

## A Vészhelyzet című televíziós sorozat lehetséges hatásai a fájdalomcsillapítással kapcsolatos attitűdökre

**Összefoglalás** ♦ *Kutatásom során a média, azon belül is a Vészhelyzet című – egyik legnépszerűbb amerikai, kórházi eseteket feldolgozó – játékfilmsorozat egy esetleges speciális hatását vizsgálom. A vizsgálat célja az utóbbi évek kutatásai által feltárt, a fájdalommal vagy a fájdalomcsillapító használatával és hatásával kapcsolatban kialakuló legtöbbször téves vagy a kockázat mértékét túlbecsülő vélekedések alapjául szolgálható részek elemzése a sorozatban. Ennek érdekében kialakítottam egy videó-montázst a tévéműsor fájdalmat és az azt enyhíteni kívánó fájdalomcsillapítási megoldást tartalmazó részleteiből, amelyet levetítettem a vizsgálatban résztvevőknek, akiket kényelmi mintavétellel toboroztam. Az eljárás következő szakaszában a vizsgálati személyek egy, a sorozatmontázsra vonatkozó kérdőívet töltöttek ki, amelyet a Barriers Questionnaire-II (Gunnarsdottir, Donovan, Serlin, Voge és Ward, 2002) (fájdalomcsillapítás pácienshez fűződő akadályait vizsgáló kérdőív), alapján dolgoztam ki. Az eredmények elemzésekor a különböző – fájdalomcsillapításhoz kapcsolódó félelmeket – és a sorozat összefüggéseit tételenként elemeztem. Több itemnél jött ki szignifikáns eredmény, amely alapján arra következtethetünk, hogy a sorozat által felvázolt kép alapot adhat a fájdalomcsillapítókhoz való gyors hozzászokás, tolerancia mértékének vagy jelentőségének túlértékelésére, valamint az esetleges függővé válás minőségének félreértésére, és az ezekkel kapcsolatos negatív attitűdök kialakulására. Ezen kívül a fájdalomcsillapítókról általában veszélyes és kockázatos, a rákos fájdalomcsillapításról viszont eredményes képet sugall. A szignifikáns különbségek a várt eredményeket hozták, továbbá az összesített elemzéseken is látszódik a televíziós műsor szemléletformáló hatása.*

### Elméleti bevezető

A fájdalom a rákos megbetegedések egyik leggyakoribb és legaggasztóbb tünete. Az előrehaladott rákbetegek 64%-ának vannak fájdalmai, melyek csillapítása igen komplex feladat (Oldenmengera, Silleviss Smitt, Van Dooren, Stoter, Van der Rijta, 2009). Az egyik

legnagyobb probléma, hogy jelen vannak a fájdalomcsillapítás fejlett eszközei, valamint a fájdalom csillapítására való igény is, hatékony megoldás azonban sokszor mégsem jön létre. Habár sok tényező együttes hatásáról van szó, a betegek vonakodása a fájdalom jelzésétől és a rendelkezésre álló fájdalomcsillapítók használatától bizonyult a legfőbb akadállyal (Vortherms, Ryan és Ward, 1992; idézi Gunnarsdottir, Donovan, Serlin, Voge és Ward, 2002). Ez a hozzáállás sokszor a fájdalom és fájdalomcsillapítók hatásával kapcsolatos hibás nézeteken, félreértéseken alapszik, amit a fájdalomcsillapítás pácienshez fűződő akadályainak ('patient-related barriers to cancer pain management') hívnak.

E vélekedések mérésére dolgozták ki Ward, Goldberg, Miller-McCauley és munkatársai 1993-ban a Barriers Questionnaire-t (BQ, 'Korlátok Kérdőív'). A kérdőívet ezután számos kutatásban használták, ami a fájdalomcsillapítóktól való félelem valid és reliabilis mérőeszközének mutatkozott, mégsem váltott ki széleskörű érdeklődést. A szakirodalom és a fájdalomcsillapítás eszközeinek és gyakorlásának változásával, valamint a visszajelzések alapján egyre nyilvánvalóbbá vált az a probléma, hogy sokszor maga a beteg utasítja vissza a megfelelő fájdalomcsillapító kezelést. Ebből kiindulva Gunnarsdottir, Donovan, Serlin és munkatársai továbbfejlesztették, korszerűsítették a BQ-t, amellyel kialakult a BQ-II. Az új kérdőív eredményei megfelelőek voltak reliabilitási és validitási szempontból is, és az újabb populációkra történő adaptációk (pl. Gunnarsdottir, Serlin és Ward, 2005) újabb lehetséges kutatási területekre mutattak rá. A rákbeteg és egészséges felnőttek körében végzett kutatások arra világítottak rá, hogy az opioid fájdalomcsillapítókkal kapcsolatban a világ különböző területein nagyon hasonló félelmek és tévhitek élnek az emberekben (Barry, 2007, idézi Biró, 2012). Az egyik ilyen korlát a fájdalomcsillapítók miatt kialakuló függéstől való félelem (Sherwood, Adams-McNeill, Starck, Nieto és Thompson, 2000), ami legtöbbször a pszichológiai függés és a fizikai dependencia és tolerancia fogalmainak összemosásából adódik. A laikusok legtöbbször nem tudják, hogy az opioidok használata mennyire elterjedt, és nem csak a terminális betegek kezelésére, de pl. műtéti altatásnál is használják őket, valamint, ha már a beteg állapota nem igényli az opioidok használatát, rövid időn belül lehetséges annak teljes berekesztése. A magyar 'kábitó fájdalomcsillapító' megnevezés is növeli az addikciótól, a függőség okozta még több szenvedéstől, és stigmatizáltságtól való félelmet, amely a kialakuló pszichológiai függés esélyének erős felértékeléséből következhet (Biró, 2012).

Ehhez hasonló logikájú tévhit, ami a túl gyorsan kialakuló toleranciához kötődik (Sherwood és mtsai, 2000). A betegek nagy része meg van győződve arról, hogy ha a fájdalom jelentkezésekor kezdi el szedni a fájdalomcsillapítót, a hozzászokás miatt az nem

lesz elég hatásos már akkor, amikor a fájdalma rosszabbodik. Sokan nem tudják, hogy a beadható opioid dózisnak nincs felső határa, és addig várnak az alkalmazásával, ameddig fájdalmuk el nem éri a tűrésük határát (Levin, Cleeland és Dar, 1985). A laikusok általában tudnak az opioid terápiák emelkedő dózisainak tendenciájáról, és ezt is – tévesen – a tolerancia jelének tartják. Valójában viszont a fájdalom mértékének növekedése határozza meg a dózist, nem pedig a hozzászokás, és így a fájdalomcsillapító hatásának csökkenése. A beteg sokszor azért szenved a szükségesnél többet, mert fájdalmát már csak az utolsó pillanatban jelzi, viszont az opioid terápia felépítéséhez, és a fájdalomcsillapításhoz megfelelő dózis fokozatos eléréséig idő kell. Ezalatt a beteg fájdalmai csak lassan enyhülnek, ami elkerülhető lenne, ha a terápia már a fájdalmak jelentkezésekor elkezdődne (Biró, 2012).

A rákos fájdalom csillapításának másik gyakori gátja a fatalizmus jelensége, ami azt a meggyőződést takarja, hogy a rákos megbetegedések fájdalmai nem enyhíthetők, így az azzal járó szenvedésekkel szembeállni alapvetően reménytelen és értelmetlen törekvés (Will és Wooton, 1999, idézi Biró, 2012). Az ebből következő passzivitás, beletörődés és segítségkérés hiánya, valamint az orvosok feltételezése, hogy a beteg megfelelően jelzi a fájdalmait, ha azok jelen vannak, súlyos akadály a szenvedés enyhítésének. Az orvos és beteg közti megfelelő, hatékony kommunikáció hiányának több oka is lehet. Sok beteg tart attól, hogy panaszkodónak, gyengének tűnik, ha beszél fájdalmairól, ezen felül még az orvos figyelmét is elvonhatja a gyógyítás folyamatáról.

A betegek egy része meg van győződve róla, hogy a fájdalomcsillapítóknak kezelhetetlen és törvényszerű mellékhatásaik vannak (álmosság, hányinger, székrekedés, zavarodottság), amelyek elkerülése érdekében inkább a fájdalmat választja (Levin és mtsai, 1985; Sherwood és mtsai, 2000). Gyakran tartanak attól is, hogy a gyógyszer további kárt tehet az immunrendszerük működésében vagy korlátozva a testi folyamatok monitorozásának lehetőségeit, elfedhet fontos változásokat a betegség alakulásában.

A kutatások alapján az orvosoknak ugyancsak vannak félelmeik az opioidok használatával és annak jogkövetkezményeivel kapcsolatban (Baumrucker, 2000.) A megfelelő opioid dózis adagolásában nagy különbségek lehetnek az emberek között. Emellett a szedációs, illetve fájdalomcsillapítási céllal használt adagok között nincs éles határ, az orvosok felbecsülik az esetleges légzésdepresszió, légzési zavarok megjelenését (Snykes, 2007). A fájdalomcsillapító, mint a bekövetkező halál okozója, sokszor a betegekben és hozzátartozókban is felmerül és félelmet kelt. Ez az elképzelés is a folyamat félreértéséből fakad, hiszen nem a fájdalomcsillapító magas dózisa vezet halálhoz, hanem a betegség előrehaladott stádiuma, és az abból fakadó szenvedés teszi szükségessé a fájdalomcsillapító

használatát (Biró, 2012). Egy másik ellátáshoz kapcsolódó tévedés, hogy az orvosok és egészségügyben dolgozó szakemberek meg vannak győződve róla, hogy fel tudják mérni a betegek fájdalmát, valamint azok intenzitásának mértékét. Ehhez a megítéléshez az a téves vélekedés vezet, miszerint a beteg képes és motivált saját fájdalmai jelzésére, és törekszik a fájdalomcsillapításban való együttműködésre (Clark 1984, idézi Biró, 2012).

A fájdalomcsillapítással kapcsolatos félelmeket és kétségeket a beteg és hozzátartozói az esetek többségében erősítik egymásban. A beteget és családtagjait együttesen vizsgáló, komplexebb kutatások igazolták is, hogy félelmek tartalma nagyon hasonló. Így a szakirodalom a klinikai gyakorlatban felmerült problémák megoldására a beteg és hozzátartozó együttes támogatását javasolja (Lin, Wang, Lai, Lin, Tsai és Chen, 2000).

A felsorolt tévhitek, félelmek, és a fájdalomcsillapítókhoz kapcsolódó attitűdök forrása számos tényező lehet, mint például a már említett családi környezet, a kulturális hagyományok, megküzdési stratégiák (Juarez, Ferrell és Borneman, 1998). Ilyen tényező lehet a média, azon belül is az egészségügyi ellátás eseteit, szituációit felvázoló sorozatok.

A médiában látott minták erősen befolyásolják értékítéleteinket, megoldási stratégiáinkat. A fiktív filmek, televíziós műsorok gyakran valósághű ábrázolása csökkentheti a befogadó realitásérzékét (Zana, 2009). Jó példa erre a nagy nézőközönséget vonzó *Vészhelyzet* című kórház sorozat, amelynek részeiben rendszeresen előfordulnak morális és filozófiai problémák, és azok elemzései. Humánus ábrázolásmódja révén a befogadó könnyen azonosul a szereplőkkel, és azok szociokulturális megoldási sémáival.

A *Vészhelyzet* (eredeti cím: ER) amerikai játékfilmsorozat egy kórház sürgősségi osztályának életéről, eseteiről szól Chicagóban, Illinois államban. A sorozat vizsgált évadát az RTL Klub tévécsatorna 2010 őszén és 2011 tavaszán vetítette szinkronizált változatban, és 2010-ben Magyarország 3. legnézettebb sorozata volt a 18-49 évesek között. A teljes lakosság körében pedig a 6. legnépszerűbb sorozatnak bizonyult <sup>1</sup>. Az utolsó évadot 937 ezren nézték átlagban kedd esténként.

## **Kutatási kérdés**

Jelen kutatás célja a fájdalomcsillapítással kapcsolatos, médiából érkező sémák, vélemények

---

<sup>1</sup> A sorozat magyar nézettségi adatait a következő internetes oldal alapján írtam le: <http://www.sorozatjunkie.hu/category/magyar-nezettseg/>. (A részletes adatok nem hozzáférhetőek sem a Központi Statisztikai Hivatal, sem a Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság honlapján. A legpontosabb adatokat a fent említett internetes oldalon találtam, ahol az annak megfelelő hét nézettségi adatairól szóló bejegyzésekből válogattam ki a *Vészhelyzet* epizódjaihoz tartozó eredményeket. Így alakítottam ki az 1. mellékletben látható táblázatot. )

feltárása, azon belül is a Vészhelyzet sorozat fájdalomról és fájdalomcsillapításról közvetített képek vizsgálatára. A kutatás során próbálom felmérni, hogy mennyire vannak jelen a sorozatban a fent említett vélekedések és tévhitek, vagyis milyen mértékben szolgáltatnak alapot a sorozatban megjelenő esetek a már taglalt, fájdalomcsillapításhoz fűződő pszichológiai akadályok számára.

### **Mérőeszközök**

A vizsgálat felépítését, tervezését az eljárásban használt video-montázs és a hozzá kapcsolódó kérdőív kidolgozásával kezdtem.

Az összeállítást a Vészhelyzet című sorozat utolsó, vagyis 15. évadának (22, átlagban 40 perces epizód) részleteiből összevágott video montázs képezi. Az epizódok többszöri megtekintése után olyan eseteket, jeleneteket válogattam ki, amelyekben megfogalmazódik – a beteg vagy az orvos által – a páciens egyértelmű fájdalma, valamint az azt enyhíteni kívánó fájdalomcsillapítási megoldás. Ennek a kritériumnak összesen 21 jelenet felelt meg, melyek 15 különféle esetet foglalnak magukba. Az epizódrészletek egymás mellé vágásával kaptam egy 17 perc 21 másodperc hosszú videoklipet, ami a vizsgálati csoport ingeranyagaként szolgált a későbbiekben. A kontrollcsoport számára szintén a sorozat, hasonlóan aktív, ellátásról szóló részleteiből válogattam, de itt már nem verbalizálódik a fájdalom, és a fájdalomcsillapítás sem jelenik meg a kiválasztott eseteknél. Ez a videó az elsőhöz hasonlóan 17 perc 29 másodperc hosszú lett.

Mivel ez a kutatási terület még nagyon új, nem áll rendelkezésre sok mérőeszköz, magyar nyelvű pedig egyáltalán nem. Így a sorozatrészletek benyomásait, a fájdalomcsillapításról sugallt képét a Barriers Questionnaire-II-ből (Gunnarsdottir és mtsai, 2002) általam kialakított kérdőívvel szándékoztam felmérni. A BQ-II 27 iteme közül 12 szól a fájdalomcsillapítók fizikai hatásairól (toleranciától, hozzászokástól való félelem; testi folyamatok monitorozásának korlátozása; hányinger, álmoság, székrekedés, zavartság kontrollálhatatlansága; illetve az, hogy könnyebb elviselni a fájdalmat, mint a fájdalomcsillapító mellékhatásait); 3 item a fatalizmusról (enyhíthető-e a rákos fájdalom); 6 item a kommunikációból fakadó akadályokról (ha beszélek a fájdalomról, akkor panaszkodónak fogok tűnni, elvonom az orvos figyelmét a gyógyításról, idegesítem az orvost); és 6 item van még a fájdalomcsillapítók lehetséges káros hatásairól (függővé válás, immunrendszer károsodása, gyengülése). Először lefordítottam a kérdőív itemeit magyarra, majd azokat a tételeket, amelyek azonos vélekedést írtak körül, összevontam egy itemmé (ld. a mellékletet). Így alakult ki 11 tétel a kérdőívemhez, valamint plusz egy 12. item, ami

átfogóan kérdez a fájdalomcsillapítás negatív hatásáról (*“A fájdalomcsillapítók veszélyesek.”*). Az állításokat a kitöltő egy 7-fokú Likert-skálán tudta értékelni, attól függően, hogy a látott videó benyomásai, információi alapján mennyire ért egyet azokkal. Valamint volt lehetőség “X” értékelésre is, ha a kitöltő úgy érezte, nem tudja megítélni az olvasott tételt. A kérdőív végén a fájdalomcsillapítással kapcsolatos tapasztalatokról lehetett beszámolni (*“Milyen személyes vagy közvetlen közelében történt tapasztalatai vannak krónikus (legalább 1 hónapig tartó) fájdalommal járó betegségek kezelésével kapcsolatban?”*)

### **Vizsgálati személyek**

A kutatásban résztvevők egy részét kényelmi mintavétellel, vagyis a számomra elérhető embereket személyesen, e-mailben, vagy közösségi oldalon toboroztam. A másik része pedig a már felkért személyek segítségével, “hólabda” mintavétellel került a kutatásba. A résztvevők végzettségüket tekintve érettségivel (19 fő), felsőfokú alapképzéssel (16 fő), felsőfokú mesterképzéssel (3 fő) egyaránt rendelkeztek. Az adatgyűjtés során összesen 54 személy eredményei gyűltek össze, amelyből 26 volt férfi (48,1 %), és 28 nő (51,9 %). A vizsgálati és kontroll csoportra lebontva, az előbbiben 40 (24 nő, 16 férfi), utóbbiban 14 (4 nő, 10 férfi) személy volt. Ezek az adatok a validitási vizsgálatok (lásd. lejjebb) során 24-re (15 nő, 9 férfi) csökkentek a vizsgálati csoportban, így tehát a statisztikai elemzést már csak 38 személy adataival végeztem el. Életkorukat tekintve a legfiatalabb résztvevő 19, a legidősebb pedig 45 éves volt. A vizsgálati (életkorok átlaga 22,63; szórása 1,41) és kontroll (életkorok átlaga 28, szórása 8,33) csoportban részvevő összes személy életkorának átlaga 24,61 év, szórása pedig 5,7 volt.

### **Eljárás**

A toborzás után az adatfelvételt személyesen végeztem el. A vizsgálati személyekkel találkoztam egy előzetesen megbeszélt helyszínen és létszámban (egyenként vagy csoportosan). A procedúra elején tájékoztattam őket a vizsgálat körülményeiről, vagyis, hogy az első szakaszban egy filmrészlet megtekintése, majd az ahhoz kapcsolódó kérdőív kitöltése lesz a feladat, valamint, hogy a vizsgálat célja felmérni a média fájdalomcsillapítással kapcsolatos attitűdökre gyakorolt hatását. Ezután megkértem őket, hogy figyelmesen nézzék végig a hozott videoklipet, amit laptopomról játszottam le nekik. A vetítés végeztével az instrukció alapján (*“A sorozatrészlet benyomásai alapján kérem, jelölje be mennyire tartja igaznak a lentebbi állításokat!”*) a kérdőív kitöltése következett. Az adatgyűjtésre legtöbbször

személyenként került sor, de volt olyan alkalom, amikor több laptop segítségével szimultán lehetett haladni, valamint amikor ketten néztek egy monitort (ketten még jól ráláttak a képernyőre, így a körülmények nem nagyon tértek el az egyéni helyzettől). Az adatgyűjtés segítségével 26 (21 vizsgálati csoportos, 5 kontroll csoportos) személy adatait sikerült felvenni. Az adatfelvétel második szakaszában az adatok gyűjtését elektronikus úton folytattam. Kialakítottam a kérdőív internetes formáját, ami abban különbözött az eredetitől, hogy az “X” helyett “0”-t kellett jelölni, ha a kitöltő nem tudta értékelni az állítást, valamint konkrétabb lett az instrukció (*“Kérem csak a sorozatrészletben látottakra támaszkodva töltsé ki a kérdőívet, elvonatkoztatva saját tapasztalataitól!”*), a videó montázsokat pedig elérhetővé tettem az interneten a résztvevők számára. Ebben a formában még 28 vizsgálati személy adatait sikerült felvenni (19 vizsgálati csoportos, 9 kontroll csoportos).

### **Eredmények**

A kérdőív kialakítása során belehelyeztünk egy olyan itemet is, ami semmilyen formában sem jelenik meg a videó montázsban (*“A fájdalomcsillapító okozta székrekedést nem lehet enyhíteni.”*), így az arra kapott eredmények egyfajta „hazugság-skálaként”<sup>2</sup> működhetnek. Tehát, aki erre az állításra nem 0-t vagy X-et írt, arról feltételezhető, hogy nem a filmben látottak, az abból nyert információk alapján, hanem korábbi tudása, véleménye belekeverésével töltötte ki a kérdőívet. Így az első lépés az eredmények kiértékelése során azoknak az embereknek a kiválogatása volt a vizsgálati csoportból, akik „nem tudták megítélni” a kérdéses itemet. Így lett a már említett 40 emberből 24. A következő lépés a két különböző instrukcióval felvett adatok közötti különbség vizsgálata volt. Az SPSS-ben lefuttatott független mintás t-próba alapján nem okozott szignifikáns különbséget az instrukció megváltoztatása sem a vizsgálati, sem a kontroll csoportban.

A továbbiakban a vizsgálati és kontroll csoport adatain elvégzett független mintás t-próba eredményeit részletezem:

#### ***1. Ha fájdalomcsillapítót használsz, a szervezeted hozzászokik, és rövid időn belül nem lesz hatásos a gyógyszer.***

---

<sup>2</sup> A hazugság-skálához tartozó itemek általában a kitöltő válaszáinak szándékos vagy figyelmetlenségből adódó következetlenségeit hivatott mérni. Jelen esetben a hazugság-skála feladata a film alapján és a máshonnan hozott tapasztalatok alapján kitöltő személyek meghatározása, elkülönítése, azáltal, hogy egy olyan dolog megítélését kéri, amiről a kisfilm nem ad információt. Ezzel a módszerrel tovább biztosítjuk, hogy eredményeink a sorozat hatását mérjék, vagyis validitás szempontjából megfeleljenek.

csoporthat	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	5.0000		
kontroll	14	3.1429	2,622	0,013

A két csoport eredménye szignifikánsan eltér ( $t(36)=2,622$   $p<0,013$ ). Míg a kontrollcsoport átlageredményei alapján inkább nem értenek egyet az állítással, addig a vizsgálati csoport inkább egyetért, vagyis a látottak támogatják azt a hibás nézetet, miszerint a tolerancia gyors bekövetkezése miatt érdemes minél később, csak a fájdalom előrehaladtával belekezdeni a fájdalomcsillapítók alkalmazásába.

### 2. A fájdalomcsillapító hatása elfedhet fontos változásokat a testünkben.

csoporthat	Létszám	Átlag	t-érték	Szig.(p)<
vizsgálati	24	5.6667		
kontroll	14	3.7143	2,985	0,005

Az eltérés ennél az itemnél is erős szignifikanciát mutat ( $t(36)=2,985$   $p<0,005$ ). A kontrollcsoport mérlege itt is inkább az egyet nem értés felé billent, bár kisebb mértékben, mint az előbbi esetenél. A vizsgálati csoport átlaga szerint pedig a válaszadók nagyrészt egyetértene az állítással, amiből arra következtethetünk, hogy sorozatban felmerül a fájdalomcsillapítók okozta testi folyamatok monitorozásának akadályá.

### 3. A fájdalomcsillapító okozta tudatállapot módosulást nehéz kontrollálni.

csoporthat	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	3.6250		
kontroll	14	3.0000	0,814	0,421

Ennél az itemnél nem figyelhető meg szignifikáns különbség ( $t(36)=0,814$   $p<0,421$ ). A sorozat hatása nem nagyon jelenik meg, viszont az átlagokból leolvasható, hogy a válaszadók nagy része nem túlságosan ért egyet a fájdalomcsillapítók okozta álmoság, zavartság kontrollálhatatlanságával, vagyis inkább a reálisan látják a gyógyszer ilyenfajta hatásait.

### 4. Könnyebb elviselni a fájdalmat, mint a fájdalomcsillapító okozta mellékhatásokat.

csoporthat	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<



vizsgálati	24	2.2083		
kontroll	14	1.5000	1,267	0,213

Bár kis eltérést tapasztalunk a két átlag között, a szignifikancia hiánya ( $t(36)=1,267$   $p<0,213$ ) miatt nem következtethetünk a sorozat benyomásaira. Azonban az megállapítható, hogy egyik csoport sem tartja jobb választásnak a szenvedést, mint a mellékhatások viselését.

### 5. A rákos fájdalom enyhíthető.

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	5.4583		
kontroll	14	3.0714	2,827	0,008

A rákos fájdalom enyhítéséről szóló fontos itemnél viszont szignifikáns lett az eltérés ( $t(36)=2,827$   $p<0,008$ ), méghozzá a vizsgálati csoport javára, vagyis a sorozat valószínűleg a rákos fájdalomcsillapítás eredményességét sugallja.

### 6. Az orvosnak a betegség kezelésével kéne foglalkoznia, ahelyett, hogy a fájdalomcsillapításra pazarolja az idejét.

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	2.9583		
kontroll	14	2.0714	1,509	0,140

Ennél a tételnél újfént nem alakult ki szignifikáns különbség ( $t(36)=1,509$   $p<0,140$ ). A válaszadók inkább nem értenek egyet az állítással, mégis érződik, hogy nem is utasítják el azt teljesen.

### 7. Ha beszélek a fájdalomról, panaszkodónak fogok tűnni.

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	2.7500		
kontroll	14	3.7857	-1,557	0,128

Bár itt sem jött ki szignifikáns különbség ( $t(36)= -1,557$   $p<0,128$ ), ez az első állítás, ahol a kontrollcsoport magasabb pontszámot ért el, mint a vizsgálati, vagyis a sorozat inkább sugallja, hogy nem tűnsz gyengének vagy panaszkodónak attól, ha a fájdalmairól beszélsz.

**8. Az orvosok idegesítőnek találhatják, ha a fájdalomról beszélnek nekik.**

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	2.9583		
kontroll	14	2.1429	1,210	0,234

Az állítás az előző (7.) itemhez hasonló szituációt dolgoz fel ( $t(36)=1,210$   $p<0,234$ ), és újfent nincs szignifikáns eltérés. A vizsgálati csoport viszonylag tartja álláspontját a felvázolt helyzettel kapcsolatban, viszont a kontrollcsoport már sokkal jobban elutasítja, mint az előző esetben.

**9. A fájdalomcsillapító használatakor nagy esély van a függővé válásra.**

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	4.2083		
kontroll	14	2.5000	2,743	0,009

Ennél a meghatározó állításnál szignifikáns eredménykülönbség ( $t(36)=2,743$   $p<0,009$ ) lépett fel. A vizsgálati csoport a válaszainak átlaga alapján jobban egyetért az állítással, mint a kontrollcsoport válaszadói. Ez arra enged következtetni, hogy a Vészhelyzetben voltak olyan momentumok, amik alátámasztják a függővé válás kockázatát, esetleg túl is értékelik.

**10. A fájdalomcsillapító használata gyengítheti az immunrendszered.**

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	3.4167		.
kontroll	14	2.0714	1,795	0,081

Az eredmények tendencia szintű eltérést mutatnak ( $t(36)$

$=1,795$   $p<0,081$ ).

Itt sem vonhatunk le egyértelmű következtetést a sorozat hatásával kapcsolatban, de jelen esetben is a vizsgálati csoport ért jobban egyet a fenti állítással.

**11. A fájdalomcsillapítók veszélyesek.**

csoporthatár	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	4.1667		
kontroll	14	2.5714	2,334	0,025

Az utolsó itemnél is szignifikáns különbség jött ki ( $t(36)= 2,334$   $p < 0,025$ ), ami szerint a vizsgálati csoport eredményei jóval magasabbak, vagyis arra következtethetünk, hogy a sorozat nézői veszélyesebb, kockázatosabbnak képzelik a fájdalomcsillapítókat, mint az, aki nem nézője a sorozatnak.

Végül a két (vizsgálati és kontroll) csoport adataival lefuttatott független mintás t-próba során a következő átlagok (az összes adat összege elosztva a résztvevők számával) jöttek ki:

csoporthat	Létszám	Átlag	t-érték	Szig. (p)<
vizsgálati	24	42.4167		
kontroll	14	30.3571	2,752	0,009

Összegezve látszódik legjobban, hogy a vizsgálati csoport jóval nagyon mértékben értett egyet ( $t(36)=2.752$   $p < 0,009$ ) az állításokkal, melyek a fájdalomcsillapítók negatív oldalát hangsúlyozzák, esetleges félreértésekből adódó félelmeket erősít fel.

### Megbeszélés

Kutatásom alapvető kérdése, hogy befolyásolják-e a Vészhelyzetben feldolgozott esetek a nézőkben kialakult, fájdalomcsillapítással kapcsolatos képet, valamint, hogy ez a hatás milyen viszonyban állhat a már mért és leírt korlátokat képező tévhitekkel. A sorozatrészlet hatására a vizsgálati személyek határozottan magasabb pontszámot adtak az 1., 2., 5., 9., és 11. tétel megítélésakor. Ezek magukba foglalják a következő témaköröket: toleranciától való félelem, a testi folyamatok monitorozásnak akadálya, a függővé válástól való félelem és a fájdalomcsillapítók alapvető veszélyessége. A pozitív hatások közé sorolható, hogy a sorozatot néző résztvevők a rákos fájdalmat enyhíthetőnek osztályozták, szignifikánsan jobban, mint a kontrollcsoport. Megállapíthatók tehát a Vészhelyzet negatív és pozitív hatásai, valamint – nagy nézettsége miatt – a széleskörű szemléletformálásának lehetőségei. Az eredmények irányt adhatnak további kutatásokhoz, felmérésekhez. Minél többet megtudunk a fájdalomcsillapítás pszichológiai korlátainak gyökereiről, annál hatékonyabban lehet a későbbiekben kontrollálni, megelőzni azok kialakulását.

Az adatfelvétel és az eredmények kiértékelése során a kutatás egyes korlátaira is fény derült. A fő célo a Vészhelyzet című sorozat tartalmának, üzenetének elemzése volt, de a kitöltők több helyen láthatóan nem (csak) a film alapján töltötték ki a kérdőívet. Annak

felmérése, hogy milyen arányban van jelen a film és a saját vélekedés a válaszban, problémának bizonyult validitás szempontjából, ugyanis, ha ki is vesszük azon személyek adatait, akik a „hazugság-skálán” magasabb pontot értek el, még mindig nem lehetünk biztosak benne, hogy aki megfelelő pontot ért el, az a film alapján töltötte ki.

A visszajelzések alapján a kontrollcsoport validitása is kérdésessé vált. Legtöbb esetben, ha a film alapján töltötték volna ki, nem született volna ennyi magas érték. Még ha a vizsgálati személy meg is értette az instrukció azon üzenetét, hogy sorozatrészlet alapján kellee kitölteni a tesztet, több kitöltő nyugtalanítóan érezte, hogy benyomásai szerint 0-t kellene írnia a legtöbb helyre, ezért igyekezett, az állításoknak kicsit is megfelelő momentumot találni az előtte nézett filmrészlet emlékei közt. E problémákat felismerve döntöttem úgy, hogy megváltoztatom az instrukciót az adatfelvétel felénél, és a kutatási alanyok hiánya miatt más fórumra is helyezem. Habár tartottam attól, hogy így az adatok nem kezelhetők együtt, kíváncsi voltam, hogy ezzel a változtatással tényleg használhatóbb adatokat kapok-e. A változtatás validabb adatokat eredményezett (a „hazugság-skálán” elért eredmények, valamint a visszajelzések alapján, a résztvevők egyértelműbbnek ítélték a feladatot), a különbség mégsem lett szignifikáns. Ebből és a visszajelzésekből arra következtettem, hogy az állítások jellege (egyes szám első és második személyű) erősebben implikálta, hogy saját véleményükről nyilatkozzanak, amit az instrukcióval kellett ellensúlyozni.

A hospice-palliatív ellátás legfőbb feladata a terminális állapotú betegek szenvedéseinek, tüneteinek enyhítése. Bár ez egyre gyarapodó kutatási terület, rendelkezésre állnak a megfelelő fájdalomcsillapító eszközök és az igény is megvan a szenvedések enyhítésére, a hatékony fájdalomcsillapítás sokszor mégsem jön létre. Kutatásom fontos kérdést vet fel a témában, és alapvető lehet a fájdalomcsillapításról való kommunikációban, annak tanításában.

\*

Szeretném megköszönni az ELTE Affektív Pszichológia Tanszékének és Biró Eszternek a segítséget, valamint, hogy kutatásom létrejöhetett. Továbbá köszönöm Varga Katalinnak és Palóczy Zitának a módszertani és statisztikai javaslatokat, valamint mindazoknak, akik részt vettek a kutatás valamely részében.

## **IRODALOM**

- BAUMRUCKER, S.J. (2000): Should we fear the Pain Promotion Act? *American Journal of Hospice and Palliative Care* 17: 224-226.
- BIRÓ, E. (2012): A fájdalomcsillapítás pszichológiai korlátai. *Kharón* 2012/1-2 (37-46)
- GUNNARSDOTTIR, S. - DONOVAN, H.S. - SERLIN, R.C. ET AL. (2002): Patient related barriers to pain management: the barriers questionnaire II (BQ-II). *Pain* 99: 385-396.
- GUNNARSDOTTIR, S. - SERLIN, R.C. - WARD, S. (2005): Patient-related barriers to pain management: the icelandic barriers questionnaire II. *Journal of Pain and Symptom Management* 29 (3): 273-284.
- JUAREZ, G. - FERRELL, B. - BORNEMAN, T. (1998): Influence of culture on cancer pain management in Hispanic patients. *Cancer Practice* 6 (5): 262-266.
- LEVIN, D.N. - CLEELAND C.S. - DAR, R. (1985): Public attitudes toward cancer pain. *Cancer* 56: 2337-2339.
- LIN, C.C. - WANG, P. - LAI, Y.L. ET AL. (2000): Identifying attitudinal barriers to family management of cancer pain in palliative care in Taiwan. *Palliative Medicine* 14: 463-470.
- OLDENMENGGERA, W.H. - SILLEVIS SMITT, P.A.E. - VAN DOOREN, S. ET AL. (2009): A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer* 45: 1370-1380.
- SHERWOOD, G. - ADAMS-MCNEILL, J. - STARCK, P.L. ET AL. (2000): Qualitative assessment of hospitalized patients' satisfaction with pain management. *Res Nurs Health* 23: 486-495.
- SNYKES, N. (2007): Morphine kills the pain, not the patient. *The Lancet* 369 (9570): 1325-1326.
- WARD, S. - GOLDBERG, N. - MILLER-MCCAULEY, V. ET AL. (1993): Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52: 319-324.
- ZANA, Á. (2009): *A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?* Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, kézirat

## Melléklet

### Kérdőív (BQ-II. ER)

A fájdalomcsillapítással kapcsolatos vélekedések

**Életkor:**

**Nem:**

**Legmagasabb iskolai végzettség** (aláhúzendó):

- általános iskola
- érettségi
- alapképzés (BA, BSc)
- mesterképzés (MA, MSc)
- egyéb: \_\_\_\_\_

**Dátum:**

A sorozatrészlet benyomásai alapján kérem, jelölje be, mennyire tartja igaznak a lentebbi állításokat!

1. *Teljes mértékben egyetértek*
2. *Nagyrészt egyetértek*
3. *Csak kismértékben értek egyet*
4. *Egyet is értek, meg nem is*
5. *Nem túlságosan értek egyet*
6. *Nagyrészt nem értek egyet*
7. *Egyáltalán nem értek egyet*
- X. *Nem tudom megítélni*

Ha fájdalomcsillapítót használsz, a szervezeted hozzászokik, és rövid időn belül nem lesz hatásos a gyógyszer.	1	2	3	4	5	6	7	X
A fájdalomcsillapító hatása elfedhet fontos változásokat a testünkben.	1	2	3	4	5	6	7	X
A fájdalomcsillapító okozta tudatállapot módosulást	1	2	3	4	5	6	7	X

nehéz kontrollálni.									
A fájdalomcsillapító okozta székrekedést nem lehet enyhíteni.	1	2	3	4	5	6	7	X	
Könnyebb elviselni a fájdalmat, mint a fájdalomcsillapító okozta mellékhatásokat.	1	2	3	4	5	6	7	X	
A rákos fájdalom enyhíthető.	1	2	3	4	5	6	7	X	
Az orvosnak a betegség kezelésével kéne foglalkoznia, ahelyett, hogy a fájdalomcsillapításra pazarolja az idejét.	1	2	3	4	5	6	7	X	
Ha beszélek a fájdalomról, panaszkodónak fogok tűnni.	1	2	3	4	5	6	7	X	
Az orvosok idegesítőnek találhatják, ha a fájdalomról beszélnek nekik.	1	2	3	4	5	6	7	X	
A fájdalomcsillapító használatakor nagy esély van a függővé válásra.	1	2	3	4	5	6	7	X	
A fájdalomcsillapító használata gyengítheti az immunrendszered.	1	2	3	4	5	6	7	X	
A fájdalomcsillapítók veszélyesek.	1	2	3	4	5	6	7	X	

**Milyen személyes vagy közvetlen közelében történt tapasztalatai vannak krónikus (legalább 1 hónapig tartó) fájdalommal járó betegségek kezelésével kapcsolatban?**

**Vaszari Júlia**  
 ELTE PPK, pszichológia BA  
 9083 Écs, Kossuth u. 62.  
 +36 30 33 61 557  
 vaszarijulia@gmail.com