

SZUGGESZTIÓK JELENTŐSÉGE
A BETEGTÁJÉKOZTATÁSBAN,
KÜLÖNÖS TEKINTETTEL
A FOGORVOSI GYAKORLATRA

„PRIMUM NIL NOCERE?!”

ABSZTRAKT

Vizsgálatom célkitűzése a betegtájékoztatókban foglalt pozitív és negatív szuggesztiók hatásmechanizmusának monitorozása a placebo jelenség és a szomatoszenzoros amplifikáció konstrukciójának tükrében. Ehhez egy speciális területről, a fogászati ellátásból egy foghúzásról szóló tájékoztató segítségével végeztem empirikus kutatómunkámat, melyben három csoportba osztva (pozitív/negatív tájékoztató és kontroll) 50-50 fő vett részt (átlagéletkor $31,55 \pm 11,787$ év). A kísérleti manipulációhoz a gyakorlatban létező, internetről letölthető tájékoztatókat használtam, valamint a STAI állapot- és vonásszorongás kérdőívet, a DAS fogászati félelem skálát, az SSAS skálát és egy, a tájékoztatók alapján összeállított emlékezeti felismerés tesztelésére szolgáló listát. Kutatásom fő kérdése volt, hogy pusztán a tájékoztató szövegének van-e kimutatható hatása a szorongásra, fogászati félelemre, illetve, hogy találunk-e különbséget a beavatkozás és a fogorvos megítélésében a csoportok között. Az összetartozó mintás, két szempontos t-próba eredményei szerint a magas SSAS pontszámmal (vagyis a testi tünetekre irányuló belső figyelem magasabb szintjével) rendelkezők esetében a negatív tájékoztató szignifikánsan magasabb szorongást eredményezett, még a pozitív alkalmasnak bizonyult a kezdeti szorongásszint csökkentésére! Ezen túl bizonyosságot kaptunk arról, hogy a tájékoztatók nem csak a kezelés megítélésére gyakorolnak hatást, hanem a fogorvosról alkotott benyomás, és a fogorvos ajánlása is alacsonyabb azoknál, akik a negatív szöveggel találkoztak. A szignáldetekcióval vizsgált felismerés esetében a negatív transzra jellemzően a negatív csoport nagyobb mértékű téves riasztást mutatott, aminek gyakorlati következménye, hogy esetükben nagyobb a placebo jelenség aktiválódásának valószínűsége (különös tekintettel, ha amplifikátorok is). Eredményeim tükrében dolgozatomban diszkusszió része néhány hasznos gyakorlati útmutatóval is szolgál a páciensek tájékoztatási hatékonyságának növelése érdekében.

KULCSSZAVAK:

szuggesztív kommunikáció, betegtájékoztató, placebo, fogászati félelem, szomatoszenzoros amplifikáció

ABSTRACT

The aim of the present study was to reveal the effects of patient information leaflet (PIL) on the level of anxiety, and dental fear. To investigate it effectively, we used two experimental groups, who read different kinds of existing PILs – one consisting of positive, the other of negative suggestions. The main difference was the amount and the manner of communicating side effects, risks and the process of the procedure (it was about tooth- and root of the tooth extraction). The design of the study also included a control (questionnaire without PIL) which was to confirm that any change in the level of anxiety is owing to the experimental manipulation. Each group contained 50 participants (mean age was $31,55 \pm 11,787$) who previously had given their voluntary, informed consent for this procedure. Four research questions were addressed. (1) Can there be detected a significant difference in the level of anxiety and dental fear between those, who read a PIL with negative and those, who read positive suggestions? (2) Is it possible that the comparing trait and state anxiety (before and after the manipulation) there can changes be identified controlling for somatosensoric amplification and type of PIL? (3) Does PIL have any impact on perception of the dentist and of the treatment? (4) We hypothesized that due to the occurrence of negative trans, PIL with negative suggestion will cause worse performance in recognition – with a huge percent of false alarm. Running paired-samples two-way t-test, it is stated that those who show higher level at SSAS can be characterized by higher changes in anxiety levels. Furthermore, we found that due to the manipulated PIL the judgement of the dentist and of the treatment deteriorated in the group of negative suggestions. These findings suggest that we should take a lot more care when planning the text of PIL to avoid activating nocebo effect, or the consequence of negative suggestion.

KEYWORDS:

suggestive communication, patient information leaflet (PIL), nocebo, dental fear
somatosensoric amplification

TARTALOMJEGYZÉK

Absztrakt	2
Kulcsszavak:.....	2
Abstract	3
Keywords:	3
1. Célkitűzés	6
2. Elméleti háttér	8
2.1 Az önkéntelen üzenetek, szuggesztiók az orvosi gyakorlatban – különös tekintettel a fogászatra	8
2.2 A placebo- fogalom, és ami mögötte van	10
2.3 Írásos és szóbeli betegtájékoztatás szuggesztív vonatkozásai	13
2.4 A fogászati félelem és szorongás lehetséges háttértényezői, kezelése	16
3. Vizsgálat menete	19
4. Hipotézisek.....	20
5. Eljárás, módszerek.....	21
5.1 Vizsgálati személyek	21
5.2 Felhasznált eszközök	22
5.2.1 Fogeltávolítás témájú, negatív/pozitív szuggesztiókat tartalmazó tájékoztató ..	22
5.2.2 A tájékoztatókhoz kapcsolódó kérdések	22
5.2.3 Spielberger-féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív (STAI-S; STAI-T, Spielberger és mstai, 1970)	23
5.2.4 Szomatoszenzoros Amplifikációs Skála (SSAS, Barsky és mtsai, 1990, 1999) ..	23
5.2.5 Dental Anxiety Scale (DAS, Corah, 1969)	24
6. Eredmények.....	25

6.1	H1: A különböző minőségű szuggesztiót tartalmazó tájékoztatók eltérő szorongást (STAI) és fogászati félelmet (DAS) eredményeznek.	25
6.2	H2: A tájékoztató hatására a szorongásszint a kezdeti (STAI-T-vel mért) szinthez képest eltérő mértékű és irányú változást mutat az egyes csoportok tekintetében.	26
6.3	H3: A fogorvos és a kezelés megítélésében, valamint abban, hogy ajánlanák-e a fogászt ismerőseiknek, eltérés van a tájékoztató típusának és a SSAS mértékének függvényében.	27
6.4	H4: A felismerési teljesítmény csoportonként eltérő mintázatot mutat.	28
7.	Diszkusszió, következtetések	29
7.1	A nyitott kérdésre adott válaszok tartalomelemzéssel nyert eredményei alapján levonható konzekvenciák	31
7.2	A vizsgálat tágabb kontextusa – környezetpszichológia, mint értelmezési keret.....	35
7.3	Összefoglalás, záró gondolatok	38
8.	Irodalomjegyzék.....	40
9.	Mellékletek.....	48
9.1	„A” (negatív szuggesztiókat tartalmazó) csoport tájékoztatója.....	48
9.2	„B” (pozitív szuggesztiókat tartalmazó) csoport tájékoztatója.....	50
9.3	Grafikonok.....	51

1. CÉLKITŰZÉS

Az orvos-beteg interakciók minősége, jellege, a kezelés kimenetele sokszor már a konkrét találkozás, érintkezés előtt kudarcra predesztinált, melynek oka számos tényező komplex kölcsönhatása mellett a rendelői környezetben, és a tágan értelmezett orvosi kontextusban nyíltan vagy rejtetten megjelenő szuggesztiókban keresendő. Az orvoslásról, a szakember hitelességéről és a hozzá fűződő bizalomról alkotott benyomásokat, valamint a kezelés hatékonyságába vetett hitet (és ezen keresztül az elvárt kimenetet) erősen befolyásolja az írásos betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat. E tekintetben szemtanúi lehetünk annak a tendenciának, melyben a jogi túlbiztosítottság jegyében a várható mellékhatások és kockázatok felsorolásával nyert „horror-listák” közzététele az általánosan alkalmazott. A kezelést igénybevevő (gyakran a *betegtájékoztató* nomenklatúrájának ellentmondva még csak nem is beteg...) szempontjait is a mérleg serpenyőibe téve felmerül az indokolt igény az eljárás, kezelés elmaradásának előnyeit illető vonatkozások taglalására. A páciens erre motivált, a személyre szabott tájékoztatást és a motiváció felkeltését tehát akkor tudjuk a személyre szabni, ha ez a kiindulási szintünk, a vonatkoztatási keret. Az eljárás előnyeiről, pozitívumairól, valamint a kezelés elmaradásának negatívumairól sem esik szó, az ezek következtében fennálló információhiány keltette feszültség pedig gyakran vezet a könnyen elérhető fórumok felkereséséhez, és a vikariáló tanulás útján történő szorongás-növekedéshez.

A betegtájékoztató kapcsán tehát számos könnyen módosítható tényezővel, ponttal találkozunk, így egy jól tervezett empirikus vizsgálat alátámaszthatja a változtatás igényét, és megszabhatja az intervenció csapásirányát egyaránt.

Kutatómunkámban a fogorvosi praxis kapcsán vizsgálom a *betegtájékoztató* pszichológiai vonatkozásait. A konkrét kutatási fókusz kiválasztását több szinten indokolhatjuk: egyfelől a fogorvossal való találkozás egyike azon orvosi szakterületeknek, amellyel kevés kivétellel mindannyian szembesülünk – akár rendszeres kontrollellenőrzés, akár beavatkozások kapcsán. A fogászati vizsgálati helyzet már önmagában is erősen szorongást implikáló: frontális, szemtől-szembeni helyzet, ahol kiszolgáltatottan, félig fekvő pozícióban az orvosi team „felénk tornyosul” ismeretlen, jellegzetes hangú, agresszív, fenyegetés asszociációját hordozó eszközökkel (fűrő, fogó, véső, csiszoló, stb). Mindezeket tetézi, hogy énhatárainkat megsértve intruzívan betör személyes terünkbe a fent említett ’szerszámokkal’, ráadásul egyes beavatkozások következtében komoly veszteségélmények is keletkeznek (fog

elvesztése).

A fogorvosi helyzet példásan modellezi az orvosi kommunikáció jelentőségét a bizalom építésében, raport megteremtésében, hogy ezáltal közvetetten növekedjen a kezelést igénybevevő együttműködése, kisebb pszichés terhet jelentsen a beavatkozás maga és lerövidüljön a gyógyulási szak.

Így tehát vizsgálatom konkrét célja alátámasztani a fogorvosi praxisban ténylegesen alkalmazott foghúzással kapcsolatos betegtájékoztatók kapcsán a szuggesztiók hatásmechanizmusát és szerepét. Céloom kettős: egyfelől feltárni, hogy a placebo-szuggesztiók (a beavatkozás mellékhatásainak, negatív következményeinek kiemelése révén) a szóban forgó helyzettel kapcsolatos félelmek súlyosbodását eredményezik-e, illetve generalizálódhatnak-e: esetünkben a fogászati szorongás növekedésén túl az aktuálisan megélt feszültségek, nyugtalanság, aggodalmak, idegesség, vagyis az állapotszorongás mértékének fokozódásához vezetnek-e. Másfelől a gyakorlati vonatkozásokat tekintetbe véve céloom empirikusan bizonyítékot keresni arra, hogy a pozitív szuggesztió önmagában (még ha a foghúzás témáját és a közölt tények információtartalmát változatlanul hagyjuk is) a bizonytalanság csökkentése és a pozitivitás révén képes-e javítani aktuális hangulati állapotunkon, affektív viszonyulásunkon. Ahhoz, hogy a hatásmechanizmust tisztán feltárhassuk, a lehetséges moderátor tényezők – mint a testérzetek felnagyítására való egyéni hajlam (szomatoszenzoros amplifikáció), fogorvossal kapcsolatos alap-attitűd, vonásszorongás szintje – felmérése és kontroll alatt tartása mutatkozott szükségesnek.

A célkitűzés ismertetése után dolgozatomban a szuggesztiók jelensége mögötti elméleti háttér ismertetését követően kitérek a placebo kérdéskör tárgyalására – ez azért válik a téma kapcsán indokolttá, mert a mellékhatások, hátrányok, következmények a betegtájékoztató negatív szuggesztióiból a tényleges beavatkozás következtében a placebo révén előidézhetik a tünetek megjelenését. Ezt követően a kérdés megalapozottságát alátámasztandó körüljárom a fogászati félelem összetevőit, majd rátérek vizsgálatom bemutatására.

2. ELMÉLETI HÁTTÉR

2.1 AZ ÖNKÉNTLEN ÜZENETEK, SZUGGESZTIÓK AZ ORVOSI GYAKORLATBAN – KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A FOGÁSZATRA

Szuggesztív erejű önkéntelen üzenetek, jelek garmadájával találjuk szembe magunkat a hétköznapi forgatagában, otthonunkban, köztereken, és az egészségügyi ellátás teljes területén. Itt említhető minden „olyan személyközi kommunikációs üzenet, amelynek hatására a címzett megváltoztatja a viselkedését vagy a meggyőződését mindenféle vita vagy kényszer nélkül.” (Farthing, 1992, id. Bányai-Benczúr, 2008, 158. o.) Szuggesztiós szempontból azonban nem csupán az orvos-beteg diádon belül zajló interakció bír kiemelt jelentőséggel, hanem minden olyan információ, adat, mely inputként szolgál az öt szenzoros modalitás (vizuális, akusztikus, kinesztetikus, olfaktorikus, gusztatorikus) valamelyikének, vagy egyéb csatornákon jut el a befogadóhoz – pl. hőmérséklet- vagy nyomásváltozás. (Kroger, 2008).

Az orvosi gyakorlatot figyelembe véve a verbális és nonverbális (posztúra, gesztusok) csatornán közvetített elemeken túl a *beteg*tájékoztatók, falakon olvasható poszterek, a várótermek környezete, kialakítása, de akár az intézmény honlapjának böngészése is implicit üzenetként a személy szubjektív élményeinek változásához vezethet. A verbális és nonverbális csatornán érkező üzenetek közti ellentmondás, egymással össze nem egyeztethető ellentét – szaknyelven *double bind* (kettős kötés) egyfelől olyan kommunikációs forma, mely könnyen vezethet az üzenetek dekódolásában jelentkező zavarokhoz. Az orvosi helyzetre transzponálva olyan paradoxont látunk, mely egy zárt rendszeren belül játszódik le, ahol a beteg alárendelt szerepe okán nem jut kapcsolati kontrollhoz, ezt az igényét pedig a rejtett csatornák monitorozásával igyekszik kielégíteni. A paradoxon tehát, hogy a páciens a tekintélyszemélytől érkező verbális közlést hitelesnek tekinti, ám a kommunikációs helyzet felszíni jegyei a tartalmat érvénytelenítik. A *double bind* mint kommunikációs zavar értelmezés mellett másfelől egy olyan szuggesztiós technika, melyben egy esemény, történés, cél bekövetkezésével kapcsolatban két (vagy több) alternatívát, válaszlehetőséget kínálunk, melyek az eredmény bekövetkezése szempontjából nem bírnak jelentőséggel (Varga, 2011). A célélérés különböző módoszatai közül történő választás pusztán lehetősége növeli a kontrollérzetet, énhatékonyságba vetett hitet.

Paul Watzlawick (1977, idézi Bagdy, Baktay, Mirnics, 2006) általános „pragmatikai paradoxon” elméletében négy helyzet kapcsán konkrétumokkal is szolgál, amit a

következőkben az orvosi interakciókra átültetve mutatok be. *Önmagának ellentmondó utasítás* akkor fordul elő, ha az elvárásoknak megfelelő viselkedést úgy hívjuk életre, hogy a páciens azt saját meggyőződésének, belső kényszernek tekintse (pl. ne az autoritás kedvéért szedje rendszeresen a gyógyszerét). Ezzel rokon a *saját érzések megtagadásának kommunikálása*, amikor a belső késztetéssel szöges ellentétben álló elvárás kapcsán a betegben büntudat ébred (pl. annak hangsúlyozása, hogy egy nyilvánvalóan fájdalmas és kellemetlen beavatkozás „semmisség”, „nincs oka félni”). A *realitáspercepció kétségbevonása* esetén az orvos a valóságot hitelesen feltüntető megnyilvánulások tagadását várja (pl. láthatóan izgatott, feszengő kezelőszemélyzet a páciensről nyugodt, kiegyensúlyozott közreműködést remél). Végül az *egyidejű tiltás és követelést* említi – ez esetben az alárendelt személy a követelésnek úgy tud megfelelni, ha a deklarált szabályok valamelyikének ellenszegül, megszegi azokat. Ezt a kezelés kapcsán felmerülő egyéb probléma esetén a rendelő értesítésére buzdító verbális közlések példázzák – amikkel párhuzamosan jelzik, hogy a sűrű beosztás, zsúfolt berendelési napló miatt a beérkező hívások kezelése komoly mértékben lassítja, és minőségileg rontja az ellátást...

Önkéntelen szuggesztióként értelmezhető minden, látszólag ártatlanul „elejtett” megjegyzés, gondterhelt sóhaj, a páciens szubjektív értelmezése szerint negatív konnotációval bíró szó, különösen, ha az tekintélyszemélytől, vagy érzelmileg fontos személytől érkezik. A kifejtett hatás kiemelten erős kritikus élethelyzetekben, spontánul kialakult módosult tudatállapotokban (MTÁ) (Bányai, 2010). Ez alatt a figyelem beszűkülése és az érzékszervek „tompaságának” élménye mellett a szuggesztiók iránti érzékenység fokozódása jellemző; valamint megjelenhet egyfajta regresszív gyermeki gondolkodásmód (távoli képzettársítások, asszociációk, látszat-összefüggések előtérbe kerülése). A szokásos vonatkoztatási rendszer megváltozik: sajátja a literalizmus törvénye szerint az extenzív kognitív feldolgozás nélküli szó szerinti, merev értelmezés (Dascal, 1987), valamint a legkedvezőtlenebb interpretáció, illetve a magunkra vonatkoztatás én-központú, „paranoid” attitűdje. Nem csupán a kritikus állapotú, intenzív osztályon kezelték, vagy az életet veszélyeztető diagnózisú betegek „sajátja” a negatív transz, kisebb intenzitással jellemzi a kisebb orvosi kezelésre, beavatkozásra várakozókat. Ha (jelen kutatás témája okán) a foghúzás előtti izgatott várakozást vesszük alapul, a figyelem beszűkülését általánosan megjelenő jellegzetességnek tekinthetjük. Erre épül a fogászati félelemből – melynek prevalenciája nyugat-európai és észak-amerikai vizsgálatok alapján 5-15% közé tehető (Hakeberg és mtsai. 1992; Alberth és mtsai. 2001, idézi Fábián, 2008) – származó stressz, szorongás (sokszor anticipált fájdalom)

is. Ezt tetézi az információhiány (vagy az olyan aprólékos részletekig hatoló tájékoztatás, ami már a maga jogán vált ki szorongást), valamint a kezelőorvostól való dependencia. Ebben az állapotban a jellemző feldolgozási mód (kognitív stílus) az elsődleges-folyamat gondolkodás (Freud, 1900), mely preverbális képzetekből áll, változékony, differenciálatlan. A koragyermekkorai működésmódra jellemző, mikor minden – még a lehetetlen is – lehetséges; ám a logikus gondolkodás, kritikai elemzőképesség szinte egyáltalán nem jelenik meg. A személy számára tehát minden abszolúttá válik, ”kiéleződnek a nyelvi árnyalatok, elmosódnak az ok-okozati viszonyok” (Diószeghy és mtsai., 2000, 1010. o.)

Pontos és minden részletre kiterjedő Ferenczi (2006/1911, 187. old.) megfogalmazása, aki szerint „a szuggesztió idegen lelki behatásoknak kritika nélküli befogadása, illetőleg befogadtatása. Érzetek, érzések, gondolatok és akarati elhatározások becsempészése egy más ember lelkivilágába úgy, hogy az, akinek szuggerálnak, ne tudja a sugalmazott érzéki, érzelmi és értelmi behatásokat a maga eszével korrigálni, megmásítani.” Fenti definíció összetevőit tekintve összezseng a módosult tudatállapotok (MTÁ) egyik általános karakterisztikumával. E szerint az egyén nem feltétlenül akkor veszi észre élményeinek (percepció, gondolkodás, emlékezet, viselkedés kontrollja) megváltozását, mikor azok bekövetkeznek (Ludwig, 1966) – azaz az akaratlagosság érzésének hiánya jellemzi. A hatásmechanizmust Bergmann (1894, idézi Gauld, 1992) egy időben korábbi munkájában találjuk, melynek értelmében a szuggesztív gondolat az ösztönkésztetésekhez hasonló intenzitású, aminek köszönhetően egyfajta szükségszerűség igényét kelti életre, és önmaga megvalósítására tör. A szuggesztiók fogalmának és működésének rövid áttekintése után nézzük meg, hogyan jelentkezik a *beteg*tájékoztató folyamatában, és milyen módon állíthatók párhuzamba a *nocebo* jelenséggel.

2.2 A NOCEBO- FOGALOM, ÉS AMI MÖGÖTTE VAN

Az orvostudomány területén belül úgy tűnik, nem csak a gyakran emlegetett műhibák, emberi mulasztások és tévedések okoznak károkat, hanem a gyógyítás során felmerülő, ahhoz szorosan kapcsolódó háttértényezők, körülmények is – melyek ennek okán nehezen kiküszöbölhetők. Az orvos által okozott károkat (iatrogén ártalom) el kell különítenünk azoktól a nem-specifikus hatásoktól, melyek a gyógyszerek farmakológiai összetevőiből nem vezethetők le, kevésbé veszélyesek, és ráadásul különböző szerek esetén is jelentős átfedést mutatnak (Köteles, Bárdos, 2009). A *nocebo* jelenség tehát nem más, mint a negatív elvárások

indukciója után a meglévő panaszok, tünetek rosszabbodása, vagy új mellékhatások megjelenése (van Laarhoven és mtsai., 2011). Tulajdonképpen a placebo analógiájára (Cziboly, Bárdos, 2003) úgy értelmezhetjük, mint olyan terápiát (terápiás összetevőt), mely nem szándékosan, nem tudatosan fejt ki nem specifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai negatív hatást. Az iménti felismerés a téma úttörője, Pogge (1963) kutatásaiból vezethető le, tisztázható, aki empirikus munkájában 67 kettős-vak elrendezésű vizsgálat tanulságai alapján arra a következtetésre jutott, hogy a placebot kapó vizsgálati személyek 23%-a tünetbeszámolója során említett valamilyen szövődményt. Ez egybecseng Kennedy (1961, idézi Köteles, Bárdos, 2009, 698. oldal) azon definíciójával, miszerint „a nocebo-hatás nem más, mint a placebo-körülmények között tapasztalt mellékhatások összessége.” Ebbe a kategóriába tartozik minden negatív elvárást indukáló szituáció, helyzeti- vagy környezeti tényező, terápiás kontextusból eredő faktor, ami az elvárás-ébresztés következtében panaszokat indukál.

A nocebo és placebo jelenségek mechanizmusát vizsgáló kutatások elsősorban az elvárás-tanulási folyamatra fektették a hangsúlyt. Arra a megállapításra jutottak, miszerint a placebo effektus nagyobb, ha a verbális szuggesztiók kondicionálással társulnak, még a nocebo ugyanolyan hatékonysággal megjelenik a szuggesztiókat vagy a kondicionálást külön-külön alkalmazva (Colloca, Sigaud, Benedetti, 2008; Colloca és mtsai, 2008). Lényeges különbség a nocebo és negatív szuggesztió közt, hogy előbbihez szükséges valamilyen „konkrét, aktív, fizikai dolog, ami elvárást ébreszt (gyógyszer, műtét)” (Varga, 2006, 604. o.), még a szuggesztió nem igényel fizikai természetű külső ágenst. A *betegtájékoztató* maga tehát szuggesztív úton közvetíti üzenetét, ám a beavatkozás (pl. fogászati példán injekció beadása, fogeltávolítás megtörténte) után már a nocebo jelenség aktiválódásáról beszélünk. Miután ismerjük a nocebo lefutását, kimenetét és következményeit egy kérdés marad: milyen mechanizmusok állhatnak a nocebo háttérében? A lehetséges háttértényezőket a következő sorrendben tárgyalom: emocionális faktorok (stressz/szorongás; fájdalom); kognitív elemek (önmonitorozás; kívülről érkező környezeti ingerek feldolgozása); valamint motivációs tényezők (attribúció; terápiás ellenállás; másodlagos betegségelőnyök); végül a személyiségjellemzőket veszem számba (demográfiai adatok, Big Five faktorok).

Nyilvánvalónak tűnik, hogy a nocebo effektus a stresszen, mint mediátor tényezőn keresztül közvetítődik. A szorongásos kórképekre jellemző fokozott nyugalmi izomfeszülés, és emelkedett központi idegrendszeri arousal alátámasztja, hogy az egyének a környezetet a valóságosnál fenyegetőbbnek értékelik, élik meg. A hipotalamusz-hipofízis-mellékvese

tengely kóros szabályozó működése okán a fokozott készültségi állapot a negatív szuggesztiókkal karöltve könnyen vezethet a spontán észlelt tünetek nagyobb mennyiségéhez. Nocebo vizsgálat esetén azonban fontos elkülönítenünk, hogy a tünetbeszámolóban említett panasz nem-specifikus mellékhatás, vagy pusztán a szorongás testi tünetének detektálása (Pennebaker, 1994). A szorongás klasszikus kondicionálással is társulhat az egészségügyi intézmény látogatásához: ilyenkor a korábbi negatív tapasztalatok indukálnak stressz-választ, ezáltal növelik a spontán negatív transz megjelenési valószínűségét, és a fent taglalt ördögi kör ismét begyűrűzik.

A stressz-válaszhoz szorosan kapcsolható az ún. *fájdalom-stressz* ismertető jege, hogy azonnali hatást gyakorol az autonóm (vegetatív) idegrendszerre; viselkedésváltozást idéz elő, valamint félelmet, szorongást (ritkább esetekben agressziót) indukál; és emlékezeti rendszerünkben is lenyomatot hagy. Amennyiben három hónapnál tovább fennálló krónikus fájdalom jelenléte valószínűsíthető, az könnyen depresszióhoz, centrális és perifériális szenzitizációhoz (érzékenyítődéshez), vagy a fájdalomra hajlamos személyiség kialakulásához vezethet (Kovács és mtsai., 2000). A stressz-szint módosítása (placebóval) eredményezhet analgézias hatást – endogén opiátok termelésének fokozódása révén –, még a fájdalom anticipációja miatti szorongás ezzel ellentétben hiperalgézias hatású (Benedetti és mtsai., 2007). A nocebora vonatkozó következmény tehát, hogy a negatív elvárásoknak való kitettség a figyelem fókuszába helyezi a fájdalom megjelenésének lehetőségét, ezáltal fokozva a fájdalmat. A folyamat következő fázisa lehet a katasztrofizálás, mint maladaptív válasz: túlzott kétségbeesés, reménytelenség érzés, ami a negatív affektivitást és a szuggesztiókra való fogékonyságot is fokozza.

A kognitív tényezők közül az *önmonitorozás* kutatásom tervezése és kivitelezése során is jelentős szerephez jutott, eredményeim értelmezésében is szerepet szánok a konstruktumnak, hisz a fókuszált figyelem a negatív szuggesztiók hatásának felerősítéséhez vezethet. A panaszok, mellékhatások tudatosulásuk mértéke szerint elkülöníthetők egymástól a diffúz ingerekre irányuló figyelem erőssége, tartóssága talaján (Köteles, Bárdos, 2009). A placebo hatás közvetítésében a környezeti, pozitív szuggesztiók erős pozitív valenciája játszik szerepet, még a nocebo esetén, mikor a környezet nem biztosít elég információt aktuális állapotunkat illetően, figyelmünk önmagunkra, testünkben érkező ingerekre irányul – szelf-fókuszú lesz. „A betegségek és kísérő tüneteik ismerete tehát közvetlenül befolyásolhatja a figyelem testre való fókuszálását, és a tünetek interpretálását.” (Rózsa, 2009, 21. oldal). Ennek leghétköznapiabb megjelenési formája az elalvás előtti szívdobogás-hallgatására

(amihez korán habituálódunk, vagyis figyelmi fókuszunkon kívül esik) bekövetkező elalvási nehézség, mely aránytalanul nagy szubjektív szenvedést okozhat.

A legszélesebb spektrumot a placebo mozgatórugói közül a *környezeti ingerek* alkotják. Itt említhetjük az egészségügyi ellátás környezeti sajátosságait (megvilágítás, hőmérséklet, plakátok, berendezés, stb.), és a mellékhatást közvetítő szerek perceptuális sajátosságait (tabletta/fecskendő mérete, színe, formája). Fogászatira fordítva a kérdést: okkal feltételezhetjük, hogy az injekcióval befecskendezett analgetikum nagyobb hatékonyságú, viszont több mellékhatással járó szer szubjektív élményét kelti, szemben az érzéstelenítő géllal, vagy egyéb, inhalációs narkotikummal.

A motivációs tényezők egyik legfontosabbika a személyre jellemző *kontroll iránti igény* és ezzel összefüggésben az *attribúció*. A White-féle kompetencia – effektancia motívumokra visszautalva értjük meg, hogy humánspecifikum, az emberi lények számára kulcsfontosságú az események feletti kontroll, racionális, ésszerű, értelmes magyarázatok, okok tulajdonítása a bekövetkező történéseknek. Az affektív pszichológia Schachter és Singer (1962) nevéhez köthető, klasszikussá vált kísérlete is alátámasztotta: amennyiben nem találunk kielégítő magyarázatot a növekvő arousal-szintünkre, abban az esetben is címkézéssel valamilyen oknak tulajdonítjuk. A placebo esetén az aktív, fizikai ágens, mely a nem-specifikus hatást közvetíti, könnyen válhat az attribúció tárgyává. A betegtájékoztatók példáját említve a felsorolt szövődmények közül bőven van lehetőségünk „válogatni”, hogy szervezetünkben bekövetkező változásokra megfelelő magyarázattal szolgáljunk.

A kezelésekre adott hiperszenzitív reakció motiváló tényezőjeként felléphetnek a *másodlagos betegségelőnyök* (Fishbain és mtsai, 1995) is. A személy (általában nagyobb részt tudattalanul motiválva) előidézheti, beszámoló tárgyává teheti, vagy fenntarthatja tüneteit pusztán azért, hogy törődést, figyelmet, nagyobb fokú orvosi kontrollt szerezzen.

A *demográfiai adatok* közül a nem tekintetében a kutatások többsége a nők placebo/placebo-iránti érzékenységét mutatták nagyobb mértékűnek, mely eltérések közt pusztán atencencia szintű különbségek dominálnak (Pennebaker, 1994).

2.3 ÍRÁSOS ÉS SZÓBELI BETEGTÁJÉKOZTATÁS SZUGGESZTÍV VONATKOZÁSAI

A vény nélkül megvásárolható gyógyhatású készítmények, valamint a világhálón egyetlen kattintással elérhető „laikusok fórumának” elterjedése miatt egyre fontosabb szerepe van az

adekvát, érthető, világos és minden kétséget kizáró, szakmai tekintélytől érkező tájékoztatásnak. A hiteles forrás szerepét ezekben az esetekben az írásos betegtájékoztató szövege tölti be (Raynor, Knapp és mtsai., 2005). Ennek következtében számos vizsgálat hivatott feltárni a gyógyszer szedő populáció igényeit a tájékoztató részletességével, olvashatóságával (Bernardini, Ambrogi és mtsai. 2001), átláthatóságával (Morris, Halperin, 1979), érthetőségével, valamint a felsorolt mellékhatások (Smith, Henderson, 2000) közlésének formájával kapcsolatban. Számtalan negatív következmény elkerülhető lenne ugyanakkor, ha a kutatási fókusz átkerülne a gyógyhatások leírásának, bemutatásának módjára, a kockázatok és veszélyek ismertetése követné a szuggesztív kommunikáció törvényszerűségeit, sőt felmerül a pozitív szuggesziók *alkalmazásának* szükségessége (Vander Stichele, Vanderiendonck és mtsai., 2002, Xu, 2008).

Nyilvánvaló, hogy a betegtájékoztató készítője a jogi viták, perek elkerülése érdekében minden kétséget kizáró megfogalmazásra törekszik, nem mérlegelve annak negatív szuggesztív aspektusait, illetve a nocebo effektus megjelenésének valószínűségét. Fontos lenne egyértelművé tenni, hogy a „betegeket leginkább foglalkoztató, szükséges rossznak tartott mellékhatások negatív szuggesztív forrásai lehetnek, hiszen csupán a tünetek ismerete is okozhatja a tünetek megjelenését”. (Howland, Baker, Poe, 1990; Kerrigan, Thevasagayam és mtsai., 1993, idézi Komsa, Köteles, Bárdos, 2009, 632. o.) Loftus és Fries (1979) vizsgálatai évtizedekkel ezelőtt felfigyeltek a betegtájékoztatók veszélyforrásaira: összefoglalójukban épp a szuggesziókkal való párhuzam és az emlékezeti – felidézési és előhívási – teljesítmény torzításai köré építik mondanivalójukat (mely faktorok munkám sarokköveit adják). Későbbi vizsgálataikban (Loftus és Fries, 2008) a kritikákra válaszolva olyan placebo- kísérleti elrendezést terveztek, melyben az egyik csoport részletes tájékoztatót olvashatott a tájékoztatókban közölt mellékhatások esetében megmutatkozó nocebo effektusról és az elvárások szerepéről. Nem meglepő, hogy ez a csoport szignifikánsan kevesebb nem-specifikus mellékhatásról számolt be. Ennek a csekély manipulációnak a hatalmas előnye, hogy magas valószínűséggel a szövevényes jogi szabályozási procedúráján sem akadna fenn, szemben a Myers és munkatársai (1987) által inspirált vizsgálatokkal, akik egy egész tünetcsoportot – a gasztrointesztinális irritációt – kihagyva a tájékoztatók egy részéből, a fentiekkel analóg eredményekre jutottak.

Utóbbi kísérleti elrendezés kapcsán szót kell ejtenünk a betegtájékoztatókkal kapcsolatos, hatályban lévő jogi szabályozási kérdésről. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről a „Tájékoztatási kötelezettség” kapcsán szabályozza, hogy: 134. § (1) „a beteg állapota által

indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint... tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról”. Deklarálja továbbá, hogy 134. § (3) „a szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával”. Ezen túlmenően a 135. § (1) bekezdéseiben törvénykezik arról, hogy „a kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi”, emellett 135. § (2) „A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.” Jobbágyi Gábor (2008) orvosi jogi szempontból adott elemzése során a tájékoztatást a nemzetközi szakirodalom alapján (Pichler, 1992) két csoportra osztja: a *terápiás célú tájékoztatás* célja a gyógykezelés előkészítése, mely során a beteg együttműködését segítő tényezők közlése elengedhetetlen (ezek a diagnózis, további gyógykezelések, életvezetési tanácsok, gyógyszeresedés). *Önrendelkezési tájékoztatásra* az előbbi tájékoztatási formát követően kerül sor, a fő kérdés pedig, hogy a páciens elfogadja-e a beavatkozást. Ezen döntés elősegítéséhez információval kell szolgálni a beavatkozás lényegéről, kockázatairól, a kezelés menetéről). Témánk szempontjából a kockázatokról való tájékoztatás az elsőrendű lényegi elem. Erre vonatkozóan a nemzetközi gyakorlattal analóg módon információt kell szolgáltatni a kockázat fajtájáról, nagyságáról, valószínűségéről, időbeli közelségéről. A Legfelsőbb Bíróság egy eseti döntése szerint „a kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha elmulasztja a műtéti kockázat körében 5-20% gyakorisággal együtt járó szövődmény lehetőségéről a beteget a műtét előtt tájékoztatni” (lásd. 1995/344 számú Bírósági Határozat /BH.). Fontos még kiemelni, hogy a hatályos Egészségügyi Törvény már nem tartalmazza a terápiás privilégium fogalmát – vagyis az orvos „indokolt esetben eltekinthet a tájékoztatástól a beteg érdekében” [1972. évi II. tv. 45. § (1) bek.]. Jobbágyi megfogalmazza továbbá a betegek azon jogát is, miszerint a tájékoztatás megadás után kérdéseket tehetnek fel azt kiküszöbölendő, hogy az orvos a formalitás, illetve a túlzott tudományosság hibájába esik. Szakmailag indokoltan merült fel a kérdés: eleget tehetünk-e a fent ismertetett jogi szabályozásnak úgy, hogy közben a pszichológiai szempontokat, mindenekelőtt Hippokratész legfőbb etikai elvét, a „Primum nil nocere”-t szem előtt tartva járunk el?

A kérdésre kívánczó határozott igen választ kutatási munkám empirikusan is alátámasztani igyekszik. Nézzünk egy alapvető, csekély változtatásért kiáltó orvosi példát, mely bizonyára

tartja a jogi kereteket:

Munkámban számos helyen találkozhatunk a „*beteg*tájékoztató” kifejezéssel, szándékosan ilyen formában írva. *Beteg*tájékoztatót találunk a C-vitamintól elkezdve a fogamzásgátló tablettán át a szülészeti tájékoztatókig a legtöbb egészségüggyel kapcsolatos anyagon. Szőrszálhasogatásnak tűnhet, de jogosan merül fel a kérdés: valóban a szó szoros értelmében vett *beteg* szedi a fent említett gyógyszereket? *Beteg* az, aki példának okáért fogszabályozó kezelés miatt kényszerül teljesen ép fogát eltávolíttatni, vagy tömésért érkezik a rendelőbe? És valóban *betegnek* tituláljuk a családtervezést szabályozó, vagy a szíve alatt gyermeket hordó nőket? A szuggesztibilitás magasabb szintjével jellemezhetőknél ez az aprócska szó következmények tömkelegét vonhatja maga után: a *betegnek* címkézett egyén figyelme egyre inkább beszűkül, és a *betegség* jeleinek tulajdonítható tünetekre koncentrál, ami fokozza a szorongás szintjét – valamint tovább erősíti az észlelt tüneteket (Rickels, Downing, 1967, idézi Köteles, 2009). Ez szorosan összefügg a szomatoszenzoros amplifikáció kérdéskörével, mely a fokozott önmonitorozás következtében jelenik meg, és a testi tünetek közül egyes érzetek kiválasztását, valamint az ezekre adott érzelmi és kognitív reakciót foglalja magában (Barsky, 1979).

2.4 A FOGÁSZATI FÉLELEM ÉS SZORONGÁS LEHETSÉGES HÁTTÉRTÉNYEZŐI, KEZELÉSE

A fogászati helyzetekben fellépő szorongás csökkentésére irányuló intervenciók szükségességét támasztják alá azon vizsgálati eredmények, melyek szerint a magyar populáció fogászati-félelem értékei jóval meghaladják a nyugat-európai és észak-amerikai átlagot felnőttek és gyerekek körében egyaránt. (Fábián, 2008).

„A fogászati félelem olyan félelmi reakció, amelyet a fogorvosi beavatkozás (vagy annak várható bekövetkezése) idéz elő a betegben” (Fábián, 2008, 7. o.). Az intenzitásbeli különbségek szerint megkülönböztetjük az egyszerű fogászati félelemtől kezdve a fóbián át a pánikzavarig tartó skálát. Lényeges eltérés, hogy még az enyhe félelem nem jár jelentős viselkedésváltozással (pl. a beavatkozás halogatása, időkérs); a fóbiás páciens esetében a fogászattal kapcsolatos szignálok széles palettájához társul erős szorongás, melyre elkerüléssel reagál; még a pánikrohamot különösképp az injekció beadása okozta stressz váltja ki (Fábián TK, 2007). Rachman (1977, idézi Lundgren és mtsai., 2002) hipotézise szerint a félelem három úton – *kondicionálással*, *vikariáló tanulással* és a *negatív információknak való kitettség*gel – alakulhat ki.

A *klasszikus kondicionálás* keretein belül azok a nem-specifikus tünetek válnak értelmezhetővé, melyek eleinte specifikus mellékhatásként léptek fel egy kezelés következtében, később azonban már a kezelőintézet, - személyzet látványára megjelennek. Erre példa a kemoterápiás kezelések esetén az anticipációs hányás jelensége, a fogászat területén ilyennek számít az elővételezett szorongás, vagy anticipátoros lidocain-érzékenységgel összefüggő szisztémás allergiás reakcióval járó tünetegyüttes (RXMED, é.n.) Ennek kapcsán Finder és Moore (2002) azt találta, az anesztéziával összefüggő allergia kórisma gyakran félrediagnosticsztizálás eredménye: a páciensek hiperszenzitivitási tünetei általában pszichogének, szorongásban gyökereznek. Itt utalnék vissza a bevezetőben részletezett illatmarketingre: a rendelők szagára kialakuló szenzitizáció felfogható egy olyan averzív kondicionálásként, ahol a szaglási ingereknek való kitettség következtében érzékenyítődik a személy, és az intézményben átélt negatív tapasztalatait a szaggal asszociálja. Ezt a jelenséget Siegel (1999) többszörös kémiai szenzitivitásként (MSC – multiple chemical sensitivity) emeli a szakirodalom hálójába.

A *társas tanulás* elmélete a fiziológiai mechanizmusokon túllépve a szorongás és félelem kialakulásának vikariáló tanulási útját kövezi ki. Jelentéstulajdonítási igényünknek megfelelően általában rendelkezünk egy konkrét elképzeléssel arról, milyen elemekből épül fel a fogorvos – fogászati kezelések szociális reprezentációja. Moscovici (1994) szociális reprezentációval kapcsolatos elgondolásába illeszkedik, hogy az emberek közös valósága a gondolkodási tartalmakban jelenik meg, a személyközi kommunikáció végtermékeként létrejövő nézetrendszerek pedig értelmezési keretet szolgáltatnak, ami lehetővé teszi a valóság közös leképezését. Olyan konszenzusról, megegyezésről van tehát szó, ami a múlt realitásait ötvözve kényszeríti ránk saját magát, ezáltal gyakorol hatást az adott jelenséggel kapcsolatos viselkedésünkre, megnyilvánulásainkra. Segít tehát elkülöníteni az adott ingertárggyal kapcsolatos fontos, lényegi nézőpontokat a kontextus függvényében. A közvetítő tényező túlnyomó többségben a közvetlen környezet: a double bind kommunikációval élő anya közvetítheti verbális csatornán a gyermeke felé, hogy ne féljen, ha ugyanakkor közben hangja és lába remeg, sápadt; vagy ő maga is halogatja, kerüli a fogászati beavatkozásokat.

A korai tapasztalatok szerepét mutatják azok a vizsgálatok, ahol a patológiás mértékű fogászati félelem kialakulását 95%-ban gyermekkori eredetre vezetik vissza, szemben a fájdalmas kezeléseket követő kondicionálásos megjelenéssel, melynek 41%-a felnőttkori kezdettel jellemezhető (Berggren és Meynert, 1984). Hogyan kapcsolható össze tehát a placebo a szociális tanuláselmélettel? Hahn (1997) szerint a placebo a kultúra kevéssé

tanulmányozott mellékhatása, melynek számlájára a patológiák megjelenésének világszerte mutatózó varianciája írható.

A fogászati félelem hátterében munkáló mechanizmusok között (a demográfiai tényezőket leszámítva) olyan összetevőket találunk, mint a fogazat elhanyagolt állapota, korábbi fájdalmas fogászati tapasztalat (saját, vagy hallomásból ismert), a fogorvos nem megfelelő viselkedése. Szuggesztiós szempontból legjelentősebbnek az időnyomás alatt, kapkodva végzett beavatkozás, valamint a fogorvosi környezet által sugallt negatív elvárás számít (idézi Fábián, 2008). A kialakult negatív transzot és fogászati szorongást fokozza, hogy a páciensek kevés kontrollt éreznek a szituáció felett, attól tartanak, nem tudnak leállítani egy számukra kellemetlen (esetleg fájdalmas) folyamatot (Bare, Dundes, 2004). Ennek orvoslásában segíthet, ha a fogorvos kellő időt szán a helyzet megértetésére, szükségességére, az egymást követő lépések demonstrálására.

A fogászati félelem kezelésének egyik leghatásosabb fájdalomcsillapító és hosszantartó jótékony hatású gyógymódja a hipnózis. A fogorvosi gyakorlatban előszeretettel alkalmazott kémiai anyagok hátránya, hogy az aktuális kezelés időtartamára csökkentik ugyan a fájdalmat, biztosítják a kezelt terület érzéstelenítését, viszont nem segítik a páciens abban, hogy a fogászati kezelés egészére később is pozitívan reagáljon. A hipnózis alkalmazása ugyanakkor a posztoperatív gyógyulásra is előnyös hatást gyakorol. Ennek kiváló – és témánkhoz szorosan kapcsolódó – példája az a fogeltávolítást követő szuggesztió, miszerint: „*XY - páciens neve* - a fogát sikeresen eltávolítottuk, és arra kérem, pihenjen most egy kicsit, amíg én beszélek Önhöz. Az üreg, ahonnan fogát eltávolítottuk, tiszta, és az ínye is jó állapotban van. Úgy vélem, mikor legközelebb visszajön hozzánk, a foghúzás utáni eseménytelen gyógyulásáról fog beszámolni.” (Erickson és mtsai., 2005, 262. o.).

Láthatjuk, hogy a kulcs a pozitív üzenetet hordozó; egyértelműen, kijelentő módon megfogalmazott szuggesztiókban rejlik. A fogászati hipnózis alkalmazásának elsődleges céljai közt az anaesthesia és analgesia elősegítése (kémiai anyagok, kémiai terhelés mennyiségének csökkentése); a kellemetlen munkálatokra való amnézia létrehozása; a hányinger és szájzár prevenciója; a nyál áramlásának kontrollja; vérzésszabályozás; posztoperatív érzéstelenítés; valamint a beavatkozás utáni sokk csökkentése (Aaron, 1957) szerepel. Természetesen nem szükséges (és nem is adekvát) minden egyes páciensnél hipnózis indukció bevezetése, sokszor vezetett imagináció, vagy relaxáció is elegendő az ellazulás és feszültségoldás megvalósítására. Jelen kutatás célja megmutatni, hogy a

szörszálhasogatásnak titulált formaságok komoly szerepet játszanak a fogászati félelem kialakulásában; így a pozitív és szakszerűen alkalmazott szuggesztiókkal felvéve ellenük a kesztyűt, jelentős siker érhető el.

3. VIZSGÁLAT MENETE

Kutatásom a fogeltávolításhoz kapcsolódó *betegtájékoztatók* szorongásszintre gyakorolt hatásmechanizmusát hivatott feltárni. A pozitív és negatív szuggesztiót tartalmazó fogászati tájékoztató kiválasztásával vette kezdetét a kutatás tervezési fázisa. Kritériumként fogalmazódott meg, hogy olyan, a mindennapos gyakorlatban használt, alkalmazott szövegrészlet kerüljön tesztelésre, mely könnyen elérhető, valamint az internet-hozzáféréssel rendelkezők számára térítésmentesen letölthető. A kritériumoknak köszönhetően tehát két fogorvos saját szellemi terméke került felhasználásra, így elengedhetetlen volt az engedélyük, hozzájárulásuk beszerzése.

Ehhez a gyakorlatban is alkalmazott tájékoztatók közül kettő került kiválasztásra, melyeket szuggesztiós tartalmuk alapján különítettem el: az „A” szöveg több negatív; még a „B” szöveg zömében pozitív szuggesztiókat tartalmazott. Pozitív szuggesztiók felépítésére jellemző a pozitivitás, megengedő stílus („személyesen is felveheti a kapcsolatot klinikánkkal”), a folyamatok önkéntelenségének kiemelése („a zsibbadás természetesen, magától abbamarad”), a célra való összpontosítás és a tenni-nem-próbálni elv alkalmazása („helyezzen arcára jégakkut, ami kellemesen lehűti a területet”).

Vizsgálati személyeim random besorolás alapján kerülhettek vagy az „A”-t, vagy a „B”-t magában foglaló csoportba, a kontroll csoport alanyai nem voltak kitéve a kísérleti manipulációnak, ők semmilyen szövegrészlettel nem találkoztak. A kísérleti manipulációt (független változó) tehát a tájékoztató szövegezésének különbségei adták. Független változóim közt szerepel a vonás – és állapotszorongás mutatója (STAI-T, STAI-S), a fogászati szorongás szintje (DAS), valamint a szomatoszenzoros amplifikációt mérő skála (SSAS) /a jelzett kérdőívek bemutatását l. alább/. Ahhoz, hogy a vizsgálati személyek attitűdjéről pontosabb képet kapjunk, az összeállított tesztbattériát a fogorvosról és a kezelésről alkotott – pontszámokban kifejezett – benyomás, valamint egy nyitott kérdés zárja.

A kérdőív összeállítása után a csoportok kialakítása következett, melynek során ügyeltem arra, hogy a nem valószínűségi mintavétel hiányosságait, hátrányait ellensúlyozva az életkori

és nembeli adatok csoportonként hasonló eloszlást mutassanak. A kérdőív online változatát azután továbbítottam vizsgálati személyeimnek, miután a tájékoztató és belegyező nyilatkozatokat kitöltve és aláírásukkal hitelesítve visszajuttatták. Az eljárás tervezési fázisa szerint még egy, a fogászati rendelőben kérdőívet kitöltő csoport került volna bevonásra, amit végül témavezetőmmel etikai okok miatt elvetettünk. Esetükben a negatív tájékoztatót olvasó csoport kiemelten aggályosnak számít, hisz kiszámíthatatlan következményekkel bírt volna, ha velük negatív szuggesztiókkal teletűzdelt fogorvosi témájú szöveget olvastatunk – pusztán a kutatás kedvéért. Mint az eredmények bemutatásánál fény derül rá, az online kitöltők is jelentős szorongásszint emelkedést mutattak. Ez megerősített abban, hogy a várótermi csoport létrehozásának elvetése a legésszerűbb döntés etikailag és emberileg egyaránt, hisz a vizsgálat eredménye bevonásuk nélkül is kellő bizonyító erővel bír. Így nem sérült a SzEK 6.8 pontja, miszerint *„Fokozottan megterhelő hatások vagy utóhatások kockázatával járó, vagy megtévesztéses helyzetek csak akkor iktathatók be a kutatásba, ha olyan problémáról van szó, amelyet más módon nem lehet szakszerűen megvizsgálni.”* (Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe, 2004).

A vizsgálati tervet az Intézeti Kutatásetikai Bizottság hagyta jóvá.

4. HIPOTÉZISEK

A fent ismertetett szakirodalmi háttér alapján levont következtetések alapján hipotéziseim a következők:

H1: A tájékoztatók típusa eltérő DAS-on mérhető fogászati félelmet, szorongást eredményez: az „A” csoportnál (negatív szuggesztiók többségben) várható a legmagasabb pontszám, őket a kontroll csoport követi, legalacsonyabb szorongással pedig a pozitívnak ítélt, „B” szöveget olvasó csoport jellemezhető.

H2: A tájékoztató hatására az „A” (negatív) csoport szorongásszintje a kezdeti (STAI-T-vel mért) szinthez képest úgy változik, hogy a STAI-S teszten a negatív szuggesztiót tartalmazó szöveget olvasó csoport szorongása a korábbi szintnél magasabb lesz, a „B” (pozitív) csoportnál nem várható jelentős mértékű változás), a kontroll esetében a két szorongásszint közel azonos marad.

H3: A fogorvos és a kezelés (foghúzás) megítélésében, valamint abban, hogy ajánlanák-e a

fogászt ismerőseiknek, eltérés van a tájékoztató típusának függvényében: az „A” (negatív szuggesztiós) csoport véleménye, benyomása várhatóan negatívabb, mint a „B” szöveggel pozitívan előhangolt személyeké. A kontroll csoport értékei a negatív csoportéhoz állnak közelebb.

H4: A felidézést szignáldetektációs paradigmával vizsgálva várhatóan a negatív tájékoztatót olvasók („A” csoport) találati aránya magasabb lesz, mint a pozitív szöveggel találkozó csoporté („B” csoport). A negatív tényekre beszükkült figyelem miatt a negatív csoport téves riasztási aránya is magasabbra tehető. A pozitív tájékoztató csoport viszont több kihagyást mutat (oka, hogy a foghúzással kapcsolatos prekoncepcióikat várhatóan nem oldják a pozitív szuggesztiók).

5. ELJÁRÁS, MÓDSZEREK

5.1 VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK

A vizsgálati személyek toborzása kényelmi mintavétellel, interneten, ismerősök körében zajlott. A vizsgálatra vállalkozók önkéntes jelentkezése után a három csoport kialakítása következett: véletlenszerű sorsolással alakult ki, ki melyik feltételben szerepel. Minden csoportot 50-50 fő alkotott („A” csoport átlag életkor 28,37 év $\pm 9,485$, 53,3% férfi; „B” csoport átlag életkor 37,1 év $\pm 15,062$, 40% férfi; kontroll csoport átlag életkor 29,17 év $\pm 10,812$, 43,3% férfi). A résztvevők legmagasabb iskolai végzettségét tekintve 3,3%-uk nyolc általánost, 7,8% szakközépiskolai érettségit, 31,1% gimnáziumi érettségit, még 57,8% főiskolai vagy egyetemi diplomát szerzett.

A vizsgálati személyek 40%-a hajadon/egyedülálló, 20%-uk házas és házastársával együtt él, 5,6% elvált, és 34,4% élettársi/párkapcsolatban él. Jelenlegi aktivitásukat figyelembe véve a minta 54,4%-a közalkalmazott/alkalmazott, még 45,6% tanuló. Fogászati tájékoztatókkal kapcsolatos kérdőívről lévén szó, két kérdés utalt a fogorvoshoz járás gyakoriságára, valamint okára vonatkozóan. A gyakoriságról elmondható, hogy 48,9% esik bele abba a sávba, akik évente, vagy gyakrabban felkeresik fogorvosukat, még a minta másik fele csak probléma esetén jelentkezik be kezelésre a rendelőbe. Jelenleg fogszabályozó kezelés alatt áll a vizsgált személyek 11,1%-a, a többiek közül 42,2% vesz részt rendszeres éves ellenőrzésen. A felkért résztvevők közül senki nem utasította vissza a kérdőív kitöltését, és a belegyező nyilatkozat kitöltése előtt arról is értesültek, hogy közreműködésükért semmilyen ellenszolgáltatásban

nem részesülnek.

5.2 FELHASZNÁLT ESZKÖZÖK

5.2.1 FOGELTÁVOLÍTÁS TÉMÁJÚ, NEGATÍV/POZITÍV SZUGGESZTIÓKAT TARTALMAZÓ TÁJÉKOZTATÓ

Hála az internetnek, foghúzással kapcsolatos tájékoztatók tömege áll a beavatkozás előtt álló páciensek rendelkezésére. Ezek közül szuggesztív minőségük alapján két – ingyenesen, regisztráció nélkül bárki által letölthető – dokumentum került kiválasztásra. Az egyik „*beteg*tájékoztatóval” (https://docs.google.com/Doc?id=dg4n8hr8_32dk6dzf9) nem indokolt részletessége, negatív töltetű szóhasználata (pl. „*elhalt fog*”, „*krónikus gyulladás, gócos fog*”, „*fecskendő és a rá csatlakozó tű segítségével át kell szűrni a nyálkahártyát, alá kell fecskendezni a szert*”) és tagadó formulái (pl. „*a sebbe ne nyúljon bele*”) miatt a negatív szuggesztív csoport találkozott. Hasonló elven a pozitív konnotációt, töltetet hordozó tájékoztatót – fogtündér ábra a háttérben vízjelként, mellékhatások megnyugtató bemutatása, önkéntelenség hangsúlyozása (pl. „*Az esetlegesen jelentkező helyi duzzanat, érzékenység, szájnnyitási korlátozottság vagy hőemelkedés néhány napon belül magától megszűnik*”), és ezek mellett a hitelesség – a pozitív szuggesztív csoport olvasta. Annak érdekében, hogy a szorongásszint változásának vizsgálatakor ki tudjuk zárni egyéb tényezők hatását, egy kontroll csoport került bevonásra. Mivel ez a harminc vizsgálati személy semmilyen tájékoztatót nem olvasott, a vizsgálat elején és végén kitöltetett szorongás kérdőívén várhatóan egymással magasan korreláló pontszámot érnek el. Ebből tehát következtethetünk arra, hogy ha a negatív és/vagy pozitív csoportoknál szorongásszintbeli változást észlelünk, az a vizsgálat manipulációjának – vagyis a tájékoztató szövegének – tulajdonítható.

5.2.2 A TÁJÉKOZTATÓKHOZ KAPCSOLÓDÓ KÉRDÉSEK

Stiansen (2006) vizsgálatából kiindulva három kérdést tettem fel mindkét kísérleti csoportban, melyeket egy 10 fokozatú Likert skálán pontoztak vizsgálati személyeim. A fogorvossal és a fogászati kezeléssel kapcsolatos benyomás értékelését kértem, valamint annak megítélését, hogy ajánlanák-e a fent olvasott tájékoztatót alkalmazó fogorvost ismerőseiknek. A kontroll csoport esetén a kérdések saját kezelőorvosukra vonatkoztak:

1. Kérem, jelölje 1-10-ig terjedő skálán (ahol az 1 nagyon negatív, a 10 nagyon pozitív)

jelent), hogy milyen az általános benyomása a fogorvosról!

2. Kérem, jelölje 1-10-ig terjedő skálán (ahol az 1 nagyon negatív, a 10 nagyon pozitív jelent), hogy milyen érzései vannak a fogeltávolítással, foggyökér eltávolítással kapcsolatban!

3. Kérem, jelölje 1-10-ig terjedő skálán (ahol az 1=egyáltalán nem, a 10= igen, örömmel), hogy ajánlaná-e a fogorvost ismerőseinek!

5.2.3 SPIELBERGER-FÉLE ÁLLAPOT-VONÁS SZORONGÁS KÉRDŐÍV (STAI-S; STAI-T, SPIELBERGER ÉS MSTAI, 1970)

Az általános – vonás jellegű –, valamint a manipulált tájékoztató olvasása utáni állapotszorongást a Spielberger és munkatársai (1970) által kidolgozott kérdőív magyar adaptációjának (Sipos, Spios és Spielberger, 1994) felhasználásával mértem. A 20 itemet számláló kérdőív a szorongásos állapot testi és pszichés jellegzetességeit sorakoztatja fel (pl. „*A sírás ellen küszködnöm kell.*” vagy „*Csüggedtnék érzem magam.*”), melyeket 4-fokozatú Likert skálán értékel a kitöltő. Így minimum 20, maximum 80 pont közé esik az összesített pontszám. A hazai változat pszichometriai sajátosságait tekintve igen magas belső reliabilitással jellemezhető, amit egyes vizsgálatokban talált 0,93-as Cronbach alfa értéke mutat (Stauder és Konkoly Thege, 2006). A saját mintán mért megbízhatósági mutatókat és átlag- valamint szórásértékeket az alábbi táblázat foglalja össze:

	Tételek száma	Cronbach alfa	Minimum	Maximum
STAI-T	20	0,901	36,00	51,00
STAI-S	20	0,910	36,00	57,00

1. táblázat - STAI szorongásmérő eszköz jellemzői saját mintán

5.2.4 SZOMATOSZENZOROS AMPLIFIKÁCIÓS SKÁLA (SSAS, BARSKY ÉS MTSAL, 1990, 1999)

Barsky és munkatársai (1988, 510. o.) megfogalmazása szerint a szomatoszenzoros amplifikáció a testi érzetek intenzív, káros és zavaróként való megélésének tendenciáját jelenti. Mérhetővé teszi tehát a szomatikus történések szubjektív felerősítésére, felnagyítására

való egyéni hajlam mértékét. A skálában foglalt 10 tétel a testi tünetek felerősítésére irányuló hajlamot méri általános helyzetek megítélésével ötpontos Likert skálán (pl. „Ha valami horzsolás ér, akkor az nagyon sokáig megmarad”, vagy „Gyorsan felfigyelek arra, ha a gyomrom összehúzódik, amikor éhes vagyok”). A vonás-jellegűként értelmezett konstruktum jellemző átlagpontszáma magyar egyetemista mintán $27,98 \pm 5,760$; még betegmintán $25,84 \pm 7,322$; belső konzisztenciája más nemzetekéhez hasonlóan megfelelőnek (Cronbach alfa: 0,66) bizonyult (Köteles, 2009).

	Tételek száma	Cronbach alfa	Minimum	Maximum
SSAS	10	0,725	17,00	42,00

2. táblázat - Szomatoszenzoros amplifikációs skála saját mintán mutatott eredményei

5.2.5 DENTAL ANXIETY SCALE (DAS, CORAH, 1969)

A fogászati félelem mérését szolgáló eszköz bevezetése magyar mintán Fábián Tibor Károly és Fábián Gábor (1998) nevéhez köthető, akik különböző szocio-demográfiai mutatókkal jellemezhető csoportokon validálták az eszközt. A négy tétel a fogászati kezelésekkal kapcsolatban hipotetikus szituációkat ítélt meg ötfokú Likert skálán kellemességük (vagy a másik végponton a hozzájuk társuló szorongás) tekintetében. Ennek értelmében az összpontszám a 4-től 20-ig terjedő zárt intervallumba esik, ahol a 12-16 közti értékek fokozott odafigyelést, még a 16 pontnál magasabbat mutatók speciális, egyénre szabott ellátást igényelnek (Fábián TK és mtsai, 1998). Szigorúbb értelmezések alapján a 9-14 pontot elérők közepesen erős, még a 15 ponttal, vagy ennél többel szereplők igen erős fogászati félelemmel jellemezhetők (Berggren és mtsai, 1995, idézi Fábián, 2008).

	Tételek száma	Cronbach alfa	Minimum	Maximum
DAS	4	0,847	5,00	19,00

3. táblázat - Fogászati félelmet mérő skála eredményei saját mintán

6. EREDMÉNYEK

6.1 H1: A KÜLÖNBÖZŐ MINŐSÉGŰ SZUGGESZTIÓT TARTALMAZÓ TÁJÉKOZTATÓK ELTÉRŐ SZORONGÁST (STAI) ÉS FOGÁSZATI FÉLELMET (DAS) EREDMÉNYEZNEK.

Az első hipotézis vizsgálatát egy szempontos ANOVA teszttel vizsgálhatjuk, mely során a csoportosító/független változó a tájékoztató típusa lesz (negatív, pozitív és kontroll), a függő változó pedig a STAI, illetve a DAS skálán elért pontszám (érdekesség kedvéért az elemzésbe vontuk függő változóként a szomatoszenzoros amplifikációt is). Az ANOVA feltétele a szóráshomogenitás és normalitás – ez utóbbit az egymintás Kolmogorov-Smirnov próbával tesztelve megállapíthatjuk, hogy minden skálán normál eloszlás jellemző. A kapott eredmények szerint 0,01-es szinten szignifikáns különbség mutatkozik a csoportok között a tájékoztató olvasása után felvett STAI-S állapotssorongás teszten ($F=18,021$, $p<0,01$), valamint 0,05-ös szinten a – szintén a foghúzásról szóló szöveg olvasása után felmért – fogászati félelem kérdőíven ($F=4,33$, $p<0,05$). Ahhoz, hogy megállapíthassuk, mely csoportok közt lelhető fel ténylegesen a különbség, post hoc elemzést kell végeznünk: mivel teljesül a szóráshomogenitás feltétele is, legcélszerűbb a Bonferroni korrekciót választani. Ebből egyértelműen látható, hogy a DAS skálán 5%-os szignifikanciával ($p=0,015$) a pozitív és negatív csoport értékei térnek el egymástól; még az állapotssorongás tekintetében 1%-osan szignifikáns eltérés van a negatív és pozitív csoportok közt ($p=0,000$), valamint 0,1-es tendencia szinten eltér egymástól a pozitív csoport és a kontroll is ($p=0,093$).

Skála	Pozitív (P) - átlag (szórás)	Negatív (N) - átlag (szórás)	Kontroll (K) - átlag (szórás)	F- érték	df	Szignifi- kancia	Páronkénti összevetés
DAS	11,867 (4,592)	15,667 (3,933)	13,867 (3,902)	4,333	149	0,018*	P<N=K
SSAS	27,800 (6,713)	26,467 (5,406)	26,867 (4,925)	0,885	149	0,418 NS	
STAI-T	43,800 (4,286)	44,067 (3,850)	43,833 (3,239)	0,021	149	0,979 NS	
STAI-S	41,067 (3,453)	48,400 (5,014)	43,500 (3,014)	18,021	149	0,000 **	K=P<N

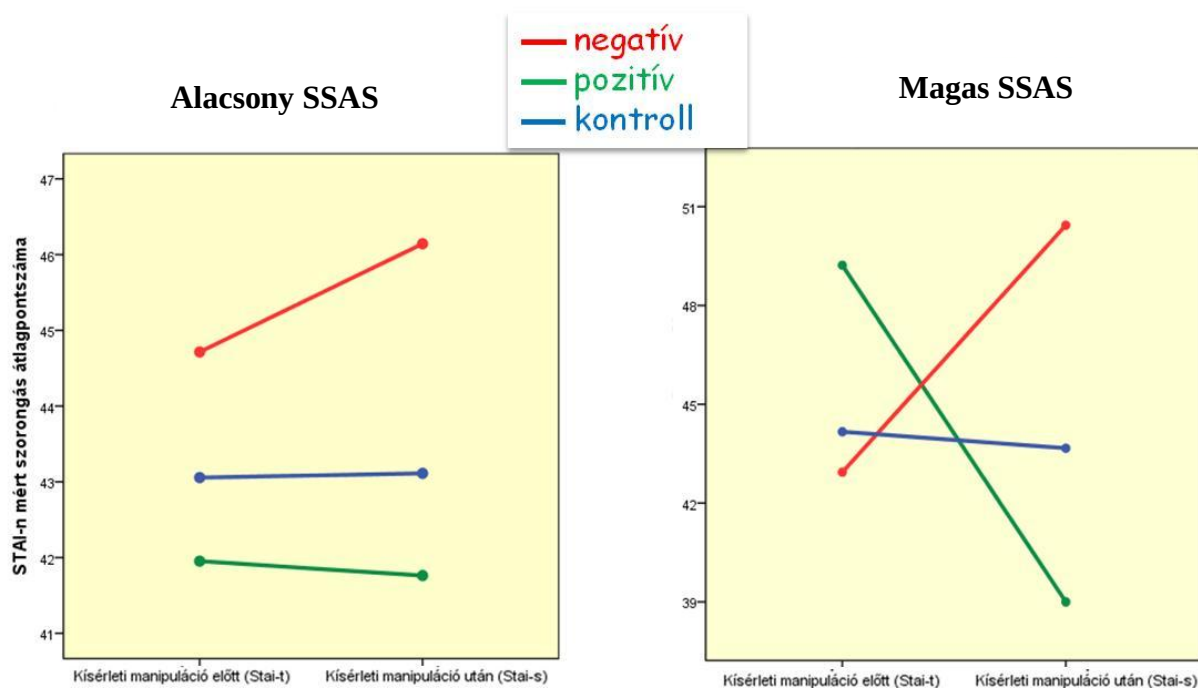
4. táblázat – Pozitív, negatív és kontroll csoport összehasonlítása a szorongásmutatók és SSAS tekintetében

6.2 H2: A TÁJÉKOZTATÓ HATÁSÁRA A SZORONGÁSSZINT A KEZDETI (STAI-T-VEL MÉRT) SZINTHEZ KÉPEST ELTÉRŐ MÉRTÉKŰ ÉS IRÁNYÚ VÁLTOZÁST MUTAT AZ EGYES CSOPORTOK TEKINTETÉBEN.

A hipotézist ismételt méréses ANOVA-val vizsgáljuk. A tesztbattéria első skálája a vonásszorongást méri (STAI-t), ehhez viszonyítható a szuggesztiókat tartalmazó tájékoztató olvasása után mutatott állapotsszorongás (STAI-s). A kontroll csoport szerepe ennél a kérdésnél is kiemelt: amennyiben esetükben is tapasztalható változás, az azt jelzi, hogy a másik két csoport szorongásszintjének elmozdulása a kezdeti szintről nem feltétlenül a manipuláció hatására következik be. Ellenkező esetben (ha a kontrollcsoport vonásra és állapotra vonatkozó értékei közelítőleg azonosak) arról kapunk tanúbizonyságot, hogy a kísérleti csoportban mutatkozó változás a kísérleti manipuláció következménye.

A szorongásszint változásának detektálására szolgáló ismételt méréses varianciaanalízis eredményei szerint a testi tünetekre irányuló belső figyelem magasabb szintjével rendelkezők esetében a negatív tájékoztató szignifikánsan magasabb szorongást hoz létre (Greenhouse-Geisser, $F=22,288$; $p<0,001$), még a pozitív alkalmasnak bizonyul a kezdeti szorongásszint csökkentésére! A legnagyobb mértékű változás azoknál az erős amplifikátoroknál következett be, akik negatív szuggesztiós tájékoztatóval találkoztak: az ő szorongásszintjük jelentősen megnőtt. A kezdeti és a manipuláció utáni érték közti különbség 0,01-es szinten szignifikáns. A pozitív tájékoztatót olvasók szorongása csökkent (5%-os szignifikanciával deklarálnálható a változás), a kontrollé pedig nem változott.

Szignifikáns a csoport főhatása ($F=10,693$; $p<0,001$), valamint a csoport*szorongásszint-változás*SSAS hármass interakciója ($F=7,954$; $p<0,001$). Alátámasztást nyert, hogy a szuggesztió előfeszíti a lehetséges következményeket, aminek kognitív-emocionális torzítása, felerősítése önkéntelenül történik. A negatív elvárások indukciója (nocebo) a meglévő panaszok rosszabbodását, vagy új mellékhatások megjelenését valószínűsíti. Amikor a környezet nem biztosít elég információt aktuális állapotunkról, figyelmünk testünkől érkező ingerekre irányul – szelf-fókuszú lesz. Így az amplifikátoroknál a pozitív szuggesztió intenzívebben csökkenti a szorongást, még a negatív jobban emeli azt. Az eredményeket a következő ábra szemlélteti:



5. táblázat - A kísérleti manipuláció előtt és után mért szorongás változása a szomatoszenzoros amplifikáció függvényében

6.3 H3: A FOGORVOS ÉS A KEZELÉS MEGÍTÉLÉSÉBEN, VALAMINT ABBAN, HOGY AJÁNLANÁK-E A FOGÁSZT ISMERŐSEIKNEK, ELTÉRÉS VAN A TÁJÉKOZTATÓ TÍPUSÁNAK ÉS A SSAS MÉRTÉKÉNEK FÜGGVÉNYÉBEN.

Mivel a kontroll személyek nem olvastak tájékoztatót, így ennél a hipotézisnél csak két csoport összehasonlítása vált szükségessé: ezt független mintás t-próbával tehetjük meg. Az alkalmazási feltételek (szóráshomogenitás és K-S tesztel kimutatható normalitás) ellenőrzése után a következő eredményre jutunk: mindhárom kérdés tekintetében 0,01-es szinten szignifikáns különbség mutatkozik a csoportok közt. A két csoport átlagpontszámait kérdésenként, valamint a t-próba eredményeit az alábbi táblázat tartalmazza, az eredményeket [a melléklet 1. ábrája](#) szemlélteti:

	Pozitív (50 fő) – átlag (szórás)	Negatív (50 fő) – átlag (szórás)	t-érték	Szignifikancia
Benyomás a fogorvosról	8,65 (1,725)	5,20 (2,142)	5,609	0,000 **
Benyomás a kezelésről	7,15 (1,599)	3,000 (1,654)	8,068	0,000**
Ajánlaná-e másnak	8,90 (1294)	5,20 (2,608)	5,684	0,000**

6. táblázat - Pozitív és negatív szuggesztív csoportok t-próbás összehasonlítása

A kontroll csoport is találkozott ezzel a három kérdéssel az eszközök résznél megismert formában (saját fogorvosukra, valamint általában a fogeltávolításra vonatkozóan). A szemléletesség kedvéért nézzük meg, az ő értékeikkel összevetve hogyan alakul a három csoport eredménye. Ennek kivitelezésére ANOVA tesztet és Games-Howell post hoc elemzést alkalmazunk (az „Ajánlaná-e fogorvosát ismerőseinek?” kérdésem a szóráshomogenitás hiánya miatt választjuk ezt a többszörös páronkénti összehasonlításos módszert). Ebből kiderül, hogy a kontroll és pozitív csoportok közt mindhárom esetben 0,01-es szinten szignifikáns különbség mutatkozik, és a kontroll és negatív csoport közt is eltérést találunk. A fogorvossal kapcsolatos benyomás tekintetében a negatív tájékoztatót olvasók 0,1-es tendencia szinten ($p=0,057$) térnek el (negatív irányba) a kontrolltól, a foghúzással kapcsolatos véleményük közti különbségre 1%-os szignifikanciával tekinthetünk, még a fogorvos ajánlása tekintetében is 10%-os biztonsággal ($p=0,080$) állíthatjuk, hogy eltérés van a negatív és kontroll között.

6.4 H4: A FELISMERÉSI TELJESÍTMÉNY CSOPORTONKÉNT ELTÉRŐ MINTÁZATOT MUTAT.

A felismerési teljesítmény vizsgálatára egy szólista szolgált, melyből a vizsgálati személyek kiválasztották azokat a szavakat, amiket korábban a tájékoztatóban olvasni véltek (ebből kifolyólag a kontroll csoport ebben a feladatban nem vett részt). Annak megállapítására, hogy a különbség kimutatható legyen, a szignáldetektációs paradigma segítségével először kiszámoljuk az egyes vizsgálati alanyok találati, helyes elutasítási, téves riasztási és kihagyási arányát (%-ban) – ez a gyakorlatban úgy történik, hogy a személy összes találatát elosztjuk a lehetséges találatok számával és a kapott értéket szorozzuk százszal. Ez után a kapott eredményeket független mintás t-próba segítségével összehasonlítjuk a negatív és pozitív tájékoztató csoportok teljesítményének vonatkozásában. A 8. táblázatból kiolvasható, hogy a negatív szöveggel találkozók 63,8%-ban értek el találatot, még a pozitív csoport 50,4%-ban. A t-próba eredményei szerint ez a különbség 0,01-es szinten szignifikáns, vagyis 99%-os biztonsággal állíthatjuk, hogy a két csoport közt eltérés mutatható ki. A negatív szuggesziók erejét tekintve fontos eredmény, hogy a téves riasztási arányok közt is 0,05-ös szinten szignifikáns eltérést találunk: a negatív tájékoztatót olvasó csoport magasabb %-ban jelölt tehát olyan negatív szavakat, melyek nem szerepeltek a tényleges szövegben. Ez tekinthető a pesszimiztikus interpretáció törvényének alátámasztásaként. Az eredményeket ábrázoló grafikont a [melléklet 2. számú ábrája](#) tartalmazza.

	Pozitív (50 fő) – átlag (szórás)	Negatív (50 fő) – átlag (szórás)	t-érték	Szignifikancia
Találati arány	50,354(20,995)	63,887 (18,353)	-2,658	0,010 **
Helyes elutasítás	77,275 (14,072)	68,333 (19,133)	2,062	0,044*
Téves riasztás	23,058 (13,627)	31,667 (19,134)	-2,007	0,049*
Kihagyás	49,368 (21,496)	18,353 (3,351)	2,568	0,013*

7. táblázat - Felismerési teljesítmény különbségeinek vizsgálata független mintás t-próbával

7. DISZKUSSZIÓ, KÖVETKEZTETÉSEK

A 150 fős mintán végzett empirikus kutatómunkám eredményeinek megvitatását a hipotézisek sorrendjében, a kérdésfeltevés logikáját követve mutatom be. A vizsgálat fő fókuszában a *betegtájékoztatók* szuggesztióinak hatásmechanizmusa, valamint a szorongás és fogászati félelem változásában megnyilvánuló következménye állt. Magas megbízhatósággal sikerült alátámasztani, hogy a negatív szuggesztiókkal teli tájékoztató olvasása nem csak a fogászati félelem magasabb szintjét eredményezi, de a kezdeti általános szorongásszintet is fokozza. Ez egybeesik azokkal az eredményekkel, melyek szerint a negatív verbális szuggesztiók anticipátoros szorongást indukálnak a közelgő (elővételezett) fájdalom miatt. Ennek neurobiológiai háttere is alátámasztott: a verbálisan keltett szorongás a CCK (kolecisztokinin) aktivációját fokozza, valamint facilitálja a fájdalom-átvitelét (Benedetti, Lanotte, Lopiano, 2007).

Esetünkben is azt történt tehát, amit Weitzenhoffer (1989, idézi Diószeghy és mtsai., 2007) a szuggesztió meghatározásában leszögez: a kommunikáció maga egy önkéntelen választ váltott ki, amely automatikusan lépett fel, és a reakció a kommunikációval közvetített üzenet tartalmát tükrözte. A foghúzás, fogeltávolítás témájú *betegtájékoztató* konkrét példáján tehát az olvasó elővételezte a „krónikus, gyulladásos gócos foga” miatti fájdalmat, a szövődmények (fogínyroncsolódás; az alsó állcsontban futó érző ideg sérülése miatti, akár fél évig is tartó, zsibbadás) keltette félelmet, és szorongással reagált.

A pesszimisztikus interpretáció törvényének megnyilvánulását láthatjuk egyrészt a nyitott kérdésre adott válaszok tartalomelemzésében (lásd a diszkusszió következő pontját), valamint az emlékezeti tesztelés eredményei kapcsán. Ennek értelmében „ha egy állítást

értelmezhetünk optimistán és pesszimistán is, az ijedt ember pesszimista értelmezést fogadni.” (Cheek, 1969, 87. o.) Vagyis, a betegtájékoztatókban megjelenő kétértelműség, bizonytalan, feltételes módú fogalmazás esetén a spontán negatív transzban lévő páciens számára az észlelt realitás egyenértékű a lehető legrosszabb kimenettel. Amint láttuk, a hatást némileg moderálja annak mértéke, hogy egyénileg ki milyen mértékben hajlamos testi érzetei közül egyesek kiválasztására és azok felerősítésére – vagyis milyen mértékű szomatoszenzoros amplifikációval jellemezhető.

Alátámasztást nyert továbbá, hogy nem csak a szorongásszint változása detektálható a tájékoztató olvasása következtében, hanem a hatás kihatott az orvos személyének és szakértelmének megítélésére, valamint a kezelésről alkotott benyomásra. A vizsgálati feltételben konkrét orvoshoz nem kapcsolt negatív szuggesztív szöveg alapján az orvostól kialakított kép, impresszió jelentősen rosszabb, negatívabb volt – a tájékoztató információtartalmának szakszerűsége, részletessége ellenére is. Az orvosi kommunikáció modelljében integráltan értjük tehát a tényleges interakción belüli verbális megnyilvánulásokat, az orvos viselkedését, rendelőjének környezetét, kommunikációjának nonverbális elemeit, valamint a befolyása, kontrollja alatt álló tényezők (pl. hogy milyen tájékoztatót használ, ezt hogyan interpretálja, felajánlja-e a szóbeli tájékoztatás és kérdések feltevésének lehetőségét) összességét.

A raport kialakítása szempontjából tehát kiemelten fontos szerep jut a kapcsolati tényezőknek. A Kalamazoo-egyezményben (Makoul, 2001) azonosított kommunikációs feladatsor lépcsőzetes felépítése eredményeinkkel, és a jövőre vonatkozó javaslatainkkal egybevág. A hét kommunikációs lépés a következő sorrendben követi egymást az egyezmény szerint ideális esetben: 1) kapcsolatépítés; 2) a beszélgetés megkezdése; 3) információgyűjtés; 4) a páciens nézőpontjának megismerése, kontextuális tényezők feltárása, egészséggel kapcsolatos hiedelmek, aggodalmak, korábbi tapasztalatok, értékrendek tisztázása; 5) *az információk megosztása* érthető nyelvezettel, valamint a megértés többszöri ellenőrzésével, és kérdezési lehetőségek biztosításával; 6) közös megegyezés a kezelési tervvel kapcsolatban, együttműködési hajlandóság felmérése, támogatási lehetőségek monitorozása; 7) a beszélgetés befejezése, lezárása. Érthetővé válik tehát, hogy a betegtájékoztató írásos formájának átnyújtását e folyamat lépcsőzetes építkezéséből kiszakítva miért nem valósul meg a megelégedettségen, interakciós szinkronitáson alapuló raport.

7.1 A NYITOTT KÉRDÉSRE ADOTT VÁLASZOK TARTALOMELEMZÉSEL NYERT EREDMÉNYEI ALAPJÁN LEVONHATÓ KONZEKVENCIÁK

A teljesség igénye nélkül nézzünk néhány példát a negatív szöveg olvasását követő nyitott kérdésre, mely a benyomásokat tükrözi:

Negatív csoport:

- „Korrekt, mindenre precízen felhívta a figyelmet, de ezzel *el is riasztotta a beteget*, akinek joga van tudni mindent, *de nem fog vállalkozni* a beavatkozásra (felfogja, hogy muszáj a kezelés, de *elriasztják*)” – 31 szó
- „Bár nem értek a szakmához, úgy látom ez egy szükséges rossz, amit kevésbé az orvos, mint inkább a módszer válogat. Ezért *csak szükség esetén* fordulok fogorvoshoz, a kisebb *bajokat* úgysem kezelik jól, *csak rosszabbá teszik*, és *horribilis összegeket* kérnek mindenért. Akkor inkább egyszer *esek át a rosszon*, mielőtt *minden fogamat megszüntetnék* valahogy.” – 52 szó
- „A tájékoztató részletes és objektív. A fogorvosokat feltétlenül szükséges és FONTOS *kellemetlenségnek* tartom, a fogeltávolítás pedig általában rossz emlék, bár a *fogfájást* követő beavatkozás értékelése pozitív. A leírás szárazsága, objektivitása, mégis alapossága humánusnak tűnő beavatkozást jelez számomra.” – 37 szó
- „Túl részletes a tájékoztató. *Félelmet és ellenszenvet* kelt.” – 8 szó

Pozitív csoport:

- ✓ „Részletesen le van írva a beavatkozás menete. Az ellátás *szakszerűnek* tűnik és a fogorvos minden *tőle telhetőt megtesz* azért, hogy a páciensnek minél hamarabb *helyre jöjjön a fogegészségi* állapota.” – 29 szó
- ✓ „*Megbízhatónak*, és *körültekintőnek* tűnik.” – 4 szó
- ✓ „A fogorvos minden *következményt* közölt a pácienssel és ez elég *megnyugtató*.” – 11 szó
- ✓ „Minden *lényegeset* leír, a lehetséges következményeket is, de hangvétele

megnyugtató és bizalmat sugall.” – 13 szó

✓ *„Szakszerű, tárgyilagos”* – 2 szó

✓ *„Kielégítő a tájékoztatás.”* – 3 szó

A dőlten szedett mondattöredékek bizonyító ereje (a statisztikai eredmények mellett) igen magas. A negatív tájékoztatóval találkozók annak ellenére, hogy objektívnek tartják a leírást, számtalan negatív konnotációval bíró szót alkalmaznak, mikor saját szavaikkal fogalmaznak meg véleményüket. A prekoncepciókat szépen tükrözi a *„beteg”* kifejezés megjelenése – a negatív tájékoztató címe is *beteg*tájékoztatóként volt feltüntetve. Ha a válaszadásra használt szavak számát tekintjük, átlagban 32 szót kapunk, ezzel szemben érdekes megfigyelni a pozitív csoportnál (átlaguk 9,4 szó) látható válaszadási tendenciát. Utóbbiak nem törekszenek magyarázkodásra, nem apellálnak saját korábbi emlékeikre, hanem – kicsit bizonytalanul, meglepődöttséget sugallva, lásd a *„valamilyennek tűnik”* kifejezéseket – a tájékoztató szemantikai vonatkozásaira hagyatkoznak. A részletesség, mint jelző pozitív értelemben jelenik meg (szemben az előző csoporttal, akik szemében a túlzott részletesség elriasztással társul). Ahogy az előbb a *betegség*, itt az *egészség* felőli megközelítés az irányadó (annak ellenére, hogy a *„fogegészségi állapot”* nem része mindennapos szókincsünknek...).

Figyelemre méltó, hogy a negatív szuggesztiók hatására hogyan jelenik meg a negatív transzra jellemző én-központú, paranoid attitűd (legtöbb esetben ezt az egyes szám első személy, vagy a saját *„élmények”* felidézése jelzi). A kedvezőtlen értelmezés törvényének megnyilvánulását látjuk, mikor a vizsgálati személyek fájdalomról, rossz emlékről, fogfájásról, elriasztásról nyilatkoznak, valamint amikor a beavatkozással kapcsolatos negatív szuggesztiókat kiterjesztve a horribilis pénzösszeget is panaszként róják fel (holott egyrészt arról szó sem esett a tájékoztatóban, másrészt nem is jogos, hisz a foghúzás a körzeti orvosnál térítésmentes, arról nem is beszélve, hogy a gyulladt, fájó fogat bármelyik fogászati ügyeleten ingyen eltávolítják). A tájékoztatók elemzése során a pozitív szuggesztiókat tartalmazó szövegben többek közt olyan hatékony stratégiával találkozunk, mint az igen-beállítódás – olyan tények felsorakoztatása, melyek igenlő választ vonnak maguk után –, implikációk – pl. a következmények néhány napon belül maguktól megszűnnek –, vagy képzeleti kiegészítés, célirányos fantázia – a fogtündér képének vizuális megjelenítése (Varga, Diószeghy, 2001). Annak eldöntése, hogy a szuggesztió mely eleme, stratégiája eredményezte a két csoport között mutatkozó számottevő különbséget, kivitelezhetetlen. Az viszont egyértelműen

kijelenthető, hogy a hatásért pusztán a tájékoztató szöveg elolvasása tehető felelőssé, mert a kontroll csoportnál nem következett be változás.

Az eredmények interpretálásának fontos eleme a szomatoszenzoros amplifikáció szerepének értelmezése. Azt kaptuk ugyanis, hogy a szorongásszintek közti szignifikáns különbség mindkét kísérleti csoportban azoknál a személyeknél mutatkozott, akik az amplifikáció magasabb szintjével voltak jellemezhetőek. Ez összecseng olyan korábbi adatokkal, melyek szerint az SSAS pontszám és a negatív affektivitás (szorongás, depresszió) közepes mértékű együttjárást mutat (Aronson és mtsai, 2001). Tovább árnyalva a képet elmondhatjuk, hogy jogos az elképzelés, miszerint az „amplifikáció inkább a tudatossá váló tünetek felerősítésével kapcsolatos (vagyis *percepció*s típusú) folyamatokat takar (egyes szerzők *speciális kognitív torzításról beszélnek*; Mailloux és Brener, 2002), ami egyrészt a perifériás inputra adott fokozott kognitív-emocionális reakcióban, másrészt akár a perifériás bemenet nélküli tünetképzésben (elvárás-hatás) nyilvánul meg (Schmidt és mtsai, 1994, idézi Köteles, 2008 , 66. o.).

Ennek kapcsán megtalálhatjuk az összefüggést a szuggesztiókra való fokozott érzékenység és a magas SSAS pontszám közt, ugyanis a szuggesztió is mintegy előfeszíti, anticipálja a lehetséges következményeket (fenti definíció szerint „tünetet”), aminek kognitív-emocionális torzítása, felerősítése implicit módon, önkéntelenül történik. Így talán nem is ér meglepetésszerűen, hogy a pozitív tájékoztatót olvasó, magas amplifikációval jellemezhető csoport szorongásértékei a kezdeti szinthez képest is csökkentek, holott összességében a kísérleti manipuláció nem tartalmazott kifejezetten pozitív hangulat indukciót. Ennek oka lehet, hogy az amplifikátorok preconcepcióihoz, előzetes tapasztalataihoz, elvárásaihoz képest a tájékoztató jelentősen pozitívabb volt.

Az eredmények minden vonatkozása a negatív szuggesztiós csoport magasabb szorongására, fogorvossal és a kezeléssel kapcsolatos ellenérzéseire szolgál tanúbizonysággal. A fogorvosról és beavatkozásról alkotott benyomás, illetve annak megállapítása tekintetében, hogy ajánlaná-e ismerőseinek a tájékoztatót használó orvost, is szignifikánsan kedvezőtlenebb választ adott a negatív tájékoztatót olvasó csoport. Látható tehát, hogy egyetlen szövegrészlet alapján olyan általánosítások mentek végbe, melyek következtében a fogorvosba vetett bizalom is megrendült (holott az, hogy ilyen tájékoztatót alkalmaz rendelőjében, nem feltétlenül függ össze szorosan szakmai inkompetenciájával).

Vizsgálatom alátámasztotta, hogy a betegtájékoztatók milyen úton, milyen közvetítő tényezőkön keresztül hatnak a szorongásra, vagy akár a konkrét, specifikus (jelen esetben fogászati) félelemre. Azon a megállapításon túl, hogy a pozitív szuggesztiókat alkalmazó tájékoztatók bevezetése orvosolná a problémát, érdemes más szempontot is szemügyre venni a javaslatok megfogalmazásához. Különös tekintettel arra, hogy a páciensek felvilágosításának leggyakoribb, legszélesebb körben alkalmazott formája a mai klinikai gyakorlatban a szóbeli magyarázat, és/vagy írásbeli dokumentáció (Sobel és mtsai., 2010, Dixon-Woods, 2001). Ha összességében tekintjük, a jó tájékoztató ismérve, hogy struktúrája követi az olvasók már meglévő sémáját, illeszkedik ahhoz. Ezt a követelményt azzal szegik meg, ha a mellékhatások felsorolását szervek szerint csoportosítva teszik meg, hisz egy páciens döntésében inkább a tünet előfordulási gyakorisága és súlyossága befolyásol. (Morrow és mtsai., 1996, idézi Maat és Lentz, 2010).

Nem elhanyagolható kérdés azonban, hogy a gyakoriság milyen formában kerüljön ismertetésre: százalékos formában (pl. 100-ból x esetben észlelték az adott mellékhatást), verbálisan (pl. nagyon gyakori), vagy az előbbi kettőt kombinálva (nagyon gyakori – 100-ból x embert érinthet). Knapp és munkatársai (2009) eredményei szerint a mellékhatás megjelenésének valószínűségét legmagasabbra azok ítélték, akik a kombinált formájú informálásban részesültek, ráadásul a lehetséges tünetek szubjektív súlyosságát is ők tekintették legkomolyabbnak. A szerzők azt ajánlják tehát, hogy a szövődmények interpretálásakor célszerű lenne csak az abszolút gyakorisági formulára hagyatkozni, ha célunk a pontosabb tünet-percepció elérése.

Tekintettel a több ízben alátámasztott ismeretre, miszerint minden ártatlannak-ártalmatlannak tűnő megjegyzés már a tudatosodás előtti szinten hatást gyakorol a későbbi reakciókra, érdemes szemügyre venni a szuggesztiók helyes felépítésének elveit, azokat a szabályokat, amik mentén fogalmazva ráébredhetünk a hatékonyabb kommunikációs formák alkalmazásának szépségére. Elsődleges szerepet játszik mindenekelőtt a cél, mint központi gondolat minden elérendő számára nyilvánvaló megfogalmazása - ha egy személy áll velünk interakciós kapcsolatban, még célravezetőbb a gördülékeny raport szempontjából a saját néven szólítás; tömeg esetén a többes szám „mi” formulája mutatja az empátiás azonosulás magasabb fokát. (Varga, Diószeghy, 2001). Ezen túlmenően az igazságot elfedő eufémizmusok mellőzése és a pontosan elegendő, kielégítő válaszok elősegítik a közös döntés melletti felelősség megosztást az így kialakult partneri viszonyban (Donovan, 1993).

7.2 A VIZSGÁLAT TÁGABB KONTEXTUSA – KÖRNYEZETPSZICHOLÓGIA, MINT ÉRTELMEZÉSI KERET

A fogászati helyzet tágabb keretben történő értelmezésekor figyelembe kell vennünk olyan kontextuális, környezeti változókat, melyek szuggesztiót hordozó ágensként értékelhetők. Ilyenek többek között a váróterem falán elhelyezett plakátok, szóróanyagok, de az árjegyzék is szolgálhat szorongáskeltés forrásaként. Mi történik tehát? Nézzük meg egy konkrét fogászati példán! A foghúzásra érkező páciens korábbi tapasztalatai, és kulturális tanulás révén elsajátított számos sémát a fogászati helyzetre vonatkozóan; preconcepciói, beszűkült tudatállapota és a helyzetből eredő szuggesztiókra való fogékonysága miatt megszokott vonatkoztatási rendszere megváltozik. A literalizmus törvényét alkalmazva mindent magára vonatkoztat, önmagára nézve érvényesnek tart, a közléseket (a verbálistól a non- és extraverbálisig) szó szerint, mereven értelmezi. Ezt tetézi általános fogászati szorongása... A rendelőben várakozva az árjegyzék olvasgatásával üti el idejét: „foghúzás – 8000 Ft; *nehéz foghúzás* – 10.000 Ft, *nehéz foghúzás varrattal* – 12.000 Ft” (<http://www.jazmin-dent.hu/arlista.php>), majd kézhez veszi a fogeltávolítással kapcsolatos *betegtájékoztatót*, és megkapja az érzéstelenítő injekciót. Ki van téve tehát negatív szuggesztiók tömegének („nehéz foghúzás”...); és az injekcióval, melynek szövödményeit a *betegtájékoztató* részletesen taglalta (ájulás, gyógyszer-túlérzékenység, anaemiás zónák, haematomaépződés, tűtörés stb. (<http://www.fogaszatinfo.hu/index.php/erzestelenites-szovodmenyei.html>)) működésbe lép a placebo jelenség is. Jelen helyzetben szubjektív szenvedésének mértékét az határozza meg, hogy a szomatoszenzoros amplifikáció során milyen intenzitású és irányú kognitív, valamint érzelmi reakció alakult ki (Barsky és Borus, 1999). A hatásmechanizmus tesztelésére vállalkozott vizsgálatom, mely empirikusan tesztelve támasztotta alá a fent bemutatott hipotetikus példa érvényességét.

A kórházban végzett környezetpszichológiai kutatások két irányvonalát különíthetjük el: az egyik szeparáltan, önmagában vizsgálja a környezeti változókat, még a másik egy újonnan felújított kórházi részleg, osztály esetében vizsgálja a különböző kimenetek alakulását (Arneill, Devlin, 2002). A szuggesztiókkal kapcsolatban korábban említett öt szenzoros modalitás (VAKOG) modelljével analóg módon vonhatunk le következtetést az épített környezet kialakításának szempontjai kapcsán. Az érzékszerveinkhez elérő információk közül kiemelendő a fény (intenzitása, hullámhossza); a hőmérséklet (szellőzés, páratartalom), a hangok (zene, zajok), és a kilátás, panoráma (Arneill, Devlin, 2002). Az ablakra tekinthetünk

úgy, mint a külvilág felé irányuló perceptuális és kognitív kapcsolatra, mely a természetes fény, megnyugtató természeti látvány forrása, ezáltal a terápiás folyamat markáns komponense. A természeti környezet látványa pozitív érzelmi és pszichofiziológiai állapotokat indukál, segít a stresszből való felépülés során.

Témánkra – a fogászati várótermek környezetpszichológiájára – fókuszálva az olfaktorikus csatornán érkező szuggesztív üzenetek szerepe kiemelt jelentőséggel bír. A közegészségügyi ellátást igénybe vevők többségének első benyomása a kellemetlen, szúrós, „tipikus steril, kórház-szag”, mely a közismert fehéreköpeny effektushoz hasonlóan a maga jogán idézhet elő kellemetlen közérzetet, de akár tüneteket, állapotromlást, és az intézmény kerülését egyaránt. Az illat/aromamarketing épp ezen az ismert mechanizmuson keresztül igyekszik hatni: a virágba bomlott rózsabokor, sós tengeri fuvallat, frissen vágott fű, vagy egy gyors, frissítő tavaszi zápor illatának bepermetezésével olyan korai, múltbéli, kellemes élmények felidézéséhez vezethet, melyek előfeszítik a pozitív affektivitást. Egy New York-ban végzett vizsgálat empirikus adatainak tanúbizonysága szerint rákbetegek kezelése alatt a vanília-aroma illata nagymértékű szorongáscsökkenést eredményezett (Owens, 1994).

Fontos tehát, hogy a környezet is értelmezhető a gyógyulási folyamat egy elemeként, lerövidítheti az kórházi tartózkodást, és elősegítheti a gyorsabb felépülést. A betegekre érdemes úgy tekinteni, mint fogyasztókra, egy szolgáltatás igénybevevőire: mivel a páciensek nem tudják szükségszerűen, hogy mi „kiszolgálásuk” helyes menete, így a velük szemben tanúsított bánásmódra reagálnak. Ez nagyban függ az észlelt empátiától, melegségtől, barátságosságtól. Az ellátás észlelt minőségét szocioökonómiai és demográfiai változók befolyásolják, de az elégedettség megítélésében fontos szerepe van a várótermekben kapcsán szerzett benyomásoknak.

Ezen a ponton kiemelendő a környezeti önszabályozás elmélete, mely kapcsán az önszabályozás alapelveit Epstein (1985) kognitív-élmény énelmélete írja le. E szerint az emberek tudattalan elméletet (hierarchikusan szerveződő sémák) alakítanak ki a valóságról és önmagukról. Ebben az elméletben a világról és az emberi természetről alkotott alapvető hiedelmek is helyet kapnak, méghozzá a hierarchia legmagasabb szintjén. A környezetet - amellet, hogy reprezentáljuk sémarendszerünkben - önszabályozó eszközként is használjuk. Számos környezetpszichológiai kutatás igazolta, hogy az emberek érzelmi állapota jelentősen befolyásolja, hogy milyen környezetet preferálnak (lásd Russell, & Snodgrass, 1987). A

különböző érzelmi állapotok ugyanis különböző helyszínek keresésére és elhagyására ösztönzik a személyt, ezáltal tudják tehát szabályozni hangulatukat. A teljes önszabályozási folyamat részei a (1) mentális önreguláció (pszichés műveletek szándékokkal), (2) fizikai önszabályozás (testhasználat, szomatikus folyamatok) (3) szociális szelfreguláció és (4) a környezeti önszabályozási stratégiák (pl. helyhasználat) (Korpela, 1989, 1992). A mentális önreguláció az orvos-látogatás motívumát foglalja magában, aminek célja, motivációja elsősorban a gyógyulás, egészségünk megőrzése, fenntartása. A fizikai önszabályozás olyan fizikai aktivitások tudatos alkalmazása, melyek révén az egészség fenntartásán keresztül elérhetők, meghosszabbíthatók a pozitív érzelmi állapotok. A szociális szelfreguláció a társas támasz keresését foglalja magában, még a környezeti önszabályozási stratégiák alatt a helyhasználatot, helykogníciót és a magánszféra szabályozását értjük. Nem elhanyagolható szempont tehát, hogy milyen jelentést tulajdonítunk az orvos-látogatás tényének, illetve ezen keresztül közvetve a helynek, váróteremnek, rendelőnek. A szelfreguláció elmélete semleges: egyaránt vonatkozhat az érzelmek fokozására és fenntartására is, így a különböző helyek elkerülését és a hozzájuk kapcsolódó ambivalens viszonyt is magyarázhatja (Sallay, & Düll, 2006; Túry és mtsai, 2006; Sallay, 2008). Összegezve tehát az érzelmek szabályozása nemcsak belső, hanem külső tényezőket is magába foglal, melyek módosítják az érzelmi arousalt az érzelemkeltő szituációkban.

A környezeti feltételek kialakítása során mérlegelendők azok a tények, miszerint a szorongásból eredő arousal csillapítható figyelemeltereléssel – váróterem esetében akár vizuális művészeti alkotások segítségével is. „Minden olyan környezeti jegyet pozitív figyelemelterelésnek nevezünk, mely pozitív érzelmeket vált ki és az irányított figyelmet fenntartja anélkül, hogy szorongáskeltő lenne, így tehát blokkolja az aggodalmas gondolatokat” (Nanda és mtsai, 2012, 2. o). Utóbbi szerzők kutatásukban vizsgálták, hogy a csendéletek vászon formájában, vagy televízió vetítve milyen viselkedést hívnak elő a váróteremben tartózkodókból. Mindkét esetben csökkent a mozgolódás, a nyújtózkodás, székről felállás és az információs pultnál kérdezősködés, aminek hosszútávú implikációja a teamtagok leterheltségének és stressz-szintjének csökkenése. Ráadásul a hagyományos vászonképek esetén csökkent a zajsztint, halkabban beszélgettek a várakozók, ami azt sugallja, hogy érzelmi, affektív szinten lekötötték őket a képek. Megállapítják továbbá, hogy az „emberek bámulnak, néznek” feltétel erősen szorongáskeltő, a megfigyelt úgy érezheti, hogy a rendellenességét, deformitását figyelik a kívülállók. Számos vizsgálat alátámasztotta, hogy a természetből vett képek, vagy a természet hangjainak lejátszása elősegíti a gyógyulást,

csökkenti a visszaesés esélyét, csillapítja a fájdalmat, és a panaszokat (pl. emlődaganatosoknál a kemoterápia alatt víz alatti világból teremtetett virtuális valóság teremtése – Schneider és mtsai, 2003).

A váróterem légkörének észlelt kellemessége kapcsán az auditív csatornán érkező szuggesztív üzenetek is jelentős meghatározó erővel bírnak. A zene terápiás gyógyhatása már az ősidők óta ismert, köztudott, hogy a zene által ébresztett emóciók hatással vannak az egyén jóllétére, csökkentik a stresszt, az észlelt izoláció mértékét, és elősegíthetik a fizikai tünetek, panaszok kezelését, a fájdalomtól való megszabadulást, valamint aktív megküzdési stratégiákat hívnak elő. Cooper és Foster (2008) alapos vizsgálat alá vette a különféle zenei stílusok (nincs zene, könnyű, jazz, pop, klasszikus) hatását onkológiai betegek esetében, akik sugár- vagy kemoterápiás kezelés alatt részesültek a zenei intervencióban. Eredményeik a könnyű, dallamos zene szorongáscsökkentő hatását támasztották alá (ám a kis elemszám miatt következtetések fenntartással kezelendők). Az audiovizuális média, vagy rádió hallgatása kétségeket von maga után, ezt mindössze a páciensek 28%-a tartaná szükségesnek, még a zenét 66% jelölte meg (a könyveket 3%, a kártyajáték lehetőségét szintén ugyanennyien).

Ezzel kissé ellentmondó eredményre jutott egy magyar kutatócsoport (Szabó és mtsai, 2006), akik a váróteremben alkalmazott relaxáló zene, rövid történeteket tartalmazó videó és a fogászati félelem és szorongás témakörében kihelyezett tájékoztató poszterek szorongásszint változására gyakorolt hatását vizsgálták. Eredményeik szerint egyedül az utóbbi, azaz a szorongásról informáló poszter csökkentette az stressz-szintet, a másik két módszer hatástalannak bizonyult. Mérlegelendő tehát, hogy a (fogászati) váróterem ilyen szempontok alapján mennyire felel meg a gyógyító környezet kritériumainak, kutatásokkal alátámasztott és feltárt szttenderdeknek.

7.3 ÖSSZEFOGLALÁS, ZÁRÓ GONDOLATOK

Zárásként kitérek vizsgálatom előnyeire, korlátaira, és a témával kapcsolatos jövőbeli lehetőségekre. A betegtájékoztatók felhasználhatóságának, vizsgálatának irodalma (ahogy az irodalomjegyzék is mutatja) viszonylag széles, számos ország kutatói igyekeztek vizsgálatokat lebonyolítani a felhasználóbarát végkifejlet érdekében, ám sok esetben épp a szuggesztív aspektusok maradtak feltáratlanul. Holott az átláthatóság, könnyű keresés, esztétikai megfontolások mellett igencsak kiemelt szerepe van a megfogalmazás módjának,

mikéntjének a kezeléshez kapcsolódó attitűd, és – ahogy láttuk – az orvos megítélésének tekintetében is. Legjelentősebb hátránynak a kérdőíves módszert, azon belül is leginkább az online kitöltést tartom. Ennek következtében ugyanis nem garantált, hogy a vizsgálatba vont személyek azonos feltételek mellett végezték el a kitöltést, nem kontrollálhatók az olyan, esetlegesen befolyásoló tényezők, mint a háttérzene, közvetlen környezetben zajló interakciók. A prekoncepciók felmérése érdekében fontos lett volna továbbá informálódni arról, hogy estek-e át foghúzáson (az élmény frissességéről a beavatkozás időpontja adhatna tájékoztatást), és ha igen, milyen érzéseik vannak ezzel kapcsolatban (mennyire volt fájdalmas, félelemmel töltené-e el őket, ha újra erre lenne szükség). Azt, hogy jelen vizsgálat erre nem tért ki, pusztán az indokolja, hogy a véletlenszerű mintaválasztás következtében nagyjából azonos valószínűséggel kerültek negatív és pozitív előzetes tapasztalatú vizsgálati személyek az egyes csoportokba, vagyis a randomizáció tette lehetővé az eltérő prekoncepciókkal rendelkezők csoportonkénti egyenlő előfordulási arányát.

Vizsgálatom újszerűsége azon túl, hogy konkrét fogorvosi példán mutatta be a lehetséges következményeket, a szuggesztió – placebo – valamint a szomatoszenzoros amplifikáció hármasának összekapcsolása, közös keretben kezelése. Fontos eredménynek tartom (titkon célom is volt), hogy a következmények ecsetelésén továbblépve sikerült útmutatást is kínálni, melynek a gyakorlatba ültetése megkönnyítheti a fogászati szorongással jellemezhető páciensek kezelési együttműködését, de magasabb komfortérzetet nyújthat az alacsonyabb félelemmel bíróknak egyaránt. Korlát, de egyben új vizsgálati célkitűzést is takar, hogy jelen vizsgálat a szuggesztiók szempontjából a két végleten elhelyezkedő tájékoztató hatásait tesztelte. A későbbiekben hasznos lenne a más orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos, a gyakorlatban, köztudatban aktívan élő ismertetőkre kiterjeszteni jelen kutatás érvényességi körét. Az emlékezeti teljesítmény (egész pontosan a felismerési) vizsgálata további perspektívákat nyit meg: a tünetekről hozott valószínűségi ítéletek pontosságának megállapítása és javítása kiindulópontja lehet egy következő kutatásnak.

8. IRODALOMJEGYZÉK

- Aaron A.M. (1957). Hypnodontics: Hypnosis in Dentistry. In: Kroger W.S. (2008). *Clinical & experimental hypnosis*. Philadelphia: Lippincott Williams & Welkins.
- Alberth M., Gál N., Nemes J., Töviskes M., Máth J. (2002). 12-14 éves gyermekek "fogászati félelmének es szorongásának" hatása a fogazat állapotának alakulására. *Fogorvosi Szemle*, 95, 113-117.
- Aronson, K.R., Barrett, L.F., Quigley, K.S. (2001). Feeling your body or feeling badly. Evidence for the limited validity of the Somatosensory Amplification Scale as an index of somatic sensitivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 387-394.
- Bagdy E., Baktay Z., Mirnics Zs. (2006). *Pár- és családi kapcsolatok vizsgálata*. Bölcsész Konzorcium, Budapest. Letöltve: 2011. szeptember 10. <http://www.webcreator.hu/tankonyv/>
- Bányai É. (2010). Fejezetek az alkalmazott pszichológiából: Pszichológiai módszerek az onkológiai betegek támogatásában tantárgy "A rákbetegséggel való megküzdést befolyásoló tényezők" című előadása. 2010. őszi félév ELTE, PPK, Budapest.
- Bare, L.C., Dundes, L. (2004). Strategies for combating dental anxiety. *Journal of Dental Education*, 68(11), 1172-1177.
- Barsky, A.J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*, 91, 63-70.
- Barsky, A.J., Borus, J.F. (1999). Functional Somatic Syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130, 910-921.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S., Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A.J., Orav, E.J., Ahern, D.K., Rogers, M.P., Gruen, S.D., Liang, M.H. (1999). Somatic style and symptom reporting in rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 40, 396-403.

- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L. (2007). When words are painful: unravelling the mechanism of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147, 260-271.
- Berggren U., Carlsson S.G., Gustaffson J-E., Hakeberg M. (1995). Factor analysis and reduction of a fear survey schedule among dental phobic patients. *European Journal of Oral Sciences*, 103, 331-338.
- Berggren U., Meynert G. (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. *Journal of the American Dental Association*, 109, 247-251.
- Bergmann, J. (1984). Ist die Hypnose ein physiologischer Zustand? *Zeitschrift für Hypnotismus*, 3, 169-176.
- Bernardini, C., Ambrogi, V., Fardella, G., Perioli, L., Grandolini, G. (2001). How to improve the readability of the patient package leaflet: a survey on the use of colour, print size and layout. *Pharmacological Research*, 43, 437–443.
- Cheek, D. B. (1969). Communication with the critically ill. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12, 75-85.
- Colloca L., Sigauco M., Benedetti F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, 136, 211–8.
- Colloca L., Tinazzi M., Recchia S., Le Pera D., Fiaschi A., Benedetti F., Valeriani M. (2008). Learning potentiates neurophysiological and behavioral placebo analgesic responses. *Pain*, 139, 306–14
- Cooper, L., Foster, I. (2008). The use of music to aid patients' relaxation in a radiotherapy waiting room. *Radiography*, 14, 184-188.
- Corah N.L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48, 596.
- Cziboly Á., Bárdos Gy. (2003). A placebo fogalma, története, alkalmazása, valamint számos magyarázó elméletének áttekintése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58(3), 381-406.
- Dascal, M. (1987). Defining literal Meaning. *Cognitive Science*, 11, 259-281. Letöltve: 2011. szeptember 11. <http://csjarchive.cogsci.rpi.edu/1987v11/i03/p0259p0281/MAIN.PDF>

- Diószeghy Cs., Péntes I., Fejes K., Varga K. (2000). Pozitív szuggesztiók alkalmazása az orvosi gyakorlatban: tapasztalatok az intenzív osztályon. *Orvosi Hetilap*, 141(19), 1009-1013.
- Dixon-Woods, M. (2001). Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine*, 52, 1417-1432.
- Erickson, M.H., Hershman, S., Sevter, I.I. (2005). The practical application of medical and dental hypnosis. Boca Raton, Florida: OTC Publishing Corporation.
- Fábián G. (2008). *A fogászati félelem okai, prevenciója és terápiás lehetőségei, különös tekintettel az orthodontiai és gyermekfogászati gyakorlatra*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola, Budapest.
- Fábián T.K. (2007). Fogászati félelem, fóbia es pánikzavar. In: Vértés G., Fábián T.K. (szerk.): *Fogorvosi pszichoszomatika*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 147-156.
- Fábián T.K., Fábián G. (1998). Stress of Life, Stress of Death: Anxiety in Dentistry from the Viewpoint of Hypnotherapy. *Annals of the New York Academy Sciences*, 851, 495-500.
- Farthing, G.W. (1992). Altered states of consciousness. In Bányai É., Benczúr L. (szerk.) (2008). *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai*. Budapest: ELTE, Eötvös Kiadó.
- Ferenczi S. (1911/2006). Szuggesztió és pszichoanalízis. *Thalassa*, 17(2-3), 187-195.
 Letöltve: 2011. március 23.,
http://www.mtapi.hu/thalassa/a_folyoirat/e_szovegek/pdf/%2817%292006_2-3/Pages%20from%20Thalassa%20%2817%29%202006%202-3_187-195_Ferenczi_szuggesztio.pdf
- Finder, R. L., Moore, P. A. (2002) Adverse drug reactions to local anesthesia. *Dental Clinics of North America*, 46, 747-757. Letöltve: 2011. október 09.
<http://endoexperience.com/userfiles/file/unnamed/Adverse%20rxns%20to%20LA%20%20DCNA%202002.pdf>
- Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B., Rosomoff, R. S. (1995). Secondary gain concept: A review of the scientific evidence. *The Clinical Journal of Pain*, 11(1), 6-21.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. New York: Macmillan.

- Gauld, A. (1992). *A history of hypnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hahn, R. A. (1997) The placebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health. *Preventive medicine*, 26(5), 607-611.
- Hakeberg, M., Berggren U., Carlsson S.G. (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 20, 97-101.
- Howland, J. S., Baker, M. G., Poe, T. (1990). Does patient education cause side effects? *The Journal of Family Practice*, 31, 62–64.
- Jobbágyi G. (2008). *Orvosi Jog. Hippokratésztől a klónozásig*. Szent István Társulat. Az Apostoli Szentszék Könyvkiadója, Budapest.
- Kennedy, W. P. (1961). The placebo reaction. *Medical World*, 203–205.
- Kerrigan, D. D., Thevasagayam, R. S., Woods, T. O., Welch, I. MC., Thomas, W. E. G., Shorthuse, A. J., Dennison, A. R. (1993). Who's afraid of informed consent? *British Medical Journal*, 306, 298–300.
- Knapp, P., Raynor, D.K., Woolf, E., Gardner, P.H., Carrigan, N. (2009). Communicating the risk of side effects to patients. *Drug Saf*, 32(10), 837-849.
- Komsa I., Köteles F., Bárdos Gy. (2009). A betegtájékoztatók mint a gyógyhatás lehetséges összetevői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64, 4, 629-642.
- Kovács A., Balás I., Kállai J., Pásztor A, Dóczy T. (2000). A krónikus fájdalom szindrómák: Etiológia, kivizsgálás, terápiás lehetőségek. *Ideggyógyászati Szemle*, 53(5-6), 148-157.
- Köteles F. (2009). *A gyógyszerek érzékszervi tulajdonságai által kiváltott elvárások vizsgálata – A placebo-hatás háttértényezői*. Doktori disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola. Budapest.
- Köteles F., Bárdos Gy. (2009). Nil nocere? A placebo-jelenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(4), 697-727.
- Kroger, W.S. (2008). *Clinical and Experimental Hypnosis*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- van Laarhoven, A.I.M., Vogelaar, M.K., Wilder-Smith, O., van Riel, P.L.C.M., van de Kerkhof, P.C.M., Kraaijmaat, F.W., Evers, A.W.M. (2011). Induction of nocebo and placebo effects on itch and pain by verbal suggestions. *Pain*, article in press.
- Loftus, E. F., Fries, J. F. (1979). Informed consent may be hazardous to health. *Science*, 204, 11.
- Loftus, E. F., Fries, J. F. (2008). The potential perils of informed consent. *McGill Journal of Medicine*, 11(2), 217-218. Letöltve: 2011. szeptember 12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582663/>
- Ludwig, A.M. (1966). Altered states of consciousness. *Achieves of General Psychiatry*, 15, 225-234.
- Lundgren, J., Berggren, U., Carlsson, S.G. (2002). Psychophysiological reactions in dental phobic patients with direct vs. indirect fear acquisition. *Journal of Behavior Therapy*, 35, 3-12.
- Maat, H.P., Lentz, L. (2010). Written patient information. Improving the usability of patient information leaflets. *Patient Education and Counselling*, 80, 113-119.
- Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete. (2004). *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe*. Budapest.
- Mailloux, J., Brener, J. (2002). Somatosensory Amplification and Its Relationship to Heartbeat Detection Ability. *Psychosomatic Medicine*, 64, 353–357.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 167(11), 1172-1176.
- Messer D., Meldrum C. (1995). Psychology for nurses and health care professionals. Hertfordshire: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Morrow D.G., Leirer V.O., Andrassy J.M., Decker Tanke E. (1996). Medication instruction design: younger and older adult schemas for taking medication. *The Journal of the Human Factors*, 38, 556–73.
- Morris, L. A., Halperin, J. A. (1979). Effects of written drug information on patient

- knowledge and compliance: a literature review. *American Journal of Public Health*, 69(1), 47-52.
- Moscovici, S. (1994). Social representations and pragmatic communication. *Social science information*, 33, 163-177.
- Myers, M. G., Cairns, J. A., Singer, J. (1987). The consent form as a possible cause of side effects. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 42, 250–253.
- Nanda, U., Chanaud, C., Nelson, M., Zhu, X., Bajema, R., Jansen, B. H. (2012). Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *The Journal of Emergency Medicine*, in press, doi:10.1016/j.jemermed.2011.06.138.
- Owens, M. (1994, June 16th). Design Credo: Heed the Nose. *The New York Times*. Letöltve: 2011. december 01. <http://www.nytimes.com/1994/06/16/garden/design-credo-heed-the-nose.html?pagewanted=all&src=pm>
- Pennebaker, J. W. (1994) Psychological bases of symptom reporting – perceptual and emotional aspects of chemical-sensitivity. *Toxicology and Industrial Health*, 10 (4–5), 497–511.
- Pichler, J. (1992). Internationale Entwicklungen in den Patienten Rechten. Böhlau, Wien. 840-845, 947-953.
- Pogge, R. C. (1963). The toxic placebo. Part I – Side and toxic effects reported during the administration of placebo medicine. *Medical Times*, 91 (8), 1–6.
- Magyar Pszichológiai Társaság (2004). Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe. Letöltve: 2010. szeptember 02. http://www.mpt.hu/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=10:alapidokumentumok&download=57:szakmai-etikai-kdex&Itemid=23
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375–387.
- Raynor, D. K., Knapp, P., Moody, A., Young, R. (2005). Patient Information leaflets – Impact of European regulations on safe and effective use of medicines. *The Pharmaceutical Journal*, 275, 609–611.

- Rickels, K., Downing, R. (1967). Drug- and placebo-treated neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 16, 369-372.
- Rózsa S. (2009). A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana. Ph. D. disszertáció. Témavezető: Prof. Kulcsár Zsuzsanna. ELTE PPK, Budapest. Letöltve: 2010. november 10.
pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/2009/Doktori_disszertaci_Rzsa_Sndor.pdf
- RXMED (é.n.) The comprehensive resource for physicians, drug and illness information. Xylocaine dental solutions. Lidocaine Hcl – Epinephrine. Letöltve: 2011. október 09.
<http://www.rxmed.com/b.main/b2.pharmaceutical/b2.1.monographs/CPS-%20Monographs/CPS-%20%28General%20Monographs-%20X%29/XYLOCAINE%20DENTAL%20SOLn.html>
- Schachter, S., Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379–399.
- Schmidt, A.J., Wolfs-Takens, D.J., Oosterlaan, J., van den Hout, M.A. (1994). Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 61, 117-120.
- Schneider S., Ellis M., Coombs W., Shonkwiler .E, Folsom L. (2003). Virtual reality intervention for older women with breast cancer. *Journal of Cyberpsychology and Behavior*, 6, 301–7.
- Siegel, S. (1999). Multiple chemical sensitivity as a conditional response. *Toxicology and Industrial Health*, 15, 323-330.
- Sipos K., Sipos M., Spielberger, C. D. (1994). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In Mérei F., Szakács F. (ed.): *Pszichodiagnosztikai vademecum I/2*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 123-148.
- Smith, S., Henderson, M. (2000). What you don't know won't hurt you? *Psychiatric Bulletin*, 24, 172–174.
- Sobel G., Langmár Z., Tömösváry Z., Pajor A., Szabó I. (2010). Hogyan javítható a páciensek tájékozottsága a végzett műtétek kapcsán? –Megfontolások a mindennapi gyakorlat

- számára. *Orvosi Hetilap*, 151(20), 822-827.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., and Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. *Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA*.
- Stauder, A., Konkoly Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7, 203-216.
- Stiansen, S. (2006). The different effect of positive and negative suggestions. Research paper. ELTE, PPK, Budapest.
- Szabó Zs., Orbán Á.Sz., Markovics E., Markovics P., Fábián T.K., Fejérdy P. (2006). Decrease of anxiety and dental fear in the waiting room. A pilot study. (absztrakt). *Fogorvosi Szemle*, 99, 256.
- Vander Stichele, R.H., Vandierendonck, A., De Vooght, G., Reynudet, B., Lammertyn, J. (2002). Impact of written drug information in patient package inserts: Acceptance and impact on benefit/risk perception. *Drug Information Journal*, 36, 201–208.
- Varga K., Diószeghy Cs. (2001). *Hűtésbefizetés*. Budapest: Pólya Kiadó.
- Varga K. (2006). Placebo és szuggesztio – a gyógyítás szolgálatában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(4), 597-616.
- Varga K. (2011). *A szuggesztív kommunikációban rejlő lehetőségek*. In: Varga K. (szerk). *A szavakon túl – Kommunikáció az orvosi gyakorlatban*. Budapest: Medicina.
- Watzlawick, P. (1977). *How Real Is Real: Confusion, Disinformation, Communication*. New York: Vintage-Random.
- Xu, F. (2008). Informing patients about drug effects using positive suggestion. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 14 (4), 395–396.

9. MELLÉKLETEK

9.1 „A” (NEGATÍV SZUGGESZTIÓKAT TARTALMAZÓ) CSOPORT TÁJÉKOZTATÓJA

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Fogeltávolítás, foggyökér eltávolítás

Az **elhanyagolt** szuvas fog és/vagy közvetlen környezetének megbetegedése gyakran ahhoz vezet, hogy már csak **eltávolítani** lehet a fogat. Az elhalt fogon keresztül a fertőzés ráterjed a fog gyökerének csúcsára és az azt övező csontra, és gyulladást eredményez. Ennek eredményeként a fog körüli szövetek meggyengülnek, kilazul a fog, mozgathatóvá válik, ráharapásra fájdalmas. A **gyulladás** következménye láz és duzzanat is lehet. A felső fogak körüli gyulladásból arcüreggyulladás alakulhat ki. A fog eltávolítása szükségessé válhat, ha folyamatosan gyulladást tart fenn (**krónikus gyulladás, „gócos fog”**). Ebben az esetben a gyökércsúcs körül **tályog** alakulhat ki, mely látható a röntgenen is.

A fogeltávolítás menete, érzéstelenítés

Az érzéstelenítő oldatot fecskendő és a rá csatlakozó tű segítségével juttatjuk a kezelendő terület nyálkahártyája alá. Ehhez át kell szúrni a nyálkahártyát, alá kell fecskendezni a szert.

Miután a fogorvos meggyőződött a fog környékének érzéketlenségéről („elzsibbadásáról”), a fogó felhelyezése előtt a nyálkahártya sérülések elkerülése érdekében, **ínyletolóval** leválasztja a fogínyt a fogról, majd a fogó felhelyezését követően mozgatóval eltávolítja, kihúzza a fogat. Az érzéstelenítés ellenére eközben feszítő, nyomó érzés fellép, mert azt nem kapcsolja ki a szer. Ha gyulladt fogat távolítunk el, a **sebüregben** levő gyulladásos szövetet is el kell távolítani. Ez egy speciális éles szélű, kis kanállal történik mintegy **kikanalazva a gyulladt szöveteket** az üreg aljáról. A sebszéleket az orvos nyomással közelíti egymáshoz. A beavatkozás után 15 percig gézlapra kell harapni. A vérzés megszűnése után hazaengedjük.

Fogeltávolítás utáni szövődmények

Az egyik leggyakoribb szövődemény a **vérzés**. A fog eltávolításakor **bekövetkezhet** a fogat körülvevő **fogmeder nyúlvány** (csont) **törése**, ilyenkor a kicsi letört szilánk később **kilökődik** az ínyn keresztül. **Roncsolódhat a fogíny**, berepedhet a szájzug, herpesz

alakulhat ki az ajkakon. Előfordul a **szomszédos fogak kimozdulása**, vagy a szomszédos fogakban levő nagy tömés **kibillenése**. **Megsérülhet a húzott fog melletti vagy szemközti fog, fogpótlás (porcelán korona borítása lepattanhat).** **Felső fogaknál megnyílhat az arcüreg, alsó bölcsességfogaknál az alsó állcsontban futó érző ideg sérülhet, ekkor akár fél évig is zsibbadhat a húzott fog oldala.** Az arcüreg megnyílása, nagyobb csonttörés esetén szájsebészeti kezelés válhat szükségessé. A tanácsok be nem tartása, nagyon gyulladt fog húzása miatt vagy egyéb okokból kialakulhat a **húzás helyének gyulladása**, mely fájdalmas, akár lázat is okozó jelenség. Ekkor azonnal jelentkeznie kell fogorvosánál!

Enyhe, szivárgó vérzés előfordulhat otthon, ilyenkor steril gézből hajtogasson bucit és a sebre ráhelyezve, harapjon össze. Ha öt percen belül így nem szűnik a vérzés vagy az nagyon bő, forduljon azonnal orvoshoz! **A sebet szívogatni, vízzel öblögetni tilos, ugyanis ez további vérzéshez vezethet. Gyulladás, gennyesedés, szájnyitás nehézsége (szájzár) vagy láz esetén azonnal jelentkezzen fogorvosánál! Bármilyen egyéb felmerülő probléma esetén azonnal telefonáljon kezelő orvosának!**

9.2 „B” (POZITÍV SZUGGESZTIÓKAT TARTALMAZÓ) CSOPORT TÁJÉKOZTATÓJA

Fogak valamint foggyökerek eltávolításának megoldása

A beavatkozás:

A fog vagy gyökér eltávolításának menetét azok térbeli elhelyezkedése, valamint a fog vagy gyökér állapota befolyásolja. Helyi érzéstelenítésben, fogóval, emelővel, szükség esetén a gyökér körüli csont eltávolításával történik a beavatkozás. Ezután a fog helyét óvatosan tisztítjuk, ügyelve a környező képletek épségére. A fog helyét nyomótamponnal és/vagy varrattak látjuk el, majd tájékoztatást adunk az ápolási teendőkről, a kontroll időpontjáról, valamint arról, hogy ha kérdése merül fel, telefonon vagy személyesen ismét felveheti a kapcsolatot rendelőnkkel. Igény esetén a páciens recepttel bocsátjuk el a panaszmentes mielőbbi gyógyulás érdekében.

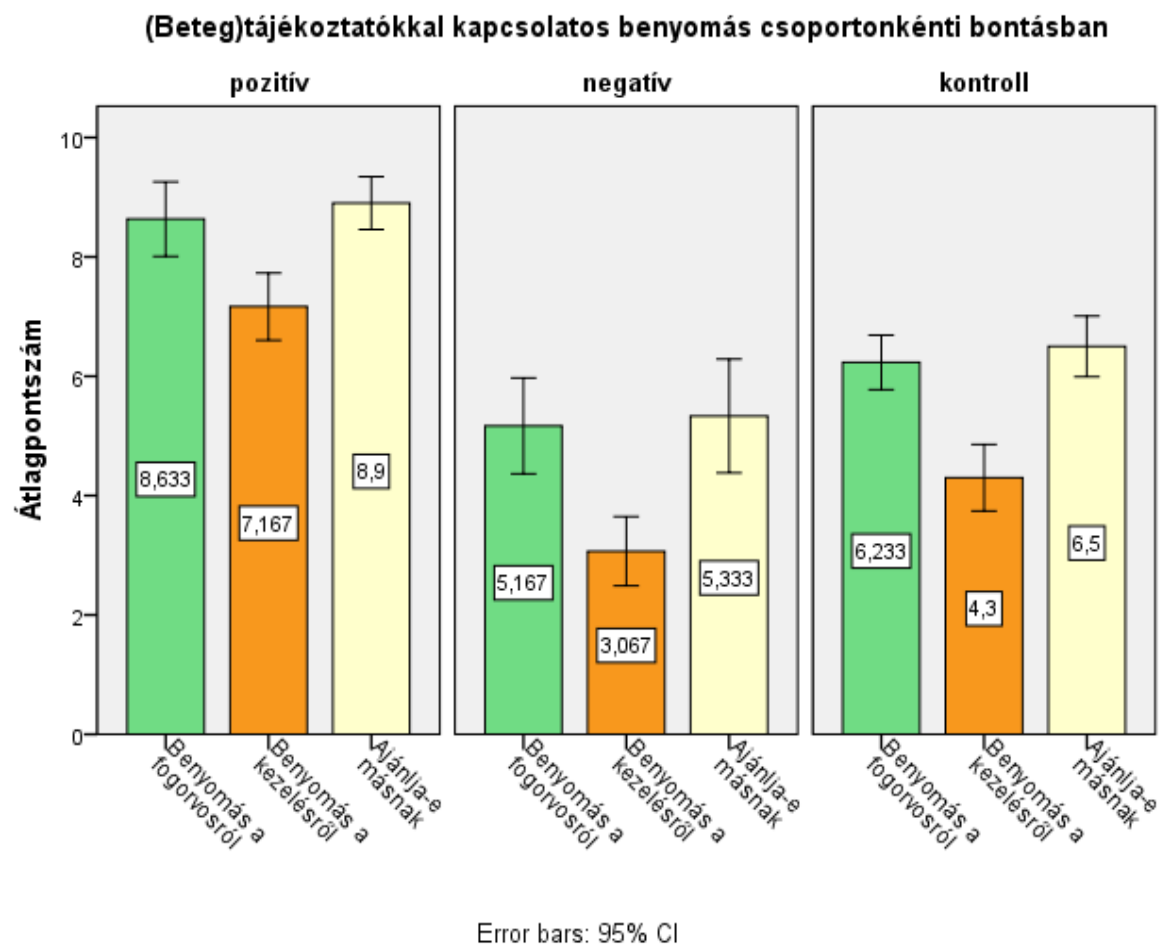
Következmények lehetnek:

Nagyon ritkán előfordulhat idegsérülés, ami két-három napig zsibbadás érzését keltheti, majd természetesen, magától abbamarad. Az esetlegesen jelentkező helyi duzzanat, érzékenység, szájnyitási korlátozottság vagy hőemelkedés néhány napon belül magától megszűnik.

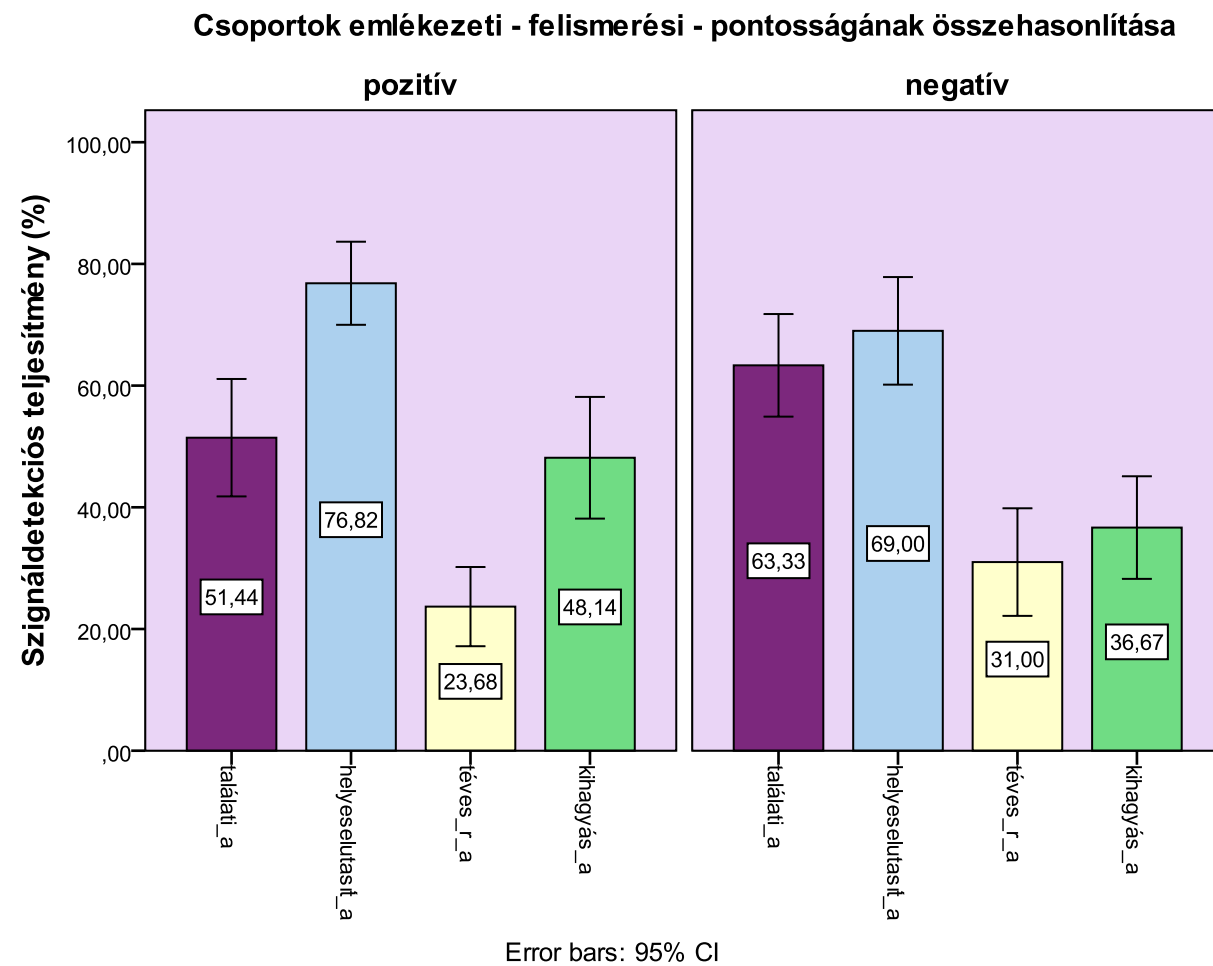
Hasznos, jó tanácsok:

Egy-két napig fogyasszon puha, könnyen megrágható, kellemesen langyos ételeket – tejtermék kivételével bármit ehet, amit kíván. Ha enyhe duzzanatot észlelne, helyezzen arcára textíliába csomagolt jégakkut vagy zselét 3-4 percre, mely kellemesen lehűti a kezelt területet. A hajolással, súlyosabb tárgyak emelésével járó műveleteket egy hétig bízza másra, Ön csak a pihenésre koncentráljon.

9.3 GRAFIKONOK



1. ábra - A betegtájékoztatók olvasása után formált vélemény, benyomás csoportonként



2. ábra - Felismerési teljesítmény csoportonként