatásunk szempontjából is releváns jelenségeket (pl. módosult tudatállapot általában, delírium, altatás, szedálás, stb.)** Az elkészült kézirat elfogadásra került.
- Ugyancsak a Medicina Kiadó gondozásában kiadásra kerülő, Dr. Vértes Gabriella által szerkesztett hipnózist áttekintő kötetbe felkérést kaptunk a **módosult tudatállapotok ill. szuggesztív** témakörének összefoglalására. Mivel e kötet a hipnózis alkalmazásának számos területét taglalja, igen sok szakember kezében megfordul, így széleskörű lehetőségét adja a szuggesztív jelenségének felismerésének (Varga, 2006b).
- Az Alkalmazott Pszichológia folyóirat **tematikus szám szerkesztésére** kérte fel Varga Katalint. Ebben a szomatikus orvoslás terén szorgalmazott pszichológiai szempontokat foglalták össze a szerzők, köztük számos szuggesztív vonatkozással. A tematikus számban szereplő, közvetlenül a lélegeztetéssel kapcsolatos tanulmány (Benczúr és Mohácsi cikke, amely az intenzív osztályon kezelt betegek élményeiről szól (Varga, 2005c), számos további tanulmány emeli ki a

szuggesztíók fontosságát pl. a szülészet, a dohányzásról való leszoktatás, az újraélesztés oktatása terén).

- „Az orvosi kommunikáció szuggesztív hatása” címmel írt Varga Katalin **cikket** a Medical Tribune folyóiratba (Varga, 2007)
- A Magyar Pszichológiai Szemlében megjelent egy **tanulmány a szuggesztíók és a placebo jelenségének kapcsolatáról**, ezzel írásos, jóval részletesebb, és hosszú távon elérhető formában is rögzítettük a korábban előadásokon elhangzottakat (részletes adatok l. publikáció jegyzék).
- E tanulmány **angol nyelvű** változatának közlésére kértünk és kaptunk engedélyt az Akadémiai Kiadótól. Jelenleg dolgozunk az angol változaton.
- Hasonlóképp, a lélegeztetett betegek pszichés támogatásának pozitív szuggesztíókra alapuló protokollját összefoglaló tanulmányunkat is szeretnénk **angol nyelven** megjelentetni. Most végezzük az utolsó simításokat az angol nyelvű változaton.

### 3.3. Képzések, tréningek, ismeretterjesztő előadások

- Felkérést nyomán kidolgoztunk az **Egészségpszichológusi Szakképzésen** belül egy 14 órás, az intenzív ellátás pszichológiai kérdéseivel foglalkozó kurzus tematikáját, szakmai indoklását, kötelező és ajánlott irodalomjegyzékét stb. melyben a lélegeztetés kulcstényezőként szerepel. Ezzel a megközelítésünk minden egészségpszichológusi szakképzést nyert kolléga „fegyvertárában” szerepel majd.
- Több előadásban volt módunk beszélni a szuggesztív kommunikáció fontosságáról a **Semmelweis Egyetem orvostudományi kommunikáció-kurzusain**.
- Lehetőségeink kiterjedtek a **rezidensképzésben** való részvételre is. E felkérés nyomán a rezidenseknek szóló tananyagot összeállítottuk. Ennek nyomán a rezidensek közül többen érdeklődnek a szuggesztív módszerek alaposabb elsajátításának lehetőségéről, amire szerencsére tudunk is akkreditált képzést ajánlani.
- Rendszeresen szerepelünk a **SE Intenzív betegellátó szakápoló szaka továbbképzésén**. Itt a kutatási törekvéseinkben közvetlenül megfogalmazott célok megvalósítására van módunk, hiszen az itt résztvevő szakemberek közvetlenül foglalkoznak lélegeztetett betegekkel. Ezen előadásokon is alkalmunk van a szuggesztív kommunikációval járó személyes érintettségéről, érzelmi igénybevételről is beszélni.
- Évről évre megtartjuk a **„Szuggesztíók alkalmazása a szomatikus orvoslásban” c. képzést**. Ezen szakorvosok, pszichológusok, gyógytornászok, mentálhigiénikusok, illetve e területek hallgatói sajátítják el a szuggesztív kommunikáció gyakorlatát. Jelenleg ez a képzésünk ad legmélyebben lehetőséget az e területen való elmélyedésre. Fontosnak tartom kiemelni, hogy a képzésen e sokféle szakember együtt, együttműködve tanul, ezáltal a képzés maga modellálja a különféle irányultságú, háttér-képzettségű szakemberek együttműködését, amire a „terepen” szintén nagy szükség van. E féléves (70 órás) akkreditált képzésünk kipróbáltan elegendő arra, hogy a lélegeztetett betegekkel foglalkozó szakemberek – megfelelő további szupervízió és támogatás mellett – a napi gyakorlatukba építhessék a szuggesztív módszereket. Kedvező fejlemény, hogy a tréning értékelésekor a résztvevők kiemelik annak *szemléletformáló* erejét.
- A Magyar Hipnózis Egyesület havi rendszerességgel működő **szuggesztív műhelye** folyamatosan ad konzultációs illetve továbbképzési lehetőséget a szuggesztíók iránt érdeklődő, valamint azokat alkalmazó szakembereknek.
- Több **szakmai társaság képzésén illetve továbbképzésén** volt alkalmunk a szuggesztíók jelentőségéről beszélni, így a családorvosok, bőrgyógyászok, valamint a dülák körében (részletes adatok l. publikáció jegyzék).
- Több népszerű rendezvényen (pl. évenként a Pszinapszis, a Magyar Pszichológiai Társaság „Pszichológia mindenkinek” előadássorozatában, az Illyés Sándor emléknapiaként évente) tartottunk előadásokat illetve műhelyeket a témakörben (részletes adatok l. publikációs jegyzék). Ezek a fórumok lehetővé teszik, hogy a **nagyközönség is megismerkedjék a szuggesztív kommunikáció jelenségével** és a gyógyításban betöltött szerepével. Ezzel – várhatóan – növekedni fog a klinika irányából az igény a szuggesztív módszerek szakszerű alkalmazására a mindennapi orvosi gyakorlatban.

#### **4. A kutatás eredményes folytatását befolyásoló körülmények, és a kutatási szerződéshez viszonyított eltérések**

A kutatás azon pontjain, ahol betegekkel kellett közvetlen kapcsolatot teremteni (interjúk, szuggesztiók alkalmazása) rendkívüli nehézségekbe ütközött a kellő számú beteg bevonása a vizsgálatba. Sok beteg olyan szélsőségesen rossz állapotban volt, hogy eleve nem teljesült az intenzív kezelése elején a várható 30 napos túlélési idő. A kutatást – amúgy rendkívül készségesen és támogatólag – befogadó intézményekben más kutatások is folytak (többnyire gyógyszervizsgálatok), így egy-egy alkalmas beteg bevonásáért több kutatócsoport is „versengett”.

A kellő esetszám megteremtése érdekében a fő kutatási szakban – az egy kórházra kidolgozott tervhez képest – lényegében megdupláztuk erőnket és a kutatási helyszíneket: egy éven át két helyszínen folyt a szuggesztiók hatékonyságát tesztelendő vizsgálatunk, ehhez képest csak szerény esetszám gyűlt össze (ami a statisztikai próbák erejét kedvezőtlenül befolyásolja).

Ezzel függ össze, hogy a fél éves utánkövetést csak néhány betegnél végeztük el: a fő szakaszba is igen nehezen jutott elegendő beteg, ezek egy része már az ITO-n vagy elbocsátás után meghalt. Az élők vagy nem álltak rendelkezésünkre, vagy vidékiek voltak, s ezért nem tudtunk velük kapcsolatba lépni. Végül ezt a részt „áldoztuk fel” a kutatási időszakban megkurtított támogatás miatt.

Szigorúan a kutatás szempontjából kedvezőtlennek mondható, hogy a kutatási helyszíneken működő szakemberek a pozitív szuggesztiók alkalmazásával az évek során egyre inkább megismerkedtek (főképp munkacsoportunk szóbeli és írásos publikációi alapján). Így a napi kommunikációjukban mind többször jelentek meg olyan fordulatok, amelyek csak a „szuggesztiós” csoport tagjainak „jártak volna”. Ez – az amúgy örvendetes körülmény – összemosta a kontroll- és a szuggesztiós csoport kezelésében a kutatás szempontjából lényeges különbségeket. Elképzelhető, hogy e nélkül éleesebben jelentek volna meg a szuggesztiók hatékonyságát igazoló eredmények.

Ezen felül kisebb részletekben eltértünk a módszerekben (pl. nem alkalmaztuk a posztoperatív betegekkel folytatott kutatásunkban már bevált ARCSKÁLÁT, mert a mostani betegek nem látták vagy nem értették mit kell vele tenni).

Ugyanakkor néhány ponton sikerült kibővítenünk az eredeti tervhez képest a vizsgálatot. Így például az első szakaszban a protokoll kidolgozásához gazdag anyagot gyűjthettünk az ITO-ról éppen távozó betegek élményeinek feltárásával. Emellett a főszakaszban a betegek kezelőorvosától minden nap becslést kértünk a betegek lélegeztetésének illetve intenzív osztályon való kezelésének várható időtartamára nézve. E hatalmas adattömeg speciális statisztikai eljárással („adattányaszt”) való feldolgozása jelenleg folyik.

#### **5. Összegzés, lehetséges továbblépések**

Többen kiemelték, hogy a kritikus állapotú betegek sajátosan módosult tudatállapotuk miatt különösen fogékonyak a szuggesztív üzenetekre, ám ez a lehetőség távolról sincs kihasználva a jelenlegi, szomatikusan orientált orvosi gyakorlatban (Gheorghiu, 1989, Pope és Singer, 1978, Rossi és Cheek, 1988, Cheek, 1969, Tart, 1972, Varga és mtsai, 1995).

Eredményeink megerősítik a nemzetközi tapasztalatokat (Bejenke, 1996/a, 1996/b, Szentágothai, K. 1991, 1995, Cheek, 1958, Ewin, 1986, Gall, 1990, Gunnison, 1990, Kessler, 1997, Kessler és Dane, 1996, Kohen, 1986, Kuttner, 1988, Nunez, 1998, Thompson, 1993, Wright, 1987, Zwirn, 1993), illetve korábbi hazai eredményeinket (Diószeghy és mtsai, 2000/a, 2000/b, 2001, Jakubovits és mtsai 1998, 1999, Székely, 1999/a, 1999/b, Szentágothai és Varga, 2000, Varga és Diószeghy, 1998, 2001, Varga, 1999, 2000/a, 2000/b, 2000/c, Varga és mtsai 2000/a, 2000/b) a szuggesztiók hatékonyságáról a kritikus állapotú betegeknél: Tendencia mutatkozik a jobb túlélésre, rövidebb lélegeztetési és ápolási időre, illetve arra, hogy a szuggesztiós támogatásban részesülő



betegek a kezelést szubjektíve több pozitívummal illetve a környezetükkel illetve a személyzettel aktívabb és pozitívabb kapcsolattal élik meg.

Természetesen elengedhetetlen, hogy a kutatásunkhoz hasonló, ám független vizsgálatok megerősítsék mindezt.

Az adott elemszám mellett a szignifikáns szintet ritkán elérő adataink mintázatának együttes figyelembevételével erősen valószínűsíthetjük, hogy érdemes a lélegeztetett betegeknél az ITO kezelés napi rutinjába könnyen beilleszthető szuggesztív kiegészítést alkalmazni.

Feltehetően a betegeket érő napi hatások kavalkádjában a **dominancia-hierarchia** érvényesül: a betegeknél az osztályvezető főorvos, illetve a kezelőorvos „üzenetei” jóval nagyobb súllyal esnek latba, mint a számukra ismeretlen, fiatal kutató-munkatárstól jövők. Értelemszerűen erősítené a szuggesztív hatásokban rejlő lehetőségek kihasználását, ha a betegek szubjektív hierarchiájának csúcsán álló szakemberek mindennapi kommunikációjában szakszerűen bánnának a szuggesztív technikákkal is.

Az intenzív osztályra való **bekerülést megelőzően** más intézményben illetve a mentőszolgálat kapcsán számos hatással, köztük (kedvező vagy kedvezőtlen) szuggesztív hatásokkal találkozva érkeznek pácienseink az ITO-ra. Fontos lenne, hogy a kezdeti benyomások rögtön kedvező irányúak legyenek, úgy klinikai adatok (pl. Ewin, 1986), mint kutatási eredmények (pl. Varga, 1994) azt mutatják ugyanis, hogy meghatározó, és hosszú távon érvényesülő ereje van a korai (kezdeti) szuggesztív üzeneteknek.

Tovább vizsgálandó, mi okozta az **eltéréseket a kórházak között**. Jelenlegi adataink alapján nem tudjuk elkülöníteni, hogy ennek oka a két kórházban kezelt betegek jellemzőiben keresendő-e (pl. a progresszív betegellátás miatt az A kórház törvényszerűen súlyosabb állapotú betegeket fogad), vagy a szuggesztív módszereknek köszönhetőek az eltérések. Utóbbi szempont mentén a legfontosabb különbség az lehet, hogy míg az A kórházban egy-egy beteget szinte naponta másvalaki részesített szuggesztív hatásokban, a B kórházban, ahol teljes állású pszichológus dolgozik, a kutatásba bevont betegek jó része legalább a kezelési idő felében ugyanattól a pszichológustól részesült szuggesztív hatásokban. Ez a raportalakítás szempontjából egyértelműen kedvezőbb.

## Hivatkozások

- Bányai É, Varga K. (2004): A szavak ereje – hipnózis és szuggesztív kommunikáció Tematikus szimpózium a Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlésén, Debrecen, 2004. május 27-29.
- Bányai, E. I., Varga K. (2005a): „Hypnosis And Suggestive Communication In Critical Life Situation”, Workshop presented at the X. European Congress of Hypnosis, Malta/Gozo
- Bányai, E. I., Varga K.(2005b): Hypnosis And Suggestive Communication In Critical Life Situations, Workshop presented at the SMSH Séminaire D’Hypnose Medicale, Balsthal
- Bányai, E.I., Varga, K. (2006): The Power of Suggestions with Patients in Critical State. Workshop a XVII. Nemzetközi Hipnózis Kongresszuson, Acapulco, Mexico, August 21-26.
- Bejenke, C.J. (1996/a) Painful medical procedures. In: Barber, J. (eds. 1996) *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain*. 209-265.
- Bejenke, C.J. (1996/b) Preparation of patients for stressful medical interventions. Some very simple approaches. In: Peter, B. et al (eds. 1996) *Munich lectures on hypnosis and psychotherapy*. 27-36.
- Benczúr L., Fritúz, G., Szilágyi, A., Varga, K. (2006): Effectivity of Positive Hypnotic Suggestions in the Treatment of Mechanically Ventilated Patients. Paper presented at the XVII. International Congress on Hypnosis, Acapulco, Mexico, August 21-26.
- Benczúr L. és Varga K. (2006): Szuggesztív hatások a mindennapokban és a gyógyításban. Műhely a X. Budapesti Pszichológiai Napok, a „Pszinapszis 2006” rendezvényén, Budapest, 2006. Március 10.
- Benczúr L., Mohácsi Á., Varga K. (2005): „Take a nice deep breath – if you can”, Paper presented at the X. European Congress of Hypnosis, Malta/Gozo, September, 17 – 24.
- Benczúr L., Székely G., Varga K., Diószeghy Cs. és Fritúz G. (2004): És most csak figyelj a légzésedre...: Pozitív szuggesztív hatásokra épülő kommunikáció a lélegeztetett betegek gyógyításában, Magyar

- Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlése, Debrecen, 2004. május 27-29. Előadás-kivonatok, 229. o.
- Benczúr L., Mohácsi Á. (2005) Intenzív osztályon kezelt betegek élményeinek vizsgálata – néhány klinikai javaslat. *Alkalmazott Pszichológia*, VII., (2), 21-36., 2005
- Bergbom-Engberg, I., Haljamae, H. (1989): Assessment of patients' experience of discomforts during respiratory therapy. *Critical Care Medicine*, 17, (10), 1068-1072.
- Cheek, D.B. (1958) Hypnosis an additional tool in human reorientation to stress. *Northwest Medicine* 57,177-182.
- Cheek, D.B. (1969) Communication with the critically ill. *American Journal of Clinical Hypnosis* 12:75-85.
- Criner J., Isaac, L. (1994): Psychological problems in the ventilator-dependent patient. In: TOBIN, M., J. (ed.): *Principles and Practice of mechanical Ventilation*. McGraw-Hill. New York. 1163-1172.
- Diószeghy Cs., Varga K. Fejes, K. Péntes, I. (2000) Pozitív szuggesztiók alkalmazása az orvosi gyakorlatban: tapasztalatok az intenzív osztályon. *Orvosi Hetilap*, 141,(19):1009-1013.
- Diószeghy Cs., Varga K. (2000/b) The use of hypnotic suggestions with patients in the intensive care unit, In: 15. International Congress of Hypnosis, München, 2-7. October 2000., Book of Abstracts, p. 34.
- Diószeghy Cs., Varga K. (2001) Szuggesztiók nyújtotta lehetőségek az aneszteziológus kezében In: 12. Magyar Hipnózis Találkozó, Szeged, 2001 június 1-3., Absztraktkötet, 18.
- Diószeghy Cs. és Varga K. (2004): Kommunikáció akut betegekkel. In: Pilling J. (szerk) Orvosi kommunikáció Medicina Kiadó, Budapest. pp. 251-260.
- Ewin, D.M. (1986) Emergency room hypnosis for the burned patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(1):7-11.
- Gall, J. C. (1990) The art of examining a child: use of naturalistic methods in the pediatric physical examination. In: *Ericksonian Monographs*, No. 7. 69-85.
- Gheorghiu, V. A. (et al. ed.1989) *Suggestion and suggestibility*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Gunnison, H. (1990) Hypnotherapy: Ericksonian hypnosis for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 68:450-453.
- Györfi Ilona (1996) A szuggesztiók és a gyógyulás. Diplomamunka, ELTE BTK. Kézirat.
- Hammond, D.C. (1990) *Hypnotic suggestions and metaphors*. Norton & Company, New York, London
- Hallenberg, B., Bergbom-Engberg, I., Haljamae, H. (1990): Patients' experiences of postoperative respirator treatment--influence of anaesthetic and pain treatment regimens. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 34, ( 7), 557-562.
- Jakubovits, E., Hermann, CS., Janecskó, M., Varga, K. (1999) The effectiveness of positive suggestion in the perioperative period In Anaesthesiology and Intensive Therapy, Abstract Book, 21<sup>st</sup> Annual Meeting of the European Academy of Anaesthesiology, Budapest, Hungary, August, 26-28, Scientific Presentation Abstracts, p. 62.
- Jakubovits, E., Janecskó, M., Varga, K., (1998) Az általános anesztézia előtt és alatt adott pozitív szuggesztiók hatása a gyógyulásra. *Anesztézia és Intenzív Terápia*
- Kessler, R. (1997) The consequences of individual differences in preparation for surgery and invasive medical procedures, In: *Hypnos*, vol. XXIV. no. 4., 181-192.
- Kessler, R., Dane, J. (1996) Psychological and hypnotic preparation for anaesthesia and surgery: An individual differences perspective. In: *International Journal of Clinical Hypnosis* (44)3 189-207.
- Kohen, D.P. (1986) Applications of relaxation/mental imagery (self-hypnosis) in pediatric emergencies. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(4):283-294.
- Kuttner, L. (1988) Favorite stories: a hypnotic pain-reduction technique for children in acute pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(4):289-295.
- Mohácsi, Á. (2004) Az intenzív terápiás kezelés lelki hatásai. Szakdolgozat, ELTE BTK.
- Mohácsi Á., Benczúr L. (2005): „Az intenzív osztályos kezelés lelki hatásai”. Poszter az Illyés Sándor Emléknappok rendezvényén.
- Núñez, R. (1998) Self-hypnosis for improving seizure control in epilepsy In: *Hypnos*, XXV(1), 15-18.
- Pilling J. (szerk.) (2004): *Orvosi kommunikáció*. Medicina kiadó, Budapest.
- Péntes I., Lox A. (szerk.) (2004): *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata*. Medicina kiadó, Budapest.
- Pope, K.S., Singer, J.L. (eds.) (1978) *The stream of consciousness scientific investigation into the flow of human experience*, John Wiley and Sons
- Rossi, E.L., Cheek, D.B. (1988) *Mind-Body Therapy*, Norton & Company, New York, London

- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R. Steven, B., Kelly, I., Donahoe, M., Pinsky, M.R. (2002): Patient's recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30, (4), 746-752.
- Russell, S. (1999): An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit, *Journal of Advanced Nursing*, 29, (4), 783-791.
- Schelling, G., Stoll, C., Haller, M., Briegel, J., Manert W., Hummel T., Lenhardt, A., Heyduck, M., Polasek, J., Meier, M., Preuss, U., Bullinger, M., Schuffel, W., Peter, K. (1998): Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine*, 26, (4), 651-659.
- Suhai-Hodász G., Varga K.. (2004): Verbális és tárgyi szuggesztiók a szülőszobán. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlésén, Debrecen, 2004. május 27-29. Előadás-kivonatok, 229. oldal.
- Székely, G. (1999/a) Perioperatív pozitív szuggesztiók hatása a posztoperatív időszakra. Előadás az Országos Orvosi TDK konferencián.
- Székely, G. (1999/b) A műtét alatti pozitív szuggesztiók hatása. SOTE Diplomamunka. Kézirat.
- Székely, G. és Perczel-Forintos, D. (2004): Az intenzív osztályon átélt élmények és a poszttraumás stressz zavar kialakulása. A Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlése, Szeged, 2004. január 28-31. Tudományos előadások absztraktjai, 73. oldal.
- Szentágothai, K. (1991) Hypnose und Regionalanasthesie beim Kind. *Hypnose Bulletin*, 16.
- Szentágothai, K. (1995) Hypnose in der Anasthesie. *Arzt-Gazette Médicale*, 16.
- Szentágothai K., Varga K. (2000) A szuggesztív technikák és a hipnotikus kommunikáció alkalmazása kritikus állapotú betegeknek. Belső továbbképzés a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinikáján, Budapest, 2000. november 23.
- Szűcs Júlia (2006) *Orvos-beteg kommunikáció Szuggesztív kommunikáción alapuló vizsgálat lélegeztetett betegekkel* Szakdolgozat, ELTE PPK
- Tart, C.T. (1972) *Altered states of consciousness* Doubleday New York
- Thompson, K. (1993) Basic induction, pain control, bleeding and healing. Workshop at the 6th European Congress of Hypnosis, Vienna, Austria, 1993 Aug.
- Van De Leur, J.P., Van Der Schans, C.P., Loef, B.G., Deelman, B.G., Geertzen, J.H.B., Zwaveling, J.H. (2004): Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8, R467-R473.
- Varga, K. (1994) A szuggesztiók befolyásolása: A kontextuális hatás vizsgálata a Kreatív Imaginációs Skála alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, L.(34), 5-6. 351-387.
- Varga K. (1999) Kommunikáció az intenzív osztályon, Szituációs gyakorlat, Szinten tartó tanfolyam aneszteziológiai és intenzív terápiás vezetők és szakorvosok számára, Budapest, 2000. április 14.
- Varga K. (2000/a) A pszichológiai terápia lehetőségei az intenzív osztályon Előadás, Semmelweis Intenzív betegellátó szakápoló szak, Budapest, 2000. március 29.
- Varga K. (2000/b) Intenzív szakápolók lelki egészségvédelme Előadás, Semmelweis Intenzív betegellátó szakápoló szak, Budapest, 2000. február 09.
- Varga K. (2000/c) Lélek és sürgősség - az Intenzív osztály pszichológiája, kerekasztal betegeinkkel, Előadás a Semmelweis Egyetem Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Klinika Nyílt Napján, Budapest, 2000. április 28.
- Varga K. (2001) Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban c. képzés A Magyar Hipnózis Egyesület és a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika közös szervezésében
- Varga K. (2003): Te vagy a munkaeszköz. Műhely. XIV. Magyar Hipnózis Találkozó, Budapest, 2003. június 6-8. Absztraktkötet, 20. old.
- Varga K. (2004a): A pozitív szuggesztiókra épülő kommunikáció lehetőségei az „intenzív osztályos pszichózis”, a depresszió, a PTSD megelőzésében. A Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlése, Szeged, 2004. január 28-31. Tudományos előadások absztraktjai, 77. oldal.
- Varga K. (2004b): Szuggesztív hatások az egészségügyi marketingben. Előadás a Marketing, public relations és reklám az egészségügyben VII. Országos Konferenciáján, Budapest, 2004. február 26-27.
- Varga K. (2004c): Placebo, nocebo, szuggesztív: ami közös és ami nem. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlésén, Debrecen, 2004. május 27-29. Előadás-kivonatok, 48. oldal.

- Varga K. (2004d): Placebo, nocebo, szuggesztív: kiküszöbölendő-e a hit?. XV. Magyar Hipnózis Találkozó, Budapest, 2004. május 21-23. Absztraktkötet, 20. old.
- Varga K. (2004e): Kihasználhatatlan lehetőségek az egészség elérésében: szuggesztíók a mindennapi orvosi gyakorlatban, Előadás a Lelki Egészség Világnapján, 2004. Október 10.
- Varga K. (2004f): The possible explanation of metaphors in re-interpreting negative life events: our experiences with the critically ill. *Hypnos*. Vol. XXXI, No. 4. pp. 201-207.
- Varga K. (2004g): Az orvos szava - szuggesztív kommunikáció. Előadás a Solvay Pharma KFT családorvosoknak tartott megbeszélésén. Máta, 2004. március 20.
- Varga K. (2004h): A szavak ereje - szuggesztív kommunikáció az orvosi gyakorlatban. Előadás a Magyar Bőrgyógyászok Egyesületének továbbképzésén, 2004. május 20.
- Varga K. (2004i): A szuggesztíók világa. Előadás a Magyar Dúlák Egyesületének továbbképzésén, 2004. november 27.
- Varga K. (2004j): A hipnotikus kapcsolat élményvilágának interakciós szemléletű elemzése. Habilitációs Értekezés. Budapest, ELTE PPK.
- Varga K. (2005a): A kritikus állapotú betegek pszichológiája. ELTE Habilitációs előadás, Budapest, 2005. április 29.
- Varga K. (2005b) Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban (szerk.) Országos Addiktológiai Intézet, Budapest
- Varga K. (2005c) (szerk.): Pszichológia az orvoslásban – tematikus szám. *Alkalmazott Pszichológia*, VII., (2).
- Varga K. (2005d): „A nehezen már túl van”. Szuggesztíók a szomatikus orvoslásban. Előadás az Illyés Sándor Emléknapok rendezvényén.
- Varga K. (2005e): „A betegtájékoztatótól a pollenjelentésig” Szuggesztíók az egészség körül. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság „Pszichológia Mindenkinek” rendezvényén.
- Varga K. (2005f): Miért veszünk be mindent? Szuggesztíók és média. Előadás a Pszinapszison.
- Varga K. (2005g): David Cheek üzenetei. Előadás a Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság VI. Országos Kongresszusán.
- Varga K. (2006a): How to Teach Someone to Realize the Power of Words in Medical Practice: Useful Exercises. Workshop presented at the XVII. International Congress on Hypnosis, Acapulco, Mexico, August 21-26.
- Varga K. (2006b): Szuggesztíók módosult tudatállapotban. In: Vértés, G. (szerk.): *Hipnózis – Hipnoterápia*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Varga K. (2007) Az orvosi kommunikáció szuggesztív hatása *Medical Tribune*, 5(1), p.8
- Varga K., Diószeghy Cs. (1998): A hipnózis és hipnotikus szuggesztíók lehetőségei kómás betegek kezelésében: esetismertetés, *Pszichoterápia*, VII. évf. július, pp:255-262.
- Varga K., Diószeghy Cs. (2001) *Hűtésbefizetés avagy a szuggesztíók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban* Pólya kiadó Budapest
- Varga K., Diószeghy Cs. (2001) Kommunikáció az intenzív osztályon - a hipnotikus szuggesztív lehetőségei az intenzív terapiában, Magyar Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Társaság Közép-Magyarországi Szekció Továbbképző Szimpózium, Szent János Kórház, Budapest, 2001. január 13.
- Varga K., Diószeghy Cs. (2003): A formális hipnózis szerepe a kritikus állapotú betegek intenzív terápiájában. XIV. Magyar Hipnózis Találkozó, Budapest, 2003. június 6-8. Absztraktkötet, 16. old.
- Varga K., Diószeghy Cs. (2004a): A lélegeztetett beteg pszichés vezetése. In: Péntes I., Lorx A. (szerk.): *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata*. Medicina kiadó, Budapest. 817-825.
- Varga K., Diószeghy Cs. (2004b): A szuggesztíók jelentősége az orvos-beteg kommunikációban. In: Pilling J. (szerk.): *Orvosi kommunikáció*. Medicina kiadó, Budapest. 227-247.
- Varga K. és Diószeghy Cs. (2005): Az orvos üzenetei: szuggesztíók az orvosi gyakorlatban. In: Pilling J. (szerk) *Rezidensképzés*. Semmelweis Kiadó, Bu
- Varga K., Jakubovits E., Diószeghy Cs. (2000/a) A hipnózis és szuggesztív módszerek alkalmazása kritikus állapotú betegeknél, *Az Integratív Pszichoterápiás Egyesület Tudományos rendezvénye és közgyűlése*, Budapest, 2000. november 25-26.

- Varga K., Janecskó M., Diószeghy Cs. (2000/b) A szuggesztiós módszerek szerepe a fájdalom kezelésében az intenzív osztályon Pszichológia 2000 Konferencia, a Magyar Pszichológiai Társaság XIV. Tudományos Nagygyűlése, Budapest, 2000. május 30-június 2. Absztraktkötet, 43.
- Varga, K., Jakubovits, E., Janecskó, M. (1995) A tudatállapot általános anesztézia alatt. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LI(35), 1-2. 58-82.
- Vértés G. (szerk) *Hipnózis – hipnoterápia* Medicina Kiadó, Budapest.
- Weitzenhoffer, A. M. (1980): Hypnotic susceptibility revisited, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22:130-146.
- Wright, M.E. (1987) *Clinical Practice of Hypnotherapy*. New York: Guilford
- Zwirn, M. (1993) Do we really use hypnosis in the dental office? Paper presented at the 6th European Congress of Hypnosis, Vienna, Austria, 1993 Aug.