

Az alábbi fejezetet a Medicina Kiadó és Prof. Dr. Varga Katalin, PhD, pszichológus, egyetemi tanár külön engedélyével tesszük nyilvánossá. Ezzel az információs anyaggal is szeretne a Magyar Hipnózis Egyesület és a SAS-OK szakmailag megalapozott, célirányos módon segíteni a pácienseknek és az egészségügyben dolgozóknak egyaránt!

---

Varga K. – Diószeghy Cs.

## A lélegeztetett beteg pszichés vezetése<sup>1</sup>

Mottó:

*Műszer és műszó között halkán lélegzik (sic) a  
beteg, aggályosan figyel, mindent ért,  
az idegen szavakat is.*

Márai Sándor

### 1. BEVEZETÉS

Azon néhány alapvető életfunkció közül, amelyek pótlása hosszabb távon is (napok, hetek, sőt akár évek) lehetővé vált, a légzés mesterséges fenntartása egyfelől hatalmas előrelépést jelent a kritikus állapotú betegek gyógyításában, másfelől azonban kihívást fogalmaz meg azon betegek hosszú távú ápolása és kezelése terén, akik ily módon géphez kötötté válnak.

Napjainkra az intenzív terápia fejlett műszeres háttere, a minden életfunkció pontos monitorozását lehetővé tevő technológia használata arra csábíthatja az orvost és az ápoló személyzetet, hogy az ilyen betegekkel való személyes kontaktus, kommunikáció helyett ezen műszerek adatait értékelve tevékenykedjen. A beteg vélt vagy valós kellemetlenségeit szedációval, altatással enyhítve, az intubált beteg beszédképtelenségét pedig kommunikációs lehetőség hiányának elfogadva a lélegeztetett beteg intenzív kezelése egyre személytelenőbbé válik. Az áramlási görbék, vérgázleletek, röntgenképek és haemodynamikai paraméterek dzsungelében a beteg ember személye lassan elhalványul, a gyógyítás során csak „mellékletként” tűnik fel, s csak akkor kerül ismét előtérbe, amikor esetleg kielégítő légzéssel, keringéssel és metabolikus egyensúlyban – gyógyultan? – távozik az intenzív osztályról.

Schelling és mtsai 80 ARDS-t túlélte betegnél vizsgálták meg a kórház elhagyását követően mérhető egészségi állapottal összefüggő életminőséget (HR-QoL). Megdöbbentő adatként mutatták ki, hogy a kórházból „gyógyultan” távozó, előzőleg az intenzív osztályon lélegeztetett beteg életminősége az alapbetegség alapján várhatónál lényegesen rosszabb (mind fizikális általános állapotuk, mind különböző krónikus fájdalom szindrómák miatt). A kutatás legfontosabb eredménye azonban az, hogy az életminőség romlása statisztikailag korrelációt mutatott a betegek által az intenzív osztályos kezelés alatt elszenvedett lelki stresszhelyzetek, pszichés traumák felidézett mennyiségével. Schelling eredményei felhívták a figyelmet, azóta több kutató (Hopkins, Eisner, Rotondi, Mendelhsen) pedig megerősítette azt, hogy az intenzív kezelésben részesülő beteg – akár tudomásul vesszük, akár nem – kezelése teljes időtartama alatt „ott van”: átéli a vele történő eseményeket, azokat pszichésen feldolgozza és valami módon a későbbiek folyamán annak hatásait elszenved.

A lélegeztetett betegek leggyakrabban átélt traumás élményei közt a kommunikációs nehézség (beszédképtelenség), félelem, egyedüllét érzése, szorongás, alvásmegvonás, a

---

<sup>1</sup> A fejezet összeállítását a T 043751 sz. OTKA pályázat támogatta, Varga Katalin témavezetésével.

kontrollérzés elvesztése szerepeltek. A szomjazás, a számukra megmagyarázhatatlan (vagyis senki által nem magyarázott) zajok, váratlanul érkező fájdalmas ingerek, rémálmok ugyancsak gyakran jelentkeztek a felsorolásokban. A negatív élményeket átélt betegeknél azok hatásai (ún. post-traumás stressz zavar) gyakran csak később, változatos szomatikus tünetek képében manifesztálódnak, és jelentősen befolyásolják az ITO-ról „gyógyultan” távozott beteg életminőségét. Nem kérdéses tehát, hogy a lélegeztetett beteggel is kommunikálni kell. Az őt érő hatásokat valami módon „kezelnünk” szükséges, segítve azok feldolgozását és elkerülendő a traumás élmények kialakulását. Az intenzív terápiás szakirodalomban ma még nincs megbízható adat arra, hogy ezt milyen módon kell csinálni: az egyre szaporodó vizsgálódások tárgya azonban nem az, hogy szükséges-e a beteg pszichés vezetése, hanem az, hogy annak milyen formája a leghatékonyabb.

Jelen könyv kereteit – és célkitűzését – meghaladná a szóba jöhető pszichés támogatás módszereinek részletes bemutatása. A szerzők azonban saját, több éves tapasztalatuk – és természetesen az irodalmi adatok – birtokában egy olyan, egyszerű kommunikációs lehetőséget tartanak e célra megfelelőnek, melyet az intenzív osztály teljes személyzete könnyen elsajátíthat, és a beteggel való állandó kapcsolattartás során a pszichés vezetést megkönnyítő eszközként használhat.

## 2. A POZITÍV SZUGGESZTIÓKON ALAPULÓ PSZICHÉS TÁMOGATÁS

**Szuggesztió**nak tekinthető bármiféle "üzenet", a legtágabb értelemben, a tényleges szavaktól a kérdéseken át a tárgyi környezetig, bármi. A szuggesztiós hatásban fontos, hogy a közlésre a befogadó nem engedelmességből, nem mint parancsra reagál, nem is mint kérést teljesíti, hanem egyszerűen "önkéntelenül" befogadja a kommunikáció lényegi tartalmát, amely hat rá (Weitzenhoffer).

A **szuggesztiókra való érzékenységben** nagy egyéni eltérések vannak, de mindenki fogékony valamelyest a szuggesztiókra, és általánosan igaz az is, hogy bizonyos helyzetekben mindenkinél megnő a szuggesztiókra való fogékonyság, vagyis a szuggesztiabilitás: (a) sajátos (módosult) tudatállapotban (Pope és Singer, Tart), (b) a félelem, kiszolgáltatottság, fokozott érzelmi igénybevétel esetén, (c) amikor a megszokott vonatkoztatási keretekre nem támaszkodhat valaki, mert annyira szokatlan, újszerű számára a helyzet (Gheorghiu).

Sérülés esetén, bármely felfokozott érzelmi állapotban, szüléskor, műtét körüli időszakban, jelentősebb orvosi beavatkozáskor spontán transzállapotba kerül az ember, és a fent felsorolt körülmények következtében jelentősen megnő a szuggesztiókra való fogékonyság, anélkül, hogy különösebb indukció vagy szuggesztiabilitást fokozó eljárást kellene alkalmazni (ld. pl. Cheek, Bejenke, Hammond, Rossi).

A kritikus állapotú betegek intenzív kezelése általában, ezen belül a gépi lélegeztetés időszaka különösképpen éppen ilyen körülményeket jelent, többek között a géphez kötöttség révén. A „légzés” és a „lélek” szó közös eredete<sup>2</sup> is mutatja, hogy a magyar nyelv milyen hűen tükrözi a légzés életfunkciójának alapvető lelki vonatkozásait. Nyilvánvalóan a légzés oly drasztikus módosulása, amit a gépi lélegeztetés jelent, nem maradhat lelki következmények nélkül.

---

<sup>2</sup> Jeleseül egyfelől a "lil" felső-kondai vogul, valamint a "lul" szarápuli votják szóra vezetik vissza mindkettőt - ez utóbbi még olyan jelentéseket is hordoz, mint „pára, lélek, szellem, szív, kedély, élet”.

A lélegeztetett beteg fokozott szuggesztiók iránti érzékenysége tehát egyfelől fokozott sérülékenységet jelent a kedvezőtlen szuggesztív hatásokkal szemben (ilyen lehet önmagában a számára ismeretlen, bonyolult szerkezet bevezetése a testébe), ugyanakkor ez az állapot különleges lehetőséget, nyitottságot teremt a tudatosan felépített kedvező szuggesztiók befogadására, ezért indokolt ezek beépítése a pácienssel való kommunikációba.

A fiziológiástól alapvetően eltérő életfenntartás, a lélegeztető tubus, valamint a pozitív nyomású lélegeztetés elviselése a legtöbb beteg számára kellemetlen élmény. Tekintve, hogy a légzés élettanilag kettős szabályozás alatt áll: az automatikus és akaratlagos kontroll egyaránt érvényesül, a betegek természetes reakciója lehet, hogy a kellemetlenségeket a légzésük akaratlagos befolyásolásával igyekeznek kiküszöbölni. Az ilyen állapotú betegek komfortszintjének elfogadható szinten tartása érdekében világszerte alkalmaznak gyógyszeres szedációt, altatást a lélegeztetés idejére. Bár a korszerű gyógyszerekkel szedált beteg a lélegeztetés szubjektív kellemetlenségeit jól tűri, a kezelés eredményeképpen le kell mondanunk az aktív kooperáció előnyeiről. A beteg aktív részvétele a saját gyógyulásában kulcsfontosságú a tanult tehetetlenség elkerülése érdekében, és az intenzív kezeléssel való felépülés, a rehabilitáció szempontjából is kedvező. Amennyiben a szedatív és altató hatású gyógyszereket elhagyjuk (vagy minimalizáljuk), a beteg további együttműködése, komfortérzetének javítása érdekében a nem farmakológias eljárások alkalmazása jöhet csak szóba. Mindezzel elkerülhetők az altatás esetleges közvetlenebb hátrányai is a betegre nézve (pl. gyógyszer-mellékhatások, más gyógyszerekkel való kedvezőtlen interakciók, utóhatások, bizonyos tünetek elfedése, és így tovább).

Ugyanakkor a pozitív szuggesztiók alkalmazási lehetőségeire az intenzív terápia során nemzetközi szinten nem találunk példát, holott létjogosultságát egyre több, hazai tapasztalat igazolja (Diószeghy, Szentágothai, Varga). Leginkább a szemléleti keret, valamint az a gyakorlati érv szab gátat a szuggesztiók alkalmazásának a kritikus állapotú betegek intenzív kezelésekor, hogy a komoly betegség, a szélsőséges szomatikus állapot nem teszi lehetővé az efféle „extra” szolgáltatásokat. Véleményünk és tapasztalatunk szerint ennek épp az ellenkezője igaz: pontosan a kiélezett helyzet miatt rendkívül fontos a legfinomabb árnyalatokra is gondosan ügyelő kommunikáció, a szomatikus kezelés tennivalóinak pozitív szuggesztiókkal való kísérése.

Az alábbiakban olyan szuggesztiós módszereket mutatunk be, amelyeket a lélegeztetés (3.1) bevezetésének, (3.2) fenntartásának, és (3.3) befejezésének elősegítésére alkalmazhatunk.

### **3. A GÉPI LÉLEGEZTETÉS LÉLEKTANI VONATKOZÁSAI**

A lélegeztetés e három fázisa gyökeresen eltérő “lélektani helyzetet” jelent a páciens szempontjából:

(3.1.) 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:

Elsődleges fontosságú, hogy (ahogy minden más beavatkozásról) a lélegeztetés megkezdéséről is tájékoztassuk a beteget. 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 légcsővébe. Ez a cső egy olyan géphez csatlakozik, amelyik pontosan érzékeli, mikor van szükség arra, hogy kellő mennyiségű friss levegőt juttasson a tüdejébe. stb.”*

A tájékoztatás térjen 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 megint önállóan lélegezzen, mint rendszeren.”*

Ugyancsak a sikeres leszoktatás előkészítéseként ne úgy fogalmazzunk, hogy ön helyett lélegzik a gép, hanem csak *segíti* a légzést.

A tájékoztatás egyik kulcspontja, hogy értsük 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.

A pozitív nyomású lélegeztetés a fizioiogiástól 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 venné. 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”*

Lényeges, hogy a hozzátartozókat is tájékoztassuk, a betegágy mellett (pozitívan) elmagyarázhatjuk, mire szolgálnak a csövek, gépek, mit jelentenek a sípolások, stb. A család tájékoztatásának fő célja az, hogy megértve a helyzet – s ezen belül a lélegeztetés – részleteit, nem lesz olyan riasztó számukra a szerettük látványa, amely riadalmukat, félelmüket óhatatlanul közvetítenék a páciens felé. Ha a lélegeztetett beteg a pozitív tájékoztatást (ismételten) hallja, az csak erősíti az eddigiekben neki elmondottak hatását.

(3.2.) A **lélegeztetés fenntartása** a fizioiogiiai 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 repositionálása, nebulizálás, és párasító eljárások, stb.) szintén mind olyan helyzetek, amelyek megfelelően felépített szuggesztiók mellett sokkal hatékonyabban és gördülékenyebben végezhetők.

Kiemelt szempontok, javasolt szuggesztiók:

A kórházi tartózkodás kellemesebbé tétele érdekében kezdettől fogva hangsúlyozzuk, hogy a

kórház **biztonságos hely**, illetve, hogy mi a kezelés értelme:

*A legfontosabb dolog megtörtént, hogy olyan kórházba / osztályra került, ahol minden rendelkezésre áll, hogy a legjobb kezelést megkapja<sup>3</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 visszatérni az egészséges, harmonikus működéshez."*

A gépek, monitorok szerepét a „zavaró zajforrás” helyett úgy értelmezzük, mint amelyek a biztonságot közvetítik:

*„A gépek és műszerek, amik körülveszik folyamatosan követik a szervezete állapotát és igényeit. Azok a jelzések, amelyeket a gépek adnak, nekünk szólnak, épp az ön biztonságát szolgálják. Amint látja, állandóan van a közelben valaki, nővér, vagy orvos, és megteszi, amit szükséges, ahogy jelez a gép.*

*Ezek a sípolások, csipogások tehát a maga biztonságát jelentik. Ezek a gépek vigyáznak magára. Biztonságban érezheti magát, hiszen a gépek jelzik a nővérek számára, ha bármire szüksége lenne. Gondoljon erre és máris kellemesebb a hangjuk. És mivel biztonságban van, nyugodtan lazíthat, és a képzeletével bármit ideidézhet. Van, aki például egy kellemes hajóút vagy más kellemes utazás hangjaiként képzelet el a körülötte levő hangokat, amelyek így más értelmet nyernek, és a figyelmét egyre inkább az elképzelt kellemes eseményre összpontosíthatja, amihez ezek a hangok csak a háttérrel adják."*

Lényeges, hogy elősegítsük, az „ember-gép” összehangolását:

*„Ez a csodamasina számtalan módon tudja segíteni a légzésben. Olyasmint ez a sokféle beállítási lehetőség, mint egy jó biciklin, ahol nyeregmagasságot, a kormány dőlését lehet állítani, hogy a legkényelmesebb legyen. Itt is együtt állíthatjuk be azokat az értékeket, amelyek a legjobb önnek."*

Az elkerülhetetlen leszívások kellemetlenségét tompíthatjuk, azzal, hogy: magyarázzuk meg (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..."*

Valamint, emeljük ki azt is, hogy utána érezni fogja a kedvezőbb változást a páciens is:

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

Azok a kutatások, amelyek a kórházat elhagyó betegeknél a kórházi tartózkodás alatti élményeket tárták fel, a lélegeztetett betegek visszatekintéseiben a legkellemetlenebb élmények között rendre a magányt és a beszédképtelenséget találják vezető helyen (ld. X.1. táblázat). Érdekes módon nem a lélegeztetőgéppel kapcsolatos, kívülről kellemetlennek tűnő tevékenységek (váladék leszívása, extubáció) állnak tehát a maradandó kellemetlen élmények mögött, hanem a beszédképtelenség, az egyedüllét megélése (Bergbom-Enberg, Haljamae).

<sup>3</sup> Figyeljük meg, hogy a szuggesztívó „csak” implikálja a kedvező kimenetelt, nem ígér semmit konkrétan.

Ezért különösen fontos, hogy 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.

X.1. táblázat:

A lélegeztetett betegek élményei az ITO elhagyása után, (az említés %-os arányában)

- **magány** (74 %)
- **beszédképtelenség** (65 %)
- **szorongás** (59 %)
- **fájdalom** (56 %)
- **zaj** (51 %)
- **kontroll-hiány** (46 %)
- feszültség (46 %)
- félelem (44 %)
- szomjúság (44 %)
- rettegés (32 %)
- alváshiány (35 %)
- rémálmok (17 %)

Fontos a **gyógyulás jeleinek értékelése**, a páciens felé közvetítése. Ez történhet a leletek, röntgenfelvételek számára érthető megbeszélésével, megmutatásával, vagy azzal, hogy 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**. Ezt akár úgy is kezdhethetjük, hogy az egyébként nyugodtan fekvő beteghez lépve először azt kérdezzük meg: „*Kényelmesen fekszik?*”. Ez az ártatlan kérdés az esetek túlnyomó részében a beteg figyelmét arra fordítja, ami valóban „viszonylag rendben van”: az ágy puhaságára, a jól elhelyezett párnára, stb. (Természetesen előfordul, hogy nemleges választ kapunk. Ez azért jó, mert viszonylag egyszerűen megkérdezhetjük, hogy „*Hogy segítek, hogy kényelmesebb legyen?*”, s majd a beteg kényelmes elhelyezkedésében történő segítség már remek „kapcsolat” kialakulását tette lehetővé.) Hatásos tehát az, amikor a beteg panaszai helyett a békés, kellemes állapotokra irányítjuk a figyelmét:

„*Arra kérem, hogy keresse meg most, hogy hol van a testében a legkellemesebb érzés!*<sup>4</sup> *Figyelje meg jól, milyen ez a kellemes rész... mekkora területen van... határozott-e a határvonala vagy szabálytalan, állandó-e az alakja vagy változó...(további részletekre kérdezhetünk rá, ezekre nem kell nyílt felelet a páciensről, a lényeg a figyelmének az irányítása) Ahogy jól megfigyeli egyre inkább elképzelhetővé válik, hogy ez a kellemes érzés elindul, és már területekre is szétterjed, akár az egész testében... (stb.)*”

---

<sup>4</sup> A leghevesebb fájdalmak vagy testi abnormalitások esetén is szükségszerűen van olyan testtájék, ami a „legkellemesebb” a sok rossz élmény ellenére ill. mellett. A páciensek spontán figyelme általában a fájdalmas, kellemetlen érzésekre irányul. Amennyiben megfelelően kiépítjük a biztonság és nyugalom élményét, jó eséllyel irányíthatjuk a figyelmét a kellemes részekre.

Amennyi módon csak tudjuk, **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. Ilyen körülmények között „kénytelen” a beteg a fájdalmaival, a beavatkozások ritka, de majdnem kizárólag kellemetlen ingereivel foglalkozni.

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.

Ezek során is, ahol csak lehet bízzuk a döntést a páciensre: mit szeretne inkább hallgatni, melyik képet tegyük ma délelőtt ki? stb. Az ingerek között legfontosabbak a természetes emberi kontaktusok, szólítsuk nevén, mutatkozzunk be, érintsük, simítsuk meg a beteget.

A kiszolgáltatottság további számos ponton enyhíthető. Amikor csak lehet kínáljunk fel választási lehetőségeket, adjuk a beteg kezébe az irányítás, a sorsába történő beleszólás élményét. A **tanult tehetetlenség** jelensége azt mutatja, hogy ha valaki azt tapasztalja, hogy nincs kontrollja a környezete lényegi eseményi felett, akkor ez a tehetetlenség hosszútávon megmaradhat. ITO-n kezelt páciensek gyógyulás utáni életminőségét vizsgálva az tapasztalható, hogy olyan alapvető dolgokban is tehetetlenek (maradnak), amelyeket fizikális állapotuk alapján rég megtehetnének (tisztálkodás, WC használat, önálló étkezés, stb.). Ennek prevenciójaként kezdettől fogva növeljük a kontroll-élményt:

„Melyik ujjára kéri az oxigénszintet mérő műszert?”

„Melyik karjából vegyünk vért?”<sup>5</sup>

A legtöbb páciens maga képes arra, hogy a betegágya dőlésszögének beállító gombjait kezelje. Ez a kontroll-élmény adása mellett a nővér igénybevételét is csökkenti.

Ezek, az eleinte egyszerű döntési helyzetek fokozatosan egyre érdemibb választásokhoz, döntésekhez vezetve tartják fenn az aktív hozzáállást, a kontroll-élményt a passzív kiszolgáltatottság helyett.

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 ehet és ihat is (ha amúgy nem kontraindikált), és bár a beszédhangja csak majd a lélegeztetőcső eltávolítása után tér vissza, de szájról olvasással sokkal jobban megértjük majd, amit mondani szeretne. Amint befejezzük a lélegeztetést zárhatjuk azt az apró nyílást, ahol a cső bement.”*

Analógiák, metaforák alkalmazásával az egész helyzetnek más, kedvezőbb értelmezési keretet adhatunk. Hacsak lehet, ez a páciens élményeire építsen. Például egy kőműves betegnél a várhatóan hosszantartó kezelés első szakaszát az alábbiakkal vontuk párhuzamba:

---

<sup>5</sup> Ezekre a kérdésekre nekünk gyakorlatilag mindegy, hogy a beteg mit választ. Sok esetben a betegnek is lényegtelen, de már az aktus, melyben ezt megkérdezték tőle, s ő kifejezhette azt, hogy számára közömbös, melyik ujját, karját, stb. használjuk e célra, hasznos, hiszen kontroll élményét adta vissza.

*„Maga igazán tudja, hogy az alapok a legfontosabbak. Itt nem szabad elhamarkodni a dolgokat, vagy kispórolni valamit, amire szükség van. Utána a falak szinte maguktól emelkednek, és jöhet a finom munka, a vakolás, az ajtók-ablakok, és minden más...”*

vagy: régóta lélegeztetőgépen 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!”*

(3.3.) 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 szuggesziók:

Készítsük elő a gépről való levételt, annak érzékeltetésével (akár újólag), 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>6</sup>. Meglátja, milyen érdekes<sup>7</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 mellkasa a belézéskor, és ahogy majd utána maga fújja ki a levegőt. Jó lesz, hogy végre kiürülhet az a váladék, ami felgyülemlt a tüdejében.*

*Pontosan fogja érezni<sup>8</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.). "*

<sup>6</sup> A leszoktatásnál vigyázni kell arra, hogy ne vigyük túlzásba a lélegeztetés hátrányainak sorolását, mert esetleg - időlegesen - ismételtén a gépre lesz szükség, és akkor azt nehezebb lenne megint bevezetni.

<sup>7</sup> Az 'érdekes' jól használható semleges, sőt pozitívba hajló jelző olyan élmények/helyzetek előzetes minősítésére, amelyek várhatóan nehezek vagy negatívak lennének.

<sup>8</sup> A 'pontosan fogja érezni mikor...' szintén általánosan alkalmazható várhatóan kellemetlen élmények (itt a köhögési inger) előzetes átminősítésére. Ebben a szuggesziósorban, 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.

Az extubálás után gyakran szükséges inhalálástól a betegek egy része nincs elragadtatva, hiszen az amúgy is nehezen „megszerzett” friss levegőt most bűzös gázokkal és gőzökkel elrontják, és úgy érezhetik, emiatt fuldokolnak. Az inhalálás fontosságát és hasznát ezért előzetesen érzékeltessük:

*„Ezzel a készülékkel finom párát jutathatunk 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 (elérhető) **célokat határozzunk meg** (pl. *ma felállunk, holnap az ajtóig elsétálunk*, stb.).

#### 4. NEHÉZ LESZOKTATÁS, ISMÉTELT GÉPRETÉTEL 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.”*

Megkérhetjük a beteget arra, hogy keresse meg magában az önálló légzéshez a belső biztonságot, mire van szüksége ahhoz, hogy le tudjuk venni a gépről, és végre hallhassuk a hangját<sup>9</sup>.

Az esetleges nehezebb légzést, fulladás-élményt átminősíthetjük (főképp, ha a szomatikus paraméterek azt mutatják, hogy a gázcsere kellő mértékű):

*Amikor ezt érzi, ez lényegében a teste üzenete: ekkor kell kellemesen mély lélegzetet venni. Ezzel a jelzéssel fejezi ki teste, hogy lassú, “pihentető”, mély sóhajra van szüksége.*

Magát a fáradtságélményt szintén a kellemes izomfáradtság (korábbi) élményeihez köthetjük: *„Olyan ez, mint egy jó edzés (kirándulás, stb.) után az a “jóleső” fáradtság, izomláz, amely az izmok erősödését is jelenti”.*

Hosszantartó lélegeztetés után a beteg félhet a gép nélküli légzéstől. Támogassuk abban, hogy bizzon az önálló légzés elérésében:

*„Ezért is fontos az önálló légzés<sup>10</sup>, hogy egészen mélyen és egészen alaposan megbízzon magában, hogy a légzése szolgálja. Minden egyes légvétellel, ahogy beszívja a levegőt, friss*

<sup>9</sup> A gépről való levételnél ne a lélegeztetés ártalmait és szövődményeit soroljuk fel indoklásként, hanem egy, a páciens számára szubjektíve nyilván fontos indokot, hogy beszélhessen végre a környezetével.

<sup>10</sup> Az “ezért IS fontos” megfogalmazás implikálja, hogy más miatt is fontos. Mindezt pozitív szöveggörnyezet övezi, nem pedig riasztó kilátások az elhúzódó gépi lélegeztetés várható szövődményeiről.

*oxigént juttat a szervezetébe, amire nagyon nagy szüksége van minden szövetnek, minden sejtnak, 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 képest. 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, 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.

## 5. A NON-INVÁZÍV (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) háttérben (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 hatékonyra 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. Bízassuk, hogy:

*„Az a tapasztalat, hogy a maszk időleges jelenlétét hamar megszokja az ember, olyan, mint egy (nap)szemüveg, csak a lelegején tűnik fel, a panaszok enyhülése viszont fokozatosan jelentkezik.”* (És itt kérhetjük, hogy a fentebb említettek szerint figyelje meg, mikor, milyen napszakban, testhelyzetben, stb. jobb máris a légzés, tehát a pozitívumokra, a javulásra irányítva a figyelmét.)

Emellett javasoljuk, hogy együtt állítsuk be a számára kellemesebb értékeket (ld. bicikli hasonlat fentebb).

Lényeges, hogy a páciens a maszk használata során spontán lélegezzen, és hogy ne nyelje a levegőt.

*„A maszkon át áramló levegőt egyszerűen szívja be, tehát lélegezzen úgy, mint máskor, csak meglátja, így sokkal könnyebb lesz, mert segít a levegő áramoltatásában a gép is.”*

A maszkkal lélegeztetett beteg sokkal kevésbé kiszolgáltatott, mint az invazív

lélegeztetésben részesülő, ezzel együtt az ő esetükben is érdemes fenntartani (kiépíteni) 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.

Pontosan ismertessük a maszk-használat „játékszabályait”: mikor és hogyan veheti le, hogy jelezheti igényeit, stb.

## 6. ÁLTALÁNOS SZEMPONTOK

A lélegeztetés különböző fázisaiban tehát 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 szuggesztiókat intézzünk hozzájuk (Cheek, Nunez, Varga, Diószeghy), sőt bizonyos értelemben külön kiemeli annak fontosságát, hogy a “kifelé” lényegében kommunikációképtelen beteg megkapja a tájékoztatás és megnyugtató megfelelő szuggesztiókkal ötvözött formáját.

Ezen támogatás pozitív szuggesztiókra épülő módszerének **egyénre szabott** formáját a betegekkel foglalkozó szakemberek – orvosok, nővérek, gyógytornászok – megfelelő (rövid) képzés után bármikor alkalmazhatják a hagyományos intenzív kezelés részeként. Ezek alkalmazásakor törekedjünk arra, hogy ne mereven kövessük a javasolt szempontokat, illetve semmiképp sem „betanult” szuggesztiós szövegeket mondjuk „fel”, hanem a betegekkel foglalkozó szakemberek az adott páciens igényeit – és saját stílusukat – egyénre szabottan megközelítő szuggesztiókat alakítsanak ki (a legfőbb szempontokat az X.2. táblázat összegzi).

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 betegeknél, aminek közvetlen kihatása lehet az életminőségre.

X.2. táblázat:

A szuggesztiók felépítésének legalapvetőbb szempontjai

Szempont	Példák, javaslatok
<b>Pozitivitás</b> Amit csak lehet, pozitívan fogalmazzunk, a negatív változat tagadása helyett.	„nem fájdalmas” helyett: „ <i>ez egy egyszerű, gyors beavatkozás</i> ” a “jelezze, ha fájdalma van” helyett: “ <i>jelezze, ha tehetek valamit, hogy (még) kényelmesebben érezze magát</i> ”
<b>Implikációk</b> Vigyázzunk arra, hogy mi mást implikál az, amit mondunk.	„nincs különös gond” implikálja „tehát nem-különös gond van”. Helyette: „ <i>minden rendben van</i> ” A „próbáljon meg mélyen lélegezni” implikálja, hogy úgysem fog sikerülni. Helyette: “ <i>Lélegezzen egyre mélyebben, minden egyes légvétellel egyre több friss levegő jut a tüdejébe...</i> (stb.)” megengedve, hogy eleinte nehezebb lesz, de fokozatosan sikerülni fog.)

<b>Jövőre irányultság</b> Az elérendő célok, a gyógyulás szempontjából értelmezzünk, amit csak lehet.	Ahelyett, hogy „elmúljon ez a ronda tüdőgyulladás” mondjuk azt: <i>„hogya újra egészséges legyen a tüdeje (is), és jól menjen az önálló légzés”</i> . „Most úgysem tudná üríteni a vizeletet, és nagy gondokat okozhat a felgyülemelő vizelet” helyett: <i>“A puha cső a hólyagjában (orrában, stb.) azért van, hogy minden kiürüljön, aminek kell, és hogy tökéletesen működjön, amint a csövet eltávolítjuk...”</i>
--	--

---

Varga Katalin, dr.  
Eötvös Loránd Tudományegyetem,  
Kísérleti Pszichológiai Tanszék  
Budapest 1064 Izabella utca 46.

Diószeghy Csaba, dr.