

2,5 nap a nyereség lélegeztetett betegek lélegeztetési és ápolási idejében, a kezelés stresszét csökkentő kommunikációs módszerrel

K. Szilágyi Adrienn¹, Dr. Diószeghy Csaba², Dr. Varga Katalin³

¹ Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Budapest

² East Surrey Hospitals, Emergency Department and ITU, Redhill, United Kingdom

³ ELTE Affektív Pszichológiai Tanszék, Budapest

Az intenzív terápiás osztály (ITO) költségeit a lélegeztetési és ápolási idő csökkentésével mérsékelhetjük. A kezelés okozta stressz lassítja a gyógyulást, a hosszabb kezelés növeli a költségeket. Kommunikációs módszerünk mellett 2,5 nappal rövidülhet az ápolási és 20-30%-kal a lélegeztetési idő, és javul a túlélés is. A módszer alkalmazásának költsége kimerül havi pár ezer forintos eszközigényben és a pszichológus fizetésében.

2.5 days gain in the length of mechanical ventilation and the length of stay by applying a communications method reducing the stress of the care. The costs of the intensive care unit can be reduced by reducing the length of the mechanical ventilation and the length of stay. Stress caused by care makes recovery slower and longer care raises costs. With the application of our communications method 2 and a half days – that is 20-30% – shorter – mechanical ventilation and care can be reached, additionally, survival rate also improves. Applying the method charges the budget with only a minimal need of tools and with the salary of the psychologist.

BEVEZETÉS – AZ INTENZÍV TERÁPIA ÉS A KÖLTSÉGEK

Az intenzív terápia az egyik legjelentősebb költségvonzatú egészségügyi ellátás. Az USA-ban 1985 és 2000 között 190%-kal emelkedtek az intenzív terápia költségei, melyek a kórházi összköltségvetés 20-30%-át teszik ki [1]. A költségek eloszlása aránytalan, hiszen amerikai adatok szerint a 77%-a az ITO-n kezelték utolsó életévében lép fel, a 40%-a az utolsó hónapban. A teljes költségvetés 30%-át az ITO-n ápolottnak arra a 6%-ára költik, akik 65 éven felüliek, és a kezelést nem élik túl [1]. Hazánkban pedig még a reménytelen betegek is több hetet töltenek el az osztályokon, elsősorban a nem túl modern vizsgálóeljárások és a kezeléskorlátozás sztenderdjének hiánya miatt [2].

A költségek arányai egy beteg osztályos tartózkodása során is változóak. A betegápolás az ITO-n szignifikánsan drágább azokon a napokon, amíg tart a lélegeztetés. Még inkább igaz ez az ápolás első két napjára [3]. Így nem vezet megtakarításhoz az sem, ha a beteget kicsit hamarabb adják

ki az osztályról [1]. Ám azt is tudjuk, hogy nem elhanyagolható a hosszabb ápolás jelentős költségvonzata sem. Jelentős teher a hosszabb ápolások során a megemelkedett személyzeti költség [4]. Csomós adataiban Magyarországon 2007-ben az egy napra jutó ápolási költség 35 568 Ft (SD: 15 561), ami súlyos, szepsziszos betegeknek 107 200 Ft (SD: 26 648), ami a magyarországi alulfinanszírozottságnak köszönhetően még mindig mesze elmarad a nemzetközi átlagtól, ami 200 000 Ft körül mozog. Ám azt is tudni kell, hogy míg Angliában és más fejlettebb országokban az intenzív kezelés 62,6%-át a bérköltségek teszik ki, addig hazánkban ez csak 32,5%. Nálunk a költségek legnagyobb része, az 59,4% a fogyóeszközökre megy el, ami az egyszer használatos eszközöket és főleg a gyógyszereket jelenti, ami az összköltség 35,9%-áért felelős. A gép- és műszer-költség az elvárthoz képest sajnos minimális [4]. Mivel hazánkban kevés nővért alkalmazunk kevés fizetéssel, az intenzív ágyszám csak minimálisan befolyásolja a kórházi költségvetést, és inkább a direkt költségekkel járó betegellátás, az aktívan igénybevett ágyak azok, amelyek a költségeket emelik. Így nálunk annyira nem indokolt az ágykihasználtság emelése kizárólag költség szempontból, hanem az ápolási idő rövidülése az, ami a valóban csökkenteni képes a kiadásokat [4], és a lélegeztetési idő rövidülése [5,3].

Dicker [1] elemzi, hogy azzal lehetne jelentős költségmegtakarítást elérni az ITO-n, ha az életvégi kezelések kivitelezésében érnénk el eredményeket. A SUPPORT program, ami az életvégi kezelések fejlesztését tűzte ki célul, rámutatott, hogy nagyon sokan, akik meghaltak, előtte 10 napot töltöttek kómában az ITO-n. De a haldoklók átszállítása más osztályokra inkább növelte a költségeket, mivel a már biztosan haldoklással töltött napoknak általában alacsonyabb a költségvonzata. A legdrágább, ha a kezelés kimenetele eltér az előre jósolttól. Jól bejósolja a rossz prognózist, ha egy beteg az elején nagyon sok forrást igényel, ám ha valaki élni akar, kisebb az általa igényelt forrás. Ám sajnos a bejósolásra használt pontrendszerek nem tudnak eléggé megbízhatóak lenni, így nehéz ezek alapján dönteni egy kezelés megkezdéséről vagy visszautasításáról. Pedig ezzel nem csak költséget, de sok felesleges fájdalmat és szenvedést meg lehetne takarítani. Ráadásul a hosszas mechanikus életben tartás a beteg és hozzátartozói akaratával is ellentétben áll. Az orvosok pedig nem tudják, vagy nem akarják felvállalni a túlélés bejósolását.

A más irányból közelítő, költség-megtakarításhoz vezető eljárások a következők voltak: pontos, egyes betegségekhez illesztett protokollok, precíz szedálási protokollok, a kezelések modernizálása, szubintenzív osztályok és regionális ellátás kialakítása. Az osztályok modernizálása hozzájárult a minőségi életévek növekedéséhez, a mortalitás csökkenéséhez, az intenzív osztály kapacitásának növeléséhez, és az ápolási idő csökkentéséhez [1]. Arról nem közöltek adatot, hogy ez a modernizálás mennyibe került.

A fentiekből következik, hogy szükséges egy olyan etikus beilleszthető, alacsony költségű eljárás, ami hozzájárul a lélegeztetési és/vagy az ápolási idő rövidüléséhez. Ez a gyorsabb gyógyulás, vagy rövidebb haldoklás tekintetében egyaránt igaz.

A STRESSZ NÖVELI A KÖLTSÉGEKET

Ha valaki számára szükségessé válik az ITO-s kezelés, az önmagában negatívan hat a későbbi életminőségre [6] – mind fizikai, mind lelki szinten. Minél hosszabbra nyúlik a kezelés, és ezen belül gyakorta a lélegeztetés, annál nagyobb teret kapnak az iatrogén ártalmak. Számos szövődéssel számolhatunk [7], a kezelést extrém traumatikus élményként élik meg a betegek, ami kedvez a PTSD kialakulásának, ami jelentősen rontja az életminőséget [8, 9, 10, 11]. A lélegeztetés okozta kellemetlenségek, és a beteg és a gép könnyebben megvalósítható szinkronja miatt a lélegeztetett betegek altató és nyugtató hatású gyógyszereket kapnak [12]. Miközben azt is tudjuk, hogy a szedatív-analgetikus gyógyszereknek a dózisa, ami a tudatállapotot módosítja, hozzájárul a delíriumhoz és a halálozási arány növekedéséhez [13]. Az altatás enyhébb szintje pedig az intenzív tartózkodás alatt rövidebb osztályos tartózkodással párosul [14]. A szedálás költségvonzata önmagában is hatalmas [15].

A lélegeztetés alatti altatás tehát számos nem kívánt mellékhatással is jár, így a gyógyulásban és a költségekben is pozitív hatású lehet, ha a szükséges nyugalmat valamilyen más módon is segíteni lehet.

A STRESSZ CSÖKKENTÉSE – POZITÍV SZUGGESZTIÓKON ALAPULÓ BETEGVEZETÉSI MÓDSZER

Kritikus állapotú betegek objektív mutatóiban pszichére ható módszerrel eddig egyedül égési osztályon, hipnózissal értek el változást [16, 17, 18]. A pozitív szuggesztiókon alapuló betegvezetés egy olyan kommunikációs stratégia, aminek a célja, hogy a beteget véletlenszerűen érő ingermozgásokat tudatosan rendezzük [19, 20]. Varga és Diószeghy [22] ismerteti a módszert és az elméleti keretet, ami révén a szuggesztiók a szomatikus orvoslásban több területen [22, 23, 24, 25], többek között az intenzív terápiában is hatékonyan alkalmazhatóak. Munkacsoportunk egyre több területen tud beszámolni a pozitív szuggesztiók műtéti időszakban alkalmazott pozitív hatásáról, melyek általában kisebb gyógyszerigénnyel, kevesebb komplikációval, kevesebb vérvesztéssel,

gyorsabb gyógyulással, jobb szubjektív jólléttel társulnak [26, 23, 27, 28]. Ezek természetesen jelentős költségmegtakarítást is eredményeznek, ám az erről szóló elemzések egyelőre még hiányoznak.

Munkacsoportunk egy olyan kommunikációs módszert dolgozott ki az elmúlt 20 évben, ami lélegeztetett betegeknek is alkalmazható állapotuktól és tudatállapotuktól függetlenül [29, 30]. A módszerünk kidolgozásánál figyelembe vettük, hogy az ITO a beteg számára ismeretlen világ, ahol az információ-feldolgozás nem tud a megszokott módon működni. Ennek köszönhetően fokozott a szuggesztiók iránti érzékenység [31, 32]. Minden szuggesztióként hathat a betegre, követve az egészségügy hierarchiáját, így legerősebben a személyzet szavai és tettei érvényesülnek [33]. Szuggesztió lehet minden üzenet, ami önkéntelenül hat, és úgy vált ki választ, hogy az a válasz a kommunikáció gondolati tartalmát megjeleníti [32]. Ez a válasz cselekvésben, vagy testi, fizikai reakcióban is megnyilvánulhat. Ha a beteg spontán negatív transzát, amit a nehéz helyzete indukál, pozitív keretbe helyezünk, akkor a nemrég még romboló energia immár a gyógyulást szolgálhatja [34, 29, 21, 35].

POZITÍV SZUGGESZTIÓK AZ INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLYON

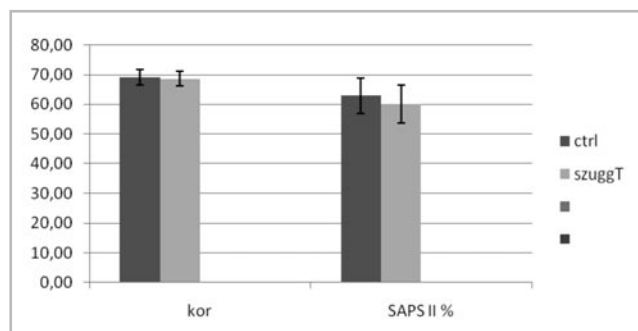
Varga és Diószeghy vezetésével 2005-ben elindult az első olyan empirikus vizsgálatunk, aminek a célja a pozitív szuggesztiókon alapuló pszichés támogatás hatékonyságának objektív mérése volt. Ez tehát abban különbözik az eddig ITO-kon folytatott kutatásoktól, hogy tovább lép a személyzet, a hozzátartozók, és a betegek lelki igényein, és egy pszichológiai módszerrel az objektív mutatóknál vár el hatást, és ezt nemcsak az éber tudatú, de az eszméletlen betegeknek is alkalmazza [29,30]. Prospektív, randomizált, kontrollált vizsgálatunkat 2005 óta több kísérleti elrendezésben, párhuzamosan, vagy váltakozva két budapesti kórház ITO-ján, az Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Klinikán (AITK) és a Jahn Ferenc Kórházban (JFK) végeztük. Közös volt a vizsgálatokban, hogy lélegeztetett betegek random módon kiválasztott csoportja szolgált kontrollként a szintén random kiválasztott lélegeztetett betegek mellett, akiket pozitív szuggesztiókra épülő tájékoztatásban részesítettünk az osztályon töltött idejük minden napján, napi 20 percben. Az egyes elrendezésekben az változott, hogy az alkalmazott szuggesztiókat csak élőszóban, szemi-sztenderd változatban [36, 37], vagy mp3 lejátszón, sztenderd formában közvetítettük-e, zenés kontroll alkalmazása mellett [38], esetleg a sztenderd és szemi-sztenderd változatot kombináltuk [39].

ITO-ra kerülni önmagában extrém pszichés stressz. A pszichés stressz extra fizikai terhet is jelent [40]. Evolúciós örökségünk, hogy a saját csoportunk adta biztonságérzet hiánya és az idegenek közelsége kiszolgáltatott állapotban stressz forrás [41, 42]. A stressz egy olyan központi idegrendszeri változást eredményez, aminek hatására megnő a társas érzékenységünk, és a társak jelenléte és jelenlétének minősége életbevágóvá válik [43]. Mivel ezzel egy időben a tudat-

állapot úgy módosul, ami terepet ad a stressz okozta fizikai hatások felerősítésére vagy egy segítő társhoz kapcsolódásban való megnyugvásra, így feltételeztük, hogy a pszichés szükségletek célirányos kielégítése a stressz csökkenését, a gyógyítással való együttműködést, gyorsabb gyógyulást fog eredményezni.

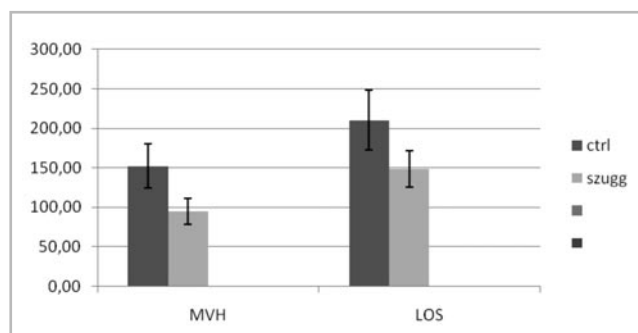
EREDMÉNYEINK AZ INTENZÍV TERÁPIÁBAN

A 229 főből 189 fő adatain tudunk metaanalízist végezni, melyből 82-en kerültek a kontroll és a 107-en a szuggesztiós csoportokba. az átlagéletkor és a halálra való százalékos esélyt megadó SAPS II (new simplified acute physiology score) pontok alapján a két csoport kiegyenlített volt (1. ábra). A legalább 48 órát lélegeztetettek között a lélegeztetési idő szignifikánsan ($p < 0,0011$) 38,5 órával rövidebb volt, és a szuggesztiós csoportnak a túlélésre is 1,85-ször, szignifikánsan ($p < 0,029$) nagyobb az esélye.



1. ábra
Az átlagéletkor és SAPS II % kiegyenlített a csoportok metaanalízisében

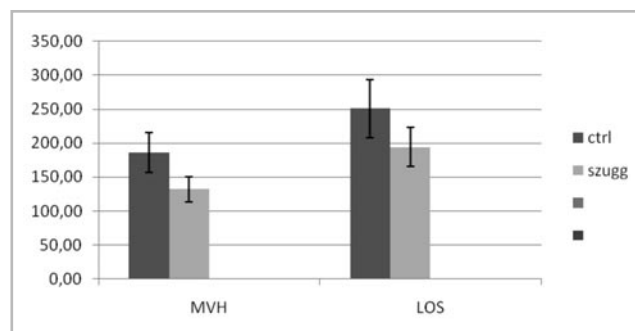
Végeztünk egy post hoc analízist úgy, hogy a szuggesztiós csoport 107 főjéből kivettük azt a 23 embert, akik menet közben elutasították a szuggesztiós kezelést. Így a szuggesztiós csoport 84 főjének a lélegeztetési ideje 57,43 órával ($p < 0,0002$), az ápolási ideje 61,63 órával ($p < 0,0029$) rövidebb (2. ábra), a túlélésre pedig szintén szignifikánsan ($p < 0,032$) 2,04-szer nagyobb az esélyük a kontroll 82 főjéhez viszonyítva. Ugyanilyen mértékű különbséget kaptunk a túlélőket és halottakat külön vizsgálva is. A túlélőknél szignifikánsan, míg a halottaknál csak az ápolási időnél találtunk



2. ábra
Metaanalízis (post hoc): A szuggesztiós és kontroll minta lélegeztetési és ápolási idejében szignifikáns a 2,5 napos különbsége

tendencia szintű statisztikai megerősítést. Ezt azonban magasabb elemszámnál jó eséllyel megtalálhatjuk. A kontroll csoportban a 82 emberből 37-en haltak meg és 45-en élték túl a kezelést, a szuggesztiós csoportban a 84 emberből 24 meghalt, és 60-an túlélték a kezelést. A kontroll csoportban 54%-os a túlélés, a szuggesztiós csoportban 74%-os, miközben a csoportok között az életkori és SAPS II átlagok változatlanul kiegyenlítettek.

A legalább 48 órát lélegeztetettek mintáján a kontroll csoportba 65, a szuggesztiós csoportba 55 fő került. A minta életkori átlaga 69,5 év (SD: 11,9) a kontroll csoportban és 69,3 (SD:13,2) a szuggesztiósban. A SAPS II % 63% (SD:26,5) a kontrollban, 59% (SD:29,3) a szuggesztiósban, tehát a csoportok tagjai itt is egyforma eséllyel kerültek az osztályra. A lélegeztetési idő 53,96 órával ($p < 0,003$), az ápolási idő 56,64 órával ($p < 0,032$) rövidebb a szuggesztiós csoportnál (3. ábra), és a túlélésre nem szignifikánsan, de 1.91-szer nagyobb az esélyük.



3. ábra
A legalább 48 órát lélegeztetettek (post hoc) lélegeztetési és ápolási ideje 2,5 nappal szignifikánsan rövidebb

ÖSSZEFOGLALÁS

A pozitív szuggesztiókon alapuló pszichés vezetés megbízhatóan 2,5 nappal rövidebb lélegeztetési és ápolási idővel járt együtt, ami 20-30%-kal rövidebb lélegeztetési és ápolási időt jelent, és a túlélés esélye is jelentősen megnőtt [44]. Vizsgálataink arra is rámutatnak, hogy minél hamarabb illesztjük a kommunikációs módszerünket az intenzívterápiához, annál erőteljesebb hatást érhetünk el [45].

Figyelembe véve, hogy az eredmények a túlélőknél és halottaknál egyaránt megjelennek, elmondhatjuk, hogy a módszer alkalmazása az életvégi kezeléseket maximálisan etikus fejlesztéséhez is hozzájárul. Valószínűsíthetjük, hogy a lélegeztetési és ápolási idő csökkentésén túl a szenvedések csökkentéséhez, az életminőség javításhoz, és az osztály, a kórház jobb megítéléséhez is hozzájárul. A költségek tekintetében ez az orvosi műhibaperek csökkenő számában is megnyilvánulhat [46]. Javulhat a kezelés minősége, az ellátás színvonala, az osztály hangulata.

A pszichológus a személyzetet közvetlenül és közvetetten is segítheti. A könnyebben kezelhető és megnyugtatható betegek mellett megfelelő feltételek esetén a helyszínen biztosíthat esetmegbeszélést, pszichoterápiát, akkreditált to-

vábképzéseket. Mindez a kiegészítéséhez is hozzájárulhat, ami a dolgozóknál kevesebb hiányzást, jobb munkavégzést, alacsonyabb fluktuációt vonhat magával és színvonalasabb ellátást. Az alkalmazott módszer költsége kimerül a pszichológus fizetésében, eszközigénye pedig (néhány többször használatos mp3 lejátszó és fülhallgató) minimális. Ám fontos, hogy az ITO-s pszichológus munkakört csak a módszerben képzett pszichológus töltsse be. Ennek hiányában eszköztelen lesz a munkában és a hatékonyságban is.

Eddig hosszú távú utánkövetést nem végeztünk. Érdekes megnézni, hogy mérhető-e betegekkal végzett intervenciók hatása az őket körülvevő emberek valamiféle állapotmutatóin (hangulat, kiegészítés, pszichoszomatikus tünetek, ennek kapcsán gyógyszerfogyasztás, testi-, lelki-egészségi mutatók, egészséghez kötött életminőség, PTSD megjelenése, súlyossága stb.), és a közvetlen költségeket.

Figyelemre méltó, hogy az eredményeink fordítva is igazak: ha nem biztosítjuk a kritikus állapotú beteg számára, amit a módszerünk révén megkaphat, akkor 25-30%-kal hosszabb a kezelés, nőhet a mortalitás, nőnek a költségek, romolhat az életminőség, PTSD és egyéb testi-lelki iatrogén hatások jelentkezhetnek. Pszichés támogatás hiányában ez a helyzet az ITO-kon.

Vizsgálatainkban jelenleg azt kutatjuk, hogy a szóbeli, egyénre szabott és az MP3-as módszer kombinálásának mi a leghatékonyabb módja. Az erre irányuló szisztematikus vizsgálat sorozatot idén szeptemberben indítjuk a Jahn Ferenc Délpesti Kórház ITO-ján, a kórházvezetőség és Dr. Hoffmann Csaba osztályvezető főorvos támogatásával. Az eredményeink fognak hozzájárulni, hogy összeállítsuk az intenzív pszichológus szisztematikus oktatható protokollját, amivel leginkább növelni tudjuk a betegellátáshoz való hozzájárulásunkat.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Dicker RA: Cost Effectiveness in the Intensive Care Unit, UCSF Critical Care Medicine and Trauma Conference, San Fransisco, California, USA, 2013.05.30-06.01, letöltve: 2016.08.30. 16:52
- [2] Zubek L: Életvégi döntések az intenzív terápiában – az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai, Doktori értekezés, 2011, SE MEDI, Budapest
- [3] Dasta JF, McLaughlin TP, Mody SH, & Piech CT: Daily cost of an intensive care unit day: The contribution of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 2005, 33(6), 1266-1271.
- [4] Csomós Á: Költségelemzés az intenzív osztályon, Doktori értekezés, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar, 2007, Debrecen
- [5] Schlanger J, Frituz G, Varga K: Therapeutic suggestion helps to cut backon drug intake for mechanically ventilated patients in intensive care unit, *Interventional Medicine & Applied Science*, 2013, 5(4), 145-152.
- [6] Grady KL Beyond morbidity and mortality: Quality of life outcomes in critical care patients, *Critical Care Medicine*, 2001, 29(9), 184-1846.
- [7] Péntes I, Lorx A lélegeztetés elmélete és gyakorlata, *Medicina*, Budapest, 2004
- [8] Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle SIK, Donahoe M, Pinsky, MR: Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit, *Critical Care Medicine*, 2002, 30(4), 746-752.
- [9] Székely G. *Pszichológus az intenzív osztályon*, szakdolgozat, ELTE, 2002
- [10] Székely G, Perczel-Forintos D: Poszttraumás stressz zavar az intenzív osztályon, *Alk Pszich*, 2005, 2 (7) 37–50.
- [11] Benczúr L, Mohácsi Á: Intenzív osztályon kezelt betegek élményeinek vizsgálata, *Alk Pszich*, 2005, 2 (7) 21-36.
- [12] Péntes I, Lencz L: *Az aneszteziológia és intenzívterápia kézikönyve*, Semmelweis, Budapest, 2003
- [13] Skrobik Y, Ahern S, Leblanc M, Marquis F, Awissi DK, Kavanagh BP: Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates, *Anesth Analg*, 2010, Aug;111(2): 451-63
- [14] Selles CA, Marisa CG, Tjong JW: Conscious Sedation in the Intensive Care Unit: the Future? *Erasmus Journal of Medicine*,1(1)
- [15] Schorr AF: An update on cost-effectiveness analysis in critical care, *Current Opinion in Critical Care* 2002, 8:337–343 DOI: 10.1097/01.CCX.0000019849.92818.6F
- [16] Ohrbach R, Patterson DR, Carrougher G, Gibran N: Hypnosis after an adverse response to opioids in an ICU burn patient, *Clin J Pain*, 1998, Jun;14(2): 167-75.
- [17] Patterson DR, Everett JJ, Burns GL, Marvin JA: Hypnosis for the treatment of burn pain, *J Consult Clin Psychol*, 1992, Oct;60(5): 713-7.
- [18] Berger MM, Davadant M, Marin C, Wasserfallen JB, Pinget C, Maravic P, Koch N, Raffoul W, Chiolo RL: Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns, *Burns*, 2010, 36(5): 639-46
- [19] K. Szilágyi A: Suggestive communication in the intensive care unit. In: Varga K. (Ed.) *Beyond the Words: Communication and Suggestion in Medical Practice*, Nova Science Publishers, 2011, New York. pp. 223- 237.
- [20] K. Szilágyi A: Szuggesztív kommunikáció az intenzív osztályon In: Varga K. (szerk.) *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban*, 2011, Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- [21] Varga, K, Diószeghy Cs: *Hűtésbefizetés avagy a szuggesztívok szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*, 2011, Budapest: Pólya Kiadó.
- [22] Kekecs Z. Varga K: Positive suggestion techniques in somatic medicine: A review of the empirical studies, *Inter-*

- ventional Medicine & Applied Science, 2013, 5(3), 101-111.
- [23] Kekecs Z. The effectiveness of suggestive techniques as adjuncts in the perioperative period: A systematic review and a meta-analysis, *Anesth Analg*, 2014, Oct 6.
- [24] Varga K (ed): Suggestive communication in somatic medicine, Nova Science Publishers, 2011, New York
- [25] Varga, K. (szerk.): A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban, 2011, Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- [26] Jakubovits E, Janecskó M, Varga K, Diószeghy Cs, Péntes I: A műtét előtti pszichés felkészítés és a narkózis alatti pozitív szuggesztiók hatékonysága a perioperatív időszakban, In Varga Katalin (szerk.) A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban, 2011, 329-342. Medicina Kiadó, Budapest
- [27] Szeverényi Cs, Csernátó Z, Balogh Á, Varga K: Examples Of Positive Suggestions Given To Patients Undergoing Orthopaedic Surgeries, *Interventional Medicine & Applied Science*, 2013, 5(3), 112-115.
- [28] Komora N, Császár N, Fazekas B, Horváth L, Varga PP: Narkózisban alkalmazott szuggesztiós hanganyag hatása a scoliosis korrekciós műtéten résztvevő serdülők intraoperatív fájdalomcsillapító igényére, *Pain*, 2011, NO 17, 17
- [29] Varga K, Diószeghy Cs: A lélegeztetett beteg pszichés vezetése. In Péntes I, Lox A. (szerk.), A lélegeztetés elmélete és gyakorlata, 2004, (817-824. o.), Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- [30] Varga K, Diószeghy Cs, Fritúz, G: Suggestive communication with the ventilated patient, *European Journal of Mental Health*, 2007, 2(2), 137-147.
- [31] Varga K, Jakubovits E, Janecskó M: A tudatállapot általános anesztézia alatt, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1995, LI(35), 1-2. 58-82
- [32] Varga, K.: Szuggesztiók módosult tudatállapotban, In Vértés G. (szerk.), *Hipnózis – hipnoterápia* (63-84. o.), 2006, Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- [33] Bejenke CJ: Painful medical procedures. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain, A clinical guide*, 1996, (pp. 209–265), New York, London: WW Norton & Co.
- [34] Diószeghy Cs., Varga K, Fejes K, Péntes I: Pozitív szuggesztiók alkalmazása az orvosi gyakorlatban: tapasztalatok az intenzív osztályon, *Orvosi Hetilap*, 2000, 141(19), 1009-1013.
- [35] Varga K, Diószeghy Cs: The Use of Hypnotic Communication and Hypnotic Suggestions in the Intensive Care Unit, 2003, *Hypnos*, 30, 16–26.
- [36] K. Szilágyi A, Diószeghy Cs. Benczúr L, Varga K: Effectiveness of psychological support based on positive suggestion with the ventilated patient, *European Journal of Mental Health*, 2007, 2, 137-147.
- [37] K. Szilágyi A, Diószeghy Cs, Varga K: Az intenzívterápiás team részeként alkalmazott pszichológus hatása az ápolási időre, *Orvosi Hetilap*, 2008, 149, 2329-2333.
- [38] K. Szilágyi A, Diószeghy Cs, Fritúz G, Gál J, Varga K: Shortening the Length of stay and Mechanical Ventilation Time by using Positive Suggestions Via mp3 Players for Ventilated Patients, *Interventional Medicine and Applied Science*, 2014, 6(1), 3–15.
- [39] K. Szilágyi A, László Zs, Diószeghy Cs, Varga K: Clinical Examination of Positive Suggestions' Effects with Ventilated Patients, Paper presented at the 1st International Conference on Hypnosis in Medicine, Budapest, 2013, Aug 29-Sept 1
- [40] Selye J: *Életünk és a stressz*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966
- [41] Csányi V.: *Az emberi viselkedés*, 2006, Sanoma, Budapest
- [42] Csányi, V.: *Az emberi természet. Humánélettudományok*, Budapest: Vince Kiadó.
- [43] Kulcsár Zs: A társas interakciók pszichológiai hatásai és agyi mechanizmusai. Egy hipotézis körvonalai. Társas támogatás in: Kulcsár, Zs: (szerk.) *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*, 2005, (315–393. o.). Budapest: Trefort Kiadó.
- [44] K. Szilágyi A, László Zs, Kekecs Z, Diószeghy Cs, Varga K: A pszichés faktor hatása az ápolási és a lélegeztetési időre intenzívterápiás osztályon, *Anesztéziológia és Intenzív Terápia*, 44. évf. Suppl. 1. szám, 2014, 22.
- [45] Benczúr L: Pozitív szuggesztiók szerepe az intenzív osztályon fekvő lélegeztetett betegek kezelésében, *Doktori Disszertáció*, 2012, Budapest, ELTE
- [46] Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W: Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history, *Surgery*, 2002, Volume 132, Number 1

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



K. Szilágyi Adrienn klinikai szakpszichológus. Pszichoterápiás eszközei: hipnózis, NLP (neurolingvisztikus programozás), szomatikus orvoslásban használható pozitív szuggesztiók, analitikusan orientált rövid dinamikus terápia. 2004-től az országban elsőként és egyedülállóan dolgozik intenzív terápiás

osztályon pszichológusként, a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházban. Tagja a Varga-Diószeghy munkacsoportjának, akikkel olyan egyedülálló módszert dolgoztak ki lélegeztetett betegek pszichés vezetésére, mely módszer bizonyítottan 25-30%-kal csökkenti a lélegeztetés és az intenzív kezelés időtartamát. Fókuszában jelenleg az intenzív pszichológus protokollja és a személyzet mentálhigiénés karbantartása áll. A Magyar Hipnózis Egyesület gazdasági vezetője.

Dr. Diószeghy Csaba, MD, PhD, az aneszteziológia és intenzívterápia, a kardiológia és a sürgősségi orvoslásban szakorvos. A Magyar Reszuscitációs Társaság alapító-tagja. Az Európai Reszuscitációs Tanács tagja (FERC). 2010-ben a „Kardiológia az intenzívterápiában – Kardiopulmonáris Reszuscitáció” témában doktorált.



Dr. Varga Katalin, PhD pszichológus, egyetemi tanár, 1986 óta az Eötvös Loránd Tudományegyetem oktatója, jelenleg az Affektív Pszichológia Tanszék vezetője.

A hipnózis interakciós szemléletének, mely a nemzetközi szakirodalomban is újdonság, egyik kidolgozója 1994-ben. Hipnoterapeutaként egyre több terüle-

tagja a Sürgősségi Orvoslás Kollégiumának (FCEM) és az Intenzívterápiás Orvoslás Fakultásának (FFICM). Jelenleg az Egyesült Királyságban a Surrey and Sussex Healthcare NHS Trust sürgősségi osztályának a vezetője.

A pozitív szuggesztiókon alapuló betegvezetés intenzívterápiára alkalmazásának egyik kidolgozója. A módszer gyakorlati meghonosításának elkötelezett híve.

ten (szülészet, általános anesztézia, orvos-beteg kommunikáció, transzplantáció) szorgalmazza a pozitív szuggesztiók alkalmazását, és általában a lélektani szempontok érvényesítését. Számos könyv és publikáció szerzője illetve szerkesztője a szuggesztív kommunikáció témakörben. A „Szuggesztiók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés”, kidolgozója és szakmai vezetője.

2007-től az ELTE PPK Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés szakfelelős alapító oktatója.