

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Prof. Dr. Bódis József

Témavezető: Prof. Dr. Bódis József

PR-5 R-5



**ORIENTÁLIS TÁNC, MINT HOLISZTIKUS ONKOLÓGIAI
REHABILITÁCIÓS MÓDSZER**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Szalai Márta

Pécs, 2014

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS.....	4
2. ELMÉLETI ÖSSZEFOGLALÓ.....	6
2. 1. A rosszindulatú daganatok epidemiológiája és etiológiája	6
2. 1. 1. A rosszindulatú daganatok epidemiológiája	6
2. 1. 2. A rosszindulatú daganatok etiológiája	7
2. 2. A daganatos betegek klinikai kezelése.....	8
2. 2. 1. Sebészeti kezelés.....	10
2. 2. 2. Sugárterápia.....	12
2. 2. 3. Kemoterápia	14
2. 3. A rosszindulatú daganatos megbetegedések onkopszichológiai vonatkozásai	18
2. 4. Rehabilitáció az onkológia területén.....	23
2. 4. 1. Az onkológiai rehabilitációról általában	23
2. 4. 2. Holisztikus szemléletű rehabilitációs lehetőségek az onkológiában.....	26
2. 4. 2. 1. Művészetterápia	26
2. 4. 2. 2. Mozgásterápia	28
2. 4. 2. 3. Táncterápia.....	29
2. 4. 2. 4. Orientális tánc	31
2. 4. 2. 4. 1. A klubfoglalkozás módszerének bemutatása	32
2. 5. Életminőség.....	40
2. 6. Társas támogatás	44
2. 7. Életelegedettség	47
2. 8. A tartalomelemzés elméleti háttere	49
3. A KUTATÁS BEMUTATÁSA	51
3. 1. A vizsgálat célja	51
3. 2. A vizsgálat hipotézisei	51
3. 2. 1. Az életminőséggel kapcsolatos hipotézisek	51
3. 2. 2. A társas támogatással kapcsolatos hipotézisek	51
3. 2. 3. Az életelegedettséggel kapcsolatos hipotézisek	51
3. 3. A vizsgálat mintáinak bemutatása.....	52
3. 3. 1. Rehabilitációs csoport: Szákszorszép Hastánc Klub	52
3. 3. 1. 1. A vizsgálati mintába kerülés kritériumai	52
3. 3. 2. A kontrollcsoport	52
3. 3. 2. 1. A vizsgálati mintába kerülés kritériumai	52

3. 4. Vizsgálati módszer.....	53
3. 4. 1. Kvantitatív vizsgálat.....	53
3. 4. 1. 1. A kérdőívek felvételének módja	53
3. 4. 1. 2. Felhasznált kérdőívek.....	53
3. 4. 1. 2. 1. EORTC – QLQ – C30 életminőséget felmérő kérdőív	53
3. 4. 1. 2. 2. F-SoZu társas támogatottságot felmérő kérdőív	54
3. 4. 1. 2. 3. Campbell-féle életelégedettség kérdőív	54
3. 4. 1. 2. 4. Saját szerkesztésű kérdőív.....	55
3. 4. 2. Kvalitatív vizsgálat.....	55
3. 4. 2. 1. A kvalitatív vizsgálat módja.....	55
3. 4. 2. 2. A tartalomelemzés módszere	55
3. 5. Eredmények	56
3. 5. 1. A vizsgálat kvantitatív eredményei	56
3. 5. 1. 1. Leíró statisztikák	56
3. 5. 1. 2. A minta jellemzői.....	57
3. 5. 1. 3. A skálák jellemzői.....	59
3. 5. 1. 4. Életminőség vizsgálatának eredményei	61
3. 5. 1. 5. Társas támogatás vizsgálatának eredményei.....	65
3. 5. 1. 6. Életelégedettség vizsgálatának eredményei	67
3. 5. 2. A vizsgálat kvalitatív eredményei	77
4. MEGBESZÉLÉS.....	94
4. 1. A kutatás korlátai és erősségei	100
5. ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK	102
6. KONKLÚZIÓ.....	103
7. JAVASLAT.....	105
8. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	106
9. IRODALOMJEGYZÉK.....	107
10. TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK ÉS ELŐADÁSOK JEGYZÉKE	126
11. MELLÉKLETEK	134

1. BEVEZETÉS

Rákdinóizist megélni trauma, amely nem egyeztethető össze a személy énképével, mi több a világképével, így eltörli az addigi világba vetett összes hitét. A trauma intruzív – vagyis „behatoló” – és természeténél fogva a „személyiség magját” rendíti meg. Hatására kialakul a poszttraumás stressz-zavar, amely valójában nem más, mint a teljes abnormális ingerre adott lehető leglogikusabb reakció. Ez a reakció pedig értelmes, hiszen az egyén túlélésért folytatott bármilyen „harca” értelmes kell, hogy legyen.

A daganatos betegek kezelésének jellemzője a **multidisziplináris szemlélet**, amely magában foglalja a *prevenciót*, a korai *diagnosztikát*, a komplex *terápiát*, a *betegkövetést* és a *rehabilitációt*. Az onkológiai diagnosztika és terápia fejlődésének köszönhetően nő a rákbetegek kezelési lehetősége és a gyógyulás esélye. A kezelés során a gyógyítóknak a beteg fizikális és emocionális adottságait egyaránt figyelembe kell venniük, mert a pszichikum kedvező befolyásolása enyhítheti a testi panaszokat és fordítva, miszerint a testi bajok orvoslása megszüntetheti a társuló vagy akár kiváltó pszichopatológiai zavart. A mindennapi orvosi gyakorlatban a szakemberek inkább a szomatikus vizsgálatokra, beavatkozásokra, kezelésekre beállítottak. Pszichés segítségnyújtás szükségessége esetén legtöbbször pszichofarmakonokat alkalmaznak, kedvezőbb esetben pszichoterápiát javasolnak – de ezt többségében a betegek elutasítják, nem veszik igénybe. A holizmus kifejezés a teljesség figyelembevételét jelenti. A **holisztikus szemléletű** gyógyítás az embert egésznek tekinti, feltételezi testének, szellemének és érzelmeinek egységét. A **rehabilitáció** olyan program, mely testi, lelki vagy társas-társadalmi sérülést követően segít a sérült jogok, képességek vagy bármely elvesztett minőség visszaállításában. Az onkológiai betegek rehabilitációjának lehetőségei hazánkban még korlátozott: sok esetben csak a kórházi benttartózkodás idején megoldott, a szervezett kórházi ellátásból kikerülve a betegek nagy része magára marad és saját igényeinek és hozzáférési lehetőségeinek megfelelően keres segítséget, illetve rehabilitációs lehetőséget.

Életem folyamán a szakirodalmakból tanultak és a gyakorlati tapasztalat az az attitűd, amely az onkológiai betegek rehabilitációja felé fordított, és ösztönzött arra,

hogyan felkutassam azokat a motívumokat, amelyek a holisztikus szemlélet felé irányulnak. 2005-ben létrehoztam a *Százsorszép Hastánc Klubot* azzal a céllal, hogy segítséget nyújtsak a betegeknek a testi- és lelki megküzdésben. További célom volt, hogy a klub tagjainak javuljon a testi kondíciója; egyre több pozitív élményről számoljanak be, amit testileg és lelkileg megélnék, valamint az önbecsülésüket elvesztett nők ismét magukra találjanak. A foglalkozások alkalmával különböző terápiás eszközök jelennek meg, melyek hatására a klub tagjai idővel, szemmel látható fizikális és pszichés változásokon mennek keresztül. Egyetértek Hippokratész azon állításával, hogy *„nem a betegséget, hanem a beteget kell gyógyítani”*.

A kutatás lefolytatására ösztönzött az a sokéves személyes gyakorlati tapasztalat, miszerint a klubba járó páciensek nem csak külsőségükben változtak, hanem a sajátélmény beszámolóik alapján arra következtettem, hogy a fizikális- és lelki paramétereikben pozitív változások álltak be, melyek időről-időre még továbbfejlődnek.

Mivel **kutatásomban a feltárás és bizonyítás egyaránt célom volt**, kvalitatív és kvantitatív módszerek ötvözését találtam megfelelőnek a longitudinális vizsgálatban, amelyek kimutathatják a számszerűen bizonyíthatót és megmutathatják a jövő onkológiai rehabilitáció további lehetőségeit is. Továbbá, célom felfedezni azokat a lehetőségeket, amelyek az onkológiai rehabilitáció területein rejlenek; azokat az eszközöket és módszereket feltárni, amelyek segítik a betegek gyógyulását.

„A tánc célja nem az, hogy hangsúlyozza a technikai tudást, hanem hogy életünkben egy örök szimbóluma legyen egy állandó harcnak azzal szemben, ami halandó.”

– Anna Pavlova –

2. ELMÉLETI ÖSSZEFOGLALÓ

2. 1. A rosszindulatú daganatok epidemiológiája és etiológiája

2. 1. 1. A rosszindulatú daganatok epidemiológiája

A **fejlődő országokban** a hagyományos egészségügyi problémákat, a mortalitás elsődleges ok tényezőit, a fertőző betegségek csoportját a nem fertőző krónikus állapotok, betegségek váltják fel (pl. szív- érrendszeri és daganatos betegségek, depresszió). A Global Burden of Disease and Injury Series előrejelzése szerint 2020-ra, a fejlődő régiókban, minden 10 elhalálozás közül 7 esetében a nem fertőző betegségek lesznek a mortalitás kizárólagos okai [1, 2]. A rosszindulatú daganatok előfordulási gyakoriságának növekedése világjelenség [3]. Az Egészségügyi Világszervezet 2008-as becslései alapján a rákos megbetegedések száma 2020-ra megkétszereződik, 2030-ra megháromszorozódik [4].

Magyarország évtizedek óta a daganatok incidenciáját, illetve a miattuk bekövetkező halálozási arányokat tekintve is világviszonylatban a legmagasabb mutatójú országok között helyezkedik el. *Magyarországon a rosszindulatú daganatok adják a második legnagyobb számú halálokot a keringési rendszer betegségei után.* Hazánkban ma ez a két betegségcsoport felelős a halálozások legalább kétharmadáért. A szűken 10 milliós Magyarországon évente egy kisvárosnyi, mintegy 35 ezer embert veszítünk el rák következtében [5, 6, 7, 8, 9, 10].

A magyarországi női populáció körében, a rosszindulatú **daganatos megbetegedések** adatait tekintve a vezető betegségek az emlő daganatok, a bőr egyéb daganatai, a colorectalis- és tüdődaganatok. A Nemzeti Rákregiszternek bejelentett megbetegedések száma minden lokalizációban emelkedő tendenciát mutat (1. melléklet).

A KSH adatai alapján, a nők **daganatos halálozási** sorrendjét magas esetszámmal a tüdő-, a colorectalis- és emlődaganatok adják. A tüdődaganatok mortalitása növekvő tendenciát mutat, mely a többi fejlett országokéval megegyezik. Nemzetközi felmérések eredményeit látva kiemelendő, hogy míg a férfiaknál ez az emelkedő tendencia egyes országokban az utóbbi években lassulni látszik, esetleg csökkenést is mutat, a nőknél továbbra is meredeken emelkedik. Az emlőrákban elhalálozott betegek száma a 2000 és

2007 közötti időszakban csökkent, majd 2009-ig emelkedett, és 2010-ben ismét csökkenő tendenciát mutatott (2. melléklet).

2. 1. 2. A rosszindulatú daganatok etiológiája

Ismereteink szerint 2500 évvel ezelőtt Hippokratész írta le először a betegséget. Feltételezhetően rendkívül ritka volt, mert sem a Biblia nem említi, sem az ősi kínai orvostudományi könyv – a Sárga Császár belorvosi könyve – nem ír róla. Az ipari forradalmak idejétől azonban egyre gyakrabban bukkan fel a rák [5].

A sejtek malignus transzformációjának oka és a transzformáció mechanizmusa ma még csak részben ismert. A **daganatképződés** multikauzális, celluláris és klinikai szinten egyaránt többlépcsős folyamat. A daganatok keletkezésében *daganatkeltő vírusoknak* (pl. Humán papillomavírus, Hepatitis vírusok), *kémiai karcinogéneknek* (pl. policiklikus aromás szénhidrogének, aromás aminok, nitrózaminok, aflatoxinok) és különböző *sugárzásnak* (ionizáló sugárzás, nem ionizáló- ultraibolya sugárzás) tulajdonítanak etiológiai szerepet (3. melléklet). A carcinogenesis szempontjából ezeknek a tényezőknek iniciatív szerepe van, hatásuk eredőjeként jönnek létre azok a genetikai változások, amelyek a sejtek oszlását követően rögzülő, ún. fixált transzformált genotípus sajátosságait jelentik. A daganatos betegségek indukciójában szerepe van azonban olyan *ágenseknek* is, melyek genetikai változásokat nem hoznak ugyan létre, de *elősegítik a rákkeltő anyagok hatásának kialakulását* (promoterek), illetve a sejteket olyan érzékenyített állapotba hozzák, mely fokozott transzformációs készségben nyilvánul meg. Iniciatív és promóciós hatások összegződésének eredményeként alakul ki a carcinogenesis progresszív fázisa, mely a megbetegedés klinikai manifesztációjához vezet, és invazív, illetve metastasist képező sejtburjánzást indít el a gazdaszervezetben. A daganatos betegségek kialakulásában szerepet játszhat a *rákhajlam* is, mely genetikai háttere egyes megbetegedéseknél bizonyított. Mindemellett a daganatos betegségek kialakulásában az *életmód* súlyozott jelentőséggel bír (dohányzás, táplálkozás, alkoholfogyasztás, kevés mozgás) [11, 12]. Ezt támasztják alá Kopp és munkatársai kutatásainak eredményei, miszerint a dohányzás, és a rendszeres sport jellegű mozgás hiánya férfiaknál jelentősen előre jelezte a korai halálozást. Nők esetében a halálozást előrejelző-, valamint a legfontosabb veszélyeztető tényező a sportolás hiánya és a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség volt [13].

Először a 60-as években a New York-i Tudományos Akadémián ismerték el, hogy *a rákbetegség kifejlődésében a pszichés és szociokulturális paramétereknek nagy szerepe van* [14]. A pszichoszociális tényezők és a daganatos betegségek összefüggéseinek vizsgálata sokak által kutatott téma az onkopszichológia területén. Ugyan a kutatások eredményei néhol ellentmondásosak, longitudinális vizsgálatok mégis egyértelműen azt mutatják, hogy a beteg szociális élete, az őt érő társas hatások hosszútávon szignifikáns hatással vannak a betegség lefolyására [15, 16, 17, 18, 19, 20]. A társas hatások közvetlen vagy közvetetten hozzájárulhatnak ahhoz az egyértelműbb mintázathoz, amely a depresszív hajlam-hangulat és a fizikai egészség, az immunológiai védekező készség, és ezáltal a kórlefoiyás között kimutatható. Nem véletlenül olyan gyakori kutatási téma a depresszió és a daganatos betegségek összefüggésének vizsgálata [21]. A kutatók egyetértenek abban, hogy a negatív érzelmek és a depresszió, a hypothalamus-hypophysis-andrenocortical tengelyen keresztül az endokrin rendszerre gyakorolt hatással befolyásolni tudja a T- és neutral killer sejtek számát, a DNS-törések lehetőségét, az apoptózis mértékét és ezáltal növeli a morbiditás és mortalitás rátáját. A fenti eredményeket kiegészíti, hogy a pozitív érzelmek viszont fokozzák a védősejtek aktivitását [22, 23, 24]. A szervezetben spontán képződő daganatsejtek eliminációja a szervezet saját védelmi képességének függvénye is, és a tumor ellenes surveillance funkció a külső pszichoszociális környezet befolyása alatt állhat. A személyiségi tényezők, pszichoonkológiai mélységű pathofiziológiai folyamatok fölvetik a lelki „rákkeltő” tényezők szerepét is [25, 26, 27, 28, 29, 30]. Mindez különösen hangsúlyos rákbetegeknél, akik az átlagosnál nagyobb stressznek vannak krónikusan kitéve. Grissomék szerint, az érintetteknek ördögi körhöz vezethet, hogy a betegség depresszióssá teszi őket és megbénítja az elhárító készségeiket, amelynek köszönhetően a panaszok és félelmek még erősebb hatást gyakorolhatnak [14].

2. 2. A daganatos betegek klinikai kezelése

A daganatos betegek kezelhetőségét, gyógyíthatóságát több tényező befolyásolja, úgymint a daganat szövettani típusa; a betegség felismerésének ideje; a beavatkozás/kezelés elkezdésének időpontja, – milyensége; a beteg életkora; általános állapota; viszonyulása saját betegségéhez; illetve egyéb betegségei, valamint a

praemorbid és az aktuális pszichoszociális jellemzői. A daganat biológiai természetéből fakadóan az ellene folytatott küzdelem nehéz és sokrétű. Hazai viszonylatban, a Magyar Nemzeti Rák Kontroll Programot az Országos Onkológiai Intézet bocsátotta útjára, amely tartalmazza a daganatos betegségek teljes diagnosztikai és terápiás algoritmusát, tárgyalja az összes lokalizációt, szövettani típust, tumor-progressziót és stádiumokat. A daganatos betegek kezelésének legfőbb jellemzője a multidiszciplináris és komplex szemlélet. Az egyénre szabott terápia kidolgozása onkológiai teamek feladata, ehhez jól képzett, motivált, széles látókörű szakemberek mindent átfogó együttműködésére van szükség. Ennek ellenére a team munkát esetenként korlátozza a szakemberek hiánya, térbeli elkülönülése, illetve az onkológiai teamek sok helyen létre sem tudnak jönni, vagy hiányosan működnek [31, 32].

A beteg kezelésével kapcsolatban, nagy jelentősége van többek között az első rendelői, kórházi tapasztalatoknak. A kezdeti élmények mélyen „bevésődnek” a kivizsgálás alatt lévő személybe [33]. Riskó megállapítása szerint, ezek az emlékek a későbbiek folyamán hatással vannak az éppen aktuális orvos-beteg kapcsolatra és a betegnek az egészségügyi szakemberekkel, intézményekkel kapcsolatos általános attitűdjére is [34]. Dégi és Balog felhívja a figyelmet a daganatos diagnózis közlésének jelentős orvosi, pszichológiai és szociális vonatkozásaira, illetve a páciensközpontú tájékoztatás fontosságára [35]. Mindemellett, Mayer 13 országot átfogó vizsgálatából is kiténik, hogy a betegeknek nagy igénye van a pontos és széleskörű tájékoztatásra [36].

A daganatos betegség diagnózisa a betegek számára sokkoló hatású. A kimondott diagnózis egy csapásra széttöri a halhatatlanság illúzióját és felerősíti az élet végességének realitását. Ezt az időszakot különböző érzelmi reakciók jellemzik, melyek változók lehetnek erősségükben és jellegükben, de a distressz (szorongás, félelem, depresszió, hangulatingadozás, alvászavar) valamilyen fajtáját hosszabb-rövidebb időre minden beteg megtapasztalja. A sokk időszaka testi, érzelmi és kognitív-motivációs kiüresedést és/vagy kontrollálhatatlanságot jelent [37]. A diagnózis megismerését követően a sokkos lelkiállapottal együtt gyakran alakul ki halálfélelem; a függetlenségkontrollálási képesség elvesztése miatti aggodalom; a testi integritás sérülésétől, illetve a fájdalomtól való félelem. Mindezek, olyan tudattalan egovédő mechanizmusok átmeneti aktivizálódását vonják maguk után, mint a tagadás, az elfojtás, a pszichés regresszió, a projektív identifikáció, a racionalizálás vagy a deperszonalizáció [38].

Bár a betegek nem sokat tudnak a gyógyszeres vagy sugárkezelés mibenlétéről, mégis *ellenállással fogadják a tervezett kezeléseket*. A kezeléssel szembeni félelem leküzdése növeli annak hatékonyságát és sikerességét. A kezelések megkezdésével a gyógyulás reményének periódusa kezdődik, így csökken a szorongás és a depresszió szintje. Ugyanakkor a kezelések előre menetelével azok mellékhatásai, szövődményei táplálják a kezelések mentén fellépő distresszt [39]. Courneya felmérése is bizonyítani látszik, hogy a kezelések a fizikai-, funkcionális-, emocionális-, spirituális- és szociális képességeket csökkenthetik, illetve csökkentik [40].

2. 2. 1. Sebészeti kezelés

A műtét, a hatékony daganatkezelés legrégebbi módszere. Végezhető önmagában vagy egyéb metódusokkal kombinálva. A daganatos betegek műtéti kockázatát mérlegelendően fontos a praeoperatív felmérés és értékelés.

➤ **Onkológiai műtéti javallat:**

- *Abszolút műtéti javallat:* A műtét elvégzésére akkor kerül sor, ha a beteg kurábilis, a tumor pedig rezekábilis. Primaer tumor esetén ha metasztázis nincs, a műtét gyógyító hatású lehet a beteg számára.
- *Vitális műtéti javallat:* A beavatkozás célja az életveszély elhárítása, függetlenül attól, hogy a műtét kuratív vagy palliatív, de lehetőség szerint törekedni kell a tumor eltávolítására is.
- *Relatív műtéti javallat:*
 - *Profilaktikus műtétek:* Olyan elváltozások esetén alkalmazzák, amelyeknél gyakori a rosszindulatú daganatos elfajulás, mint pl. leukoplakia oris vagy polyposis colli.
 - *Citoreduktív műtétek:* Irrezekábilis tumorok esetén végzik a tumor tömegének megkisebbitésére annak céljából, hogy a tumornekrózis mellékhatásai kisebbek legyenek, vagy az így megkisebbitett tumor eredményesebben kezelhető legyen.

➤ **Az onkológiai műtét célja:**

- *Diagnosztikus célú műtét:* Minta vétele szövettani vizsgálathoz.

- *Profilaktikus célú műtét:* A profilaktikus sebészi beavatkozások körébe azoknak a kórállapotoknak a kezelése tartozik, amelyekből gyakran alakul ki rosszindulatú folyamat.
- *Terápiás célú műtét:*
 - *Kuratív műtét:* A műtét célja a daganat teljes eltávolítása a szervezetből.
 - *Palliatív műtét:* A palliatív célú műtét esetén a beteg szervezetét nem lehet tumormentessé tenni, de a beteg számára valamilyen okból mégis előnyös. Az okok lehetnek pl.: életveszély elhárítása, életminőség javítása.

➤ **Az onkológiai sebészet alapelvei:**

- *Radikalitás:* A radikalitásnak elvileg nincs határa, a gyakorlatban azonban az operábilis és a rezekábilis ennek korlátot szab. Az operábilis a betegre, a rezekábilis a tumorra vonatkozik.
- *Monoblock elv:* azt jelenti, hogy – a radikalitás biztosítására – a primer tumort, a nyirokcsomókat és a köztük elhelyezkedő nyirokutakat egy műtéti preparátumban távolítják el.
- *A szerv- illetve funkciómegtartás elve:* Sebészi törekvés az anatómiai struktúrák, illetve funkció minél teljesebb megőrzésére.
- *A rekonstrukció elve:* A csonkolás maradandó funkcionális vagy esztétikai deficitet eredményezné, amely vagy az étellel nem összeegyeztethető, vagy az élet minőségét rontaná, illetve a deficit csökkentése a radikalitás kárára menne. A rekonstrukció végezhető saját szövetrel vagy idegen anyaggal [41, 42, 43]; (4. melléklet).

A műtét szükségességének közlése megkönnyebbülést, ugyanakkor szorongást, félelmet és több esetben akár halálfélelmet okoz a betegekben. Ezek a reakciók általánosnak és normálisnak mondhatók. A beteg stresszhelyzethez való alkalmazkodása nagyban befolyásolja a későbbiekben kialakuló lelki tünetek megjelenését, és azok erősségének fokát. Minél kevésbé birtokolja énjét (személyiségét), annál erősebben uralkodik el rajta a kontrollálhatatlannak érzett halálfélelem; a kiszolgáltatottság miatti szorongás; nem enyhülő félelem a testi integritás megszűnésétől, a csonkítástól, a testi funkciók megváltoztatásától; az altatás és a fájdalom elképzelt kénjaitól, veszélyeitől. A betegek életminősége gyakran hanyatlak a műtét után. Sokan nem tudják folytatni hivatásukat, kedvteléseiket; megváltozik szerepük a családban és a társadalomban. A betegek számára a

legnehezebb feladat a műtét után, a testképük elfogadása. Több esetben tapasztalható, hogy megbélyegezettek, csúnyának, torznak, szexuálisan taszítónak, emberi kapcsolatokban elfogadhatatlannak ítélik magukat [34].

2. 2. 2. Sugárterápia

A sugáradag végső hatása számos tényezőtől függ, így az irradiatio természetétől (a besugárzás módjától; időtartamától; mennyiségétől; adagjától), és a daganat sajátosságaitól (a sejtciklus fázisától; molekuláris tulajdonságaitól; a besugárzásra adott általános érzékenységtől). *Az ionizáló sugárzások alkalmazása a sugárterápiában sejtpusztító hatásukon alapszik.* A malignus tumorok kórlefolyása során az esetek kétharmadában van szükség a sugárterápia valamelyik formájára. Bizonyos betegségek esetén az elsődleges ellátás nem nélkülözheti a sugárkezelést. A sugárkezelés kb. 50-50%-ban történik kuratív, illetve palliatív céllal. A **kuratív** dózis magasabb, mivel ettől azt várják, hogy a daganatot ne lehessen kimutatni klinikailag. A **palliatív** sugárkezelés célja a tünetmentes periódus vagy az élettartam meghosszabbítása, az életminőség javítása. A rosszindulatú daganatok 30%-ában van remény a gyógyulásra, ha a sebészi és sugárterápiás lehetőségeket az ellátás kezdeti fázisában kombinálják [42, 44, 45].

➤ **Besugárzási módszerek:**

- **Külső besugárzás:** Ebben az esetben a sugárforrás nem közvetlenül a beteg mellett, hanem attól távolabb helyezkedik el. Speciális külső besugárzási módszerek: *sztereotaxiás agyi pontbesugárzás; gamma-kés; konformális besugárzás; csontvelő-átültetés céljából végzett egésztest-besugárzás; teljes testfelszín elektronbesugárzása; intraoperatív sugárkezelés.* A leggyakrabban alkalmazott sugárkezelés a lineáris gyorsítóval végzett külső besugárzás, mely fotonokat (γ -sugarat) bocsát ki. A körülvevő ép szövetet érő sugáradagot „conformális” technológia alkalmazásával lehet mérsékelni, mellyel csökkenthető a szélekre eső szórás. *Az elektronsugár-technológiás irradiatio* kismértékben hatol át a szöveteken, legjobban alkalmazható bőr- és felületes rákokban. A *protonkezelés* – korlátozottan hozzáférhető – éles határokat képes biztosítani, különösen hasznos agy- és gerincvelő-tumorok esetében. A *stereotacticus* sugárkezeléssel a daganat röntgen-sebészeti eljárása végezhető precíz lokalizációban – solitaer nagy adagú vagy multiplex fracionált adagokban alkalmazott irradiációval –, melyet kis

intracranialis vagy egyéb célpontokra alkalmaznak. Előnye, hogy olyan kis helyen végezhető teljes tumorablatio, ahol a szokásos sebészeti beavatkozás nem hozzáférhető és mellékhatása minimális. Hátránya, hogy a kezelhető terület mérete korlátozott és a nagy adagban alkalmazott röntgensugár a környező szövetekre veszélyt jelent, ráadásul a test nem minden részén alkalmazható; valamint a betegnek nagy kényelmetlenséget okoz, mert nem mozoghat, az így sugarazott területet teljesen mozdulatlanul kell tartania.

- **Brachyterápia:** Ebben a terápiában a sugárforrás a daganat közelében helyezkedik el, de akár a szövetekbe is behelyezhető.
- **Célzott radionuklid-terápia:** A daganatsejteket szelektíven célozzák meg egy erre alkalmas, a tumorsejtekben halmozódó per os vagy intravénásan bejuttatott radionukliddal [42, 44, 45].

➤ **Az irradiáció testre gyakorolt mellékhatásai lehetnek:**

- **Heveny mellékhatások** a kezelés idején, vagy az azt követő hetekben alakulnak ki. Többnyire teljesen gyógyulnak, de néha átalakulnak krónikus szövődménnyé.
 - *Koponyaűri besugárzásnál:* hajhullás; agyödéma (fejfájás, hányinger, tudatzavar, mozgásteljesítmény csökkenése); epilepsziás rohamok.
 - *Fej-nyaki sugárkezelésnél:* nyálkahártyák gyulladása, kiszáradása; bőrgyulladás; nyelési nehézség és képtelenség; légzésvizet.
 - *Mellkasi besugárzásnál:* száraz ingerköhögés vagy hurutos tünetek (láz, nyelési nehezítettség).
 - *Hasi-kismedencei irradiációnál:* hólyag- és bélhurutos tünetek.
 - *Bőrgyulladás.*
 - *Általános mellékhatások:* vérképromlás – kiterjesztett mezős kezelésnél.
- **Késői szövődmények** hónapokkal vagy évekkel a terápia után alakulnak ki. Itt már általában spontán nem gyógyuló morfológiai és funkcionális szervi károsodásokkal kell számolni. Kezelésük sebészi vagy konzervatív, főleg szteroid készítményekkel.
 - *Hegesedések.*
 - *Szájszárazság, tartós étkezési zavar.*
 - *Neurológiai problémák:* neurológiai mínusz tünetei; mentális és pszichés hanyatlás.
 - *Agyalapi mirigy esetében: krónikus endokrinológiai problémák, szomatikus, szexuális vagy pszichés inaktivitás.*

– *Kellemetlen szexuális funkciózavarok* – kismedence besugárzás után [44, 45].

A laikusok tudatában a sugárterápiát egyfajta misztikum fonja körül, ezért sok beteg nehezen fogadja el ennek szükségszerűségét. A kezelésre megnyilvánuló leggyakoribb lelki reakció a szorongás, depresszió, düh, bűntudat, pszichaszténiás tünetek; valamint olyan félelmek, amelyek a testi funkciókra irányulnak (elég a bőr, hajkihullás, funkcióváltozás, szexuális funkciók csökkenése, stb.). A sugárkezelés tervezésénél a beteg testére rajzolt – nem lemosható – kereszt a megbélyegezettséget, a bűntudatot erősíti [34].

2. 2. 3. Kemoterápia

A kemoterápia a rák kémiai ágensekkel történő kezelése. A kemoterápia alkalmazható *kuratív* és *palliatív* céllal. A csak kemoterápiával gyógyítható daganatok száma elenyésző, hazánkban nem éri el az 5%-ot, de a komplex kezelés részeként alkalmazott citosztatikus terápia 20-25%-ban biztosít öt éven túli teljes daganatmentességet [46].

➤ A gyógyszeres kezelés módjai:

- **Citosztatikumok:** A cytotoxicus gyógyszerek a sejt DNS-ét teszik tönkre, ezen felül, a daganatsejteken túl sok normális sejtet is elpusztítanak. A kezelés adható *monoterápia* formájában, amikor is egyetlen citotoxikus gyógyszerrel kezelik a beteget, valamint *kombinált kemoterápia* formájában. Gyakrabban alkalmaznak több szert tartalmazó sémát, így különböző hatásmechanizmusú szereket adnak eltérő toxicitással, több daganatos sejt pusztul el, csökken a gyógyszeradagtól függő toxicitás és a gyógyszer-rezisztencia kialakulásának esélye. A kemoterápia alkalmazásának ideje függvényében lehet:
 - *Adjuváns kemoterápia:* A tumor lokális terápia után adható, amikor helyi és/vagy távoli relapsus kockázata nagy, de semmilyen módszerrel nem kimutatható a daganat. Akkor indokolt, ha kezelés nélkül nagy a valószínűsége a távoli vagy lokális relapsusnak.
 - *Neoadjuváns kemoterápia:* Primeren irresecabilis vagy disszeminált állapotban van a tumor, ezért lokális terápia előtt ezt a kezelési módot lehet alkalmazni. Hatására várható a tumor csökkenése és a távoli áttétek megszűnése.

- *Fenntartó kemoterápia:* Hosszú időn át, kis dózisokban alkalmazható. Célja a remissio meghosszabbítása, vagy a relapsus megakadályozása.
 - *Salvage kemoterápia* – „megmentő” kemoterápia – esetén cél, a progressio, illetve a relapsus idejének kitolása.
 - *Palliatív kemoterápia:* Más kezelések eredménytelensége vagy kialakult relapsus esetén adható.
- **Citosztatikum toxicitás, mellékhatások lehetnek:** A gyorsan osztódó sejtek, így a vérképzés és a gyomor-bél nyálkahártya sejtjei a legérzékenyebbek. *Korai, késleltetett és késői* mellékhatásokat, illetve *váratlan túlérzékenységi reakciókat* különíthetünk el.
- *Túlérzékenységi reakciók.* A tünetek az urticariától a bronchusspasmusig, illetve hypotensióig terjedhetnek.
 - Számos szer okoz *fájdalmas gyulladást* infúziót követően vagy *szövet nekrozist*, ha vénán kívülre kerül.
 - *Vérképző szervi mellékhatások.* A kemoterápia csökkenti a keringő fehérvérsejtek, vérlemezkék és vörösvérsejtek számát. Anaemia miatt fáradékonyság, gyengeség, légszomj alakulhat ki. A thrombocyták számának leesése csökkenti a vér alvadási képességét, ez vérzéshez vezethet a szervekben vagy a bőrben. A védősejtek számát csökkentve a szervezet védekezőképessége meggyengül, megbénul. Ennek következménye lehet a fertőzésekkel szembeni fokozott fogékonyság.
 - *Gyomor-bélnyálkahártya mellékhatások.* Leggyakoribb mellékhatás a hányinger, hányás. Szájüreg, torok, gyomor-bélcsatorna, ezen felül a húgyutak, nemi szervek nyálkahártyájának gyulladása is gyakran előfordul.
 - *Vesére és hólyagra vonatkoztatott mellékhatások* lehetnek: vesefunkciók romlása, vizelet elszíneződése, vizelési fájdalom, gyakori vizelés, vizelési képtelenség, véres vizelet, láz.
 - *Bőr és képleteit érintő mellékhatások lehetnek:* vörösség, kiütés, viszketés, hámlás, szárazság, akne, a bőr barnás elszíneződése. A körmök besötétednek, sávok alakulnak ki benne, gyakran letörnek vagy leesnek.
 - *Szívre gyakorolt mellékhatások:* szívizom elfajulás jelei.
 - *Keringésre gyakorolt mellékhatások:* vérnyomásesés, sokk.
 - *Tüdőt érintő mellékhatás:* fibrosis.
 - *Termoreceptorokat érintő mellékhatás:* hőemelkedés, láz.

- *Idegrendszeret érintő mellékhatások:* paraesthesia, paresis, agyideg-károsodás, ideg és izompanaszok (bizsergés, gyengeség, merevség, egyensúly problémák, tapintási fonákérzés, halláscsökkenés, fájdalmak – állkapocs, gyomor).
- *Ivarszervekre gyakorolt mellékhatások:* menses és potenciazavarok, sterilitás.
- *Mutagén, teratogén hatás:* fejlődési rendellenességek utódokon, második malignus tumor kialakulása.
- *Influenzaszerű tünetek* (kombinált kemo- és biológiai terápia esetén): izom-izületi fájdalom, fejfájás, fáradtság, hőemelkedés, hányinger, borzongás, étvágytalanság.
- *A hajhullás* sok betegnek okoz szorongást. Jelentősen érintettek ebben a nők és főleg a roma származású nők. A haj a kezelés befejeztével visszanő, de szerkezete és színe eltérhet az eredetitől. A hajon kívül kihullhat még a teljes testszőrzet és a szempilla is [42, 46, 47, 48].
- ***Hormonhatású készítmények:*** Ilyen kezelésre többnyire a daganat hormonreceptorainak meghatározása után kerül sor. *A daganat kifejlődésének befolyásolása céljából hormonális agonistákat és antagonistákat alkalmaznak.* Adható ***monoterápia*** vagy ***egyéb*** más kezelési módussal. Egyes daganatok többé-kevésbé reagálnak a hormonkezelésre azokban a szervekben, amelyek hormonális hatás alatt állnak. Az endokrin kezelés volt az első daganatellenes kezelési mód, amely sikeresnek bizonyult az áttétes daganatok terápiájában. Beatson 1890-ben leírta, hogy jelentős regresszió érhető el metasztatikus emlőkarcinómában az ovariumok eltávolításával. Az alkalmazott hormonok között kiemelkedő jelentőségük van a szteroidhormonoknak. A terápia lehet:
 - ***ablatív*** – ilyenkor a betegség kialakulásában szerepet játszó hormonokat elvonják (pl. szerv eltávolítással vagy annak működésének gátlásával);
 - ***addiktív*** terápia esetén hormont vagy hormonszerű anyagot juttatnak be a szervezetbe.
 Alkalmazott hormonkezelések: *ösztrógen* (emlő- és prosztatacarcinoma); *antiösztrógen* (emlőkarcinoma); *progeszteron* (endometriumcarcinoma, emlőkarcinoma); *aromatáz gátlók* (áttétes emlőkarcinoma); *androgének* (minimum 5 éve menopausában lévő emlőkarcinomás nők); *antiandrogének* (prostatacarcinoma); *glukokortikoidok* (hematológiai betegségek, emlőkarcinoma); *gonadotropin releasing hormon agonisták* (áttétes prostatacarcinoma).

➤ **Mellékhatások lehetnek:**

- *Ösztrogénkezelésnél:* Férfiak feminizációja: gynecomastia, hereatrophia, libidó elvesztése. Az emlő növekedése nemcsak fájdalmas, de komoly pszichés zavarokat is okozhat a libidó elvesztésével együtt. Kialakulhat só- és vízretenció oedemával; hányinger, hányás; epekövesség; thromboemboliás betegségek és cardiovascularis megbetegedések; endometriumhyperplasia vagy carcinoma; méhvérzés; hypercalcaemia.
- *Antiösztrogének esetén:* hőhullám; hányinger, hányás; hüvelyi folyás-, irritáció; csontfájdalom; nyomásérzékenység, bőrpír a metasztatikus nyirokcsomó területén; hypercalcaemia; oedema; thrombocytopenia, leukopenia; thrombophlebitis; remegés; fejfájás; depresszió.
- *Progeszteron mellékhatások* ritkán jelentkeznek és enyhe lefolyásúak: oedema; hányinger, hányás; hőhullám; testsúlynövekedés; hüvelyi folyás vagy vérzés; ritkán depresszió; thrombophlebitis; hypercalcaemia; sárgaság; tartós nagy dózis esetén májdaganat.
- *Aromatáz gátlók mellékhatásaként* megfigyelhető: viszkető kiütés, amely a terápia során kezelés nélkül fokozatosan megszűnik. Az egyéb mellékhatások elsősorban a központi idegrendszert érintik: remegés; letargia; aluszékonyság; vibráló látás.
- *Androgének mellékhatásai lehetnek:* virilizáció: hang mélyülése, szőrnövekedés, kopaszodás; hypercalcaemia; sárgaság; hepatitis; polycythaemia; ritkán anaphylaxiás tünetek.
- *Antiandrogének esetén:* spermatogenesis gátlása, heresorvadás; csökken a libidó.
- *Glukokortikoidok egyéb hatásai:* lipolysis; vércukorszint emelkedés; fehérjeleépülés indul meg és gátolt a fehérjeszintézis az izmokban és zsírszövetben. A fibroblastok csökkenése miatt a sebgyógyulás elhúzódóvá válhat.
- *Gonadotropin releasing hormon agonisták mellékhatásai:* csontfájdalom; vizeleési panaszok [42, 46, 47].
- **Biológiai válaszmódosító szerek** módosítják a szervezet tumorsejtekre adott válaszát és számos nem immunológiai mechanizmussal befolyásolják a tumor növekedését. Az interferonok olyan fehérjék, amelyeket az immunrendszer sejtjei szintetizálnak, élettani szerepük az idegen antigének elleni védekezés biztosítása. Farmakológiai adagokban egyes daganatos megbetegedésekben palliatív hatással

rendelkeznek. A lymphokinek (melyek immunológiailag aktivált sejtekből származó proteinek), természetes humán sejtek terméke. Többségük már molekuláris génlónozással készült és tisztított formában áll rendelkezésre. Ezen fehérjék erős hatást fejtenek ki a daganatsejtek, a vírusok és némely normál gazdasejt ellen. Számos daganat reagál immunkezelésre, de a javulás aránya alacsony és a teljes remisszió ritka. [42, 46, 47].

- ***Ezek kombinációja***

A kemoterápiás kezelés nagymértékben befolyásolja a beteg életminőségét és alkalmazkodási képességét. Az alkalmazott gyógyszereket gyakran, mint „idegen betolakodókat” élik át, és féltik testi integritásukat. A kezelések előrehaladtával nehezen feldolgozható érzelmi problémát jelentenek a mellékhatások megjelenése és azok súlyosbodása. A haj kihullása miatti kopaszsággal az önazonosság, az identitás sérül nagyfokban. A hasmenés és szájüreg nyálkahártyájának érzékenysége fájdalmat, táplálkozási problémákat, fogyást, rossz közérzetet okoz, és ezek súlyosbítják a beteg félelmeit, szorongását, depresszióját, pánikreakcióit. A hányinger/hányás a kemoterápia alatt/után, majd a kondicionálódás bekövetkezése miatt egyeseknél a kezelés előtt is, reális problémát jelent. Több betegnél feltételes reflex alakul ki, mely hosszú évek múlva is fennállhat [34].

2. 3. A rosszindulatú daganatos megbetegedések onkopszichológiai vonatkozásai

A rák a legtöbb ember számára az egyik legfájdalmasabb, legfélelmetesebb gyógyíthatatlan betegséget jelenti. Weisman a daganatos megbetegedéssel élők állapotát „*a tehetetlen bizonytalanság állapotának*” nevezi [49, 50]. A rák traumáját Parkes olyan *pszichoszociális átmenetnek* fogalmazza, ami mind a negatív, mind a pozitív kimenet lehetőségét is magában hordozza, tehát transzformatív ereje van [51]. A betegséggel való szembesülés, ami a halál lehetőségét is magában hordozza, tulajdonképpen konfrontációt jelent a személyes halállal („az én halálommal”). Ezzel a határhelyzettel való szembekerülés egyedülálló változásokat idéz elő az egyén életében. Yalom megfogalmazása szerint: „a halál fizikailag elpusztítja az egyént, de a halál tudata megmentheti. A halál mintegy katalizátorként működik, ami az egyént az egyik létformából egy másik, magasabb rendű létformába juttathatja el: abból az állapotból,

ahol az ember a dolgok hogyanján csodálkozik, egy olyan állapotba, ahol a csoda a dolog maga. A halál tudatosulása kimozdítja az egyént az élet triviális elfoglaltságaiból, mélyebbé, tartalmasabbá teszi az életet, egy teljesen eltérő perspektívát nyújtva neki” [52].

A diagnózisközléstől kezdve a rák mind fizikailag, mind a tudatban reprezentálva folyamatosan jelen van a beteg életében [53]. A diagnózissal való szembesülés utáni első pár hónap kritikus időszak a beteg életében, olyan egzisztenciális állapot, amikor a személy rendkívül sok distresszt él át, bizonytalan egészségét, jövőjét illetően, esetleg megbánja múltjának egyes cselekedeteit és az élet-halál kérdéseibe menekül. A betegek gyakran szeretnék érteni, hogy miért lettek ezzel a betegséggel sújtva, értelmet keresnek betegségükben [54].

Az egészségnek és betegségnek önmagában is van *szimbólumértéke*. Korunk kultúrájában *az egészség a felelős, önmagával törődő egyént szimbolizálja, tehát a „helyes” magatartással azonosítódik, míg a betegség sok esetben a „rossz” szinonimájaként jelenik meg*. A betegség, könnyen a stigmatizáció, bűnbakképzés, sőt kirekesztés alapjává is válhat, ami jelentős mértékben nehezíti a betegséggel való megküzdést és a gyógyulást [27]. A betegség szociális reprezentációinak első vizsgálata Claudine Herzlichtől származik. Herzlich mélyinterjúkat készített egészséggel-betegséggel kapcsolatos nézetekről, vélelmekről, majd elvégezte azok tartalomelemzését. Az elemzések összegzésekor kiemelte, hogy az egészséget a válaszadók valamiféle egyensúlyi állapotnak tekintették. Ebbe beletartozott a testi jóllét; megfelelő fizikai erőforrások hozzáférhetősége; a fáradtság hiánya; a jó hangulat; a másokkal való jó kapcsolat és a hatékony cselekvés képessége. A betegség ennek az egyensúlynak a megbomlását jelenti, azonban nem az egészség hiányát. A betegség további jelentései Herzlich szerint *a betegség „romboló”, máskor „ellenséges”, esetenként pedig „felszabadító” jellegére utalnak* [55].

A betegség, mint veszteség konkrét és szimbolikus értelemben is megjelenhet. Egy betegség során számos konkrét veszteség érheti a személyt: csonkolásos műtétek következtében elveszítheti valamely testrészét vagy szervét; elveszítheti munkáját, egzisztenciáját. A betegség szimbolikus szinten érintheti az egyén biztonságát; megingathatja emocionális támaszait; veszélyeztetheti örömforrásait, és súlyosan csökkentheti önértékelését. A veszteségre adott reakciók hasonlatosak a

gyászreakciókkal: szomorúság; visszahúzódás; külvilág iránti érdeklődés csökkenése; depresszió [27]. A **betegség, mint nyereség** is megjelenhet. Azok, akik a betegséget felszabadításként élik meg, általában a betegség azon aspektusait értékelik, amelyek lehetővé teszik, hogy (legalább időlegesen) megszabaduljanak kellemetlen társas szerepeiktől. Ezt a jelenséget a pszichoanalitikus szakirodalomból is ismerjük, Freud *elsődleges betegségelőnynek* nevezte. Ha a személy a betegséget – tudatosan vagy tudattalanul – felszabadítóként éli meg, a manifeszt viselkedés szintjén is „beteghez illően” reagál, azaz inkább hangsúlyozza, mint tagadja a betegség tényét. Származhat *másodlagos nyereség* is a betegségből: ide tartozik mindaz a törődés, odafordulás, gyengédség és gondoskodás, amit a személy a betegsége során kap környezetétől [27]. *Trauma általi növekedés* vizsgálatában Taylor, Lichtman és Wood a daganatos betegek 60%-ánál tapasztalt pozitív változásokat a betegségük diagnosztizálásánál, mint traumát követően. Ilyen volt például az élet könnyebben vétele, fokozottabb élvezete, vagy új érdeklődési körök kialakulása [56].

A betegek különbözőképpen élik meg a betegség hatásait, mégis van néhány olyan gondolat, amely mindegyiküket bántja: félnek a haláltól; aggódnak, hogy kapcsolataik megromolhatnak; elveszíthetik a függetlenségüket, a munkájukat; félbeszakadhat a karrierjük és féltik testi épségüket, egészséges életfunkcióikat. Ezek *a félelmek hordozzák a daganat alapjelentését minden beteg számára, de az életkor, valamint a betegség jellege és előrehaladottsága módosítja a félelmek mélyebb tartalmát*. A betegség és következményei akut vagy krónikus lefolyású életkrízist és tartós életmódváltozást okozhatnak. Ezen helyzetek optimális megoldása az adott személy *megküzdő-képességét aktiválja* és teszi próbára. A rákkal való megküzdés a félelemmel való megküzdést is jelenti. A megküzdés egy tanulási és adaptációs folyamat, amely során a személy megtanul együtt élni a betegséggel. Sikere függ a megküzdési stratégiától, a társas támasz mértékétől és a rák kognitív értékelésétől [25]. A stresszkeltő helyzetek által kiváltott érzelmek és fiziológiai izgalom nagyon kellemetlen, s ez a kellemetlenség arra indítja az egyéneket, hogy azt valamivel csökkentsék. Azt a folyamatot, melynek során a személy megpróbál szembeszállni a stresszel, **megküzdésnek** nevezzük, s ennek két fő formája van. A személy összpontosíthat a speciális problémára vagy helyzetre, hogy megkísérelje azt a jövőben elkerülni vagy megváltoztatni. Ezt nevezzük *problémaközpontú megküzdésnek*. A problémaközpontú stratégiák befelé is irányulhatnak: a személy önmagában változtat

meg valamit, ahelyett hogy a környezetét módosítaná. A kutatások szerint azok az emberek, akik problémaközpontú megküzdést használnak stresszhelyzetekben, a stressz alatt, illetve a stressz után: kevésbé depressziósak. Foglalkozhat azonban azzal is, hogy enyhítse a stresszkeltő helyzethez kapcsolódó érzelmi reakcióit, ha a helyzetet magát nem is tudja megváltoztatni. Ezt a folyamatot nevezzük **érzelemközpontú megküzdésnek**. Az érzelemközpontú megküzdés célja, hogy megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását és azt, hogy a személy a probléma megoldásával foglalkozzon. Negatív érzelmekkel szemben számos **megküzdési stratégia** áll rendelkezésre. A **viselkedés stratégiák** közé tartozik pl. a *testmozgás*, így elterelődik a figyelem a problémáról. A **kognitív stratégia** a *probléma időleges félre tétele*. A **kérdő stratégiák** alkalmával a személy *elszigeteli magát* a világtól, hogy azon tudjon meditálni, milyen rosszul érzi magát. Az **elterelő stratégiák** közé tartozik az, ha valaki valamilyen kellemes tevékenységbe menekül, amely megerősítő és növeli a kontroll érzését. Ilyen pl. a *hastánc*, *sport*, stb. A stresszkeltő helyzetekkel szembeszállva az emberek többnyire egyaránt használják a problémaközpontú és az érzelemközpontú megküzdést [57].

A pszichoanalitikus szakirodalomban meglehetősen nagy hagyománya van az érzelemközpontú megküzdésnek. Anna Freud az **elhárító mechanizmusok** kifejezést azokra a tudattalan stratégiákra alkalmazza, amelyek segítségével az emberek negatív érzelmeikkel megküzdnek. Ezeknek a stratégiáknak különböző formái lehetnek. Freud az **elfojtást** tekintette a legalapvetőbb és legfontosabb elhárító mechanizmusnak. Az elfojtás lényege az, hogy a személy a számára túlságosan félelmetes vagy fájdalmas memóriatartalmakat kiszorítja a tudatából. A szégyent, büntudatot vagy önleértékelést keltő tartalmak gyakran kerülnek elfojtásra. Freud szerint az elfojtás ritkán sikerül teljes mértékben. Az elfojtott impulzusok valósággal ostrom alatt tartják a tudatot; a személy, szorongást él át (holott ennek okai nem ismertek előtte), és további elhárító mechanizmusokat alkalmaz annak érdekében, hogy elkerülje a részlegesen elfojtott impulzusok tudatossá válását. A **racionalizáció** nem azt jelenti, hogy valaki „racionálisan cselekszik”, hanem azt, hogy logikailag vagy társadalmilag kívánatos motívumok segítségével olyan színben próbálja feltüntetni tényleges cselekedeteit, mintha valóban racionálisan cselekedett volna. A racionalizáció kettős célt szolgál: egyfelől csökkenti a cél elérésének megghiúsulása miatt érzett csalódást („tulajdonképpen nem is akartam azt a dolgot igazán”), másrészt elfogadható

motívumokat kínál a viselkedés igazolására. Néha az emberek úgy rejtik el önmaguk elől valamilyen késztetésüket, hogy ellenkező irányú motivációt fejeznek ki. Ezt a hajlamot nevezzük **reakcióképzésnek**. Mindannyiunkban vannak nemkívánatos tulajdonságok, amelyeket még önmagunknak sem szívesen vallunk be. Az egyik tudattalan mechanizmus, a **projekció** oly módon véd meg bennünket az ilyen vonások beismerésétől, hogy az adott tulajdonságot erősen túlzott formában másoknak tulajdonítjuk. Az **intellektualizáció** lényege az, hogy a személy oly módon próbál meg elhatárolódni a stresszhelyzettől, hogy absztrakt, intellektuális fogalmakban keresi azt. Olyan esetekben, amikor túlságosan kellemetlen lenne szembenézni a külső valósággal, a személy **letagadja** annak létezését. Az **áttolás**, mint elhárító mechanizmus oly módon teljesíti funkcióját (a szorongáscsökkentést), hogy a személy részlegesen kiéli az elfogadhatatlan késztetését. Az áttolás mechanizmusa során az a motívum, amely egy adott formában nem kerülhet felszínre, átirányítódik egy másik csatornára. A közvetlenül nem kifejezhető pl. erotikus impulzusok kifejezést nyerhetnek olyan kreatív tevékenységekben, mint a művészet, a zene vagy a *tánc*. Ezek az érzelmközpontú stratégiák nem változtatják meg a stresszhelyzetet; egyszerűen azon módosítanak, ahogyan a személy a helyzetről gondolkodik, vagy ahogyan észleli azt. Minden elhárító mechanizmusnak van tehát egy önbecsapási eleme. Ezek átsegítik az egyént a nehéz helyzeteken, amíg képes lesz közvetlenül szembeszállni a stresszt okozó problémával. Az elhárító mechanizmusok és a megküzdési stratégiák közti különbség az, hogy az elhárító mechanizmusok tudattalan folyamatok, míg a megküzdési stratégiák gyakran tudatosak [57, 58].

A **magatartás szabályozásában** meghatározó szerepe van a **motivációnak**, **szükségleteknek** és **igényeknek**. A motivációnak, szükségleteknek különböző szintjei vannak, az alapvető ösztönkésztetésektől a legmagasabb szintű emberi szükségletekig. A szükségletek kielégítetlensége igen fontos hajtóerő, fokozza a motivációt, a késztetést a helyzet megváltoztatására. A motiváció és az érzelmek között igen szoros a kapcsolat, hiszen ha a kívánatos esemény megtörténik, örömet érzünk; ha nem valósul meg, bánatot, haragot; ha nem kívánatos esemény történik, aggodást, félelmet; míg ha a nem kívánatos esemény nem következik be, megkönnyebbülést érzünk. **Motiváció** alatt a szükségletek kielégítésére és a célirányos viselkedés szabályozására irányuló késztetést értjük. Maslow elmélete szerint az emberi szükségletek egymásra épülő funkciók, melyek: fiziológiai szükségletek (alapvető élettani szükségletek); biztonság (fizikai és

pszichológiai biztonság, munka, jövedelem, komfortérzés); szociális szükségletek (valahová tartozás szüksége: társadalmi aktivitás, csoporthoz tartozás, szeretet, ragaszkodás); elismerés igénye (önbecsülés, presztízs, pozíció); önmegvalósítás (személyes fejlődés, azzá válni, amivé képesek vagyunk) – (5.melléklet). Az **önmegvalósítás igénye** az ember értékrendjének függvényében jelentheti a mindenáron való önérvényesítés vágyát, de a másokért hozott önkéntes áldozathozatalt is [57].

2. 4. Rehabilitáció az onkológia területén

2. 4. 1. Az onkológiai rehabilitációról általában

Rehabilitáción azt a szervezett tevékenységet értjük, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan vagy véglegesen fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben. A rehabilitáció orvosi, nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, az egyénre szabott alkalmazása, amelyben a rehabilitálandó ember tevőleges részvétele nélkülözhetetlen. Az **emberközpontú rehabilitáció** egyik legfőbb célja a rászorulóknak minél kedvezőbb fizikális-, mentális- és társadalmi alkalmazkodásának segítése individuális módon. Az *Egészségügyi Világszervezet* (WHO) 1980-ban megjelentetett „*A károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozása*” című dokumentuma a rehabilitációs kérdéskörre ad választ. A krónikus egészségi állapotok – általában egyéb kedvezőtlen külső körülmények egyidejű hatása eredményeként – károsodást, fogyatékoságot vagy rokkantságot eredményeznek a személy életében [59].

Kullman szerint Magyarországon a rehabilitáció fiatal szakterület, még nem igazán került a szakmai figyelem középpontjába, szakmapolitikai oldalról gyakran elhangzó említése általában PR-értékű, nem jelez valódi támogatást, elismerést. A rehabilitációs szakmai presztízs hiánya nemcsak hazai sajátosság, mondhatni mindenütt a világon háttérbe szorul [60]. Ennek ellenére elmondható, hogy hazai keretek között dinamikusan fejlődik és jól működőnek mondható a traumatológiai-, ortopédiai-, a szív-és érrendszeri-, a reumatológiai betegek, valamint a sportolók mozgásszervi

rehabilitációja, és egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a szenvedélybetegek rehabilitációjára is.

A **daganatos betegek rehabilitációjával** Európában és Amerikában az 1970-es években kezdtek el foglalkozni, mivel világossá vált az onkológia területének is a multidiszciplináris természete. A folyamatba számos szakterület kapcsolódott be, így a pszichiátria, pszichológia, a protetika stb. A testi és lelki rehabilitációs szolgáltatást programok keretében kínálták, így egyre több kórházi, illetve ambuláns beteg számára vált elérhetővé. Létrejötték olyan *rehabilitációs csoportok*, amelyek a különböző daganatban szenvedők – mint pl. emlő, vastagbél, fej-nyak – speciális rehabilitációját segítették. Megalakultak önszervező csoportok, klubok, ahol a *sorstársak egymást segítették*, képzéseket szerveztek, tanácsadói szolgálatokat hoztak létre. A szakma egyre nagyobb figyelmet szentelt az onkológiai rehabilitációs kutatásokra, amelyek egy része a funkcionális eredmények mérésével foglalkozott (vizsgálták a protéziseknél az új anyagok és technikák hasznosíthatóságát); tanulmányozták a táplálkozás és mozgás jelentőségét a funkcionális állapot javításában; és vizsgálni kezdték a daganat okozta szexuális zavarokat [61, 62]. Nyilvánvaló, és Zebrack megállapítása is azt támasztja alá, hogy az onkológiai rehabilitációnak helye van a szakmai világban, és meghatározó jelentőségű, mert ennek segítségével a daganatos megbetegedést túlélve jó életminőséget élhetnek meg a páciensek [63].

A **pszichoszociális rehabilitáció** alapvető célja, hogy minden betegnek el kell érnie a lehető legteljesebb fizikális, lelki, szociális, foglalkozási potenciálját. A célokat a realitás tekintetbevétele jellemzi és ennek elérésében, valamint az együttműködésben a beteg motiváltsága alapfeltétel. A leginkább alkalmazott pszichoszociális rehabilitációs módszerek: páciens-educáció; pszichológiai tanácsadás; szupportív terápia, egyéni pszichoterápia; csoportterápia; krízisintervenció; kognitív-magatartásterápiás módszerek; pszichoanalitikus pszichoterápia; testi terápiák; Bálint-csoport [64].

A **daganatos betegek testi rehabilitációja** elválaszthatatlan a pszichoszociális rehabilitációtól, hiszen ezen betegség törvényszerűen bekövetkező pszichoszociális következményei kimutatottak és a betegek egyben társadalmi lények, akiknek családi-, baráti-, munkahelyi- és társadalmi kapcsolatait egyaránt megterhelheti a betegség, illetve annak kezelése [64]. A betegek testi rehabilitációjának megvalósulásában a mozgásterápián – azaz a gyógytornán – túl egyre nagyobb teret kap a műtéti

rekonstrukció lehetősége is. Az ilyen jellegű műtéteknek főleg az emlődaganatos betegek rehabilitációjában van nagy szerepük, illetve itt elterjedtek. Az emlőrák kérdése nemcsak onkológiai, hanem társadalompolitikai kérdéssé is vált [65]. Szakirodalmakból kitűnik, hogy a korai stádiumú betegek számára a gyógyulás teljes reményű lehet [66, 67]. A csonkolás súlyos lelki következményeinek megelőzésére ma 60-70%-ban végeznek emlőmegtartó műtéteket, a teljes csonkítással szemben [68, 69]. Tanulmányok igazolják, hogy mind a beteg, mind a sebész részéről a mastectomia választásának fő oka a helyi tumor kiújulástól való félelem, míg az emlőmegtartásé a megfelelő kozmetikai értékű emlő megőrzése. Molenaar és Temple is megfogalmazza tanulmányában, hogy az organikusan meggyógyuló beteget lelkileg is fel kell szabadítani a rosszindulatú daganat terhe alól, amihez az egyik legfontosabb rehabilitációs eljárás az emlő rekonstrukciója [70, 71]. Az egyik oldali emlő elvesztése nemcsak egyszerűen asszimetriát okoz, hanem erősítheti a mellkas meglévő deformitásait; a külső protézis alkalmazása nehezíti a mindennapi életvitelt; továbbá önképzavart, szexuális megfelelési képtelenséget eredményez. Mindezen tényezők egyszerre jelentkeznek, a betegség egyébként is jelentős pszichés hatását erősítve. Az eredmény: negatív testkép, szorongás, depresszió, a családi kötelek és társas kapcsolatok hanyatlása [72, 73]. Számos tanulmány igazolja, hogy az emlőrekonstrukció helyreállítja a testképet; erősíti a vitalitást, a nőiességet, a szexualitást; pozitívan hat a beteg közérzetére és életminőségére [74, 75, 76]. Az emlő onkoplasztikus ellátása az emlőrák multidiszciplináris kezelésének integráns része, melynek célja, hogy a rosszindulatú daganatot megfelelő onkológiai radikalitással eltávolítsa; emlőmegtartó műtét esetén a keletkezett szövethiányt korigálja; teljes emlőeltávolítás esetén azonnali vagy halasztott rekonstrukcióval a lehető legjobb esztétikai eredményt érje el; valamint, az ellenoldali emlővel történő szimmetrizációt véghezvigye [74, 77, 78].

Az utóbbi 30 évben az orvosi és pszichoszociális intervenciók fejlődésének köszönhetően, a daganatos megbetegedéssel diagnosztizált személyek 75%-a már eléri az 5 éves túlélési időt [79, 80]. Az onkopszichológia pedig megmutatta számunkra, hogy a daganatos megbetegedést túlélve sokan értelmes és sikeres életet élnek tovább, pszichopatológiai érintettségük egyenlő mértékű az egészséges társaikhoz képest [63]. A daganat biológiai természetéből fakadóan az ellene folytatott küzdelem nehéz és sokrétű. A kezelések negatív hatással vannak az életminőségre, a kezeléseket csökkentik a

fizikai, funkcionális, emocionális, spirituális és szociális képességeket [40, 81]. Emiatt mára a daganatos betegek gyógykezelése és gondozása messze túlmutat a bio-medikális kereteken, a cél egyre inkább az egész ember kezelése, a beteg „totális jóllétének” megvalósítása. *A betegség kezelésén túl, majdnem ugyanakkora súlyt kell kapnia a hosszú távú rehabilitációs programok kidolgozásának, melyek képesek a betegség komplex hatásait egyszerre figyelembe venni.*

2. 4. 2. Holisztikus szemléletű rehabilitációs lehetőségek az onkológiában

Az alábbiakban olyan rehabilitációs módszereket elemzek, amelyeknek módszertana és hatásmechanizmusa részben átfed saját rehabilitációs csoportunkéval és így hozzájárultak a csoport hatására vonatkozó hipotéziseim kialakításához.

2. 4. 2. 1. Művészetterápia

A **művészetterápia** elsősorban csoportos keretek között alkalmazott terápiás eljárás, amely pszichés zavarokban szenvedő betegeknél egyaránt használatos módszer lehet. A művészet, belső pszichés tartalmak eszközökön keresztül történő kifejezése, melynek célja ezen tudat- és érzelmi tartalmak mások felé közvetítése, illetve átélhetőségének és megérthetőségének elérése. A pszichés sérülés többnyire együtt jár az érzelmek felborulásával, az önkifejezés gátoltságával és a kapcsolatrendszerek beszűkülésével – ezek a művészi élmény tapasztalásán keresztül vagy kreatív aktivitással enyhíthetők és oldhatók. Mivel sok beteg rosszul vagy nehezen kommunikál verbálisan, ez az eszköz lehet az első, melynek igénybevételével kifejezhetik magukat, alapvető élményeket átélhetnek, megérthetnek. Gyakran a biztonság érzetének, és a fájdalom első kifejezésének élményét nyújtja ez a módszer. A művészet egyenes utat biztosít a belső érzések és élmények felé, a sikeres tevékenység pedig növeli az önbecsülést. A kreativitás teremti meg a lehetőséget a szorongás kezelésének, annak, hogy az elfogadhatatlan érzések tolerálhatók legyenek [82]. Az alkotásban lezajló belső folyamatok élményszinten, illetve a tudatosítás szintjén korrekatív hatást tudnak kifejteni a személyiségre, valamint a páciens értéként kezeli önkifejezését. Az alkotó folyamat a belső erők összpontosítása, olyan élményállapotok átélési lehetősége, melyek segítik az énvédő mechanizmusokat [25, 83].

Alapvetően két művészetterápiás megközelítés lehetséges. Az egyik úgy tervezi meg a folyamatot, hogy az *alkotás létrehozása* hordozza magában a terápiás elemeket.

Magában az alkotó folyamatban történik meg a belső élmények átrendeződése, ez a cselekvéses, együttalkotó, a művészet technikáin keresztül kommunikációt létrehozó vezetés. A művészetterápiás csoportok túlnyomó többségében alkotás folyik, ezért a *kreatív terápia* összefoglaló elnevezést is használják. Az alkotás eszköz önmagunk kifejezésére. Amit alkotunk, annak ugyanúgy, mint a fantáziáknak, álmoknak egzisztenciális jelentése van. Az alkotás számtalan olyan dolgot kifejez, amit a páciens nem tud, vagy nem akar elmondani. Másrészt, az alkotás szimbolikus természete miatt a páciens elrejtőzhet műve mögött. Meghatározhatja, mit vállal fel nyíltan, tudatosan abból, amit alkotása kifejez. A másik megközelítés először *egy alkotáson keresztül élményeket „tesz láthatóvá”*, majd az alkotás objektumként való kezelésével egy jelentéstulajdonítási folyamatban, mindezen élmény köré szerveződő tulajdonságokat verbális síkon átdolgozza. A betegség típusa és a betegek személyisége meghatározhatja, hogy a nem verbális kifejezésformák (mozgás, tánc, rajz, zene) eredményesebbek-e, vagy a szavak közvetítésével érvényesülők (drámajáték, színelőadás) [25, 83, 84, 85, 86].

A művészetterápiák hatásai közül az irodalom általában azt emeli ki, hogy a belső, gyakran nehezen megélhető vagy megfogalmazható tartalmak megjelenítését teszi lehetővé, amelynek köszönhetően az érintett maga könnyebben tud ezekkel a tartalmakkal kapcsolatba lépni. Maga a tevékenység egyben sikerélményt, a kreativitás, az alkotás élményét is hozza, amely az önbecsülés növekedését eredményezi. Összességében pedig mindezek hozzájárulhatnak a figyelem fókuszálásához és az énhatárok, majd az énvédő mechanizmusok megerősödéséhez. Ilyen komplex hatások kutatására és kimutatására azonban kevés esetben került sor mindez idáig – egy-egy hatás bizonyítását találhatjuk meg egy-egy kutatás eredményei között [83, 85, 87]. Monti és munkatársai a distressz csökkenését és az életminőség javulását tudták kimutatni vizsgálatukban [88]. Svensk kutatása szerint szintén javulhat a fizikai és lelki egészség és az életminőség [89]. Bar-Sela és munkatársai a depresszió szintjének csökkenésére találtak bizonyítékot [90]. Carlsonék azt mutatták ki, hogy a kreatív terápiák – mint a tánc- vagy zeneterápia – javítják az érzelmi állapotot, a megküzdést a rák lefolyásában [91]. Gellaitry pedig arra a következtetésre jutott vizsgálata során, hogy a csoportban végzett művészetterápia jótékony hatással van a társas támogatás dimenzióira is [92]. Fenti hatások még akkor is érvényesülnek, hogyha maga az

intervenció csupán igen alacsony intenzitású és rövid időtartamú – bár a hatás időtartamára vonatkozó információk korlátozottak [93, 94, 95, 96].

Zeneterápiát alkalmaznak a gyógyítás számos területén – szorongás és depressziós betegségek, schizofrénia, autizmus, krónikus fájdalom szindróma, stroke, Parkinson-kór, Alzheimer-kór, demencia, valamint az onkológia területein [97]. Hanser és munkatársai a zeneterápia hatásait vizsgálta a pszichés funkciók-, az életminőség és a stressz leküzdésének tükrében. 70 nőbeteget vizsgáltak meg, akiknek a diagnózisukban áttétes emlőrák volt. Szignifikáns eredményeket kaptak a kikapcsolódásra, a közérzetre, a boldogságérzetre [98]. De a zene nem csak terápiás keretek között, hanem akár a háttérben is ki tudja fejteni gyógyító hatását – a zene hallgatása kemoterápia közben pozitív hatással van a betegekre, csökkenti a stresszt [99]. Bozcuk EORTC QLQ-C30 kérdőívvel vizsgálta a zene hatását az életminőségre. A módszer kimondottan hatékonynak bizonyult az alvászavarra és étvágytalanságra [100].

A kreatív rehabilitációs programok bizonyítottan pozitív hatással lehetnek a kezelték lelki jóllétére – növelhetik az életminőséget, csökkenthetik a depressziót és szorongást, segíthetik a megküzdést. Arra vonatkozóan azonban, hogy ezek a hatások mennyi ideig maradnak fenn, nem adnak elegendő információt a tanulmányozott szakirodalmak.

2. 4. 2. 2. Mozgásterápia

Mozgásterápia segítségével egy folyamaton mehetünk keresztül, melynek során az elemi mozdulatokból indulva a mozgás és a képzeleti tevékenység találkozásán keresztül felszabadulnak énünk kreatív erői, s képessé válunk belső harmóniánk újratereztésére. A pszichoterápiás célzattal alkalmazott mozgásterápia pozitív hatásai a testkép tudatosítása; a megváltozott testkép érzelmi elfogadásának elősegítése; feszültségcsökkentés, hangulatjavítás; a pszichoszomatikus egyensúly kedvező befolyásolása; a realitásérzék javítása; az én-erő aktivizálása; az alkalmazkodó képesség támogatása; az emberi kapcsolatok fejlesztése [34, 101].

Globális jelenség, hogy a hétköznapi életvitelből egyre nagyobb mértékben kopik ki a fizikai aktivitás. Daganatos betegeknél a mozgás hiánya különösen káros lehet, hiszen számos vizsgálat született arra vonatkozóan, hogy a sport milyen pozitív hatással

lehet az ilyen típusú betegségekre [102]. Bizonyítékot találtak rá, hogy a rendszeres fizikai aktivitás szignifikáns hatással lehet a mellrákból fakadó halandóságra [103]. A tréning vagy aerobic típusú programok már rövidtávon csökkenthetik a kar térfogatát; a kardiopulmonális- és az izomfunkciók javulhatnak; csökkenhet az alvászavarok mértéke; javulhat a kardiovaszkuláris státusz, a tüdőkapacitás és a fáradékonyság [81, 104, 105, 106, 107]. Mozgás hatására javulás áll be a fájdalom és az általános egészségi állapot faktorokban, valamint az életelégedettség észlelése is hatékonyabb a fizikai aktivitást végzőknél [108]. A fizikai mozgás csökkentheti a fáradtságot és megelőzheti az inaktivitásból, haszontalanságból fakadó pszichés problémákat is [109]. Mindezeknek köszönhetően az egészséggel kapcsolatos szubjektív életminőség is egyértelműen javul mozgásos program hatására [110, 111]. Az életminőséggel és az egészséggel kapcsolatos fizikai és pszichés jólétre vonatkozó áttekintő tanulmányok és nagy mintát alkalmazó kutatások alátámasztják, hogy a rendszeres fizikai mozgás pozitívan korrelál az általános életminőséggel, a fizikai és pszichológiai jóléttel [112, 113].

A fenti vizsgálatoknál fontos kiemelni, hogy a mozgásos intervenciók nagy része alacsony- vagy közepes intenzitásfokú (sétálás, heti egyszeri tréning) és rövid távú volt (átlag 6-8 hét), mégis hatékonyak bizonyultak.

A mozgásos intervenciók gyakori kihívása a kitartás. A fájdalmak, a fáradékonyság és a fokozott megterhelés miatt a szokásosnál is nagyobb arányú lehet a vizsgálatból kiszóródók száma [114]. Ezt itt azért lehet fontos kiemelni, mert a fizikai intervenciókat csoportos egyéb módszerekkel kombinálva – mint ahogy ez a rehabilitációs csoportunkban történik – a kiesés, mint rizikófaktor valószínűsége csökkenthető.

2. 4. 2. 3. Táncterápia

A mozgásos intervenciók egy speciális formája az ún. mozgás- vagy táncterápia, melynek céljai inkább a művészetterápiákkal állíthatók párhuzamba, mint a fizioterápiás programokkal. Rehabilitációs csoportunk azonban a kettő ötvözését célozza meg, amelyben művészetterápiás munka folyik fokozott fizikai aktivitás keretei között.

A nők ösztönösen és szívesen táncolnak, a tánc pedig összetett hatásmechanizmusa révén képes terápiás hatást elérni azáltal, hogy pozitív testi-lelki-szellemi hatásokkal rendelkezik – egészségmegőrző és primer-, szekunder prevencióban kiválóan alkalmazható. A tánc az emberiség legősibb és legegységesebb hagyománya, gyógyítási- és kifejezési módja. Történetéről - a rituáléktól a táncterápiáig - Levy ad kitűnő áttekintést. Leírja, hogy a civilizáció hajnalán a tánc, a vallás, a zene és az orvoslás elválaszthatatlan volt egymástól. A tánc lehetőséget nyújtott az érzelmek kifejezésére és a természettel való egyesülésre és segítette a személyes integrációt, valamint az egyén és a társadalom integrációját. A mai tánc- és mozgásterápia az 1940-es és '50-es években született meg Amerikában mint különálló terápiás irányzat. Mára a táncterápia, összekapcsolva a táncművészetből kapott intuitív tudást a csoport és individuál pszichológia és a pszichoterápia elméleteivel, megalkotta saját elméleti keretét. A kidolgozott elméleti háttér alapja az az ősi tudás, hogy test és elme szétválaszthatatlan egységet alkot. A test minden mozgása és megnyilvánulása belső érzelmi állapotokat tükröz, és a mozgás vagy viselkedés átalakulása az egészséget és a növekedést elősegítő változáshoz vezet a pszichében. A terápia célja pedig, hogy segítsen elérni az „egész-ség” állapotát, a test, elme és lélek alapvető egységének tapasztalatán keresztül [115]. Ennek köszönhető, hogy a táncterápia olyan élménytartományhoz ad hozzáférést, ami amúgy nem tudatosítható – akár nem is kell tudatosítani. Ezek a pszichés tartalmak nem verbalizálhatóak, de mozgásos-testi tapasztalás útján elérhetőek és átdolgozhatóak. Táncterápia során a korai fizikai tapasztalás éled újjá egy biztonságos térben, amelynek hatására újraírható és javítható az érzelmi-fizikai válaszkészség. A testünkön keresztül való megélésnek köszönhetően „visszahódítjuk” testünket és élményeinket, így a test-lélek egyensúly helyreállhat. A táncon és mozgáson keresztül átélt örömteli testi élmények a korábbi tapasztalatok negatív hatásait modulálni képesek. A mozgásélmény „drog nélküli örömet” ad, segíti a csoportkohézió erősítését. A személyiség változásai leolvashatóak a mozgás és a testtartás változásából és a mozgásmintázat megváltozása együtt járhat a személyiséghez kötődő érzések, gondolatok és attitűdök – így a testkép – megváltozásával [116]. Az öröm érzete belsőleg felszabadít, kitárulkoztat, derűssé tesz és „melegít”. Boldogságérzet olyan sikeres események nyomán keletkezik, amelyeknek részesei vagyunk [117].

A táncterápiák hatásait széles körben vizsgálták – daganatos megbetegedéssel diagnosztizáltak csoportjain is. Kimutatták, hogy a résztvevők fizikai funkciója mellett az életelégedettség nő és a depresszió szintje csökken [118, 119]. Feltételezhetően fizikai és érzelmi szükségletek kielégítésének köszönhetően a táncterápia jelentősen tudja növelni a mellrák-specifikus életminőség mutatókat, valamint a szubjektív testkép pozitív irányba változását [111]. Más kutatásokból az derült ki, hogy a test élvezetének, a szabad mozgás örömeinek és az érzelmek kifejezésének köszönhetően a boldogságérzet nő, a stressz szintje csökken, és az énképben pozitív változás áll be. A tánc növeli az energiát, csökkenti a fáradékonyságot és javítja a hangulatot. Mérhető, hogy nem csak a stressz és depresszió szubjektív élménye, hanem a stresszel kapcsolatos hormonok mértéke is csökken [120, 121].

2. 4. 2. 4. Orientális tánc

Az orientális táncot különféle nevekkkel illetik, és sokan azért szeretik és használják a „**hastánc**” kifejezést, mivel úgy gondolják, a has az erő és a teremtés forrása. Bár a hastánc valószínűleg a világ legrégebben ismert és feljegyzett táncformáiból alakult ki, a nyugati kultúrában az a hiedelem terjedt el, hogy a csábítás és a szexuális vágykeltés tánca, ami egy felszíni leíró megközelítés csupán. Valójában a keleti tánc az egyik legrégebbi táncforma, amely évezredekkel ezelőtt az anyaság és a termékenység tiszteletére végzett szertartások része volt, és egyben felkészítette a női testet a szülés folyamatára. A hastánc gyökerét és eredetét a születési szertartás istennőjének szóló rituáléhoz vezetik vissza, mellyel azt fejezik ki, hogy a hastánc az életető energiáját egy alapvetően női erőből meríti [122].

A hastánc a nők izomzatára, csontozatára épült fel, olyan mozdulatokat tartalmaz, amelyek a felsőtestből erednek, onnan áradnak a karokba és a lábakba. A tánc gyakran, a test különböző részeinek izolációjára összpontosít, ezeket az apró mozdulatokat érzékeny összeszöve a táncban kibontakoztathatjuk a *NŐ-t*. A női identitás megélését fokozzák a táncban használatos kiegészítők is – színes lenge öltözet; finom sálak, fátylak; csillogó ékszerek és az elengedhetetlen smink. Legnagyobb előnye a változatosság. Nincs edzésjellege, mégis ugyanazokat az előnyöket kínálja, mint a többi mozgásforma. Ez a fajta tánc nincs életkorhoz és testalkathoz kötve. Mivel nem társastánc, így nem kell hozzá pár, az egyedülállók is örömeiket lelhetik benne.

A keleti rendszerek mindig figyelembe veszik az ember hármas egységét, azaz testi-, lelki-, szellemi síkon egyaránt működnek, ezért a hastánc sem pusztán sport, hanem egyfajta terápia is. Olyan pozitív hatásokkal lehet számolni, mint a nőiesség érzésének erősítése; a belső spiritualitás újrafelfedezése; a test megerősítése és a stressz csökkentése [123]. Kutatások alapján sokféle (szórakoztatás céljából végzett) tánc a nem egészséges – hanem a médiában reprezentált – testképet erősíti, ezzel szemben a hastánc széleskörűen befogadó a testkép normákkal kapcsolatban, nem gyakorol nyomást a konformitás felé [124]. Ez különösen fontos, hiszen kutatásokból kiderül, hogy a mai nők ellentmondásos és negatív érzéseket élnek meg saját és más nők testével kapcsolatban. A belső konfliktus oka az a női ideálkép, amit a reklámokban látnak, amelynek hatására fragmentált lesz a testképük és szelektíven, csak bizonyos testrészeket egészen vékonyra soványítanak, mert internalizálták a főáram szépségsztenderdjeit, és ezt hamisan személyes választásként élik meg. A hastánc ezzel szemben a test elfogadásán keresztül fokozhatja az énértékelést és a magabiztosságot [125].

Abrão és Pedrão vizsgálatuk eredményeként kiemelték a hastánc pozitív hatásai között az életminőség, életelégedettség és egészség javulását; McAghon pedig az izmok, karmozgás és testézés javulását [126, 127]. A mozgás- és táncterápiák, valamint a hastánc gyakorlása egyaránt a fizikai jóllét és kapacitás javítása mellett a lelki jóllétet is növelheti, nem csak a negatív tünetek (depresszió, stressz) csökkentésén keresztül, hanem az énkép, a nőiség megerősítésén keresztül is [128].

2. 4. 2. 4. 1. A klubfoglalkozás módszerének bemutatása

A klubfoglalkozást **bemelegítéssel** kezdjük, mely tükör előtt végezve a legideálisabb, mert a tükör önmagunk kontrollálásának az eszköze. Így nem csak érezhető, hanem láthatóvá is válik, hogy melyik mozdulat okoz nehézséget. A tükör segít abban, hogy a felső végtagok mozgásai szimmetrikusak és harmonikusabbak lehessenek, ezáltal pedig a tartás is optimalizálódjon. A bemelegítés során emelkedik a testhőmérséklet, lazulnak az izmok, az ízületek hajlékonyabbá válnak, fokozódik a vérkeringés, nő a pulzusszám. Ezt különböző eszközökkel érjük el:

- a pulzus emelkedésének legfőbb módja a kar minél több elevatio elmozdulása, légző gyakorlatokkal kombinálva;
- a felső végtag ízületeinek lazulását és az izmok keringésének fokozását az ízületek egymást követő lassú, összehangolt elmozdulásaival érjük el;
- a gerinc elongatio-jával a hátizmaink előnyújtott állapotba kerülnek;
- testtartásért felelős izmok is működésbe lépnek;
- a medence- és csípő alapmozdulatainak gyakoroltatásával fokozódik a kismedence vérellátása, lazul a lumbalis gerinc és a csípőízület;
- egyre dinamikusabb és komplexebb mozgásokkal haladunk a bemelegítés vége felé;
- a tánc elmozdulással járó elemei (lépések) megkívánják a test valamennyi ízületének és izmainak komplex, összehangolt együttmozgását. Az élettani hatások így még intenzívebbek lesznek.

A szimmetrikus **karmozgások** facilitálják a törzs izmainak kontrakcióját, elősegítve gerincünk fiziológiás tartásának elérését. A teljes mozgáspályán történő flexio és abductio segíti a paravertebralis izomzat nyújtását és az egész gerinc elongatio-ját. A váll elmozdulásai facilitálják a törzs izmainak kontrakcióját, elősegítve gerincünk fiziológiás tartásának elérését. Emellett a kar teljes flexiós és abductios elmozdulásai segítik a paravertebralis izomzat nyújtását és az egész gerinc elongatio-ját. A vállöv rotatio elmozdulásai és a nyaki gerincszakasz szelektív elmozdulásai lazítják a feszes m. trapezius felső részét. A vállöv szimmetrikus retractio irányú elmozdulásai segítik a lapockazáró izomzat (m. trapezius középső rostjai és m. m. rhomboidei) aktivitását, miközben a ventralisan elhelyezkedő m. pectoralis maior és m. biceps brachii rostjai izotóniás excentrikusan nyúlnak. A mozgás beszűkülését az esetlegesen letapadt műtéti heg is okozhatja. A kitartó és megfelelő odafigyeléssel végzett vállövi mozdulatok során lazul, kontrolláltan nyúlik a heges szövet. A műtött emlő oldali törzsizomzat szelektív lazítása, nyújtása elengedhetetlenül fontos. Az érintett kar abductio elmozdulása maga után vonja az azonos oldali törzsizomzat elongatio-ját, korrigálva ezzel a háti gerinc enyhe fokú aszimmetrikus tartását. Az orientális tánc mozdulatkészletéből a felső végtagi elmozdulások fontos szerepet játszanak a műtét oldali kar mozgásszabadságának növelésében, keringésének- és nyirokkeringésének fokozásában, izomzatának erősítésében. A gyakorlatokhoz kötött mély légvételek „szívó” hatást gyakorolnak a perifériás vénás és nyirokkeringésre. Tánc során a kar elevatio elmozdulásai önmagukban is fokozzák a vérkeringést, azonban ha ezen

elmozdulások a csukló és a kéz aktív, dominánsan forgó mozgásaival társulnak, intenzívebb lesz a hatás. A vérkeringés javításának további lehetősége a vállízület ki- és be rotációval kombinált elevatioja.

Vállövi izom „dysbalance”: a m. infraspinatus-, m. teres minor és maior, a m. deltoideus hátsó része, a m. trapezius középső része, valamint a m. m. rhomboidei erejének csökkenése tapasztalható azoknál az embereknél, akiknek a tartása nem megfelelő (hanyag tartás). Orientális tánc során a vállövi retractios, illetve a felső végtagok elevatios és horizontális abductios irányú elmozdulásai fokozzák a szóban forgó gyengült izmok erejét, miközben a rövidült antagonistá m. biceps brachii és a m. pectoralis maior sternalis rostjainak következményes nyújtása is lehetővé válik. Az emlőműtétek után tipikus védekező testtartás alakul ki: a vállöv elevatios-protrakciós helyzetben, a vállízület adductios-berotációs helyzetben van. Mindez maga után vonja a háti gerincszakasz aszimmetrikus tartását, a nyaki-, vállövi izmok kötöttségét, fokozott tónusát. A sebfájdalom és a védekező testtartás az érintett oldali vállízület mozgásainak beszűkülését okozza, valamint a légző mozgások is korlátozottá válnak. A csökkenő élettani izompumpa-hatás tovább fokozza az oedema kialakulásának esélyét.

A terhelés fokozásával a vázizmokon áthaladó vér mennyisége egyre nagyobb, akár hússzorosára is fokozódhat. A coronaria-keringés is 3-4-szeresére emelkedik. Az egyre intenzívebb izommunka során a bőr kezdetben fokozódó keringése csökkenni kezd, a szervezet elvonja a vért tőle. A hasi szervekben is csökken a vérellátás, a vesében fokozódó vazokonstriktió megemeli a vérnyomást. A szisztolés vérnyomás egyenes arányban nő a fizikai terheléssel, majd rövid idő alatt beáll egy állandósult szintre. A diasztolés vérnyomás is kis mértékben nő. A felső végtag mozgása jobban megemeli a szisztolés vérnyomást. A verőtérfogat a mozgás intenzitását követve fokozódik, majd beáll egy állandósult szintre. A perctérfogat is ugyanilyen arányban nő, elérheti a 20-40 l/perc-et. Intenzív testmozgás során javul a vénás visszaáramlás, mely maga után vonja a szív perctérfogatának emelkedését. A vénás keringést részben a fokozott légzésből adódó mellkasi nyomáskülönbség segíti, mely szívóhatást gyakorol a nagy vénákra. Másrészt a ritmikusan összehúzódó és ellazuló izmok a periférián pumpahatást fejtenek ki az erekre.

A **mellkas** emelésekor az egész ventralis törzsizomzat nyúlik, ezzel egyidejűleg a dorsalis izomzat aktivizálódik, a vállöv retractios, a vállízület kirotációs helyzetbe kerül.

Az elevatiohoz kapcsolt légző gyakorlatok fokozzák a tüdő kapacitását és növelik a légzésben részt vevő izmok erejét. A lazítás ritmusával történik a kilégzés.

A fizikai terhelés intenzitásának megfelelően **emelkedik a percventilláció** is. A légző izmok mellett a nagy légzési segédizmok is bekapcsolódnak a légzésbe. Kilégzéskor az összes hasizom dolgozik, ez a szervezet számára plusz energia ráfordítást jelent. A megnövekedett szén-dioxid tartalom és a vér hőmérsékletének emelkedése további működésre készíti a légzési és keringési központot. A verejtékmirigyek működése intenzívebb lesz. A tartásjavító mozdulatokat célszerű légző gyakorlatokkal is összekötni a tüdő kapacitásának növelése érdekében.

A terhelésnek számos hatása van az izomrendszerre. Nő a myofibrillumok-, kapillárisok és a mozgatóegységeken végigfutó ingerületek (leadási frekvencia) száma. Könnyű izommunkában a mennyiségi szummáció, az intenzitás emelésével a leadási frekvencia növekedése érvényesül. Nő az anyagcsere kapacitása; a glikolitikus enzimaktivitás; az izom kreatinin, ATP és glycogen raktárai; a sarcoplasmas reticulum nagysága. Több motoros egység kapcsolódik be a munkába. A kontrakciós idő változik. Az izomrost átalakulás nem jellemző, de jelentős az izom hypertrophia – az izom keresztmetszetének növekedése (az adott keresztmetszet az áthaladó rostok számától és a nem kontraktilis elemek arányától is függ). Nem utolsó sorban csökken a fáradékonyság. A működő izom magas vérátáramlását biztosító tényezők a szimpatikus vasodilatátor rendszer, a PO_2 csökkenés, a szöveti PCO_2 emelkedés, a vasodilatátor metabolitok felhalmozódása, a növekvő hőmérséklet. Az arteriola-k és praecapillaris sphincter-ek 10-100-szorosára emelik a nyitott kapillárisok számát. A vér és az aktív sejtek közti diffúziós távolság nagymértékben csökken. A nyirokáramlás fokozódik. Összességében elmondható, hogy *a tánc az aerob jellegű testmozgás körébe tartozik*, hiszen fokozza a szervezet oxigén-felhasználását.

A tánc segít a fogyásban – a testsúly csökkenésével az alsó végtag ízületeire ható terhelés csökken, ez pedig az ízületvédelem alapvető pillére. A mozgás mechanikus ingerként hat **csontra**, a megfelelő intenzitású terhelés segíti a csontképződést. Csak ott képződik csontszövet, ahol mechanikai inger éri a csontot. Az izmok eredésénél a mikrocirkuláció helyileg fokozódik. Csontjaink terhelés révén erősödnek. A rendszeres fizikai igénybevétel nemcsak a prevencióban, hanem a már kialakult csontritkulás kezelésében is fontos szerepet játszik. **Csípőtájék izmainak megerősítése**, a m. gluteus

medius erősítésével hatást gyakorolhatunk a combnyak csontsűrűségének növekedéséhez.

Medenceövi izom „dysbalance”: a m. rectus femoris, a m. iliopsoas, a m. tensor fasciae latae zsugorodásra hajlamos izmok, zsugorodásuk révén a medence fokozott előre billenését, a lumbalis lordosis fokozódását okozzák, maga után vonva a lumbális izomzat hiperaktivitását, fájdalmát. Mindebből következik az antagonista has izomzat és a gluteális izomzat gyengülése, túlnyúlása. Az orientális táncban alapvető mozdulat, a medence hátrabillentése (vagyis a lumbalis lordosis csökkenése és a csípőízület extensioja) és az ebben a helyzetben végzett mozdulatok, valamint a csípőtájék változatos, minden irányú elmozdulása lehetővé teszi a rövidült m. iliopsoas, m. rectus femoris és a lumbális extenzorok lazulását, nyúlását, miközben a has izomzat a farizomzattal szinergizmusban erősödik.

A hastánc egy kiváló lehetőség a **törzs izmainak megerősítésére**. Ahhoz, hogy a felső végtagjainkat függetleníteni tudjuk a törzsünktől, azaz izoláltan mozgassuk őket, a gerincünk szolgál stabil alapul. A törzs izmai akkor is dolgoznak, ha felső végtagi mozdulatok során a gerincünk látszólag mozdulatlan (törzs extenzorok intermittáló feszülése révén). A törzsről eredő, de a vállat elmozdító izmaink szinergizmusban segíthetik és facilitálhatják a közvetlenül gerincünket mozgó izmok tömegét. Tánc során a gerinc harmonikus és koordinált mozgásával követi a felső végtagok, illetve a medence-csípő elmozdulásait, miközben stabil alapot biztosít a mozgásban lévő test számára. A törzsünkön található izmok a légzésben is részt vehetnek, mint légző izmok. A légző izmok a rendszeres testmozgás során erősödnek. Mindebből következik, hogy gerincünk izomzata a tánc során mindvégig fontos szerepet tölt be, dinamikus stabilitást teremt a legbonyolultabbnak tűnő mozgások kivitelezésében is, miközben megadja az ehhez szükséges mobilitást.

A **koordináció** olyan mozgás összehangoltság, mely részben automatikus, részben finoman összerendezett mozgások eredménye. A koordinált mozgásnak plasztikai, ritmikai és dinamikai jellemzői vannak. A neuromuscularis rendszer és a környezet kölcsönhatásán alapul. A reflexmechanizmusokon alapuló mozgásokra épülnek a finoman megtervezett mozdulatok, melyek piramispályához kötöttek. A mozgás sima lefolyását a kisagyi korrekció biztosítja. A koordináció fejlesztésével kialakul az emberben a mozgásérzés, azaz a kinesztézia. A cél tehát a tudatosítás. A

testtudatosításban, azaz a koordináció fejlesztésében az alábbiak játszanak szerepet a tánc eszközszeréből:

- a végtagok és a gerinc különböző szakaszainak izolált elmozdulásai;
- a végtagok szimmetrikus és aszimmetrikus mozgatai;
- összetett elmozdulások statikus helyzetekben;
- elmozdulással járó komplex gyakorlatok;
- átvezetések;
- a keleti zene légysága és dinamizmusa hatékonyan segíti a mozgások facilitációját.

Az eszközök, mint a fátyol, bot, kard, gyertya módosítják a mozgások térbeli hatását, átvezetést képeznek a mozdulatokhoz, közvetítenek a külvilág felé. Színesítik a mozdulatokat, miközben a dinamikához, ritmushoz is segítséget nyújtanak.

Az orientális tánc mozdulatrendszeré magában foglalja az **egyensúlyozó képesség** fejlesztésének számos lehetőségét. Ezek a következők:

- vertikális helyzetből a gerinc oldalirányú hajlásai az azonos oldali kar vezetésével;
- egy helyben történő, dominánsan medence és csípő elmozdulások, melyek során a testsúly ciklikusan áthelyeződik egyik lábról a másikra;
- azok a gyakorlatok, ahol a testünk súlyát csak az egyik végtag tartja (stabilitást biztosít), miközben a másik végtag csak érintkezik a talajjal, de nem tölt be teherviselő funkciót;
- lépések;
- egy helyben történő forgások;
- lépéselemekkel egybekötött forgások.

Az orientális tánc mozdulatainak nagy része megkívánja a lábujjhegyen állást. Ez az egy helyben történő mozdulatok és a dinamikus, haladó mozdulatok esetében is igaz. Lábujjhegyen állva nehezebb az egyensúlyi helyzetet megtartani, hiszen csökken a test alátámasztási felülete. Ezekhez a gyakorlatokhoz gyakran a kar elevációját kapcsoljuk.

Alapvetően fontos, hogy az ember ráhangolódjon a **gátizmokkal** való foglalkozásra, hiszen ezeknek a rejtett fekvésű izmoknak a működtetése megkívánja az odafigyelést, koncentrációt. Tánc esetén a dinamikus és alapos bemelegítés után, a táncóra fő részébe iktatva érdemes foglalkozni a gátizmok megérettetésével és erősítésével. A kismedence

vérellátását a lumbalis gerinc-, medence-, csípő izomzatának izotóniás koncentrikus működései fokozzák, melyhez a hastánc nagyszerű lehetőséget teremt. A gátizomzat egészének megfeszítésére a legoptimálisabb helyzet a medence teljes hátrabillentése – ilyenkor a gátizomzat szinergistái a has, illetve a farizmok. Ebben a helyzetben reflexszerűen összehúzódnak a medencefenék izmai, ilyenkor a legkifejezettebb a felfelé húzó hatás. A légzés ritmusával összehangolva még hatékonyabban izomműködés érhető el – a beléggzéssel összekötött kontrakció fokozza az intraabdominalis nyomást. A kilégzés a lazításhoz hangolódik. Célszerű a végbélzáró izmok megfeszítésével kezdeni a gátizom erősítését, hiszen ezek nagy tömegű és általában jobb állapotban lévő izmok. Ezt követik a hüvely és a húgycső körüli izomgyűrű feszítései. A szelektív izomműködés lényege a végbél körüli, a hüvely körüli izomgyűrű külön működtetése. Szelektív izomműködés az is, amikor az egész gát megfeszül a medence többi izmához képest. A gátizmok erősítésének hatékony módja a maximális kontrakcióhoz vezető út, szakaszokra bontása kis megszakításokkal. A visszafelé út is apró megszakításokkal történik. Az érintett izomzat erősödésével a statikus testhelyzetből fokozatosan egyre több dinamikus, lépéselemeket is magába foglaló mozdulatot iktathatunk be a tánc mozdulatkészletéből. A gátizomzat tudatos megfeszítésére a tánc összes csípőt érintő álló és elmozdulásos eleménél lehetőség nyílik. Erős izomzattal a medencefenék képes lesz betölteni a fiziológiás feladatát, azaz a záró- és alátámasztó funkcióját [129, 130, 131, 132, 133, 134].

A bemelegítést a táncmozdulatok, **koreográfiák** elsajátítása követi. A táncmozdulatok betanulása és gyakorlása a kezdetekben mindenki számára nehéz feladat. Ilyenkor különböző hasonlatokkal szemléltetem az aktuális mozdulatot, amely minden esetben derűtséget okoz a közösségben. A csoport tagjai is nagy segítségemre vannak, egymást figyelik és tanítják. Egy-egy sikeres mozdulat mindenki számára pozitív élmény, amit dicsérettel megerősítek. A hangsúlyosan női mozdulatok gyakoroltatásával erősítem a személyekben a női identitást. A közös koreográfiás táncok egységessé tesznek bennünket, erősíti a közös élmény megélését. A mozdulatok kivitelezésénél nem a tökéletes technikára teszem a hangsúlyt, hanem a *tökéletesség érzésére*.

Az órát mindig az úgynevezett **szabadtánccal** fejezzük be. Ilyenkor mindenki szabadon táncolhat érzéseinek megfelelően. Ha lehetőségünk van rá, akkor a világítást is halványra kapcsoljuk, hogy átadhassuk magunkat a zenének, a testünknek és az

érzéseinknek. Kizárjuk a problémákat, külvilágot, csak az „én” létezik. A hastánc egy szabad önkifejezési mód, melynek a női szépséget hangsúlyozó mozdulatai vannak, és ezek kihatnak a lélek harmóniájára. A tánc légies, érzéki, szenvedélyes, összetett, alapvetően a magasabb rendű szépségről, harmóniáról szól, a legtöbb női „varázslatot” rejti magába. A nő egy csodálatos, egzotikus lényé válhat, átalakulhat külsőleg, belsőleg. A tánc által szabadjára engedhetjük érzelmeinket, érzéseinket, így a pillanatnyi hangulatot tükrözi, ezáltal megismételhetetlen. A szabad tánc végső eleme, amikor „*dobunk egy táncot*” azoknak a klubtársaknak, akik nem tudnak részt venni a foglalkozáson. Legtöbb esetben ennek az oka a „rettegett” kontroll vizsgálat. Ilyenkor *NEKI- ÉRTE* táncolunk. Ez növeli a tagokban az összetartozást, és valamiféle biztonságérzetet is ad.

Az aktív mozgással eltöltött másfél óra után nem szaladunk haza, hanem „világmegváltó” **beszélgetéssel zárjuk** a keddi napunkat. A beszélgetések fő témája spontán alakul ki, legtöbbször a mindennapi élettel kapcsolatosak és jó kedélyűek. Előfordul, hogy valaki problémáját akarjuk megoldani közösen és az is, hogy együtt sírunk. Sokat beszélünk az öltözködésről, ruhákról, sminkekről, ékszerekről, női szerepekről, intim „titkokról”, illő és nem illő dolgokról (szabad-, feszély nélküli beszélgetések). Jellemző a csoportunkra, hogy egymást támogató, szeretetteljes közösséget alkotunk [135].

Egy hastánc-rehabilitációs alkalom során sok olyan elem emelkedik ki, amelyben a program osztozik a különböző művészetterápiákkal. A megvalósítás külső kellékei, az autentikus zene, valamint a tánc improvizációs jellege lehetőséget adnak az ilyen jellegű terápiák hatásainak kibontakozására. A hastáncon kívül a gyógytornász segítségével egyéb mozgásterápiás foglalkozásokat is beiktatunk (gerinctorna, intimtorna). Az egyéb táncterápiákból a körtáncokat alkalmazzuk szívesen. Maga a tevékenység sikerélményt, a kreativitás, az alkotás élményét is hozza, amely az önbecsülés növekedését eredményezi. Összességében pedig mindezek hozzájárulhatnak a figyelem fókuszálásához és az énhatárok, majd az énvédő mechanizmusok megerősödéséhez.

2. 5. Életminőség

Az *életminőség* – az élet minősége – az egyén életének különböző területein megélt helyzeteinek összességét jelenti. Olyan többdimenziós, az egyén megítélését is magába foglaló fogalom, melyet *objektív* és *szubjektív* tényezők egyaránt befolyásolnak. A WHO egészség meghatározáshoz kapcsolódva a magas életminőséget „*a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapotaként és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányaként*” szokták értelmezni [136, 137, 138]. A daganatos megbetegedések és kezelésük élettani következményei közismertek, komplexen hatnak a *beteg* és *hozzátartozói* életminőségére. Az életminőség összetevői több komponensű:

1. **Fizikai jóllét.** A kellemetlen tünetek – fájdalom, étvágytalanság, hányinger, hányás, fogyás, álmatlanság, stb. – rontják az életminőséget, és befolyásolják az egyéb paramétereit; csökkentik a fizikai aktivitást; negatívan hatnak a lelki életre, és befolyásolják a társadalmi beilleszkedést. Az emlőrák kezelés vezethet krónikus fájdalomhoz, súlyváltozáshoz, izomsorvadáshoz, kardiorespirációs csökkenéshez és vállfunkció csökkenéshez [139, 140]. Ugyanakkor a fizikai tünetek mellett gyakoriak a negatív hangulati következmények és az életminőség romlása [141, 142, 143, 144]. Montazeri irodalmi áttekintést végzett az 1974-2007 között megjelent orvos-biológiai kiadványokban publikált kutatásokon, hogy összefoglalja az emlőrák életminőségre gyakorolt hatásait. A kutatásokból kiemelkedett, hogy a leggyakoribb panaszok (fájdalom, fáradtság, limfödéma, posztmenopauzás tünetek) mellett a sebészeti beavatkozások hatására testképzavar alakul ki és a szexuális működés romlik; az adjuváns hormonális kezelések és a kemoterápia mellékhatásai pedig szintén negatívan befolyásolják a betegek életminőségét [145]. *A fizikai és pszichés tünetek állandó interakcióban vannak, hatnak egymásra.* Akik előrehaladottabb stádiumban vannak, azok kevésbé aktívak társasan és az életminőségük is alacsonyabb a korábbi stádiumban lévőkénél. Általánosságban elmondható, hogy a fizikai tünetek közül a fáradtság és fájdalom van az életminőségre legnagyobb befolyással [146, 147]. A betegség folyamán megjelenő fizikai tünetek (mint fáradtság, alvásproblémák, étvágytalanság, koncentrációs nehézség, fájdalom) lehetnek a betegség illetve az azt kísérő kezelés következményei, de megjelenhetnek a depressziós állapot manifesztációjaként is. Az antidepresszánsok alkalmazása a kemoterápia idején gyakran tovább emelkedik. Emellett az erősen depressziós betegeknél teherként jelenik meg az újfajta magatartások elsajátítása és ez emeli a depressziójuk szintjét [148]. Siedentopf hosszú távú kutatása

alapján arra a következtetésre jutott, hogy a legnagyobb fizikai distresszt a fáradtság okozza, míg a legnagyobb lelki distressz oka a szorongás - aggodás - feszültség és a gyász - reménytelenség - depresszió. Minél fiatalabb volt valaki, annál magasabb distresszt élt meg – az általuk vizsgált betegek 23%-ának volt szüksége professzionális pszichológiai segítségre [149].

2. **Fizikai aktivitás.** Az egyik legfontosabb szempont az életminőség értékelésénél a fizikai aktivitás megőrzése. A fizikai aktivitás romolhat a daganatos betegség következtében, de a kezelések is befolyásolhatják annak alakulását. Ezt igazolják Kaufman és munkatársai vizsgálatának eredményei is [150].

3. **Családi kapcsolatok.** A beteg ember életében és betegségében a családi háttér nagyban befolyásolhatja az életminőség alakulását. Számos tanulmány igazolta, hogy a házasságban élők szemben a nem házasokkal boldogabbak, elégedettebbek és egészségesebbek – morbiditási és mortalitási mutatóik jelentősen alacsonyabbak [151, 152]. A jól működő kapcsolat csökkenti a beteg izoláltság érzését, a családtagok részéről megnyilvánuló szeretet segítséget ad a betegség és a kezelések vállalásában. Pozitív összefüggést mutat az énhatékonysággal (a nehéz helyzetekkel való megküzdési képességgel); a koherenciával (az élet értelmével); a megbízhatósággal és az önirányítottsággal, vagyis azzal, hogy mennyire fogadjuk el saját magunkat, illetve képesek vagyunk-e céljaink elérése érdekében a kontrollra, a szabályok betartására. Ugyanakkor a betegségélmény megerősítheti és új tartalommal töltheti meg a családi kapcsolatokat [153]. Egy jó kapcsolatban a társ általában támogató és együttérző, egy gyenge, labilis kapcsolatot azonban felboríthat a betegséggel járó megpróbáltatás. Badr felmérésének eredményéből azt láthatjuk, hogy a vizsgált 57 beteg partnerkapcsolatára nem a fájdalom volt a legerősebb hatással, hanem a fájdalom miatt kialakuló fáradtság és rossz hangulat. A vizsgálatból kitűnik, hogy a partner inkább akkor támogatta a beteget, amikor fáradt volt és nem akkor, amikor fájdalmai voltak [154]. A kutatások összességében arra mutatnak, hogy a család támogatása növelheti a beteg jobb életminőség megélését [155].

4. **Lelki jóllét.** A daganatos betegek legtöbbször átmeneti vagy hosszantartó lelki zavarok alakulnak ki. Jacobsen megállapítása szerint a fájdalom intenzitása korrelál a szorongással és a depresszióval [156]. A daganatos betegeket túlélők között leggyakoribb a szorongás, hiszen sokan aggódnak a betegség kiújulásának lehetősége

miatt, mely az idő előrehaladtával csökken, de teljesen sosem múlik el [157]. Mullens megállapítása szerint, fiatalabb életkorban a kiújulás kockázatának érzete magasabb, gyakoribb a túlzott aggodalom, magasabb a szorongás szintje [158]. Liu és kutatócsoportja interjúkat készítettek két éves utánkövetés során 515 mell-daganatos nőbeteggel. A szorongó személyiségűeknél nagyobb valószínűséggel volt tünet-visszatérés, míg azoknál akiknek több társas támogatásuk volt, kevésbé volt valószínű a tünet-visszatérés. A tünet-visszatérés megélt esélye nem függött a stádiumtól és nem változott az idővel [159]. Ebből is kitűnik, hogy az élettani tényezők mellett az egyértelműen pszichés tényezők milyen szignifikáns hatással lehetnek a fizikai tünetekre. A traumára, valamint a betegséggel járó fizikai tünetekre és kezelésekre adott érzelmi reakciók a negatív érzések széles skálájából kerülnek ki, de legmeghatározóbbak a szorongás és a depresszió. A pszichés sérülés pedig örögi körként visszahat az élettani tünetekre [34].

5. ***Elégedettség az egészségügyi ellátással.*** Az egészségügyi ellátás minősége, hitelessége nagymértékben hozzájárulhat a kedvező életminőség-képhez [160, 161]. Fontos, hogy az egészségügyi ellátás, rehabilitáció folyamán a beteg individuálisan kapjon törődést a legkülönbözőbb szinteken. Rontja az életminőség-képet, ha a beteg elhagyatottnak, magányosnak érzi magát az egészségügyi ellátás folyamatában, szorong a jövőbeni elszigeteltségtől, magárahagyatottságtól [34]. A betegeknek igénye van olyan terápiás módszerekre, szolgáltatásokra, amelyek a betegségüket élhetőbbé, az életminőségüket jobbá teszik [162, 163, 164].

6. ***Testkép / szexualitás.*** A testkép pszichológiai szempontból tudatos és tudattalan élmények alapján kialakuló elképzelések összességét jelenti az egyén testének kinézetéről és funkcióiról. A saját testünkről, testi funkcióinkról kialakított képünket reális ismeretek és érzelmi tényezők egyaránt befolyásolják. *A testkép az önértékelés bázisának tekinthető.* A testképről formázott önkép kialakításában befolyásoló tényező az életkor, iskolai végzettség, társadalmi helyzet és partnerkapcsolat [165, 166]. A testkép sérülését már a rák diagnózisának megismerése kiválthatja, ez ugyanis az egyén saját szervezetének rendellenes működését jelenti, és ezáltal egyfajta csalódást okoz. Zimmermann összefoglaló megfogalmazásában az egyén által megélt testkép nem más, mint az önfogadás és a társ által megélt elfogadása a testének [167]. Sacerdotti tanulmányában leírta, hogy a daganatos beteg nőknek rosszabb lesz a szexuális életük és

a testképükről alkotott véleményük; az identitásban is változások állnak be amiatt, hogy a testük integritása sérült [168].

A betegség szomatikus és/vagy pszichés hatásai miatt a partnerrel kialakított testi közelség, őszinte kommunikáció, lelki elfogadás és a szexuális aktivitás a betegek egy részénél időlegesen vagy véglegesen megszűnik, tehát az életminőség e téren is romlik. A szorongás a betegek jelentős százalékánál a szexuális érdeklődést és tevékenységet csökkenti. A betegek szexuális életüket illető panaszait többnyire elhallgatják, leplezik, hiszen a rák és a szexualitás külön-külön is tabu. *A rák a halált és a szenvedést szimbolizálja, míg a szex az életet és az élvezetet* [34, 64, 169]. Az emlő mind fizikailag, mind érzelmileg fontos szerepet tölt be a szerelmi életben, valamint a legtöbb nő számára a szexuális önértékelésnek is meghatározó elemét képezi. Így a rákos folyamat miatt csonkolt vagy eltávolított mell a testkép torzulását okozza, a betegek 88%-ánál tapasztalták azt, hogy olyan mélyen sérült a testkép, hogy még saját maguk megnézése és megérintése is nehézségekbe ütközött. A melleltávolítás negatív hatása a szexuális életre teljesen egyértelmű. Charavel „emléltávolítás utáni szindrómáról” beszél: a műtéten átesett nők 30%-a szenved súlyos depressziótól, szorongástól. Kiemelendő, hogy rekonstrukciós műtéten átesett nőknél kevésbé sérül a szexuális vágy és ők gyakrabban élnek szexuális életet, mint a rekonstrukciós műtetet elutasítók. Az emlőrákban szenvedő nőknél jellegzetes maladaptív megküzdő stratégiákat különítettek el. A szexuális problémákat is ezekkel a rossz megoldási módokkal kezelik: disszimuláció, elfojtás, kilépés a helyzetből, izoláció, a problémán való rágódás [170, 171]. Beckjord és Campas 191 újonnan diagnosztizált nőbeteg szexuális életminőségének mérési eredményeiről számolnak be tanulmányukban. A vizsgálatban szereplők 60%-a számol be a szexuális élet teljes megszakadásáról [172]. Fobair és munkatársai 549 emlőrákos fiatal (≤ 50 éves) nőt vizsgáltak a testképpel kapcsolatos szexuális problémákkal kapcsolatban. A szexuálisan aktív nők között testkép problémát okozott a mastectomia – a rekonstrukció lehetőségével együtt –, a kemoterápia okozta kopaszság, a súlyváltozás, az önbizalom vesztese, a mentális egészség gyengülése, és a partner nem támogatása az érzelmek megértése terén. 360 szexuálisan aktív nő 52%-a jelzett problémát a szexuális működésben [173]. Emilee és munkatársai a mellrák és szexualitás témakörben 1998-2010-ig megjelenő publikációkat dolgozták fel. Konklúzióként kijelentették, hogy a megbetegedés zavart okoz a szexuális működésben, a szexuális vágyban és élvezetben. A nők félnek a termékenységük elvesztésétől;

negatív testképük alakul ki; szexuálisan nem érzik magukat vonzónak; úgy érzik, nőiességüket elveszítették; nő a depresszió- és szorongás-szintjük és a szexuális érzésük megváltozik [174].

7. Társadalmi kapcsolatok, munkaképesség. Az egyén életminőségét nagymértékben meghatározza, hogy milyen a társadalomban, a szűkebb-tágabb közösségben elfoglalt helye. A betegség ezt több szempontból is megváltoztathatja. A daganatos betegség sok ember számára egyfajta bélyeget jelent. Emiatt a beteg és a környezete közötti kapcsolat megváltozhat, a beteg elszigetelődhet a társadalom egészséges tagjaitól. A beteg csökkentértékűség érzete, vagy éppen a környezet alaptalan félelme a daganatos betegről falat emelhet a beteg és környezete közé. A munkából való kiesés révén kedvezőtlen anyagi következményekkel járhat a betegség, mely a társadalmi helyzetre is kihathat [34].

2. 6. Társas támogatás

A társas támogatásra vonatkozó irodalom hatalmas, amit a PsycINFO és a Medline adatbázisban található több tízezer találat is jól illusztrál. Az 1970-es évektől kezdődően egyre több közlemény jelent meg olyan informális rendszerekkel kapcsolatban, melyek fontos szerepet tölthetnek be a stresszel és a betegségekkel való megküzdésben. Egyes szerzők azt vetették fel, hogy az egészségmegőrzés terén nem elsősorban a stresszorokkal és patogénekkal való megküzdésben kellene segíteni az embereket, hanem társas kapcsolataik erősítésében. A legáltalánosabb definíció szerint a társas támogatás fogalma a *jelentős mások* által biztosított pszichoszociális erőforrások meglétét vagy hiányát jelzi [175, 176, 177]. Az affiliáció szükségleteink egyik alappillére. Az allostázisban lényegi szerepe van a szerető, odaforduló társas környezetnek; külső segítséggel, valódi kapcsolatok segítségével elviselhetővé vagy megoldhatóvá válik a megküzdés és a célok elérése [178, 179, 180]. A stresszélményt módosító tényezők között kell a társas támogatottságot megemlítenünk [181]. Kiecolt-Glaser és munkatársai a társas támogatás jelentőségét abban látják, hogy az képes a negatív érzelmek egészségrontó pszichológiai hatását ellensúlyozni a pozitív érzelmi befolyás (elfogadás, szeretet, megerősítés, lelki támasz, remény) révén. Ez az áthangolódás befolyásolja a neuroendokrin és immunfunkciókat is [182, 183]. A társak

elvonják figyelmünket a fenyegető helyzetről, illetve elsősorban azoknak a társaságára vágyunk fenyegető helyzetben, akik hozzánk hasonló helyzetben vannak. Ilyenkor a többiek viselkedése mintát nyújt arra, hogyan küzdjünk meg a szorongásunkkal [179]. A társas támogatás szükségességét és pozitív hatásait elsősorban azok a felmérések igazolják, amelyek statisztikai adatok segítségével támasztják alá, hogy különböző betegségek előfordulása lényegesen gyakoribb azoknál, akik magányosan, izoláltan élnek; akiknek nincs családjuk, kevesebb a barátjuk, munkájuk során is kevesebb emberrel érintkeznek. Az 1970-es évekből származó korai felmérések közül a legmeggyőzőbb adatokat Lynch munkája tartalmazza. Eszerint a mortalitási mutatók egyértelműen jelzik, hogy az egyedül élők között szignifikánsan magasabb a halálozás aránya [184]. Több kutatás és szakirodalom rámutat, hogy a házasságban élők halálozási statisztikái sokkal kedvezőbbek mint az egyedülállóké, függetlenül attól, hogy milyen a kapcsolat minősége és a személy azzal kapcsolatos értékelése [185]. A társas támogatottság befolyásolja az önértékelést, a testi-lelki jólétet és azt, hogy mennyire tud a személy megküzdeni az élet kisebb-nagyobb nehézségeivel. Sajnos azonban sok érintett úgy érzi, hogy problémáival és félelmeivel egyedül maradt és hajlik arra, hogy izolálódjon és lemondóvá váljon, amely erősíti a félelemérzést és depressziót. Den Outdsten és munkatársai két éves utánkövetéses kutatásukban a személyiségvonások és megélt társas támogatás kapcsolatát akarták feltárni mellldaganatos nőknél. Eredményeikben a barátságosság, a vonásszorongás és a fáradtság álltak leginkább kapcsolatban a társas támogatással. Idővel azonban személyiségvonásoktól függetlenül minden nő a társas támogatás csökkenéséről számolt be [186]. Valószínűleg a nemi működés megváltozásának hatására is, a mellrák diagnózis gyakran bomlasztó hatással van a párkapcsolatra – bár a stabil partnerkapcsolatokra nem, csupán azokra, amelyek gyenge lábakon álltak [187]. A társas támogatottságban megélt változás pedig további testi és lelki tüneteket eredményezhet. Karakoyun-Celik és kutatócsoportja mellldaganatos nők szorongás- és depressziószintjét nézték társas támogatottságukkal összefüggésben (a betegek 19%-a volt klinikailag depressziós, 77%-uk legalább I-es szinten szorongott, 19%-uk III-as szinten). Kutatásukban a depresszió és szorongás szintjének magasságával együtt jártak a társas tényezők (akiket nem kísért el a párjuk a kezelésre, akiknek nem volt kivel megosztaniuk a gondjaikat, stb.). Ennek megfelelően a nagyobb észlelt társas támogatás alacsonyabb depressziószinttel jár [188]. Sőt, Talley szerint a kapcsolat visszafelé is

hatást fejt ki, miszerint az érintettek magasabb depressziószint mellett alacsonyabbnak érzik a partnertől kapott érzelmi és praktikus támogatást [189].

A *támasz-csoport*ban való részvétel jótékony hatást gyakorol a csoportba járó rákbetegek többségére. A rákbetegek önszorgó csoportjainak a betegekre gyakorolt hatását áttekintő tanulmányok fejlődést mutatnak az életminőségben, megküzdési stratégiában és eredményeik között kimutatható az is, hogy csökken a distressz szint. A *betegtársak modellként szolgálnak a megküzdésben*, informálnak, értik egymást a megtapasztalás szintjén, megoszthatják egymással érzelmeiket korlátok nélkül. Ezek olyan lehetőségek, melyeket a házastárs vagy barát, család vagy orvosok nem biztosíthatnak. Mindezen előnyök ellenére *a betegeknek csak kis töredéke jut el támasz-csoport*hoz [190]. Coughlin a daganatos megbetegedéseket túlélők életét befolyásoló belső és külső faktorokat elemző tanulmányában kifejti, hogy a pszichológiai ellenálló képesség (reziliencia) nem csak a személy belső erőforrásainak függvénye, fontos szerepet játszanak benne a beteg társas kapcsolatai is. Kiemeli ugyanakkor, hogy bizonyos közösségeknek nagyobb kapacitása van arra, hogy pozitívan reagáljanak kihívást jelentő életeseményekre, mint másoknak [191]. Számos vizsgálat mutatja, hogy az az ember, aki sok társas kapcsolattal rendelkezik – házastárs, barát, rokonok, csoporttagság – tovább él, és kevésbé valószínű, hogy stresszel kapcsolatos betegség támadja meg, mint azokat, akik csak kevés támogató szociális kapcsolattal rendelkeznek [192]. A „*jelentős mások*” nagymértékben csökkenthetik a beteg aggodalmait és szorongását. Együttérző és empátikus érzelmi megnyilvánulások saját fontosságának tudatát erősítik a betegben, azt az érzést, hogy „*értelmes*” meggyógyulnia. Ennek a támogatásformának a jelentősége, hogy általa a beteg elkerülheti a tehetetlenség állapotát, az esetleges depresszív tünetek kialakulását [193]. Falagas és munkatársai 37 olyan kutatást tekintettek át, amely a pszichoszociális faktorok szerepét vizsgálta a mellrák kimenetelében. Összefoglalójukból az az egyértelmű mintázat rajzolódik ki, hogy a társas támogatás és a házasság minimalizálja a tagadást, mint megküzdést és csökkenti a depressziót. Bár nem egyértelmű az ok-okozati kapcsolat, az biztos, hogy pszichoszociális faktorok növelik a túlélés esélyét [194]. A hasonlóságból álló csoport fentiek mellett további speciális hatásokkal rendelkezik és igen nagy jelentőséggel bír a rákos megbetegedéssel diagnosztizáltak számára. Synder és munkatársai kutatásukban 70 fiatalabb mellrákos nőt vizsgáltak, és kiderült, hogy nem csak a család társas támogatása fontos, hanem olyanoké is, akik hasonló

élményeket éltek meg. A stresszhatás következményeit tompíthatja, ha a társas környezet segít a helyzet átértékelésében vagy egyéb megküzdési stratégiák kialakításában [195]. Az USA-ban és Európában lefolytatott tanulmányok azt mutatják, hogy azok a rákos betegek, akik a klinikai kezelés után csatlakoznak egy a problémákat megbeszélő csoporthoz, jobban képesek együtt élni a betegséggel [14]. A társas környezet pozitív hatásai leginkább azokban a helyzetekben következnek be, ahol kölcsönös segítségnyújtásra van lehetőség, ahol a felek szimmetrikus helyzetben vannak. Ezért rendkívül hatékonyak a betegek **önsegítő csoportjai**, amelyeknek száma örvendetes módon növekszik, intézményes keretek között és attól függetlenül is. A hasonló helyzetben lévő társak között nem fordul elő a megbélyegzés, egymás felruházása negatív címkékkel, és a betegséggel kapcsolatos információkat, tanácsokat is át tudják adni egymásnak. Az önsegítő csoportok célja nem elsősorban az orvosi ellátás helyettesítése, hanem annak kiegészítése. Fő motivációja a kölcsönös jóindulat és a kölcsönös segítség. Az ilyen csoportok egyik különlegessége tehát, hogy a gyógyító-gyógyított szerepkörök nem válnak el, hanem minden résztvevőben egyszerre vannak jelen, vagyis mindenki egymást gyógyítja, nem csak érzelmi vagy praktikus támogatással, hanem azzal is, hogy saját gyógyulásával, küzdelmével példát állít a csoport elé. Az önsegítő csoportok hatékonysága abban rejlik, hogy az öngyógyítás egy csoportteljesítmény, melyhez minden tag a jelenlétével és a cselekedeteivel hozzájárul. A résztvevőknek ezáltal nem csak a problémáik kerülnek előtérbe, hanem a problémamegoldó képességük is [196].

2. 7. Életelegedettség

Az élettel való elégedettség, az élet minőségi mutatóin túl az élet értelmének a megtalálását is magába foglalja. Az élet értelme az individuum által létrehozott, kulturálisan megalapozott kognitív rendszer, mely hatással van az egyén megnyilvánulásaira, céljaira és feltölti az életet fontossággal, személyes értékekkel és kiteljesedéssel. Az élet értelmének megtapasztalása lehetővé teszi a zavaró, negatív tapasztalatok átváltását, megteremtve ezzel az egészséges, pozitív élet lehetőségét. Értelmet keresni az életben alapvető és természetes működési mód, amiről a Gestalt pszichológia is beszél. Tapasztalataink rendszerezéséhez és viselkedésünk

szervezéséhez koherens mintázatra van szükségünk, amely mintázat nélkül szorongást élünk át. Yalom szerint célok és értelem nélküli élet frusztrációhoz vezet [52]. Többek között Albert Camus, Viktor Frankl, és Lev Tolsztoj is úgy vélték, ha az életnek nincs értelme, akkor semminek sincs értelme [197]. A Terror Management Theory az élet végességével, a halállal szembesülő emberek reakcióival foglalkozik, és azt feltételezi, hogy a saját halál lehetőségével való találkozás gyakran a transzcendencia iránti hitet ébreszti fel az emberekben [198]. Ezt támasztja alá Frankl, miszerint az élet különböző időszakaiban, különböző értékek adnak értelmet az embereknek. Itt említi, hogy időnként egy megmásíthatatlan sorssal való szembesülés – például egy halálos betegség méltósággal viselése – ad értelmet az életnek. Ezt olyan betegeknél láthatjuk, akik megtapasztalva a halál közelségét képesek felfedezni életük értelmét, annak jelentőségét. Frankl úgy véli, hogy minden individuum megtalálhatja a saját életének az értelmét és élhet általa teljes életet. Az élet értelme nem más, mint a saját életünkért, döntéseinkért, tetteinkért való felelősségvállalás, hogy életünk minden órájában eleget tegyünk a pillanat felszólításának [199, 200].

Jaarsma és munkatársai áttekintették az életelégedettségi vizsgálatokkal kapcsolatos szakirodalmakat, és azt tapasztalták, hogy az élet értelmét vizsgáló kutatások természetükben kvalitatív jellegűek, többségében azt írják le milyen értelmet adott az életnek maga a rákbetegség. Az előrehaladott rákbetegségben szenvedők gyakran mutatnak pozitív attitűdöt betegségük iránt, és indokolatlanul optimisták [201]. E jelenség megértését célozza Badle vizsgálata. A pozitív attitűd és hiedelem a negatív eseményekkel való megküzdésben ismert jelenség. Az előrehaladott stádiumú betegeknél a hiedelmek, az illúziók alkalmazkodási folyamatként jelennek meg a végzetes betegséggel való megküzdésben. A kiegészítő, alternatív gyógymódok alkalmazása szintén az illuzórikus hiedelmek fontosságát erősítik, valamint a hitet a betegségből való kigyógyulásból. A pozitív illúziók tartalmi körébe tartozik a boldogság érzet és a szociális aktivitás is, amelyek fontos atribútumai az életminőségnek [202]. A rendszeres fizikai aktivitásnak is hatékony befolyása van az élet elégedettségének észlelésére. Ezt bizonyítja Basen-Engquist vizsgálata is [108]. Túl az életminőséget javító módszerek alkalmazásán, a támogatói csoport jelenléte az egyén betegsége alatt emelheti az élettel való elégedettség szintjét [203].

2. 8. A tartalomelemzés elméleti háttere

Tartalomelemzésnek nevezzük azt a kutatási eljárást, amely segítségével a szövegekből, olyan következtetések vonhatók le, amelyek a közleményekben nyíltan nincsenek kimondva, de a szöveg szerkezetéből, az elemek együttes előfordulásából és azok törvényszerűen visszatérő sajátosságaiból kiolvashatóak. A tartalomelemzési vizsgálatokban a kvantitatív és a kvalitatív elemzés együtt jelenik meg. A tartalomelemzés a századforduló táján bontakozott ki Amerikában, az első ilyen vizsgálati módszer 1893-ban Speed nevéhez fűződik. Mára egy szöveganyag explicit tartalmának elemzésére több metodikai irányzat is kialakult [204].

A tartalomelemzés szakaszai:

1. Az *első fázis: a kódolás szakasza*. A kódolás az a folyamat, melynek során a nyers adatokat módszeresen nagyobb egységekbe ötvözzük, amelyek azután lehetővé teszik a tartalom valóban lényeges tulajdonságainak pontos és kvantitatív leírását. Első lépésként kódoljuk a szöveget minden lehetséges módon, soronként. A kódolás az az eljárás, amelynek során az üzenetek, közlemények, szövegek elemeit előre megállapított kategóriákba soroljuk. Csak olyan szavak, mondatok jelentése kódolható, amelyek a szövegben ténylegesen megjelennek. A kódolás során az adatokat tördeljük, összehasonlítjuk és kategóriákba rendezzük. A kódolás egy iteratív, induktív, mégis reduktív folyamat, amely rendszerezi az adatokat úgy, hogy a kutató témákat, lényegi kijelentéseket, leírásokat és elméleteket tudjon belőle kivonni. A kategóriák kiválasztása minden tartalomelemzési eljárás lényege, a kategória-alkotásnak pedig vannak bizonyos általános szabályai. Elvárható, hogy a kategóriák tükrözzék a kutatás célját, legyenek kimerítőek, egymást kölcsönösen kizáróak és származzanak egy és ugyanazon osztályozási elvből. A kategóriák legfontosabb követelménye, hogy adekvát módon tükrözzék a kutató problémáját. Ez azt jelenti, hogy a kutatásnak világosan definiálnia kell azokat a *változókat*, amelyekkel foglalkozni akar, másodsor pontosan körül kell írnia azokat az ismérveket, indikátorokat, amelyek eldöntik, hogy egy konkrét tartalmi adat a kérdéses kategóriához tartozik-e. Két követelményt kell szem előtt tartanunk, ez az *érvényesség* és a *megbízhatóság*. Emellett fontos kérdés a kategóriák száma. Több kategória több összehasonlításra, s így több hipotézis igazolására ad lehetőséget. A kategóriák legyenek kimerítőek, azaz, a kiválasztott szövegek minden fontos, releváns eleme elhelyezhető legyen valamilyen kategóriában. A kategorizálás operacionális szabályait pontosan és egyértelműen kell megadnunk. Ezt a célt akarják betölteni az ún.

kategória-szótárak. A kategória-szótár nem más, mint egy jegyzék – lista – ami azt mondja meg, hogy az egyes szavakat milyen kategóriákhoz soroljuk, illetve mely kategóriák képviselőinek kell azokat tekintenünk. A kódolás első fázisa során tehát összehasonlítunk, kérdezzük, emlékeztető jegyzeteket írunk a gondolatainkról, amelyek a kódolás során bukkannak fel, majd a teoretikus kódolás során rendszerezzük a kódokat és a jegyzeteket. Az elemzés legelső lépése akkor ér véget, amikor az elemző számára kezd kiemelkedni egy lehetséges elmélet, amely be tudná fogadni az összes adatot. Ezután már el lehet kezdeni kódolni egy mag-változót keresve [204, 205].

2. *A második fázis: az elemzés szakasza.* Az első munkaszakaszban kódolt tartalmakat itt dolgozzuk fel, itt vizsgáljuk meg az egyes előfordulási gyakoriságok számát egy-egy adott kódkategória esetében, vagy két, sőt több kód együttes előfordulását. Itt, a második szakaszban a nem jelenlévő fogalmak is felszínre kerülnek (látens tartalom). Egyrészt, mivel minden kód valamilyen jelentést szimbolizál, két-három kódnak az együttes előfordulása „jelentéstöbbletet” hoz létre, amely nem volt benne az eredeti szövegben, másrészt itt már fontos tartalmi mutatóvá válhat valaminek a hiánya is [204, 205].

3. *A harmadik fázis: az értelmezés szakasza.* A tendenciaszerű együttes előfordulások a szövegben törvényszerűségekre engednek következtetni, amelyek értelmezhetővé válnak. Ha viszont egy dokumentumban nem szerepel egy olyan kód (által jelzett fogalom), amelyet ott elvárnánk – mert pl. korábbi hasonló dokumentumokban mindig szerepelt –, akkor egy nem jelenlévő tartalomra (rejtett, látens mozzanatra) bukkantunk, amely esetleg éppen „sokatmondó hiánya” miatt lehet meghatározó [204, 205].

3. A KUTATÁS BEMUTATÁSA

3. 1. A vizsgálat célja

A **vizsgálat célja**, annak a bizonyítása, hogy az orientális tánc alkalmas az onkológiai nő páciensek rehabilitációjára azáltal, hogy felmérem a hastánc rehabilitációs csoport hatékonyságát a vizsgált személyek életminőségének, társas támogatásának és az étellel való elégedettségének változásait.

3. 2. A vizsgálat hipotézisei

3. 2. 1. Az életminőséggel kapcsolatos hipotézisek

Feltételezem, hogy a rehabilitációs csoportban magasabb lesz az életminőség, az egészséggel kapcsolatos jóllét, mint a kontrollcsoportban.

Feltételezem, hogy a változás mértéke a két mérés között is nagyobb lesz a rehabilitációs csoportban, mint a kontrollcsoportban.

3. 2. 2. A társas támogatással kapcsolatos hipotézisek

Feltételezem, hogy a rehabilitációs csoportban magasabb lesz a megélt társas támogatottság szintje, mint a kontrollcsoportban.

Feltételezem, hogy a változás mértéke a két mérés között is nagyobb lesz a rehabilitációs csoportban, mint a kontrollcsoportban.

3. 2. 3. Az életelégedettséggel kapcsolatos hipotézisek

Feltételezem, hogy a rehabilitációs csoportban magasabb lesz az általános lelki jóllét, az étellel való elégedettség, mint a kontrollcsoportban.

Feltételezem, hogy a változás mértéke a két mérés között is nagyobb lesz a rehabilitációs csoportban, mint a kontrollcsoportban.

3. 3. A vizsgálat mintáinak bemutatása

3. 3. 1. Rehabilitációs csoport: Százsorszép Hastánc Klub

A Százsorszép Hastánc Klub 2005. március 8-án egyéni kezdeményezés által jött létre, amely a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedő nők komplex rehabilitációját tűzte ki céljául. A csoport 9 éves fennállása alatt összesen 208 fő jelent meg a csoport foglalkozásain legalább egyszer. A rehabilitációs tánc csoport jelenleg is aktívan működik Budapesten, az „Aranytíz” Művelődési Házban. A foglalkozások időtartama hetente egyszer három óra: az aktív mozgás ideje 1,5 óra, amit minimum 1,5 órás csoportos beszélgetés követ. A klubhoz csatlakozás önkéntes alapú, a csoport bárkit (nőt) befogad – kortól, egészségügyi állapottól és előzetes tánc tudástól függetlenül. Egyetlen "beválasztási kritérium" az onkológiai diagnózis. A részvétel nem kötelező, akár rendszertelen is lehet. A csoport működését szakemberek is segítik – mint pszichológus, mentálhigiénikus, gyógytornász, onkológiai szakápoló, egyetemi okleveles ápoló – akik saját rekreációjuk miatt is látogatják a foglalkozásokat.

3. 3. 1. 1. A vizsgálati mintába kerülés kritériumai

- Rehabilitációs csoport **beválasztási kritériumai**: 18 év feletti életkor, nők, akiknél malignus megbetegedést diagnosztizáltak, akik képesek szóban és írásban is hozzájárulni a tanulmányban való részvételhez, valamint a Százsorszép Hastánc Klub tagjai.
- Rehabilitációs csoport **kizárási kritériumai**: 18 év alatti életkor, férfi nem, nem malignus daganatos megbetegedés diagnózisa, nem képesek szóban és írásban hozzájárulni a tanulmányba való részvételhez, valamint nem tagjai a Százsorszép Hastánc Klubnak.

3. 3. 2. A kontrollcsoport

A vizsgálat kontrollcsoportját az Országos Onkológiai Intézetten keresztül értük el. A mintába malignus daganatos megbetegedésben szenvedő női páciensek kerültek véletlenszerű mintavételi technikával.

3. 3. 2. 1. A vizsgálati mintába kerülés kritériumai

- Kontrollcsoport **beválasztási kritériumai**: 18 év feletti életkor, nők, akiknél malignus megbetegedést diagnosztizáltak, képesek szóban és írásban is

hozzájárulni a tanulmányban való részvételhez valamint nem tagjai a Százszorszép Hastánc Klubnak.

- A kontrollcsoport **kizárási kritériumai**: 18 év alatti életkor, férfi nem, nem malignus daganatos megbetegedés diagnózisa, a vizsgálatban való részvételhez nem képesek szóban és írásban hozzájárulni.

3. 4. Vizsgálati módszer

3. 4. 1. Kvantitatív vizsgálat

3. 4. 1. 1. A kérdőívek felvételének módja

A vizsgálat etikai szempontból megfelelt a Helsinkai Deklaráció előírásainak, illetve minden magyar jogi formulának, és az Országos Onkológiai Intézet Etikai Bizottsága jóváhagyta (690/2008). A vizsgálatban való részvétel önkéntes, anonim alapon és térítésmentesen történt.

A vizsgálat leíró jellegű, prospektív, kvantitatív kutatás. A mintába malignus daganatos megbetegedésben szenvedő női páciensek kerültek véletlenszerű mintavételi technikával. A longitudinális vizsgálat első mintavétele a rehabilitációs csoportban és a kontrollcsoportban egyaránt 2008-2010 között zajlott, majd az utánkövetést az első vizsgálat után egy évvel folytattuk mindkét csoportnál. Az első adatfelvétel során az esetcsoportba 55 hastánc rehabilitációs csoportba járó páciens és 119 kontroll fő került. A második adatfelvételben 55 fő hastánc rehabilitációs csoportba járó és 59 kontroll fő vett részt. Az elemzésbe csupán azok a betegek kerültek be, akik az adatfelvétel mindkét alkalomával kitöltötték a tesztbatériát (114 fő).

3. 4. 1. 2. Felhasznált kérdőívek

3. 4. 1. 2. 1. EORTC – QLQ – C30 életminőséget felmérő kérdőív

Az életminőség felmérésére a hazai és a nemzetközi vizsgálatokban rákbeteg páciensek körében preferált kérdőívet, az EORTC-QLQ-C30-at alkalmaztam. Az EORTC-QLQ-C30 általános életminőséget mérő kérdőívet a European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) életminőséget vizsgáló kutatócsoportja (Quality of

Lifet) 1986-ban fejlesztett ki, majd hosszas validálást követően 1993-ban vezetett be [206]. A kérdőív 81 nyelven és magyarul is elérhető [207, 208]. Felhasználását segíti, hogy funkcionális skálákba csoportosították az egy tünetkört körbejáró kérdéseket. A kérdőív 30 kérdése (4-fokozatú Likert skálák) 15 dimenzióba csoportosítható, melyek kiterjednek a beteg általános fizikai- és pszichés jóllétére, a fájdalom és munkavégző-képesség kapcsolatára, a beteg társadalmi beilleszkedésére, illetve a betegség következtében kialakult családi és anyagi helyzetére.

3. 4. 1. 2. 2. F-SoZu társas támogatottságot felmérő kérdőív

A társas támogatottságot felmérő kérdőív (F-SoZu) rövidített, 14 itemes verziója a megélt és anticipált társas támogatottságot méri fel. A kérdőív kitér az emocionális és praktikus támogatásra, valamint a társas integrációra és a társas leterheltség területére is. A kitöltőnek egy 5-pontos Likert skálán kell bejelölnie, hogy az állítás 1 „nem találó”, ... 5 „nagyon találó”. Kérdések között szerepel például, hogy "Vannak barátaim/hozzátartozóim, akik meg tudnak hallgatni, amikor beszélni szeretnék valamiről" [209, 210]. A német verziót magyarra a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar Magatartástudományi Intézet és az Onkoterápiás Intézet munkatársai fordították és validálták [211].

3. 4. 1. 2. 3. Campbell-féle életelégedettség kérdőív

Az étellel való elégedettséget Campbell általános életminőséget mérő kérdőívének egy részletével mértem fel. A 10 item mindegyike 7-es típusú Likert skála, amelyeknek két végpontján gyenge és erős jelzők váltakoznak. Az 1-es szint az étellel való elégedetlenséghez közelít, a 7-es szint az elégedettséghez. Pl. „az életem” 1-es állítás „nehéz”, ... 7-es „könnyű”. Ezt a tíz jelzőt úgy választották ki, hogy mely jelzők adnak részletes kvalitatív információt arról, hogy a válaszadó milyenek értékeli az életét. A jelzők általában arra vonatkoznak, hogy a páciens mennyire érez hálát vagy csalódottságot az életével kapcsolatban. A technikát poláris jelzőknek hívják, ahol a résztvevőknek a hét pontos skálán kell értékelniük, hogy az életük adott területének leírásához mi áll a legközelebb [212].

3. 4. 1. 2. 4. Saját szerkesztésű kérdőív

A saját szerkesztésű kérdőívvel a fenti nemzetközi kérdőíveket még egyéb kérdésekkel kiegészítettem. A saját kérdéseim a nőkre fókuszálnak, valamint olyan mutatókra adhatnak választ, melyeket ezek a kérdőívek nem taglálnak. Ilyenek, az „én” megélése; a testkép; a szexualitás; az egészségügyi ellátó rendszer-, valamint a betegek rehabilitációs lehetőségei és azok hatékonysága. *A saját szerkesztésű kérdőív a következő kiegészítőket tartalmazza:*

- Szociális helyzetet felmérő kérdések
- Egészségi állapot felmérése
- Betegségre vonatkozó kérdések
- Lelki állapot felmérése
- A női identitásra vonatkozó kérdések
- A klubéletre vonatkozó kérdések (Százszorszép Hastánc Klub tagjaira vonatkozó kérdések)

A kvantitatív kutatáshoz felhasznált kérdőíveket a 6. melléklet tartalmazza.

3. 4. 2. Kvalitatív vizsgálat

3. 4. 2. 1. A kvalitatív vizsgálat módja

A vizsgálat kvalitatív részében csak a rehabilitációs csoport (Százszorszép Hastánc Klub) tagjai vettek részt. Ezzel a vizsgálati módszerrel a kvantitatív vizsgálat feltételezhető pozitív eredményeit szeretném alátámasztani, valamint felmérni a rehabilitációs módszer hatásmechanizmusát. A vizsgálat időpontja 2008 és 2010 között zajlott. A vizsgálatban való részvétel önkéntes, anonim alapon és térítésmentesen történt.

3. 4. 2. 2. A tartalomelemzés módszere

A tartalomelemzéshez a Klub tagjainak három rövid (max. egy A/4-es oldal hosszú) „*sajátélmény*” esszét kellett beadni a következő témakörökben:

- Az első hastáncóra élménye
- A legjobb hastáncórám élménye
- A jubileumi est élménye

Az Atlas.ti program segítségével tartalomelemzést végeztünk három nyílt kérdésre érkezett válaszokon. Az elemzés során induktív és deduktív módszereket is alkalmaztunk a kódok kialakítására – vagyis azok egyaránt származtak a tapasztalatból, az olvasás során kiemelkedő mintázatokból és már ismert elméletekből. A kódolás első lépéseként a szógyakorisági gyűjtést alkalmaztunk, hogy feltérképezzük a leggyakrabban felmerülő kifejezéseket, témaköröket. Ezek alapján alakítottuk ki az első kódokat (pl. BETEGSÉG, KELLÉKEK, NŐ), majd kialakítottuk az elméleteink alapján feltételezett kódokat (pl. meghatározó élmény-, módosult tudatállapot-, társas támogatás kódok). Ezután kutatótársammal belekezdünk egymástól függetlenül a manuális, mondatonként történő kódolásba. Hetente egyszer egyeztettük a lekódolt szövegeket és megbeszéltük az eltéréseket, illetve felmerült új kódokat egészen addig, amíg a végső kódolásban az egyetértés százszázalékos nem lett. A kódolást követően ún. "Boolean operátorok" segítségével végeztünk elemzéseket, amelyek kimutatták a kódok előfordulásának, illetve átfedésének (együttes előfordulásának) gyakoriságát. Végül a kódok elemzésének, értelmezésének és leírásának megkönnyítése érdekében minden kódhoz kiválasztottunk 2-3 mondatot, amelyek legjobban illusztrálják az oda sorolt tartalmakat, valamint minden kódhoz kapcsoltunk egy rövid narratívát ("kód-mondatot"), amely tömöríti az oda sorolt mondatok tartalmát.

A kvalitatív kutatáshoz felhasznált sajátélmény levelek egy részét a 7. melléklet tartalmazza.

3. 5. Eredmények

3. 5. 1. A vizsgálat kvantitatív eredményei

3. 5. 1. 1. Leíró statisztikák

A követéses vizsgálatban az első méréskor 175, a második méréskor 114 fő adatait dolgoztuk fel. A statisztikai feldolgozás Windows SPSS 20.0 statisztikai programcsomaggal történt. Leíró statisztikát, függetlenmintás t-próbát, Khí-négyzet

próbát és varianciaanalízist végeztünk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ szinten határoztuk meg.

3. 5. 1. 2. A minta jellemzői

A minta illesztettségét független mintás t-próbával, illetve Pearson-féle Khí-négyzet próbával teszteltük.

A rehabilitációs hastánc csoportba járók átlag **életkora** az első felmérés idején 48,87 év (SD:8,87) a kontrollcsoporté 51,13 év (SD:11,06) volt. A két csoport életkori jellemzőit vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy az eltérések nem szignifikánsak (t-próbával ellenőrizve), de *homogénnek tekinthető* (1. táblázat).

Életkori megoszlás a két mintában	Átlag	Szórás
Rehabilitációs csoport	48, 87 év	8,87 év
Kontrollcsoport	51,31 év	11,06 év

1. táblázat: A minták életkori jellemzése az első méréskor

A 2. táblázat a két vizsgált csoport anyagi helyzetére vonatkozó adatokat mutatja be, amely arra ad választ, hogy a vizsgált személyek hogyan értékelik a saját **anyagi helyzetüket** az első felmérés alkalmával. Az eredmények alapján a két csoport *homogénnek mondható*.

Anyagi helyzet	n/A		nagyon rossz		rossz		kielégtető		jó		nagyon jó		Összesen
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	
Rehabilitációs csoport	0	0	0	0	7	13	39	71	6	11	3	5	55
Kontrollcsoport	5	8	1	2	8	14	39	66	5	8	1	2	59
Összesen	5	4	1	1	15	13	78	68	11	10	4	4	114

2. táblázat: A két csoport összehasonlítása anyagi helyzet szempontjából az első méréskor

A **betegség lokalizációjára** és **stádiumára** adott válaszok alapján az első mérés eredményei szerint mind a rehabilitációs csoport, mind a kontrollcsoport nagyjából fele-fele arányban oszlik betegség-lokalizáció (fele emlőrák, fele nem) és betegség stádium alapján (fele primer, fele nem). A nem emlőrákos kategóriába tartoznak a fej-nyak-, csont-, vérképző-, méh-, méhnyak-, gyomor-, bél-, máj-, bőr- és tüdődaganatos

megbetegedések. Az eredményekben nincs szignifikáns eltérés, de a minta ebben az esetben is statisztikailag *homogénnek mondható* (3. táblázat).

Betegség jellemzők	Lokalizáció				Stádium				Összesen
	emlő		nem emlő		primer		nem primer		
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	
Rehabilitációs csoport	38	50,67	17	43,59	37	49,33	18	46,15	55
Kontroll csoport	37	49,33	22	56,41	38	50,67	21	53,85	59
Összesen	75	65,79	39	34,21	75	65,79	39	34,21	114

3. táblázat: A vizsgálati minta jellemzése a betegség helye és stádiuma alapján az első méréskor

Az első felmérésnél a további szocioökonómiai vizsgálatok kimutatták, hogy a minta iskolai végzettség-, munkaidő- és családi állapot szempontjából *nem tekinthető homogénnek, de szignifikáns eltérések* tapasztalhatóak a két mintacsoport között. Az **iskolai végzettség** jellemzői azt mutatják, hogy mindkét minta fele érettségizett – középfokú végzettségű – de a rehabilitációs csoport másik fele nagyjából mind felsőoktatást végzett (43,6%), míg a kontroll csoportban nagyobb az alacsonyabb iskolai végzettség szintaránya (4. táblázat). **Családi állapot** szempontjából úgy tér el a két minta, hogy a kontrollcsoport nagy része (73%) házas, míg a rehabilitációs csoportnak csak 55%-a házas és egy elég nagy részük (38%) elvált (8. melléklet). **Munkaidő** szempontjából a rehabilitációs csoport aktívabbnak tűnik, nagyobb részük dolgozik főállásban (47%-uk a kontrollcsoport 39%-ához képest) és csak kisebb részük nem dolgozik (27%-uk a kontrollcsoport 53%-ához képest); (8. melléklet). Az életkor és a betegség-jellemzők teljes homogenitása, valamint a fent említett tényezők részleges átfedése miatt a két csoportot összehasonlításra érdemesnek találtuk, ugyanakkor a két csoport eltéréseinek hatásait az eredmények értelmezése során figyelembe kell venni.

Iskolai végzettség	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Összesen	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%
< 8. általános	0	0,00	0	0,00	0	0,00
8. általános	0	0,00	8	13,56	8	7,02
Szakmunkásképző	3	5,45	7	11,86	10	8,77
Érettségi/Szakközép	28	50,91	27	45,76	55	48,25
Főiskola/egyetem	24	43,64	17	28,81	41	35,96

4. táblázat: A vizsgálati minta jellemzése iskolai végzettség alapján az első méréskor

Egy év múlva összehasonlítottuk a családi állapot és munka alakulását. A rehabilitációs csoportban 2 fővel nőtt a kapcsolatban élők száma, míg a kontrollcsoportban 1 fővel csökkent. A rehabilitációs csoportban 27,27%-ról 29,09%-ra nőtt a nem dolgozók száma, míg a kontrollcsoportnál ez 52,54%-ról 47,46%-ra csökkent. Az egy év alatt a kontrollcsoportból vállaltak többen inkább alkalmi-, illetve részdíjs munkát. A főállásban dolgozók száma a rehabilitációs csoportban 1 fővel nőtt, míg ez a kontrollcsoportban 1 fővel csökkent (8. melléklet).

3. 5. 1. 3. A skálák jellemzői

A skálák megbízhatóságának tesztelésére item-totál korrelációt és Kolmogorov-Smirnov féle normalitás vizsgálatot végeztünk. A Cronbach-alfa azt mutatja meg, hogy az egy skálához tartozó itemek mennyire korrelálnak egymással, vagyis tényleg ugyanazt mérik-e. A Cronbach-értékek azért fontosak, mert ezek mutatják, hogy az adott teszteket valid módon lehet alkalmazni a mintánkon. A határt úgy húztuk meg, hogy a Cronbach α értékét 0,6 és 0,9 között tekintettük megfelelőnek. A Kolmogorov-Smirnov féle normalitás-vizsgálat eredményét a következő kritériumok alapján ítéltük meg: 0,01 alatt nem normális eloszlású; 0,01-0,05 között érdemes hisztogramot nézni, hogy közel normális eloszlású-e a skála; 0,05 fölötti érték egyértelműen normál eloszlást mutat. A nem intervallum változókkal dolgozó skálák megbízhatóságát – vagyis a normális eloszláshoz való hasonlóságát – Khí-négyzet próbával teszteltük. A standard kérdőíveken felvett csoportátlagok egyenlőségét tesztelő t-próbák részleteit a 9. mellékletben részletezem.

➤ EORTC – QLQ – C30

A skálák megbízhatóságának tesztelésére item-totál korrelációt (Cronbach-alfa érték) és – Kolmogorov-Smirnov-féle – normalitás-vizsgálatot végeztünk. Az EORTC-QLQ-C30 kérdőív összpontszámát használtuk fel elemzésünk során. Mintánkon történt regisztrálása során nem normális az első és a második méréskor sem a normalitás eloszlás, viszont belső reliabilitása mindkét alkalommal megfelelő (a Cronbach alfa értéke első méréskor $\alpha=0,85$, második méréskor $\alpha=0,78$). A normalitás sérülésére a csoportok közötti eltérés ad magyarázatot, ha a csoportok által felvett értékeket külön-

külön elemezzük, az összpontszámok normális eloszlásúak. A kérdőív globális sztenderdizált értékei alapján, amelyet 50-59 fős mintára számítottak ki, az átlagosan felvett globális jóllét, vagyis az összpontszám (Global Health Status/QoL) átlaga 61,2 (szórása 24,1). Ezek alapján mind a rehabilitációs- mind a kontrollcsoportunk megfelel a sztenderd értékeknek. A mintánk tehát ez alapján megbízhatónak tekinthető (5. táblázat). Az értelmezést ezután a csoportok önmagukkal és egymással való összehasonlításával folytattuk.

	1. mérés: EORTC-QLQ-C30				2. mérés: EORTC-QLQ-C30			
	Átlag	Min.	Max.	Szórás	Átlag	Min.	Max.	Szórás
Rehabilitációs csoport	56,60	45	100	10,31	51,87	45	67	4,45
Kontrollcsoport	63,46	45	93	12,23	59,88	45	98	11,17

5. táblázat: A csoportok által felvett értékek az EORTC-QLQ C30 kérdőív összpontszámán, az első és a második mérés alkalmával

➤ F-SoZu

Az első mérés során az F-SoZu összpontszáma normális eloszlású, a második mérésé nem. Ez alkalommal is külön elemezve a rehabilitációs- és a kontrollcsoportot, a skála mindkét méréskor és mindkét csoportnál normális eloszlással vesz fel értékeket. A Cronbach-alfa értéke mindkét méréskor igen magas (első méréskor $\alpha=0,92$, második méréskor $\alpha=0,96$), átlagának normálértéke 3,97 (szórása 0,91). A normál populáció által megélt társas támogatottság értéke 3,05 és 4,88 között mozog; a vizsgálatban mind a kísérleti, mind a kontrollcsoport a normálértékhatáron messze felül van az első mérés alkalmával, míg a második méréskor már az értékhatáron belül van mindkét csoport. A két csoport szórásában látható egyedül eltérés a normál populációhoz képest – az első méréskor csak kis mértékben homogénebbek, mint az átlagpopuláció, míg a második méréskor a rehabilitációs csoport sokkal homogénebbnek mutatkozik, szórása a normálértékhez közelít (6. táblázat).

	1. mérés: F-SoZu				2. mérés: F-SoZu			
	Átlag	Min.	Max.	Szórás	Átlag	Min.	Max.	Szórás
Rehabilitációs csoport	5,73	4,84	8,03	0,51	4,83	4,36	5,00	0,19
Kontroll csoport	5,93	4,81	7,72	0,60	3,83	2,29	5,00	0,75

6. táblázat: A csoportok által felvett értékek az F-SoZu kérdőív összpontszámán, az első és a második mérés alkalmával

➤ Campbell-féle Élettel Való Elégedettség

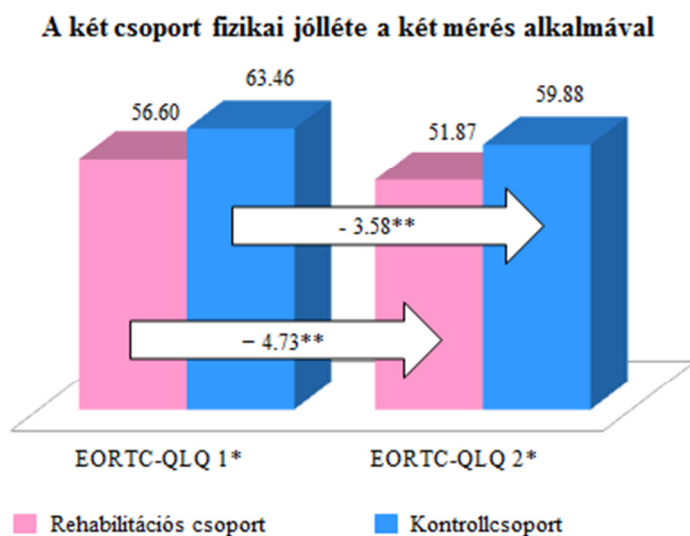
A normalitás vizsgálat nem normális eloszlást mutatott az első és második méréskor az összevont mintán. A mintát kettéválasztva azonban normális eloszlás mutatkozott a rehabilitációs- és a kontrollcsoportban is – kivéve a rehabilitációs csoport értékeit a második méréskor. A skála Cronbach alfa értékei mindkét esetben megfelelőek (első méréskor $\alpha=0,93$, második méréskor $\alpha=0,96$). A sztenderddel való összehasonlíthatóság érdekében ismét kiszámoltuk a kérdőíven felvett értékek átlagát, a két csoportra lebontva. Campbell és munkatársai eredményei alapján a normatív érték itt 5,51 (0,89-es szórással), tehát az átlagpopuláció a kérdőíven 4,62 és 6,40 között vesz fel értéket. Ahogy a 7. táblázatban láthatjuk, a rehabilitációs csoport betegsége ellenére egyik mérés alkalmával sem tér el a normál populációtól szignifikánsan (egy szórásnál többel), míg a kontrollcsoport az első méréskor az alsó határt súrolja, majd a második méréskor alatta marad a normálérték határának.

	1. mérés: Campbell kérdőív				2. mérés: Campbell kérdőív			
	Átlag	Min.	Max.	Szórás	Átlag	Min.	Max.	Szórás
Rehabilitációs csoport	5,74	2,5	6,9	0,82	6,07	3,8	6,9	0,59
Kontrollcsoport	4,76	2,4	6,8	1,11	4,44	2,1	6,7	1,12

7. táblázat: A csoportok által felvett értékek a Campbell-féle Élettel Való Elégedettség kérdőív összpontszámán, az első és a második mérés alkalmával

3. 5. 1. 4. Életminőség vizsgálatának eredményei

Az EORTC-QLQ-C30 kérdőív felmérésének eredményeképpen azt kaptuk, hogy a rehabilitációs csoport *homogénebb*, értéke az első felméréskor 56,60; a második felméréskor 51,87. A kontrollcsoport értéke az első felméréskor 63,46; a második felméréskor 59,88. A rehabilitációs csoportnak már az első méréskor kevesebb negatív tünetük volt és ez a különbség fennmaradt a második méréskor is. *Életminőség vizsgálatunk eredményeként azt kaptuk, hogy mindkét méréskor szignifikánsan különbözik ($p<0,05$) a két csoport. A két mérés között a rehabilitációs csoporton belül beállt változás $p<0,01$ -es szinten, míg a kontrollcsoporton belül beállt változás $p<0,05$ -ös szinten szignifikáns.* Emellett kisebb a szórás a rehabilitációs csoporton belül és a legkisebb felvett érték is magasabb. *A fizikai jóllétben beállt változás mértéke a két csoport között nem tér el szignifikánsan.* Ezt a szakirodalmak alapján, a természetes gyógyulás ütemének is betudhatjuk (1. ábra).



1. ábra: EORTC-QLQ-C30 kérdőív első és második vizsgálat feldolgozásának eredményei

A nemzetközi sztenderd kérdőívet kiegészítettük saját kérdéseinkkel, mellyel részletesebben vizsgáltuk egyes panaszok alakulását, valamint lehetségesen megerősít bennünket a klubban alkalmazott módszer hatékonyságában.

A panaszt okozó **karödéma** az első felmérésnél a rehabilitációs csoportban 14 főnél (25,45%) jelentett panaszt, 41 főnél (74,55%) nem. A kontrollcsoportból 12 fő (20,34%) panaszolta a karödéma jelenlétét, 47 fő (79,66%) nem. A második vizsgálatnál a rehabilitációs csoportban ez a panasz 8 főre (15%) csökkent, míg a kontrollcsoportnál 22-re (37%) emelkedett. Az *első mérés*kor nem volt szignifikáns a különbség, de a követéses vizsgálatnál a *második mérés*kor már szignifikáns értéket kaptunk ($p < 0,05$). A csoportokon belüli beállt változás a rehabilitációs csoporton belül $p < 0,05$ szinten szignifikáns eltérést mutatott az első és második mérés között. Ezzel szemben, a kontrollcsoport negatív változása $p < 0,01$ szintű szignifikáns eltérést mutatott (8. táblázat). Az eltérést Khí-négyzet próbával teszteltük.

Karödéma	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Igen	14	25,45	12	20,34	8	15	22	37
Nem	41	74,55	47	79,66	47	85	37	63

8. táblázat: A karödéma alakulása az első és második mérés alkalmával

A **mozgáskorlátozottság** változása a rehabilitációs csoportban hasonlóan jó eredményeket mutatott vizsgálatunkban, mellyel a rehabilitációs módszer gyakorlati hatékonysága igazolni látszik. Az első méréskor a rehabilitációs csoportban 17 főnek (30,91%) volt mozgáskorlátozottsága, ami az egy éves felmérést követően 11 főre (20%) csökkent. *A csoporton belüli beállt változás szignifikáns ($p < 0,05$) a két mérés között.* A kontrollcsoport betegeinek eredménye sajnálatosan 19 főről (32,20%) 27 főre (46%) emelkedett. *A csoporton belüli változás mértéke itt is szignifikanciát mutatott $p < 0,05$ szinten.* Az első mérésnél a két csoport összehasonlításánál nem tudunk szignifikáns eltérést kimutatni, de a második méréskor $p < 0,01$ szinten igen (9. táblázat). Az eltérést Khí-négyzet próbával teszteltük.

Mozgás-korlátozottság	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Igen	17	30,91	19	32,20	11	20	27	46
Nem	38	69,09	40	67,80	44	80	32	54

9. táblázat: A mozgáskorlátozottság alakulása az első és második mérés alkalmával

A **fájdalomcsillapítók** fogyasztása a fentieket tükrözően alakult. Az első felmérés alapján a rehabilitációs csoport tagjai közül 21 fő (39%) szedett rendszeresen fájdalomcsillapítót, ami egy év múlva 17 főre (31%) csökkent. *A csoporton belül beállt változás mértéke a két vizsgálat között szignifikáns ($p < 0,05$).* A kontrollcsoport gyógyszeres fájdalomcsillapító használata az egy év alatt 19 főről (32%) 25 főre (42%) emelkedett. Ez az érték ebben a csoportban is *szignifikáns eltérést mutat $p < 0,05$ szinten.* *A csoportok között az első méréskor $p < 0,05$; a második méréskor $p < 0,01$ szinten tudunk kimutatni szignifikáns eltérést* (10. táblázat). Az eltérést Khí-négyzet próbával teszteltük (10. melléklet).

Fájdalomcsillapító rendszeres használata	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Igen	21	39	19	32	17	31	25	42
Nem	34	62	40	68	38	69	34	58

10. táblázat: Rendszeresen alkalmazott fájdalomcsillapító gyógyszerek használatának alkalmazása a két mérés között

Vizsgálatunk kiértékelésénél mi is bizonyítani láttuk, hogy a betegség okozta körülmények, lelki történések megélése, azokkal való megbirkózás a betegeket jobb híján gyógyszereszedésre kényszerítik. A rehabilitációs csoport tagjai eleve kis számban élnek ezzel a lehetőséggel, így a változás nem olyan horderejű, mint a kontrollcsoportnál, ahol 13 főből 30-ra emelkedett a rendszeres **pszichés állapotjavító szerek** használóinak száma. *Eredményként azt kaptuk, hogy az első mérésben a szignifikáns különbség $p < 0,05$. A követéses vizsgálat során a második mérésnél $p < 0,01$ szinten szignifikáns eredményt kaptunk. A csoportokon belüli változás a kontrollcsoportban volt $p < 0,01$ szinten szignifikáns (11. táblázat). Az eltérést Khinégyszet próbával teszteltük (11. melléklet).*

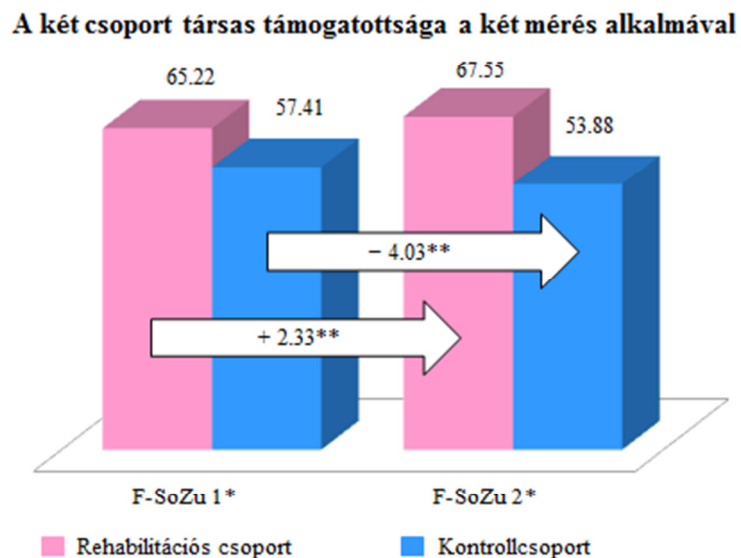
Pszichés állapotjavító gyógyszeres rendszeres használata	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Igen	5	9	13	22	2	4	30	51
Nem	50	91	46	78	53	96	29	49

11. táblázat: Rendszeresen alkalmazott pszichés állapotjavító gyógyszerek használatának alkalmazása a két mérés alkalmával

Felmértük, hogy a **rehabilitáció** folyamata milyen szinten érvényesül **az egészségügyi rendszerben**, a pácienseket bizonyos alapvető kérdésekben ellátták-e elegendő felvilágosítással a kezelések során. Eredményeink a gyakorlati tapasztalatainkat támasztották alá. A kezelések alap- és kulcsfontosságú kérdéseire – mint a gyógyszereszedési tanácsok, a kezelés szükségességére vagy a betegség kimenetelére – vonatkozóan a páciensek nagyobb része kapott teljes körűnek ítélt felvilágosítást. Az igenek aránya, ezekben a kérdésekben sem volt 100%. A gyógyszereszedési tanácsokkal kapcsolatban a páciensek 77,96%-a; a kezelés szükségességét illetően 91,94%-a; a betegség várható kimenetelére vonatkozó tájékoztatásra 52,51%-a válaszolt igennel. A terápiával ma még szorosan nem összefüggőnek ítélt kérdésekről – mint a táplálkozási tanácsadás, a testi rehabilitáció, a szexualitás kérdései, valamint a pszichés tanácsadás – többségében nem esett szó a felvilágosítás során (12. melléklet).

3. 5. 1. 5. Társas támogatás vizsgálatának eredményei

Az első mérés során az F-SoZu összpontszáma normális eloszlású, a második mérésé nem. Külön elemezve a rehabilitációs- és a kontrollcsoportot, a skála mindkét méréskor és mindkét csoportnál normális eloszlással vesz fel értékeket. A Cronbach-alfa értéke mindkét méréskor igen magas (első méréskor $\alpha=0,92$, második méréskor $\alpha=0,96$), amely megfelel a kérdőív szerzői által a validálás során kapott értékeknek. Mindkét méréskor és külön-külön is a rehabilitációs csoportnak magasabb a szociális támogatottsága, kisebb a szórás a csoporton belül és a legkisebb felvett érték is magasabb. Az első mérés alkalmával magasabb volt a megélt társas támogatás a rehabilitációs csoportban (65,22), mint a kontroll csoportban (57,41). A második mérés eredményei alapján, a rehabilitációs csoport megélt társas támogatása még emelkedettebb lett (67,55), míg a kontrollcsoport társas támogatása csökkent (53,88). A két csoport abban is szignifikánsan eltér ($p<0,01$), hogy milyen irányban változtak a két mérés között. A rehabilitációs csoport tagjai pozitív irányba változtak szignifikánsan ($p<0,01$), míg a kontrollcsoport társas támogatottsága szignifikánsan csökkent (2. ábra). A rehabilitációs csoporton és a kontrollcsoporton belül beállt szignifikáns változást t-próbával ellenőriztük.



2. ábra: A rehabilitációs és kontrollcsoport megélt társas támogattságának összehasonlítása az első és a második mérés alkalmával

Tekintetbe véve, hogy a kutatás során alkalmazott nemzetközi kérdőívek eredményei szerint a társas támogatottság a legkiemelkedőbb faktor, amiben a két mintacsoport eltér, érdemesnek találtuk a saját szerkesztésű batéria részeként regisztrált egyéb társas aspektusokat feltáró kérdések eredményeit elemezni. A két mintacsoport által adott válaszok megoszlását az egyes kategóriákban Khí-négyzet próbával teszteltük.

➤ **„1.80. Hogyan látja Ön, a diagnózisközlés óta miként közelednek Ön felé az emberek?”**

A diagnózis közlés óta az emberek közeledését a rehabilitációs csoport 35%-a úgy véleményezte, hogy ugyanúgy, mit korábban; 28%-a kedvesebbnek jellemezte; 27%-ban sajnálatot érzett az emberek részéről. A kontrollcsoportban 35%-ban érezte úgy, hogy bátorítják; 26,14%-uk ugyanolyannak érezte a közeledést, és 21,02%-uk érzett sajnálatot.

➤ **„1.83. Környezete (családtagjai) hogyan reagáltak az Ön kezdeti panaszaira?”**

A környezet a kezdeti panaszokra mindkét csoport véleménye szerint elsődlegesen biztatóan reagált. A nagyobb különbséget a rehabilitációs csoport azon válasza adja, miszerint nem mondta el a környezetnek a panaszait (36%).

➤ **„1.96. Házastársa hogyan reagált az Ön betegségére?”**

A párkapcsolatban élő rehabilitációs csoport tagjai 27,03%-ban, a kontrollcsoport tagjai 35,23%-ban elsődlegesen megértőnek élte meg a társ reakcióját a betegségre. A társ részéről a legnagyobb mértékben az elutasítást a rehabilitációs csoport tagjai élték meg, 15,32%-ban. A kontrollcsoport nem élt meg egyáltalán elutasítást.

➤ **„1.97. Párkapcsolata milyen mértékben segíti Önt a gyógyulásban?”**

A csoportok válaszainak eredményében azonos sorrendiség figyelhető meg. A legtöbben teljes segítségként érezték a gyógyulásukban, és a legkevesebben válaszolták az „egyáltalán nem” kategóriát.

➤ **„1.102. Ki/kik tudnak az Ön betegségéről?”**

A betegségüket a rehabilitációs csoport 80,18 %-a nem titkolja senki előtt, és kevesen (19,82%-uk) osztották meg ezt az információt csak a szűk családjukkal. A

kontrollcsoport 55,11%-a nem titkolja senki előtt, és 44,32%-a csak a szűk családra korlátozta ezt az információt.

A vizsgálat részletes eredményeit a 13. melléklet tartalmazza, melyek megmutatják, hogy mennyire volt támogató a társas közeg a beteg részére a diagnózis közlése óta. Az *eltérés a két csoport között majd' minden esetben szignifikáns ($p < 0,05$)*. A *párkapcsolat gyógyulást segítő mértékének vizsgálatában nem volt szignifikáns eltérés*.

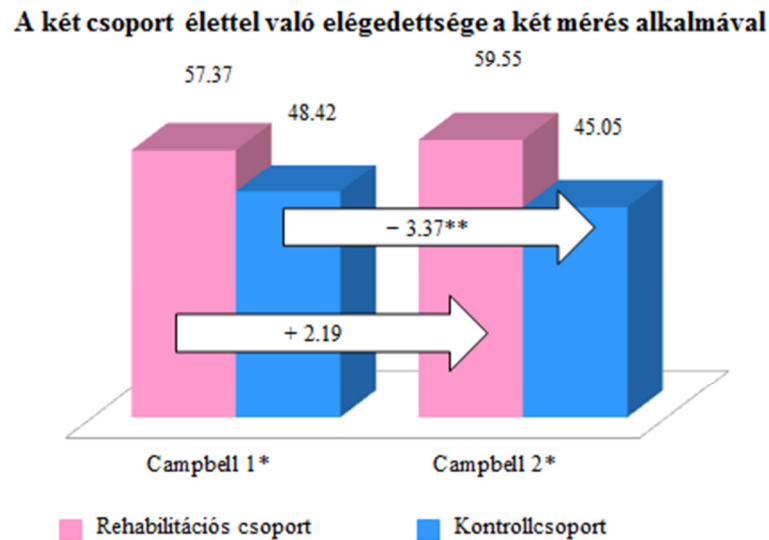
➤ **„8.13. Mennyire fontos az Ön életében a csoport (klub)?”**

A páciensek nagy része tartozik valamilyen klubhoz, csoporthoz. Megvizsgáltuk, hogy életükben mennyire fontos az ilyen jellegű közösséghez való tartozás. Az általunk megadott 1-5-ig skálán (ahol 1 „egyáltalán nem”, 5 „kifejezetten fontos”) jelölhették be érzéseiknek megfelelő számot. Az *első vizsgálatunk eredménye* az volt, hogy a rehabilitációs csoport 40%-ának kifejezetten fontos, 21,82%-ának egyáltalán nem volt fontos az életében a klub. A kontrollcsoportnál *majdnem azonos eredményeket kaptunk*, 40,68%-ának kifejezetten fontos, 22,03%-ának egyáltalán nem volt fontos. A második mérés eredményei számunkra örömtelien alakultak. A rehabilitációs csoport tagjainak 98%-ának volt kifejezetten fontos a klub. Ezzel szemben a kontrollcsoportnál teljesen eltöröltődött a csoport fontossága, amely addig fontos szerepet töltött be az életükben, mert 47%-nál a klubhoz, csoporthoz való tartozás értéke már egyáltalán nem volt fontos. Az első méréshez képest, amikor is 40%-nak kifejezetten fontos volt a klubjuk, a második mérésnél, senkinél nem töltötte be ezt a jelentőséget. A *második mérés alkalmával $p < 0,01$ szignifikancia szintet mértünk a két csoport között*. A *rehabilitációs csoportban beállt változás magasabb lett ($p < 0,01$), míg a kontrollcsoportban drasztikusan csökkent ($p < 0,01$)*. Feltételezzük, hogy a kontrollcsoportnak csakis azért kevésbé fontos a saját klubjához való tartozása, mert nem azt a „szolgáltatást” kapják, mint a rehabilitációs csoport a táncklubban (14. melléklet).

3. 5. 1. 6. Életelegedettség vizsgálatának eredményei

A Campbell-féle étellel való elégedettség vizsgálatban a skála Cronbach alfa értékei mindkét esetben megfelelőek (első méréskor $\alpha = 0,93$, második méréskor $\alpha = 0,96$). A *rehabilitációs csoport pontszáma az első és második mérés alkalmával is magasabb, mint a kontrollcsoport pontszáma – az eltérés a csoportok között mindkét méréskor*

szignifikáns. A rehabilitációs csoport értéke 57,36-ról 59,55-re emelkedett az első és második mérés között, míg a kontrollcsoport értéke 48,42-ről 45,05-re csökkent. A két mérés között a rehabilitációs csoporton belül beállt változás nem szignifikáns, de pozitív irányba változnak, míg a kontroll csoport értékeiben beállt csökkenés szignifikáns ($p < 0,01$); (3. ábra).



3. ábra: Campbell- féle Élettel való elégedettség kérdőív eredményeinek összesítése

A Campbell-féle életelégedettségi vizsgálatot a saját összeállítású kérdőívvel úgy egészítettük ki, hogy a megválaszolendő kérdések a „*nőre*” fókuszáljanak, így mélyebb aspektusból lehet eredményeket kapni a nők étellel való elégedettségére.

➤ „1.14. Testtömeg meghatározás”

Fontos kérdés egy nő életében az **önképe**, **testképe**. A megválaszolt testsúly és testmagasság alapján kiszámoltuk a páciensek BMI indexét. Az *első és második mérés eredményeképpen azt kaptuk, hogy sem a csoportokon belül, sem a csoportokat összehasonlítva nem tudunk szignifikáns változást kimutatni*. A két csoport közötti eltérések szignifikancia-szintjét Khí-négyzet próbával teszteltük. A 15. mellékletben részletesen látható a két mintacsoport BMI-jének kategorizálása a két mérés alkalmával, valamint mutatja, hogy a teljes minta milyen eloszlást mutatott ebből a szempontból. A két csoport BMI indexe alapján egyformán az egészséges, illetve a túlsúlyos kategóriába

volt besorolható; kis %-uk elhízott, és még kevesebb az alultáplált, illetve súlyosan elhízott (15. melléklet).

➤ **„1.15. Testsúlyára vonatkozóan, úgy érzi, hogy...”**

A testtömeg szubjektív értékelése valamiféle képet adhat az énkép, testkép formálásáról, mely mutatója lehet az önértékelésnek is. Az *első mérés alkalmával megfigyelhető volt, hogy mind a rehabilitációs csoportnak, mind a kontrollcsoportnak a szubjektív véleménye az volt elsősorban a testtömegéről, hogy megfelelőnek mondható* (össz.: 46,49%). Másodikként „kicsit túlsúlyosnak” (össz.: 36,84%), harmadikként „nagyon túlsúlyosnak” (össz.: 12,28%) minősítették önmagukat. A második mérés eredményei is ezt a sorrendiséget adták mindkét csoportban. A *válaszok arányában bekövetkező nagyobb mértékű változást a rehabilitációs csoport eredményeiben lehet látni, mert az első méréshez képest többen minősítették magukat „megfelelő”-nek (54,55%), és kevesebben „nagyon túlsúlyos”-nak (9,09%)*. Fontos, hogy ez egy ordinális változó, így az átlagos változás azt jelenti, hogy átlag hány kategóriát változtak a kitöltők. Ezek ellenére az eredmények azt mutatják, hogy *az első és második felmérés alkalmával a látható különbség a csoportok között és csoportokon belül nem szignifikáns*. A BMI index által kapott eredményeket összevetve azt a „természetes” képet kapjuk, hogy a nők nagy részének torzultabb a testképe önmagáról. Hajlamosabbak a normál testtömegüket nem megfelelőnek, sőt túlsúlyosnak minősíteni. Ez az átlag női populációra jellemző jelenség. A testtömeg szubjektív megítélésében beállt változás átlagát, valamint hogy a teljes minta milyen eloszlást mutatott a testtömeg szubjektív értékelésének szempontjából az első és második felmérést követően a 16. mellékletben láthatjuk.

➤ **„1.16. Mennyire elégedett az alakjával?”**

Az első mérés alkalmával nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni, de a második méréskor látható a szignifikáns ($p < 0,01$) különbség a rehabilitációs csoport javára. A rehabilitációs csoport sokkal nagyobb része kifejezetten elégedett az alakjával, és sokkal kevesebben lettek elégedetlenek az első felmérést követő idő alatt (17. melléklet).

➤ **„1.17. Mennyire számít Önnek, hogy mások mit gondolnak az alakjáról?”**

Az önértékelésben szerepet játszó fent említett és kiértékelt testtömeg kérdéseken túl meghatározható lehet az is, hogy mások mit gondolnak rólunk, hogyan látnak

bennünket. Megvizsgáltuk, hogy a mintákat adó nők életében mennyire számít, hogy mit gondolnak mások az alakjukról. Már az *első felmérés eredményei alapján szignifikáns különbséget ($p < 0,01$) lehetett kimutatni a rehabilitációs és kontrollcsoport között*. A rehabilitációs csoportot inkább érdekli, hogy mit gondol a külvilág az alakjáról (43,64%), és csak 10,91%-ban érdektelen teljesen a mások véleményéről. A kontrollcsoport ezzel teljesen ellentétes, miszerint csak 22,03%-ukban foglalkoznak nagyobb mértékben mások véleményével, és 32,20%-ban egyáltalán nem. *A második felmérés alkalmával is szignifikáns ($p < 0,01$) szinten eltér a két csoport abban, hogy szerintük mennyire fontos az, ahogyan mások megítélik az ő alakját – a rehabilitációs csoport tagjainak még mindig fontosabb a külvilág véleménye. Az alak mások által történő megítélésének fontosságában beállt változás mértéke szignifikánsan ($p < 0,01$) eltér a két csoport között*. A rehabilitációs csoport számára valamennyivel fontosabb lett a megítélés, míg a kontrollcsoport ebből a szempontból nem változott. (18. melléklet).

A saját szerkesztésű kérdőív 8.1.-től a 8.11.-ig megválaszolható kérdéseit kimondottan a nőkre szabottan állítottam össze, melyek eredményei mélyebben tükrözhetik a női lélek étellel való elégedettségét.

➤ **„8.1. Tükörbe nézéskor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát?”**

Önmagunk értékelésében szerepe van annak, hogy a tükörképünket miként értékeljük. Ez lehetségesen a pillanatnyi lelkiállapotot is tükrözheti, nem feltétlen állandó. A vizsgálat *első felmérésének alkalmával kapott eredményekben nincs szignifikáns eltérés*. Mind a két csoportban hasonló mértékben, és hasonló véleménnyel vélekedtek önmagukról. *A második mérés alkalmával $p < 0,01$ szintű szignifikancia volt kimutatható a rehabilitációs csoport és a kontrollcsoport között. A rehabilitációs csoportban nőtt az elégedettség, míg a kontrollcsoportban ez a mutató inkább romlott az énképpel kapcsolatosan. A csoportokon belüli változást Khí-négyzet próbával tesztelve azt az eredményt kaptuk, hogy a két mérés között a rehabilitációs csoport és a kontrollcsoport egyaránt $p < 0,01$ szinten szignifikáns változást mutatott. A rehabilitációs csoport tagjai elégedettebbek voltak önmagukkal* (19. melléklet).

➤ **„8.2. Tükörbe nézéskor este mennyire elégedett azzal, amit lát?”**

Ezt a kérdést azért gondoltam fontosnak, mert ezt az érzést befolyásolhatja a megélt nap élménye is. A vizsgálat *első felmérésének* alkalmával kapott eredményekben *nincs szignifikáns eltérés*. Mind a két csoportban hasonló mértékben, és hasonló véleménnyel vélekedtek önmagukról a nap végére. A *második mérés alkalmával* $p < 0,01$ szintű *szignifikancia volt kimutatható a rehabilitációs csoport és a kontrollcsoport között. A rehabilitációs csoportban magasabb volt az elégedettség dimenziója, míg a kontrollcsoportban ez a mutató romlott az énképpel kapcsolatosan*. A csoportokon belüli beállt változást Khí-négyzet próbával teszteltük, melynek eredményeképpen azt kaptuk, hogy *a csoportok önmagukban is* $p < 0,01$ *szignifikáns szinten változtak a két mérés között* (20. melléklet).

➤ **„8.3. Mennyire fontos az Ön számára a zene?”**

Az *első felmérés alkalmával* kapott eredmények alapján *nincs szignifikáns eltérés abban, hogy a csoportok tagjainak életében mennyire fontos a zene*. A fontosság mértékét hasonlóan sorolták be a megadott kategóriákba. A *második felmérésnél* $p < 0,01$ *szignifikancia eltérést tudunk kimutatni a rehabilitációs és a kontrollcsoport között*. A rehabilitációs csoportnak 85%-ának 5-ös szinten volt fontos a zene, és 15%-ának 4-es szinten. Ennél kisebb értékeket nem is adtak meg. A kontrollcsoportban a zene fontossága az életében 57,63%-ról 37%-ra csökkent a vizsgált időszak alatt. Ők a kevesebb minősítéseket is többen jelölték be. *A csoportokon belüli változás szignifikáns értéke egyaránt* $p < 0,01$, melyet Khí-négyzet próbával teszteltük (21. melléklet).

➤ **„8.4. Mennyire fontos az Ön számára a tánc?”**

A *tánc jelentősége a csoportok életében az első vizsgálatban nem mutatott szignifikáns eltérést*. A rehabilitációs csoporton belüli értékelések nagyobb eloszlást mutatnak, mint a kontrollcsoportéban. A *második mérés alkalmával* $p < 0,01$ *volt a szignifikáns eltérés a két vizsgált csoport között. A rehabilitációs csoport 93%-ának 5-ös szinten töltött be fontos szerepet a tánc az életében, és 7%-ának 4-es szinten*. Ennél kisebb értékelést nem adtak. *A csoporton beállt változás a két mérés között* $p < 0,01$ *szinten szignifikáns a két mérés között*. A *kontrollcsoport értékei ezzel szemben drasztikus csökkenést mutatott*. Az 5-ös értéktől lefelé nőtt a megjelölt értékelések száma. Az 5-ös értékelés első méréshez képest (42,37%) 3%-ra csökkent; az 1-es értékelés 13,56%-ról 37%-ra

emelkedett. A csoporton belüli változás $p < 0,01$ szinten szignifikáns a két mérés között (22. melléklet).

➤ **„8.5. Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés?”**

A vizsgálat eredményeiben a csoportok között az első felmérésnél nem volt kimutatható szignifikancia, de a második mérésnél igen ($p < 0,01$). A csoportok hasonlóképpen vélekedtek és minősítették az öltözködés fontosságát az életükben az első felmérés idején. A második felméréskor a rehabilitációs csoport tagjai több mint felének (58%) 5-ös szinten volt fontos a ruházkodás, öltözködés, 36%-nak 4-es szinten és minimális 5%-nak volt fontos közepesen. 1-es és 2-es értéket nem jelöltek be. A csoporton belüli beállt változás $p < 0,01$ szinten szignifikánsnak mutatkozott a két mérés között. A kontrollcsoport tagjai többségben (42%) közepesre értékelte ezt az igényét és csak 10%-nak volt 5-ös szinten nagyon fontos, valamint 7%-nak 1-es szintű, azaz egyáltalán nem fontos. A csoport értékei alapján kapott szignifikáns változás a két mérés között $p < 0,01$ (23. melléklet).

➤ **„8.6. Ön divatosan öltözik?”**

A vizsgálat első felmérésének eredményében a csoportok között nem volt nagy eltérés. Majdnem azonos volt az igen és a nemek aránya. Mind a két csoport jobban követte a divatot, inkább divatosnak minősítette az öltözékét. A második mérés eredménye $p < 0,01$ szignifikáns változást adott. A rehabilitációs csoport 89%-a mondta, hogy a divatnak megfelelően öltözik (az első felmérés alkalmával 52,73%-kal ellentétben), és csak kis %-a (11%) nem követi azt. A kontrollcsoport divatos öltözködéshez való igénye az első vizsgálat 52,54%-áról 29%-ra csökkent, 71%-a nem öltözik divatosan megítélése szerint (24. melléklet).

➤ **„8.7. Milyen színű ruhákat hord manapság szívesen?”**

A vizsgálat első elemzésénél nem találtunk szignifikáns különbséget a csoportok között. Majdnem egyforma arányban elsőként a „keverem a színeket”; másodiknak a „sötét színeket kedvelem”; harmadiknak a „világos színeket kedvelem”; és utolsónak a „rikító világos, harsány színeket kedvelem” kategóriákat jelölték be. A második vizsgálat eredményei nagy változást mutattak, valamint szignifikanciát is ki tudtuk mutatni a csoportok között $p < 0,01$ szinten. A rehabilitációs csoportban a második legtöbbet megjelölt kategória a „világos színeket kedvelem” (16%), a harmadikként pedig többen

(11%) a rikító és harsány színű ruhákat hordják szívesebben. Az egy év alatt eltelt idővel a sötét színű ruhákat senki (0%) nem kedveli, és nem is hordja szívesen. A kontrollcsoport ruházatának színválasztása úgy alakult, hogy a világos ruházat hordása csökkent (10,17%-ról 3%-ra), és a sötét ruhák használata nőtt (13,56%-ról 22,03%-ra). A rikító, világos színes ruházatot senki (0%) nem preferálta (25. melléklet).

➤ **„8.8. Milyen az öltözködési stílusa?”**

Az első vizsgálatban a csoportok hölgytagjai majdnem azonos öltözködési stílust követtek. Arányaiban, sorrendileg a legtöbben nem jellemzik stílusukat konkrétabb kategóriába. A „konzervatív”, a „sportos” és a „fiatalos, szexi” kategóriák majd’ egyenlő arányban megoszlának a válaszadók között. Szignifikáns eltérést nem tudtunk kimutatni ebben a vizsgálatban. Ellentétben, *a második mérés alkalmával, amikor is $p < 0,01$ szintű szignifikáns eltérést mutattunk ki a két vizsgált csoport között. A rehabilitációs csoport majdnem fele (47%) a „fiatalos, szexi” irányzatot kezdte el követni, kicsit többen a konzervatívot (29%). A sportos öltözködést kevesebben választották már maguknak (7%) az öltözködési stílusban. A csoporton belüli változás mértéke a két vizsgálat között $p < 0,05$ szinten szignifikáns. A kontrollcsoport hölgytagjai között beállt változás a sportos és a fiatalos öltözködési stílusban látható. Az egy év alatt nőtt a sportos ruházatot kedvelők száma (31%) és lényegesen csökkent a fiatalosan és szexin öltözők száma (8%). A csoporton belüli változás a két felmérés között $p < 0,05$ szinten változott szignifikánsan (26. melléklet).*

➤ **„8.9. Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását?”**

A személyek által megélt szexuális kisugárzás eredményeiben az *első vizsgálat alkalmával nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni*. A kérdés válaszainak sorrendisége azonos volt a csoportok között (3, 4, 1, 2, 5). A kontrollcsoport közepesnek minősített szexuális kisugárzása kevéssel több volt (42,37%) a rehabilitációs csoportéhoz képest (30,91%). Kiváló, maximális minősítést mindkét csoport az utolsó helyre tette válaszaival, de a kontrollcsoportból többen (10,17%) minősítették így magukat, mint a rehabilitációs csoportban (7,27%). Az egyesre minősített szexuális kisugárzást mindkét csoportban viszonylagosan nagy számban adták meg. *Az egy évvel későbbi vizsgálatban mind a megadott értékek sorrendisége, mind azok arányai teljesen megváltoztak, az eredményekben $p < 0,01$ szintű szignifikáns változást találtunk. A rehabilitációs csoport több mint a fele jónak (47%) és*

maximálisan kiválónak (35%) érzi a saját szexuális kisugárzását. Az „1” kategóriát senki nem jelölte be (0%) az első vizsgálat 21,82%-hoz képest. *A két vizsgálat között a csoportban beállt változás értéke is szignifikáns ($p < 0,01$).* A kontrollcsoport legnagyobb része (42%) „1” szinten értékeli magát ebben a kérdésben. „5”-ös szinten az első vizsgálatban 10,17%-uk még érezte magát szexuálisan kisugárzónak, de a második vizsgálat alkalmával senki nem érezte ezt (0%). *A két vizsgálat eredményeiben a csoporton belüli változás itt is $p < 0,01$ szinten szignifikáns (27. melléklet).*

➤ **„8.10. Mennyire elégedett az életével most?”**

Az első vizsgálat alkalmával a válaszadók sokrétűen és változóan értékelték a pillanatnyi életükkel való elégedettséget. A rehabilitációs csoport tagjai elsőként inkább „4” (40%) és „3” (40%) szinten voltak elégedettek; 7,27%-ban „5”-ös szinten, és ugyancsak ennyien „2”-es szinten. A pillanatnyi életükkel 5,45%-ban voltak teljesen elégedetlenek. Ebben a kérdésben a kontrollcsoport abban változott, hogy „5”-ös szinten többen elégedettek voltak (18,64), és teljesen elégedetlen nem volt senki (0%). *Az egy év múlva elvégzett vizsgálat eredményei szignifikáns változást ($p < 0,01$) mutattak a csoportok között. A rehabilitációs csoportban a legnagyobb változás az „5”-ös szinten volt, ugyanis 51%-ban így értékelték elégedettségükkel pillanatnyi életüket. 42%-ban jónak („4”) értékelték, és 0%-ban volt „1” és „2” szintű. A csoportban beállt változás is $p < 0,01$ szinten szignifikáns. A kontrollcsoportban a közepes értékelés („3”) volt a legjellemzőbb (46%), „5”-ös mutatót senki (0%) nem adott, és a teljes elégedetlenségre („1”) 3% válaszolt. A csoporton belüli változás is $p < 0,01$ szinten szignifikánsnak értékelhető (28. melléklet).*

➤ **„8.11. Mennyire tartja boldognak saját magát?”**

A pillanatnyi boldogságra adott válaszok az első mérésben abban különböztek, hogy a rehabilitációs csoportban kevesebben értékelték magukat „5”-ös szinten boldognak (12,73%) a kontrollcsoportéhoz képest (22,03), és többen (7,27%) tartották magukat teljesen boldogtalannak („1”). *Az első vizsgálat eredményében szignifikáns különbséget nem tudunk kimutatni. A második vizsgálat alkalmával szignifikáns a változás $p < 0,01$ szinten a csoportok között. A rehabilitációs csoport legnagyobb hányada (51%) „4”-es szinten, 44%-a „5”-ös szinten, és kis része (5%) „3”-as szinten boldog jelenlegi életében. Ennél rosszabb minősítést nem adtak. A kontrollcsoport majdnem fele (49%)*

közepesen boldog, csak 7%-uk teljesen („5”), és 3%-uk egyáltalán nem („1”). A két csoporton belüli változás is szignifikáns ($p < 0,01$) a két mérés között (29. melléklet).

➤ **„8.16. Hogyan érzi magát testileg hastánc óra előtt?”**

A rehabilitációs csoport tagjai a két mérésben, azonos mértékben és majdnem azonos %-ban ítélték meg a fizikális státuszukat. A két mérésben a változás annyi volt, hogy a második mérés alkalmával „4”-es szintre 12,73%-al többen-, „3”-asra 7,28%-ban -, és „1”-re 5,45%-ban kevesebben értékelték magukat (12. táblázat).

8.16. Hogyan érzi magát testileg hastáncóra előtt?				
	Első mérés		Második mérés	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	0	0,00	0	0,00
2	4	7,27	1	1,82
3	24	43,64	20	36,36
4	27	49,09	34	61,82
5	0	0,00	0	0,00

12. táblázat: Hastáncóra előtti fizikális státusz megélése

➤ **„8.17. Hogyan érzi magát testileg hastánc óra után?”**

A rehabilitációs csoport válaszadói az első felmérés idején „5”-ös kategóriában 92,73%-a; „4”-es kategóriába 7,27%-a sorolta magát. Ennél kevesebb értéket nem jelöltek be. A második mérés alkalmával az „5”-ös kategóriát bejelölők százaléka 98,18%-ra emelkedett; a „4”-es kategóriát bejelölők száma 1,82%-ra csökkent. Ennél kisebb kategóriát nem jelöltek be (13. táblázat).

8.17. Hogyan érzi magát testileg hastáncóra után?				
	Első mérés		Második mérés	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	0	0,00	0	0,00
2	0	0,00	0	0,00
3	0	0,00	0	0,00
4	4	7,27	1	1,82
5	51	92,73	54	98,18

13. táblázat: Hastáncóra utáni fizikális státusz megélése

➤ „8.19. *Hogyan érzi magát lelkileg hastánc óra előtt?*”

A rehabilitációs csoport tagjai hastánc óra előtt az első és második vizsgálatnál is majdnem azonos értékekkel és százalékban jellemezte lelki jólétét. A második vizsgálatnál, a „4”- és „5” kategóriát bejelölők száma emelkedett, a „3”-as kategóriáé csökkent, valamint „2”-est és „1”-est egyáltalán nem jelöltek be (14. táblázat).

8.19. Hogyan érzi magát lelkileg hastáncóra előtt?				
	Első mérés		Második mérés	
	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>
1	0	0,00	0	0,00
2	1	1,82	0	0,00
3	14	25,45	10	18,18
4	36	65,45	39	70,91
5	4	7,27	6	10,91

14. táblázat: Hastáncóra előtti lelki státusz megélése

➤ „8.20. *Hogyan érzi magát lelkileg hastánc óra után?*”

A hastánc óra utáni lelki élményt mind a két vizsgálatnál a kitöltők maximálisra („5”) értékelték (15. táblázat).

8.20. Hogyan érzi magát lelkileg hastáncóra után?				
	Első mérés		Második mérés	
	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>
1	0	0,00	0	0,00
2	0	0,00	0	0,00
3	0	0,00	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
5	55	100	55	100

15. táblázat: Hastáncóra utáni lelki státusz megélése

A 8. kérdőív intervallumként is értelmezhető itemeire a deskriptív statisztika első felmérésének adatai a 30. mellékletben, a második felmérésének adatai a 31. mellékletben láthatóak részleteiben. Az első és második mérés kor felvett pontszámok eltérőségének szignifikanciáját tesztelő t-próba eredményeit a 32. melléklet foglalja össze. A táblázatban a 95%-os szinten szignifikáns eltérést sárga háttérrel-, míg a 99%-os szinten szignifikáns eltérést zöld háttérrel jelöltem. A két alcsoport intervallum

skálákat képező itemeken felvett átlagainak egyenlőségét tesztelő t-próba részleteit a 33. melléklet mutatja.

3. 5. 2. A vizsgálat kvalitatív eredményei

A leghosszabb válaszok az „*első hastánc óra élménye*” esszé feladatra érkeztek – az elemzés során ezek a szövegek bizonyultak a legkomplexebbnek és leginformatívabbnak is. Feltételezhető, hogy az élmény összetettsége, szavakba öntésének nehézsége és/vagy meghatározó jellege összefüggésben áll az élményleírás szöveg hosszával. Ennek statisztikai bizonyítása későbbi kutatások érdekes témája lehet. A 16. táblázat mutatja a kérdéseket és a rá adott válaszok jellemzőit (az egyes kérdésekre hány főtől érkezett válasz és ezek összesen illetve átlagosan milyen hosszúak.

	Válasz (db)	Mondat (db)	Karakter (db)	Átlag mondat szám	Átlag karakterszám
Első hastáncóra	51	1223	84,318	23,98	68,94
Legjobb hastáncóra	50	866	61,444	17,32	70,95
Jubileumi est	46	944	59,380	20,52	62,90
Összesen	147	3033	205,142	20,63	67,64

16. táblázat: A kérdésekre adott válaszok jellemzői

A szövegek tartalmát több típusú kategória szerint kódoltuk: jeleztük az *idősíkot*, amire vonatkoztak (pl. a Százszorszép Klubtagság előtti időszak, a hastánc közben megélt élmények, vagy arra, ami tánc után vagy annak következtében történt); jelöltük *affinitásukat* (negatív, pozitív vagy kettős érzelmi hangulatú); végül pedig jeleztük *tartalmukat* (betegség, társas élmény, gyógyulás, stb.). Ennek köszönhetően a szövegek száz százaléka kapott valamilyen kódot.

➤ Idősíkok kódolása

Mivel az instrukciók konkrét élmények leírására vonatkoztak, a szövegek nagy része a „KÖZBEN” idő-kódot kapta – jelezvén ezzel, hogy az élmény közben átéltek leírását tartalmazza. Ennek ellenére az élményeket a válaszadók önkéntelenül is narratívába

szerkesztették, vagyis megadták az előzményeit („ELŐTTE" idő-kód) – legtöbbször a kontraszt érzékeltetése érdekében – és röviden megemlítték az élményt követő élményeiket, illetve az egyszeri vagy rendszeres hastáncból fakadó következményeket („UTÁNA" idő-kód). Fontos volt meghatározni, hogy pontosan mit értünk „a konkrét hastánc óra/élmény leírása alatt", ugyanis nagyon sokan írtak azokról a beszélgetésekről, amelyek az órák előtt és után (minden alkalommal) zajlanak. Meghatározásunk szerint ezek a beszélgetések inherens részei ennek a rehabilitációs csoportnak, hozzájárulnak hatásához, így az erről szóló mondatokat is a „KÖZBEN" kóddal illettük. A 17. táblázat azt mutatja meg, hogy az egyes instrukciókra adott válaszok milyen arányban vonatkoztak a különböző időszakra. Minden sor egy-egy kérdésre adott válaszok 100%-a, és az oszlopok azt mutatják meg, hogy az egyes válaszokon belül hogyan oszlott meg a különböző időkre vonatkozó leírás. Pl. „Az első hastánc óra" élményleírásának 15%-a vonatkozott a múltira, 71%-a az élményre és 14%-a a következtetésekre, következményekre. Az ÖSSZ/ÁTLAG sor azt mutatja meg, hogy az összes élményleírásban hányszor (db) szerepelt az időszék és az a mondatok átlagosan hány százaléka.

	ELŐTTE		KÖZBEN		UTÁNA	
	<i>db</i>	<i>mondat %</i>	<i>db</i>	<i>mondat %</i>	<i>db</i>	<i>mondat %</i>
Első hastáncóra	184	15	863	71	176	14
Legjobb hastáncóra	38	4	612	71	216	25
Jubileumi est	10	1	924	98	10	1
Össz/átlag	232	8	2399	79	402	13

17. táblázat: Az egyes kérdésekre érkezett válaszok megoszlása időszék szempontjából

➤ **Élmények affinitásának kódolása**

A tartalmak abban az esetben kaptak „POZITÍV" vagy „NEGATÍV" affinitás kódot, ha

- pozitív vagy negatív érzelem-szó szerepelt a mondatban;
- ha a mondat tartalmi kategóriájából nem derült ki egyértelműen az affinitás – pl. egy „TÁRSAS ÉLMÉNY" vagy „TELJESÍTMÉNY" lehetett pozitív és negatív is. Ez azt jelenti, hogy ha a mondat affinitását egy tartalmi kód jól kifejezte (pl. az „ÉRZELMI TÁRSAS TÁMOGATÁS" vagy „GYÓGYULÁS" kódok egyértelműen pozitívak), akkor nem adtunk külön affinitás-kódot).

Az érzelmi élmények teljes leképezéséhez ki kellett alakítanunk egy harmadik kategóriát „KETTŐS” név alatt. Ide soroltuk az összes olyan kijelentést, amelyben nem volt egyértelmű, hogy az érzelem pozitív vagy negatív (például sokan izgultak a fellépés előtt, ami egyszerre szorongás, de jó érzés is) és/vagy a válaszadó kifejezte, hogy a benne lévő érzések ellentmondásosak vagy egyszerre kétfélék voltak. Kutatásunk során minden kód elemzésének első lépése az volt, hogy idősíkok szerinti bontásban tekintettünk rájuk. A 18. táblázat azt mutatja be, hogy milyen affinitásúként voltak leírva az egyes idősíkok.

Tánc előtt/közben/utána	POZITÍV		NEGATÍV		KETTŐS		Össz. % mondat%
	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%	
ELŐTTE	16	1,31	52	4	4	0,33	5,64
ÉLMÉNY	574	66	178	21	100	12	99
UTÁNA	430	46	50	5	80	8	59
Összesen	1020	34	280	9	184	6	

18. táblázat: Az egyes idősíkok affinitása

Láthatjuk, hogy a hastáncot megelőző időszak túlnyomórészt negatívan van leírva. A táncélmény maga, szinte ugyanolyan mértékben tartalmaz pozitív és negatív élményeket. Ezzel összhangban itt fordul elő a legtöbb kettős érzelem is. A táncot követő időszak, illetve annak következményei pedig egyértelműen pozitívak. Érdekes ezenkívül észrevenni, hogy az élményt és a következményeit leíró szövegek gazdagok érzelem-leírásban, míg a megelőző időszak érzelmeiről kevés szó esik. *Ezt a mutatót az életelégedettségben beállt pozitív változás támasztja alá.*

➤ Tartalmi kódok

- **Betegség**

A táncot megelőző időszakot leíró élményekben leggyakrabban előforduló tartalom a „BETEGSÉG” (vagyis az „ELŐTTE” időkód legtöbbször – mondatok 10%-ban – a „BETEGSÉG” kóddal szerepel egy mondatban). Ehhez a kódhoz tartozott minden kijelentés, amely a daganatos megbetegedés tüneteivel, kezelésével, lelki vagy testi következményeivel állt kapcsolatban. A betegség-kód alakulása igen érdekes az idősíkok szerint. Tánc előtt sokszor szerepel, általában negatív felhanggal. A táncélmény leírásokban a betegség negatív hatásai vannak kiemelve (a test külső megjelenésére és teljesítőképességére vonatkozó negatív következményei). Ugyanakkor

történik valamikor egy váltás a válaszadók fejében, amikortól kezdve *a betegség egyben pozitív keretet is nyer, hiszen ennek köszönhetik a „Százszorszép-élményt”,* így váratlanul nagy százalékban – a betegségre vonatkozó mondatok 24%-a – kapott egyben pozitív kódot is. Talán ennek is következménye, hogy a táncot követő élményleírásokban szinte alig szerepel a „BETEGSÉG” kód (a következmények és következtetések leírásakor már nem írnak arról, hogy betegségük volt vagy van, nem jut eszükbe arról írni). Minden kódnál érdemes az átfedéseket is megnézni, amelyek túllépik a 10%-os arányt (vagyis az adott kód mondatainak több, mint 10%-a megkapja a másik kódot is). Ez azt jelenti, hogy egy adott mondatban a „BETEGSÉG” kód mellett ez a másik kód is sokszor szerepelt. Ez a „BETEGSÉG” kód esetén tovább erősíti az előbbieken leírtakat, illetve segítheti magyarázatukat: a betegség és annak következményei általában negatív énképet eredményeztek, amiből társas elutasítás, vagy attól való félelem következett. *Ezt a szociális szorongást tudta a rehabilitációs csoport élménye megváltoztatni, pozitívvá átalakítani* (19. táblázat).

	BETEGSÉG	
	<i>db</i>	<i>mondat%</i>
ELŐTTE	10	1
ÉLMÉNY	27	3
UTÁNA	4	0
Összesen	41	1
POZITÍV*betegség átfedése	10	24
ÉN (főleg negatív)*betegség átfedése	12	29
TÁRSAS ÉLMÉNY (negatív)*betegség átfedése	7	17

19. táblázat: A „BETEGSÉG”-kód elemzése idősíkok, affinitás és más tartalmi kódok szerint

Példamondatok:

- **Pozitív* Betegség:** "A Százszorszép hastánc klubot a rákomnak köszönhetem."
- **ÉN (pozitív)*Betegség:** "Mert már nem vagyok rákos torzó – és ezt meg is merem már mutatni!!!"
- **ÉN (negatív)*Betegség:** "Na, ez nekem gyötrelmes volt, nem is tudom, hogy préseltem ki magamból a szavakat, mert nagyon befelé forduló ember voltam és nem szerettem beszélni a betegségemről."
- **Társas negatív*Betegség:** "A főnökasszonyom tud a betegségemről, tudja, hogy min mentem keresztül és azt is tudja, hogy mit jelent nekem a csoportom. De Ő nem

volt rákbeteg. Nem enged el hetente egyszer előbb a munkából. Így mindig ki kell találnom valamit. Valamit, aminek köze sincs a hastánchoz."

- **Társas pozitív*Betegség:** "Jó érzés és boldogság töltött el, hogy olyan emberek között lehetek, akik nagyon komoly betegségen estek át (ennek persze abban a másfél órában nyoma sem volt) így tudnak örülni és táncolni."

Az átfedő kódok azt jelentik, hogy egy mondat több kódot is kapott. Pl. Nem akarta levenni a parókáját, mert félt, hogy mit fognak gondolni – de a végére észre se vette, hogy lekerült róla és nem volt rossz érzés, sőt mindenki teljesen elfogadta. Ez a mondat a „BETEGSÉG” kód mellett „POZITÍV TÁRSAS ÉLMÉNY” kódot is kap, a két kód ebben a mondatban átfed.

A fenti vizsgálat eredményei az **életminőségben beállt javulást** mutatták meg számunkra, de az alábbiak ebben meg is erősítettek bennünket. A táncélmény hosszú távú hatásairól szól az összes olyan mondat, mely valamilyen módon hálát, köszönetet fejez ki, illetve egyértelműen ide sorolhatóak azok a tartalmak, amelyek testi és/vagy lelki gyógyulásról számolnak be. Ezek a kódok természetesen legtöbbször az élmények következményeit leíró „UTÁNA” idősíkból fordultak elő (20. táblázat).

	KÖSZÖNET		GYÓGYULÁS	
	<i>db</i>	<i>mondat%</i>	<i>db</i>	<i>mondat%</i>
ELŐTTE	0	0	4	0,33
ÉLMÉNY	14	2	4	0,46
UTÁNA	80	8	110	12
össz./átlag	42	1	42	1,38

20. táblázat: A Köszönetre és Gyógyulásra vonatkozó tartalmak előfordulási gyakorisága idősíkok szerint

Példamondatok:

- **Köszönet:** "Ezek nélkül az emberek nélkül elképzelhetetlen lenne minden, nagyon sokat köszönhetek Nekik...!" "Egy szürke, zárkózott, depressziós, kemoterápiától, sugárkezeléstől megcsúnyult, önértékelési zavaroktól szenvedő emberke voltam, s a csapatnak hála, újra megszülettem, új élményekkel, érzésekkel lettem gazdagabb."
- **Testi gyógyulás:** "Azóta rendben van az anyagcserém, jól alszom, az ízületeim kilazultak, nem jelent gondot lehajolni valamiért." " Mióta megtanultam, hogy a

kéznek milyen szerepe van a nő életében (lágyság), azóta nem zsibbad a középső ujjam éjjel. "

- **Lelki gyógyulás:** "Könnyebben megy az ellazulás, kikapcsolás." "Hazafelé arra gondoltam, hogy milyen szerencsés vagyok, hiszen meggyógyultam és boldog vagyok!!!"

- **Társas élmény**

A rehabilitációs csoport legjelentősebb hatófaktorának az élmény társas jellege tűnik. Fontos azonban ezt a faktort felbontani, hogy megértsük hatásmechanizmusát. Eredményeink alapján feltételezhető, hogy ennek a rehabilitációs foglalkozásnak legerősebb tényezője nem a nőiesség fejlesztése vagy a fizikai megerősítés, hanem az, hogy emberekkel, társakkal - sorstársakkal együtt vesznek részt az órákon. Első körben kialakítottunk egy általános „TÁRSAS ÉLMÉNY” kódot, amelybe minden – az alkategóriákba nem sorolható – személyközi tapasztalást rögzítettünk, affinitásával együtt (21. táblázat).

	TÁRSAS ÉLMÉNY		TÁRSAS ÉLMÉNY*pozitív		TÁRSAS ÉLMÉNY*negatív		TÁRSAS ÉLMÉNY*kettős	
	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%
ELŐTTE	32	3	0	0	28	2,29	4	0,33
ÉLMÉNY	310	36	260	30	20	2,31	22	2,54
UTÁNA	310	33	260	28	20	2,12	30	3,18
össz./átlag	582	19	486	15	57	2	45	1

21. táblázat: Az alkategóriákban nem sorolható társas élmények elemzése idősíkok és affinitás szerint

A fenti táblázatból kitűnik, hogy mennyire objektívan írnak a klubot megelőző korszakról, az élményeknek csak 3%-a vonatkozik társas élményre (ezek is túlnyomórészt negatívak). Ehhez képest az élmény maga kiemelkedően társas jellegű (36%), amelyeknek legnagyobb része pozitív (30%). Feltételezhetően ennek hatására, amikor az élmény alapján következtetéseket vonnak le magukra és a világra vonatkozóan általában, azt is pozitívan értékelik társas szempontból.

Példamondatok:

- **Társas élmény*Negatív (ELŐTTE):** "A betegségből kezdtem kigyógyulni, de a lelki nyomor megmaradt, illetve fokozódott a negatív irányba. Ebben nagy szerepe

volt a „kedves” férjemnek is, aki, csak fokozta a bajt. Minden nap emlékeztetett testi hiányosságaimra, szembesített azzal, hogy a testem már csak egy rákos torzó."

- **Társas élmény*Pozitív (KÖZBEN):** " Óra után sokáig beszélgettünk, ami nagyon jól esett."
- **Társas élmény*Negatív (KÖZBEN):** "Mindenki nagyon kedves volt, csak velem volt a baj. Begubóztam. (...) Egy csódtömeg vagyok. Képtelen vagyok kifejezni az érzéseimet. Nem tudok ordítani, pedig nagyon szeretnék. Itt azonban mindenki mosolygott. Annyi mindenem kellett keresztülmenniük, és mégis tudnak mosolyogni. Olyan idegennek éreztem magam."
- **Társas élmény*Kettős (KÖZBEN):** "Csodálatos volt látni, hogy mi mindent tud a testünk produkálni, milyen hajlékony, milyen általunk a megszokottnál eltérő mozgásokra képes. Részemre egyszerre volt lehangoló és felemelő érzés köztük lenni, mert még semmit sem tudtam, de a lehetőség, hogy majd én is hasonlóan tudok majd egyszer táncolni..."
- **Társas élmény*Pozitív (UTÁNA):** "Ezalatt a pár év alatt olyanokká váltunk, mint egy nagy család."

Társas támogatás módjának további elemzésére a társas élményekhez alkódokat alakítottunk ki:

- „PRAKTIKUS” támogatás mértéke (pl. bizonyos dolgok kölcsönkérése, feladatok átvétele, stb.);
- „ÉRZELMI” támogatás mértéke (pl. bizalmas barát, aki meghallgatja);
- „INFORMÁCIÓS” segítségnyújtás (pl. tanácsadás, információk átadása, tanítás, stb.);
- Társas „INTEGRÁCIÓ” mértéke (olyan emberek csoportja, akikkel szívesen tölt el időt, hasonló érdeklődésűek);
- Társas „TERHELÉS” mértéke (mennyire érzi magát lekorlátozva, kritizálva, túlkövetelve, stb.).

Fenti elképzeléseket kiegészítettük néhány, a tapasztalatból származó kóddal, főleg az első hastáncórát leíró szövegekben szerepelt feltűnően gyakran olyan pozitív kijelentés, amely a csoporttársakra vonatkozott. Akár vonzó külsejükről, akár derűs kedélyükről, akár kecsességükről és ügyességükről volt szó, sokszor kerültek ezek a jellemzők összehasonlításba a válaszadóban saját magával, még hozzá negatív módon. Kielemezve

ezt a jelenséget mégis úgy gondoltuk, hogy az ilyen jellegű társas élmények leírására a legjobb kifejezés a „PÉLDAKÉP” lesz. Hiszen nem másról van itt szó, mint hogy a tükörbe nézve a válaszadó hasonló sorsú betegtársakat lát, akik azonban vele ellentétben nőiesek, vidámak és ügyesen táncolnak. Ez a látvány, ha elsőre negatív érzéseket is kelt, mégis alapvetően bátorító üzenettel bír: "Mi is voltunk olyanok, mint te; te is lehetsz olyan, mint mi." (22. táblázat).

	Érzelmi támogatás		Integráció		Praktikus támogatás		Információs támogatás		Példakép	
	db	mondat %	db	mondat %	db	mondat %	db	mondat %	db	mondat %
ELŐTTE	4	0,33	0	0,00	0	0	0	0	0	0
ÉLMÉNY	68	8	22	3	8	0,92	10	1	76	9
UTÁNA	20	2	0	0	0	0	0	0	30	3
össz./átlag	92	3	22	1	8	0	10	0	106	3

22. táblázat: A társas támogatás típusainak előfordulása az egyes idősíkokban

A fenti táblázatból azt az eredményünket olvashatjuk ki, hogy nincs/nem említik meg a rehabilitációs csoporton kívül/előtt kapott társas támogatási formákat semmilyen szinten. Ezzel hatalmas kontrasztot képez a csoport, akik főleg érzelmi támogatást adnak (8%), befogadják az ismeretlen újonnan érkezőt (integráció - 3%), de néha praktikus (1%) és információs támogatást is tudnak adni (1%). A legmeghatározóbbnak azonban a példakép funkciójuk tűnik (9%) amely hosszútávon leginkább az érzelmi támogatás (2%) mellett fennmarad. A „PÉLDAKÉP”-kód értelmezése során érdemes lehet kiemelni a két tartalmi kódot, amellyel legnagyobb mértékben átfedett. „TANULÁS”-, „TELJESÍTMÉNY”- kódot a Példakép-mondatok 25%-a, míg „ÉN”-kódot a Példakép-mondatok 17%-a kapott. Ez azt jelenti számunkra, hogy a mellettük álló, hasonló sorsú és korú, mégis annyira más betegtársak tanítani tudják önmagáról – ha ez a lecke elsőre sokkoló élmény is.

Példamondatok:

- **Érzelmi támogatás:** " Boldognak, hogy van egy közösség, ahol szeretettel fogadnak, és ahol elfogadnak olyannak, amilyen vagyok."
- **Integráció:** "Az első órán nagyon kedvesen fogadtak a lányok már az öltözőben maguk közé fogadtak, pedig nem is tudtak rólam semmit."
- **Praktikus támogatás:** " Mindjárt kaptam egy rázókendőt és azt a tanácsot: figyeljek és ne aggódjak én is fogok ilyen szépen és ügyesen táncolni."

- **Információ:** " Egészségügyi kérdéseimre azonnali választ kaptam, majd mikor már megérkezett a gyógytornász lány is, kétfelől is jött a segítség, a nyugtatás, hogy ez itt csak jót tesz nekem és együtt oda tudunk figyelni a terhelés fokozatosságára."
- **Példakép*Tanulás:** "Folyton felfedezek újabb és újabb technikát, amit még mindig nem tudok, de próbálok formálni, tökéletesíteni, hogy legalább hasonlítson a Mártiéhoz."
- **Példakép*Én-kijelentés:** "Ez a látvány ragadott meg, mert kissé szögletesnek éreztem magam, főleg hozzá képest."

Kiugró mértékben fordult elő a társas támogatásnak egy speciális formája, mely szinte kizárólag a fellépéseket leíró szövegekben fordult elő: a „TÁRSAS FIGYELEM”. Ide soroltunk minden olyan leírást, amelyben a válaszadó szokatlan kiszolgálásban, szolgáltatásban részesült (pl. pincérektől, egy hotel személyzetétől, sminktanácsadótól) vagy szokatlan figyelemben részesült (a színpadon, a közönségtől). *Feltételezéseink szerint ez a típusú figyelem a személyekben tovább erősítette a különlegesség érzését, valamint megerősíthette énképüket és önbizalmukat. Véleményünk szerint kevés ennél „rehabilitálóbb” élmény van* (23. táblázat).

TÁRSAS FIGYELEM		
	<i>db</i>	<i>mondat %</i>
ELŐTTE	0	0
ÉLMÉNY	184	21
UTÁNA	1	0,11
össz./átlag	194	6

23. táblázat: A társas figyelem, mint pozitív szociális élmény megjelenési gyakorisága idősfokok szerint

Sokkoló lehet az eltérés aközött, ahogy az ember éli mindennapi életét (Előtte 0%), majd fellép a színpadra (a társak, a szerettek és a közönség elé) a reflektorfénybe – ezért is emelheték ki olyan sokan (Élmény 21%).

Példamondatok:

- "És most meg ott álltam 250 ember előtt a színpadon egyedül."
- "Igazi művészeknek kijáró kiszolgálásban volt részünk."
- "Ünnepi, mivel mi nem csak a közönségnek – szeretteinknek, barátainknak – táncolunk, hanem egymásnak és nem utolsó sorban magunknak."

- "Furcsa volt ott állni a színpadon, reflektorok, figyelő szemek kereszttüzeiben."
- "Valamilyik nap volt egy álmféleségem, szeretném ezt is megosztani veled, s kiegészíteni vele a szombati beszámolómat. Szóval: Álltam a színpadon és három szó lebegett körülöttem Jobb kezem felől: SZERETET, fejem felett: HÁLA, bal kezem felől: SZERELEM."

- **Önmagára vonatkozó élmények**

Akármennyire is társas élményről van szó, minden gyógyulásnak, rehabilitációnak az egyénben kell történnie, a személyen belül (is) kell változást indukálnia. Az élményleírások egy része olyan kódokat kapott, amelyek az átélőre önmagára vonatkoznak.

➤ **„ÉN” - kijelentések**

Fontos volt megvizsgálnunk, hogy az átélő milyen kijelentéseket tesz önmagára vonatkozóan, amelyek egyfajta **önszuggesztió**ként hatnak. Főleg az első hastánc óra, illetve a hastáncot megelőző időszak leírásaiban vehetjük észre, milyen gyakoriak az önmagára vonatkozó negatív kijelentések. Ezek pedig egy kifejezetten erős negatív önszuggesztióknak tekinthetőek. A negatív önszuggesztió általában egy olyan üzenet, amely eleinte nagy figyelmet és érzelmi reakciót kapott, de az idők során a rendszeres ismételtetésnek köszönhetően már fennmaradt, a tudatosság irányítása alól legalább részben kikerülve. Ezek a rövid tömondatok gyakran hangzanak el és szinte már automatikus válaszként szolgálnak egy-egy helyzetre vagy érzésre – amely választ az illető önkéntelenül és fenntartások nélkül elfogad. Ezek az önmagának adott szuggesztív üzenetek a mások által adott szuggesztiókhoz hasonlóan erős felszólító jelleggel rendelkeznek, vagyis automatikusan kiváltják a tartalmuknak megfelelő és így azt megerősítő viselkedésformákat. Ezt a kört pedig – mivel nem áll tudatos kontroll alatt – igen nehéz leállítani. Az első hastánc óra alkalmával az erősen negatív jellegű önszuggesztiók ütköznek a társak által küldött pozitív szuggesztiókkal. Emiatt is történhet, hogy az élményleírásokban ezek az automatikus én-üzenetek tudatosításra és kimondásra kerülnek: kihívás elé vannak állítva. Egy erősen szuggesztív hatású helyzetbe került ugyanis az átélő, amelyben felismeri, hogy választási lehetőséggel rendelkezik: elfogadja az eddigi énképét és folytatja az azt megerősítő önszuggesztióit, vagy elfogadja a csoport üzenetét. Az önszuggesztió ugyanis nem más, mint a

személyben már jelen lévő lehetséges alternatívák egyikének felerősítése a többiek rovására – a csoport pedig megváltoztathatja, hogy melyik alternatíva mellett dönt. Ráadásul, mivel a szuggesztív ereje nagyban függ az abba vetett hittől, a csoportban tapasztalható hit a pozitív üzenetek tartalmára vonatkozóan nagymértékben meg tudja növelni az üzenet erejét. Az ellentét pedig nem csak az ezek között feszülő különbség észlelésére vonatkozik: általában nagy eltérést, távolságot élnek meg saját maguk és mások között – amely eltérés számukra meglepő módon áthidalásra kerül különböző társas támogatások útján (Isd. „PÉLDAKÉP”-kód). Pontosabban azt tapasztalhatjuk, hogy az élmények jellemzője az ellentmondásosság, az egymással ütköző érzelmek szorosan egymás után való megélése. Az én negatív értékelését szorosan a remény szavai követik. A 24. táblázat összefoglalja az átélő önmagára vonatkozó szuggesztív erejű kijelentéseinek előfordulási arányát.

	ÉN-kijelentések		ÉN-kijelentések pozitív		ÉN-kijelentések negatív		ÉN-kijelentések kettős	
	<i>db</i>	<i>mondat%</i>	<i>db</i>	<i>mondat%</i>	<i>db</i>	<i>mondat%</i>	<i>db</i>	<i>mondat%</i>
ELŐTTE	32	2,62	16	1,31	28	2,29	0	0
ÉLMÉNY	186	21	72	8	86	10	24	3
UTÁNA	190	20	190	20	20	2,12	30	3,18
össz./átlag	360	12	177	6	156	5	45	1

24. táblázat: Az átélő önmagára vonatkozó szuggesztív erejű kijelentéseinek előfordulási aránya az idő bontásban

Ebből láthatjuk, a csoport egyik hatása, hogy erőteljesen felhívja az átélő figyelmét önmagára: „ELŐTTE” alig 3%-a a mondatoknak vonatkozik magára, míg az „ÉLMÉNY” során és „UTÁNA” több, mint 20%. Ennek hátterében az áll, hogy az óra közben több esetben (koreográfiák tanulásánál, szabadtánc közben, beszélgetések alkalmával) hangsúlyt kap az „én” („Te vagy a fontos!” „Csak Te számítasz!”), és a visszajelzésekben is („Figyelj magadra!”, „Nézd milyen szép vagy!”). Elsőre ez a figyelmi odafordulás nagyon vegyes eredménnyel jár: az élmények 10%-a negatív, 8%-a pozitív, 3%-a kettős. Erre magyarázatként szolgálhat a „PÉLDAKÉP”-kód, a kontraszt, amit önmaguk és társaik között észlelnek. Szerencsére a hosszú távú következtetés az élmény „UTÁN” dominánsan pozitív (20%).

Példamondatok:

- **ÉN*Negatív (ELŐTTE):** " Én nem szoktam magam, és nem is tudom – tudtam – kisminkelni."

- **Én *Pozitív (KÖZBEN):** "Az új énem szépsége és fiatalsága meghatott."
- **Én*Negatív (KÖZBEN):** " Ennek ellenére nem vettem le sokáig, mert szégyelltem a kopaszságomat, illetve nem is tartottam magam szép látványnak úgy."
- **Én*Kettős (KÖZBEN):** "Amikor tükörbe néztem, nem hittem a szememnek."
- **Én*Pozitív (UTÁNA):** " Köszönet az új arcomért!"

A klubfoglalkozások lényegi elemének tartjuk továbbá az instrukciókban használt, illetve a résztvevők által megélt különböző metaforákat, melyeknek erős szuggesztív hatásuk lehet, így lekódoltunk minden képi elemet, amely megjelent az élménybeszámolókbán. Ezeknek a kifejezéseknek az erejét növeli mantraszerű ismétlődésük a csoportfoglalkozások során. A klubban szokássá vált, hogy mindenkit királylánynak „kell” szólítani, kortól függetlenül – amely szokást a csoport már teljesen átvette és így az újonnan csatlakozó tagok sem tehetnek mást, mint hogy átvegyék a szóhasználatot. A mantrákhoz vagy imákhoz hasonlóan itt sem szükséges, hogy az illető értse vagy átgondolja a kimondott szavakat, nem kell az sem, hogy egyetértsen velük – elég, hogy az üzenet egyszerű és ismétlődik. A szuggesztív kommunikáció kutatásából jól tudjuk, hogy ennyi elég ahhoz, hogy egy üzenet átmenjen és beépüljön, a sajátunkká váljon.

➤ NŐ

Kiemelkedően fontos szerepet játszik a csoport rehabilitációs hatásában az, hogy maga a tánc stílusához és a csoport tagjai számára is fontos a nőiesség. A csoport tagjai „rákényszerülnek”, hogy nőiesen mozogjanak, öltözzenek – hogy szembesüljenek saját női identitásukkal. Ugyan erre ez a kutatás nem tért ki, de érdekes kérdés lehet, hogy vajon egy nem diagnosztizált középkorú nő mennyire figyel oda nőiességére, mennyire elégedett vele. Az azonban biztos, hogy egy, a női testrészeket instruktívan és destruktívan érő betegség (emlő-, méhnyak-, vagy petefészek-rák) és az azzal járó beavatkozások (csonkolásos műtétek, kemoterápia miatti hajhullás, kopaszság, maradandó műtéti hegek, stb.) drasztikusan kihatnak egy nő nemi identitására. Az órán pedig szembetalálják magukat olyanokkal, akik szépek, kecsesek, hajlékonyak, érzékenyek, vonzóak, nőiesek – kortól függetlenül. A hastáncot megelőző időszakban kevés szó esik a nőiesség témaköréről (1%), és az is szinte mind negatív. Ezzel szemben az órán a nőiesség igen erőteljesen fókuszba kerül (mondatok 4%-ban szerepel), főleg pozitív módon (ld. még „PÉLDAKÉP”-kód). Ennek hatására az élményt követően a nőiességnek ez a hangsúly megmarad („NŐ” – „UTÁNA”: 4,24%), szintén főleg

pozitív felhanggal (25. táblázat). A hastáncre vonatkozó társadalmi sztereotípiá szerint ez a tánc "túl nőies", túlzottan a női erotikára van fókuszálva. Ehhez képest a csoporttagok, akiknek valódi tapasztalása van a tánccról, nem említik egyszer sem, hogy ilyen módon negatív vagy kettős érzéseik lennének a tánccal kapcsolatban. Ez abból is fakadhat, hogy a rehabilitációs foglalkozás során nem az erotikán, hanem a „női én” megélésén van a hangsúly.

	NŐ		NŐ-pozitív		NŐ-negatív		NŐ-kettős	
	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%
ELŐTTE	12	0,98	0	0	8	0,65	0	0
ÉLMÉNY	32	4	22	3	8	1	0	0
UTÁNA	40	4,24	20	2,12	10	1,06	0	0
össz./átlag	69	2	30	0,99	9	0,30	0	0

25. táblázat: A nőiség megjelenése az élményleírásokban – időbontásban

Példamondatok:

- **Nő – Pozitív:** "Nem utolsó sorban, a férjem csodálatát, szexuális érdeklődését is visszaszereztem ennek segítségével." "A nézők pedig úgy tekintettek ránk, mintha csupa Szirént, vagy Najádot láttak volna táncolni!" "Kicsit olyanok voltunk, mint a kislányok, akik az anyukájuk sminkkészletét elcsenik, és titokban kipróbálják."
- **Nő – Negatív:** "Nem vagyok az a „nőci” karakter, nem vagyok fiatal sem."

➤ TELJESÍTMÉNY

A táncórán való részvétel teljesítése bár az élmény közben megterhelő, rövidtávon distresszt okozhat; hosszú távon azonban sikerélményt eredményez, így összességében a kihívás legyőzése pozitív élményként lesz elkönnyelve. Eredményeink ezt támasztották alá. A hastáncot megelőző időszakban szinte nem esik szó erőfeszítésről, kihívásról (0,65%). Az óra viszont kiemelkedően nagy kihívást jelentett sokak számára, hiszen a mondatok 19%-a erről beszél. Ezek az élmények bár túlnyomórészt pozitívak (10%), néhol negatív (4%) vagy kettős értékelést kaptak (2%). Ennek okai lehetnek a kezdetleges kudarcok a mozgások kivitelezésében, illetve a másokkal történő összehasonlításból fakadó negatív önértékelés. Ismételten azonban a táncot követően, hosszú távon a tagok pozitív élményként könyvelik el ezeket a kihívásokat is („TELJESÍTMÉNY” – „UTÁNA”- pozitív: 5,64%); (26. táblázat).

	TELJESÍTMÉN		TELJESÍTMÉNY pozitív		TELJESÍTMÉNY negatív		TELJESÍTMÉNY kettős	
	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%	db	mondat%
ELŐTTE	8	0,65	4	0,33	4	0,33	0	0
ÉLMÉNY	162	19	86	10	36	4	20	2
UTÁNA	190	20	130	14	10	1	30	3
össz./átlag	306	10	171	5,64	60	1,98	39	1

26. táblázat: A teljesítményre, kihívásra vonatkozó kijelentések előfordulási gyakorisága idősíkok és érzelmi affinitás szerinti bontásban

Példamondatok:

- **Teljesítmény*Negatív (KÖZBEN):** "A szívem dobogott, a szám kiszáradt és hirtelen összezavarodtam." "Ennyi ember előtt, hastánc ruhában, s még táncolni is kellett, meg mosolyogni..."
- **Teljesítmény*Pozitív (KÖZBEN):** "Jó volt tapasztalni, hogy az újonnan érkezőkhöz képest én már tudok valamit, és én lelkesíthetem őket."
- **Teljesítmény*Kettős (KÖZBEN):** "Ma már tudok rázni!!! Persze nem úgy, mint a Márta vagy a Zsuzska vagy a Kitti, de igyekszem."
- **Teljesítmény*Pozitív (KÖZBEN):** "Soha nem gondoltam volna magamról, hogy ilyen dologra képes leszek."

➤ KELLÉKEK

Tapasztalati úton alakítottuk ki a konkrét élmény harmadik kiemelkedő aspektusát kódoló jellemzőt: a „KELLÉKEK”-et. Az átélők ugyanis nagyon gyakran hozták fel a hastánc óra kontextuális jellemzőit – a zenét, a ruhákat, az egyéb kiegészítőket – amelyek mind hozzájárulnak az élmény különlegességéhez, nem hétköznapiságához. A csillogó, színes, szokatlan és szélsőséges kellékek, „díszletek” egy „varázsvilág” élményét tudják nyújtani egy belvárosi teremben. Hiába nem távolodik el földrajzilag a mindennapi életétől, szubjektíven akkor is nagyon távol kerül a hétköznapiaktól. Ráadásul ezek a kellékek a nőiesség eszközei, ezeken keresztül tudja mindenki megerősíteni és megélni a női identitását – amelyhez való életében általában nincsenek meg az eszközei, vagy eszébe sem jutna, vagy nem merné őket használni (pl. erős smink, színes és „lenge” öltözködés). Legnagyobb változás a „KELLÉKEK”-ben állt be: míg a hastáncot megelőzően nem sok szó esett sminkről, ruháról, zenéről (0,33%), addig az élmény hatására (12%) az órán kívül is kiemelkedő fontosságot nyertek a

színek, a nőiesség kellékei (10%). A hastáncóra, mint élmény meghatározó (3% „KÖZBEN”, majd 5% „UTÁNA”) jellegéhez feltételezhetően nem csak a „KELLÉKEK”, hanem a kiváltott alternatív működésmód is hozzájárult (6%); (27. táblázat).

	KELLÉKEK		MÓDOSULT TUDATÁLLAPOT		MEGHATÁROZÓ ÉLMÉNY	
	<i>db</i>	<i>mondar%</i>	<i>db</i>	<i>mondar%</i>	<i>db</i>	<i>mondar%</i>
ELŐTTE	4	0,33	0	0,00	4	0,33
ÉLMÉNY	102	12	50	6	26	3
UTÁNA	90	10	40	4	50	5
össz./átlag	183	6	87	2,87	57	1,88

27. táblázat: A konkrét élményt jellemző tartalmi kódok megoszlása idősíkok szerint

Példamondatok:

- **Kellékek*Közben:** "Már másképpen táncoltam a tükör előtt, hiszen már hastáncosnak látszódtam, annak ellenére, hogy még csak nagyon kezdő voltam." "A rázóöv külön örömet szerzett, mert a mozgásomat visszajelezte és ösztönzött a továbbiakra, a fátyollal pedig csodálatosan lehetett forogni, repíteni az anyagot, az izgalmás, sejtelmes zenére."
- **Kellékek*Utána:** "Arra gondoltam, hogy mostantól az arcom nem mosom le, így akarok maradni." "Hazafelé négyen indultunk el, és a legelső illatszerbe beugrottunk."

Vizsgálatunkban kitűnt, hogy az egyes idősíkokat jellemezve melyek voltak a legkiemelkedőbb, a legdominánsabb tartalmi kategóriák – vagyis, hogy az adott idősíkot mivel jellemezhetjük a legjobban. Az „ELŐTTE” idősíkot leginkább a betegség határozza meg, mely negatív „ÉN”-re (pl. nőiességre vonatkozó) kijelentéseket eredményezett, valamint negatív társas és teljesítménnyel kapcsolatos élményeket. A gyógyulás megemlékezése elenyésző. A „KÖZBEN”-kód igen összetett és gyakorlatilag minden hatás, változás és következmény ezekből fakad. A pozitív társas élményekből, az „én” pozitív megéléséből (pl. teljesítmény vagy nőiesség szempontjából) és a betegség pozitív átkeretezéséből. Ez a társak mellett az élmény különleges kontextusának („KELLÉKEK”), módosult tudatállapotot kiváltó hatásának köszönhető. Mindezek által lehet a hastáncóra ennyire meghatározó a csoporttagok életében. Az „UTÁNA” idősík kódjai főleg az „ELŐTTE”-kóddal összehasonlítva rajzolják ki élesen

a rehabilitációs hatásokat. Hiszen a csoporttagok már elsősorban magukra figyelnek, büszkék teljesítményükre, nőiességükre és megélik, hogy mindezek által gyógyulnak (testileg és lelkileg egyaránt).

Az elemzésben megjelentek egyéb kódok is, melyek jelenlegi kutatásunkban nem bukkantak fel elégszer ahhoz, hogy szignifikáns hatást tulajdonítsunk nekik, de feltételezéseink szerint egy nagyobb mintában erőteljesebben megjelenének, hatásuk kirajzolódhatna. Ilyen volt a „SZABAD”-kód, melybe beletartozott minden olyan kijelentés, amely arra vonatkozott, hogy az élmény során az illető felszabadult, szabadon mozgott, szabadnak érezte magát. A másik ilyen a „SPIRITUÁLIS”-kód volt, melybe belesoroltunk minden olyan tartalmat, mely valamilyen, az embernél nagyobb jelenlétére, szimbolikájára utalt (34. melléklet).

Példamondatok:

- **Szabad:** " Volt bemelegítés, eltáncoltuk a tanult koreográfiákat és utána „lazításként” szabadtánc volt." " A tánc felszabadítja a lelket, testet."
- **Spirituális:** "A mosolyuk és kedvességük... Mintha angyalok lettek volna."
"Láttam a „napot.”"

A kódok és elemzésük megmutatta, hogy a *társas támogatás mellett* az egyéb hatásmechanizmusok, mint az önszuggesztió hatása, a nőiesség megélése, a pozitív teljesítmény megélése és a tánchoz szükséges kellékek mind hozzájárulnak az *életminőség és élettél való elégedettség jobbá tételéhez*. A tartalomelemzés során egy új eredményt is találtunk melyre nem számítottunk, mégpedig azt, hogy a *hastáncfoglalkozás testi és lelki kihívást jelent, és hozzájárul a pozitív hatáshoz*. Ez az eredmény párhuzamba állítható a *flow-élmények* elméletével, mert a flow arról szól, hogy a nem aktív tevékenységgel szemben a kihívást jelentő, aktív élmény fejleszti a hatással tud lenni. A tánc legalább annyira képes flow-élményt indukálni, mint a sport, a jóga vagy bármely alkotói tevékenység. A kategóriákat áttekintve és értelmezve azt mondhatjuk, hogy a flow élmény igazoltan *módosult tudatállapotot* is jelent, ami a tánc hatására egyben flow-élmény is. Fokozott fizikai aktivitás hatására módosul a figyelmi működés iránya és terjedelme, amelynek hatására a teljes kognitív, érzelmi és neurális működés is módosul. Ezt a jelenséget a klubfoglalkozások alkalmával is megfigyelhetjük, illetve a tartalomelemzés eredményei ki is mutatták.

Példamondatok:

- **Testhatárok feloldódása:** "A testem borzongott, és csak úgy magától mozgott, külön életet élt."
- **Emlékezet átmeneti kiesése:** "Akkor nem tudom mi történt, de jól éreztem magam."
- **Idő kiesése:** "Nem tudom szavakba leírni az érzéseimet az esttel kapcsolatban. "
- **Térélmény megváltozása:** "Már azt sem tudtam merre van a balra vagy a jobbra."

A csoporttagok számára meghatározó élményeket nyújt a foglalkozások keretein belüli történések. A magasan hozzáférhető és élénk személyes emlékek segítenek jelentést és struktúrát adni életünk narratívájának, valamint az önmagunkkal kapcsolatos fogalmaink lehorgonyzásában is fontos szerepük van. Ezek az emlékek szolgálnak referenciapontul a kevésbé kiugró élmények rendszerezéséhez, így vezetnek a jelentéstulajdonítást és a mindennapok eseményeivel kapcsolatos elvárások kialakítását is.

Példamondatok:

- **Fordulópont:** "Talán az első „áttörésem” az volt, - amit sok minden mellett ezt is a csoportnak köszönhetek – amikor levettem a parókámat."
- **Identitás megváltozása:** "Sokszor meghatódom, amikor új lány jön közénk, és hétről hétre, látványosan változik át sérült lepkéből színes, szárnyaló pillangóvá."
- **Meghatározó:** "Akkor és ott kezdődött minden."

4. MEGBESZÉLÉS

A kutatásomnak elméleti és gyakorlati célkitűzése is volt. Céлом volt feltárni az orientális tánc lehetséges fizikális és lelki funkcióit, valamint bemutatni összefüggéseit az olyan terápiás módszerekkel, mint a művészetterápiák – mozgásterápiák, táncterápiák. Gyakorlati célkitűzésem az volt, hogy kvalitatív és kvantitatív módszerekkel egyaránt igazoljam elképzeléseimet és hipotéziseimet az orientális tánc rehabilitációs funkciójával kapcsolatban.

A Százszorszép Hastánc Klub sajátélmény alapján, egy segítő csoportként kezdte meg misszióját, mely célja a daganatos megbetegedésben szenvedő nők testi- és lelki rehabilitációja, valamint egy olyan csoport létrehozása, amely segítő társas támaszt nyújt a sorstárs tagok részére. Egy-egy hastáncfoglalkozás alkalmával több olyan elem emelkedik ki, amelyben a program osztozik a különböző művészetterápiákkal. A tartalomelemzés során Parkers [51] és Yalom [52] elméletével egyetértvén én is arra a következtetésre jutottam, hogy a klubba jelentkező nők életében a rák diagnózisa nem csak sorsfordító volt, hanem egyedülálló változásokat is hozott, és kimozdította őket az élet triviális elfoglaltságaiból. A kutatás eredményeit figyelembe véve, Taylor és munkatársai [56] vizsgálatához hasonlóan, a klub tagjai körében egyfajta pozitív változásokat hozott a rák traumája („*A Százszorszép Hastánc Klubot a rákomnak köszönhetem*”). Megváltoztatták életmódjukat, az életszemléletüket és nem utolsósorban koruk-, társadalmi szerepük ellenére, a betegségükkel való megküzdéshez ezt a nem mindennapi rehabilitációs módszert választották, mely nem csak fizikális és lelki javulást ígér számukra, hanem egy sorstárs közösséget, amely biztos és biztonságos háttérül szolgál a nehéz időszakokban is.

A kutatási témához áttanulmányozott szakirodalmak rámutattak arra a tényre, hogy az onkológiai rehabilitációban a világon mindenhol hasonló módszereket alkalmaznak, így Magyarországon is a nemzetközileg elismert pszichoterápiákat, mozgásterápiákat (gyógytorna), illetve műtéti rekonstrukciós technikákat preferálják. Az olvasott tanulmányok rámutattak azonban azokra a hazai hiányosságokra, amelyek korlátozzák a betegek teljes körű és hosszú távú rehabilitációjának lehetőségeit. Ebben a legalapvetőbb hiányosság, hogy hazánkban nincs kiépült rehabilitációs hálózat. A

gyakorlati tapasztalatomat Kásler írása [31] és a kutatásom rehabilitációt célzó eredményei alátámasztják, miszerint a betegeket elegendő információval látják el a kezeléssel kapcsolatos kérdésekben, ugyanakkor a rehabilitációs lehetőségekről való tájékoztatás háttérbe szorul. A daganatos betegek rehabilitációja fizikális és pszichés komponenst igényel, de ez a tevékenység sok esetben csak a kórházi benntartózkodás idején megoldott. A szervezett kórházi rendszerből való kikerülés után a betegek többsége magára marad és a saját igényeinek és hozzáférési lehetőségeinek megfelelően keresnek pszichés segítségnyújtási-, illetve egyéb támogató és segítő lehetőségeket. A vizsgálat leíró statisztikai eredményeit összegezve arra a következtetésre jutottam, hogy az erősebben érzékeny páciensek általában magasabb iskolai végzettségűek és több időnek kell eltelnie a diagnózis idejétől. Ezt a következtetésemet Rottmann [213] és Ohsumi [214] vizsgálatainak eredményei alátámasztották.

Az **életminőség** változásának vizsgálatához a nemzetközileg validált, és sok magyar mintán is használt EORTC-QLQ-C30 kérdőívet alkalmaztam elsősorban. Saját szerkesztésű kérdőívvel részletesebben kívántam bizonyítani a módszer hatékonyságát, és mindezt még alátámasztva a rehabilitációs csoporton belül kvalitatív tartalomelemzést is végeztem.

A validált kérdőív által kapott *eredményeim alátámasztják vizsgálatom életminőséggel kapcsolatos hipotézisemet, miszerint a rehabilitációs csoportnak mind az első, mind a második méréskor szignifikánsan jobb az egészséggel kapcsolatos életminősége.* Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy a két csoport életminőségében beállt változás között nem volt szignifikáns különbség, önmagához képest mindkét csoport állapota hasonló mértékben javult. Feltételezésem szerint ezeket az eredményeket a diagnózis felállítása óta eltelt idő, mint faktor modulálhatta. A rehabilitációs csoport tagjainak nagy százaléka az első mérést megelőző 2-3 évben diagnosztizált beteg, míg a kontrollcsoport tagjai az első mérés idején átlagosan kevesebb, mint hat hónapja lettek diagnosztizálva. Véleményem szerint azoknál, akiket nem régen ért a diagnózis traumája, az első sokkot követően radikális változások állnak be a természetes gyógyulásnak és adaptációnak köszönhetően. A rohamos javulás tempója azonban az első év után lecsökken, majd akár ellenkező irányba is fordulhat. A betegségkezelés ezen pontján van kiemelkedő szerepe a rehabilitációs csoportoknak. Ezért tartom fontos

eredménynek, hogy a rehabilitációs csoport tagjainál is tapasztalható volt szignifikáns változás, annak ellenére, hogy ők már hosszabb ideje küzdöttek a betegséggel.

A rehabilitációs csoport eredményeit összegezve megalapozottnak tekintem, hogy a kreatív rehabilitációs programok pozitív hatással lehetnek a páciensek lelki jóllétére, növelhetik az életminőséget, csökkenthetik a depressziót és szorongást, segíthetik a megküzdést. Ezt a feltételezésemet bizonyítani láttam Carlsonék [91] és Montiék [88] munkájában is, miszerint azt mutatták meg, hogy a kreatív terápiák javítják az érzelmi állapotot és segítik a megküzdést a rák lefolyásában. Tonosaki [215] és Bradshaw [216] vizsgálataiból kitűnik, hogy a rákbetegek keveset mozognak, míg Chandwani [217] kutatásának eredménye igazolta, hogy a mozgás javítja az életminőséget. Ezért is lenne fontos szerepük a mozgásterápiáknak az onkológiában, mind a rehabilitáció, mind a prevenció területén. Sandel [111], Puig [93] és Rainbow [94] vizsgálatait tanulmányozva én is azt a következtetést vontam le a saját eredményeim alapján, hogy *az alkalmazott tánc – mint terápia – segít növelni az életminőségi mutatókat, valamint a szubjektív testkép és énkép is pozitív irányba változik.* A rehabilitációs csoport tagjainál a karödéma panasza és mozgáskorlátozottságuk csökkent, ami arra enged következtetni, hogy *a fizikális mozgásterápiánk hatékonynak bizonyul a hastánc programban.* Feltételezem, hogy a fájdalomcsillapító gyógyszerek használatának csökkenése is ennek tudható be. A sajtószerveztésű kérdőívem eredményei hasonlóan pozitív eredménnyel zárultak, mint más mozgásterápia eredményességét kutató vizsgálatoknál. Más kutatások [81, 104, 105, 107, 218] és saját eredményeim alapján állást foglalhatunk abban, hogy a mozgásos terápiák csökkenthetik a kar térfogatát a kardiopulmonális- és az izomfunkciók javulhatnak, és az egészséggel kapcsolatos szubjektív életminőség is egyértelműen javul mozgásos program hatására. Az életminőség lelki dimenzióit vizsgálva Mannheim [219] és Dibbell-Hope [96] kutatásához hasonlóan én is igazolódni látszanak eredményeimben, hogy a tánc növeli az energiát, csökkenti a fáradékonyságot és javítja a hangulatot, valamint egyetértek Bar-Sela [90] véleményével, miszerint a művészetterápia képes a depresszió szintjének csökkentésére. A rehabilitációs csoportban csökkent a pszichés állapotot javító szerek fogyasztása, javult a lelki státusz. A hastánc program lelki hatásai bizonyítottan látszik az eredmények tükrében. Az életminőség szexualitást érintő kérdésében a saját kutatásom eredményeit figyelembe véve egyetértek Sacerdoti [168] és Raggio [220] tanulmányában leírtakkal, miszerint a daganatos beteg nőknek rosszabb lesz a szexuális életük, és testképükről alkotott

véleményük. Az eredmények tükrében kijelenthetem, hogy a hastánc csoportba járó páciensek önbizalma, szexuális énképe javult a rehabilitációs módszer által, mindazok ellenére, hogy a testi státuszuk nem változott.

A rehabilitációs csoport kvalitatív vizsgálatának eredményei megerősítették a fent leírtakat, valamint azt az elképzelésemet, miszerint az általam alkalmazott módszer jótékony hatású az életminőségre, mivel a rehabilitációs csoport tagjai írásaikban konkrét erre utaló válaszokat adtak meg nekem ("Azóta rendben van az anyagcserém, jól alszom, az ízületeim kilazultak, nem jelent gondot lehajolni valamiért." "Mióta megtanultam, hogy a kéznek milyen szerepe van a nő életében (lágyság), azóta nem zsibbad a középső ujjam éjjel."). Így az életminőségre tett hipotéziseim igazolni látszódnak.

A társas támogatás változásának vizsgálatához az F-SoZu és sajátszerkesztésű kérdőívet alkalmaztam, a módszer eredményességét alátámasztva a rehabilitációs csoporton belül kvalitatív tartalomelemzést is végeztem.

A daganatos megbetegedés diagnózis a társas élet radikális megváltozását vonja maga után – általában a megélt támogatás hiánya és az izoláció irányába. A társak eltávolodása vagy hiánya pedig tovább fokozza a depresszív tüneteket. Thoits [221], Nijs [222] és egyéb nemzetközi kutatások eredményei azt mutatják, hogy a társas hatások hosszútávon szignifikáns hatással vannak a betegség lefolyására. A betegek nehezedő betegségtudat, az ismeretek hiánya, a kezelések, a környezeti hatások, az esetleges humán támogatási körülmények megváltozása, mind-mind negatív hatással lehetnek a hangulati-, és a pszichés életükre. Ilyen esetben nagyon jól jöhet egy sorstárs csoport, ahol nincsenek megbélyegzések és tabukérdések. A páciensek problémái hasonlóak, amelyek nem csak a betegségre vonatkoznak, hanem az élet egyéb területeire is. Coughlin [191] a daganatos megbetegedéseket túlélők életét befolyásoló belső és külső faktorokat elemző áttekintő tanulmányában kifejti, hogy a pszichológiai ellenálló képesség (reziliencia) nem csak a személy belső erőforrásainak függvénye, hanem fontos szerepet játszanak benne a beteg társas kapcsolatai is. Kiemeli ugyanakkor, hogy bizonyos közösségeknek nagyobb kapacitása van arra, hogy pozitívan reagáljanak kihívást jelentő életeseményekre, mint másoknak. Az általam működtetett klubnak ez egy meghatározó feladata és kihívása. A rehabilitációs

csoportban a közösség segítséget ad az információcserék terén, a lelki- és társas támogatásban a kellemes és kikapcsoló mozgáson túl. Eredményeimet igazolni láttam Thompson [223] Hughes [224], Kroenke [225] vizsgálatának eredményeiben, melyek azt mutatják, hogy a társas támogatás erősíti a pozitív gondolkodást és javítja az életminőséget. A vizsgálat eredményeképpen *megállapíthatom, hogy a klubtagjainknak a saját szubjektív megítélésük alapján az idő teltével javul a fizikai státuszuk, a lelki jóllétük, és a közösség támaszként szolgál nekik. Eredményeim egyértelműen alátámasztják, hogy a csoport társas támogató jellege szignifikánsan pozitív hatást gyakorol a csoporttagok által megélt társas támogatásra.* Ez a pozitív hatás pedig az idővel folyamatosan és megbízhatóan nő. Ezzel szemben a kontrollcsoport szociális támogatottsága a szakirodalommal összhangzó módon csökken [15, 186] – erre az elszigetelődésre nyújthat választ egy ilyen típusú rehabilitációs program. Megítélésem szerint ez a megélt társas támogatás az intervenció holisztikus jellegéből fakad, a csoporttagok egymás számára nyújtott segítsége nagyon sokrétű. Mivel hasonló sorsú betegársakkal vannak körülvéve, ezért az információs támogatás megbízható; a praktikus támogatás (amely akár a betegségre, akár a mindennapi életre vonatkozik) hiteles és megvalósítható; az elszigetelődés és tabu-képzés helyett megértésre és aktív figyelemre számíthatnak, valamint a csoport minden tagja élő pozitív példaképként szolgál. Azt a megállapításumat, hogy a hasonló sorsú emberekből álló csoport speciális hatásokkal rendelkezik, és igen nagy jelentőséggel bír a daganatos megbetegedéssel diagnosztizáltak számára Snyder vizsgálata [195] is igazolta, miszerint nem csak a család társas támogatása fontos, hanem olyanoké is, akik hasonló élményeket éltek meg. A társas környezet pozitív hatásai leginkább azokban a helyzetekben következnek be, ahol kölcsönös segítségnyújtásra van lehetőség, ahol a felek szimmetrikus helyzetben vannak – ezért rendkívül hatékonyak a betegek önsegítő csoportjai. A hasonló helyzetben lévő társak között nem fordul elő a megbélyegzés, egymás felruházása negatív címkékkel, és a betegséggel kapcsolatos információkat, tanácsokat is át tudják adni egymásnak. A vizsgálati eredményeimmel egybehangzóan Cohen [192] összefoglalásában láttam azt, hogy a társas támogatás fokozza az identitásélményt, a pozitív önértékelést, és a kontrollérzetet, valamint csökken a szorongás is. A művészetterápiákat vizsgáló kutatások bizonyítják, hogy a csoportban végzett művészetterápia jótékony hatással van a társas támogatás dimenzióira. Chen [113] kutatásának eredményeiben is láttam bizonyítani, hogy a rendszeres fizikai mozgás pozitívan korrelál az általános életminőséggel, a fizikai- pszichológiai és társas jólléttel.

Vizsgálatomban alátámasztottam Bojner-Horwitz [121] megállapítását, miszerint a táncterápia emeli a társas támogatás élményét az egyénben. Moe publikációja [226] és a sajtószervezésű kérdőív eredményei alátámasztották azt a feltételezésemet, miszerint a rehabilitációs csoportban magasabb lesz a megélt társas támogatás. A módszer és a csoport hatékonyságát a kérdésekre adott válaszok és a sajátélmény leírások alátámasztották. Az elemzés során kimutathatók voltak a szakirodalomból ismert direkt és közvetett társas hatások, valamint két újabb szempont is. A társak, mint példaképek szerepe, illetve a társak támogatásának ütközése a saját negatív üzenetekkel, két olyan faktornak tűnik, amelyek szignifikánsan hozzájárulhatnak a csoport hatásához. Egyértelműen bebizonyosodott, hogy egy ilyen kihívást jelentő rehabilitációs élmény során nagy szerep jut mind az önszuggesztióknak, mind a társas szuggesztióknak. A hastáncfoglalkozás, mint rehabilitációs módszer a társas támogatás dimenziójában is alkalmasnak bizonyult. A társas támogatással kapcsolatos hipotéziseim igazolódtak.

Az **életelégedettség** változásának vizsgálatához a Campbell-féle Élettel Való Elégedettség kérdőívet és sajtószervezésű kérdőívet alkalmaztam, mindezen eredményeket alátámasztva a rehabilitációs csoporton belül kvalitatív tartalomelemzést is végeztem.

A vizsgálatomban a Campbell kérdőív *eredményeképpen azt kaptam, hogy a rehabilitációs csoport életelégedettsége szignifikánsan magasabb a kontrollcsoporténál, mind az első, mind a második vizsgálat alkalmával.* A fizikai mozgás és művészeti tevékenység kombinálása társas támogatással nem csak az egészséggel kapcsolatos jóllét és a megélt szociális támogatás javításához járulhat hozzá, hanem az általános élettel való elégedettséget is szignifikánsan növelheti. A rehabilitációs csoport általános életminősége mindkét mérés alkalmával szignifikánsan magasabb volt. A kontrollcsoport élettel való elégedettsége – bár egészséggel kapcsolatos életminőségük javult – általánosságban mégis szignifikánsan negatív irányba tolódott el. Ezzel szemben a rehabilitációs csoport tagjai ugyanakkora életminőségbeli változás mellett az élettel való elégedettség szignifikáns növekedéséről számolnak be. Az eltérés hátterében talán a megbízható társas támogatottság áll – amelynek elemzése és további háttérhatások feltérképezése további kutatásaink témáját fogják képezni. A sajtószervezésű kérdőívben úgy határoztam meg a megválaszolendő kérdéseket, hogy

azok a nők étellel való elégedettségének mélyebb aspektusait tárja fel. Ennek eredményeképpen azt kaptam, hogy a rehabilitációs csoport tagjai szignifikánsan pozitív irányban változtak a két felmérés között az énképükben, az önbizalmukban, az életfelfogásukban, az életmódjukban, és a boldogságuk megélésében. Basen-Engquist [108] eredményeihez hasonlóan én is azt az eredményt kaptam, hogy a mozgás hatására javulás áll be a fájdalom és az általános egészségi állapot faktorokban, valamint az étellelégedettség észlelése is hatékonyabb a fizikai aktivitást végzőknél. A táncterápiák hatásait széles körben vizsgálták – daganatos megbetegedéssel diagnosztizáltak csoportjain is. Kaltsatou [118] és Jeong [119] vizsgálatához hasonlóan *bizonyítottam, hogy a résztvevők fizikai funkciója mellett az étellelégedettség is nő és a depresszió szintje csökken ennek a terápiának a hatására.* A hastánc műfajával pedig olyan pozitív hatásokkal lehet számolni, mint a nőiesség érzésének erősítése, a belső spiritualitás újrafelfedezése, a test megerősítése és a stressz csökkentése. Ezt Yamey [123] és Abrão [126] vizsgálatával is alá tudom támasztani. Giovale-hoz [125] hasonlóan azt gondolom, hogy a növekedett énértékelést és magabiztosságot a hastánc terápiás jellegének is betudhatom. Öster [227] vizsgálatához hasonlóan a verbális válaszok elemzéséből kiderült, hogy a művészetterápiák biztonságos terében a nők képesek voltak kapcsolódni a testükhöz és önmagukhoz; képesek voltak elfogadni és feldolgozni negatív érzéseket, valamint erősítették énhatáraikat. A hastáncklub tagság előtti időszakot negatívan írták le. A csoportba kapcsolódás utáni időszak, és a táncot követő időszak, illetve annak következményei egyértelműen pozitív jelzőkkel lettek leírva. Érdekes ezen kívül észrevenni, hogy az élményt és a következményeit leíró szövegek gazdagak érzélem leírásban, míg a megelőző időszak érzelmeiről kevés szó esik („Az új énem szépsége és fiatalsága meghatott.”). Az étellelégedettséggel kapcsolatos hipotéziseimet igazoltnak mondhatom.

4. 1. A kutatás korlátai és erősségei

A mintavétel korlátai voltak:

- Kutatásomban korlátnak tekinthető a mintavételi eljárás, mivel a rehabilitációs csoport nagyobb része már évekkal túl van a diagnózisközlésen és az aktív terápián, ellenben a kontrollcsoport aktív kezelés alatt áll, és a diagnózisközlés utáni trauma

még nem halványult el. Így statisztikailag homogének a csoportok, de pszichés, fizikális állapotukban nem feltételezhető.

- A járóbeteg ellátásból nem tudtam bevonni a pácienseket – a visszaküldött kérdőívek százaléka nem tette volna lehetővé a vizsgálat elvégzését.
- Nem randomizált a vizsgálat, és a bevont résztvevők száma viszonylag kevés volt.
- A páciensek betegség státusza nem volt pontosan behatárolható a vizsgálat anonimitása miatt.
- Nem végezhattünk fizikális állapotfelmérést a vizsgálat anonimitása miatt.
- Nincs a klubunkhoz hasonló hosszú távú onkológiai rehabilitációs foglalkozás, amely megfelelő összehasonlítási alapot képezhetne.

A kutatás erősségei:

- A kutatásom erősségének tartom a téma jelentőségét, amivel foglalkozik.
- Felhívja a figyelmet az onkológiai rehabilitáció hiányosságaira, szükségszerűségére. Továbbá felhívja a figyelmet az olyan terápiák lehetőségére, amelyek még ismeretlenek az onkológiai rehabilitáció holisztikus szemléletében.
- A szakirodalmak áttekintésének tükrében megállapítottam, hogy a legtöbb kutatás rövidtávú beavatkozás hatását méri (a vizsgálat időtartamáig: 6-, 12 hét). Ezzel szemben a mi vizsgálati időszakunk 1 évet ölelt fel, a csoportfoglalkozások pedig közel 10 éve folyamatosan működnek.
- A rehabilitációs csoport homogenitása a kontrollcsoportéhoz képest nem egyértelmű, lehetséges, hogy a rehabilitációs csoport tagjai már a jelentkezéskor hasonlóak, hiszen mindannyian mozgásképesek, nyitottak a hastáncra, a csoportban való társas jelenlétre, stb. Ugyanakkor lehetséges az is, hogy attól függetlenül, hogy az illető milyen állapotban csatlakozik a csoporthoz, a program egységes hatást gyakorol mindenkire a fent mért területeken.
- A kutatás eredményeinek kiértékelésekor olyan új eredmények adódtak, amelyek új kutatás lehetőségeit adják számomra. Ilyen pl. a flow vagy a női identitás vizsgálata.
- Csak a rehabilitációs csoport eredményeit nézve, bizonyítottnak tekintem a módszer alkalmasságát az onkológiai rehabilitáció területén.
- A rehabilitációs csoport sajátélmény levelei egyrészt erőt és hitet adtak nekem abban, hogy életem egy fontos részévé váljon az onkológiai rehabilitáció, másrészt igazolták a téma gyakorlati relevanciáját és a feltevéseimet.

5. ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Értekezésemben:

1. Összefoglaltam a hazai onkológiai terápia és rehabilitáció helyzetét.
2. Összefoglaltam a daganatos megbetegedések onkopszichológiai vonatkozásait.
3. Megállapítottam az onkológiai rehabilitáció szükségességét.
4. Feltártam azokat a terápiás módszereket, amelyek az onkológiai rehabilitáció területén eredményesen alkalmazhatóak.
5. Leírtam a hastánc fizikális és pszichés hatásait.
6. Bizonyítottam, hogy az általam kidolgozott módszer pozitívan befolyásolja a páciensek testi és lelki életminőségét.
7. Bizonyítottam, hogy ez a rehabilitációs módszer a társas támogatás dimenziójában is alkalmasnak bizonyult, mind társas élmény; érzelmi- és praktikus támogatás; valamint példakép tekintetében.
8. Bizonyítottam, hogy a módszer által összességében elégedettebbek az életükkel a páciensek.
9. Kidolgoztam az orientális táncot, mint holisztikus szemléletű onkológiai rehabilitációs programot.
10. A kutatás eredményeinek kiértékelésekor olyan új eredmények adódtak, amelyek egy új kutatás lehetőségeit adják számomra.

6. KONKLÚZIÓ

A nemzetközi és hazai statisztikai adatokat megvizsgálva, a rosszindulatú daganatos megbetegedések és azok miatti halálozások aránya igen magas. A daganatos megbetegedés miatt rokkantosított betegek száma – a szigorú szabályozás ellenére is – évről évre nő. Sok esetben a hosszú távú rehabilitációs programok preventívek lehetnének a rokkantság kialakulásában. A betegek számára hozzáférhető rehabilitációs lehetőségek korlátozottak, és csak „célirányosak”, nem holisztikus szemléletűek. A hosszú távú rehabilitációs módszerek kutatásával a tudományos világnak aktívan foglalkoznia kell, mivel ez a daganatos megbetegedések prevenciója és kezelése mellett a népesség nagy részét érintő kérdéskör.

A daganatos megbetegedés diagnózisa, a kezelések hatásai/mellékhatásai kihatnak a páciens által megélt életminőségre. A betegség a társas élet radikális megváltozását vonja maga után – általában a megélt támogatás hiánya és az izoláció irányába. A társak eltávolodása vagy hiánya pedig tovább fokozza a kedvezőtlen és súlyos lelki tüneteket.

Kreatív rehabilitációs programok bizonyítottan pozitív hatással lehetnek a kezelték lelki jóllétére, növelhetik az életminőséget, csökkenthetik a depressziót és szorongást, segíthetik a megküzdést. A mozgás- és táncterápiák, valamint a hastánc gyakorlása egyaránt a fizikai jóllét és kapacitás javítása mellett a lelki jóllétet is növelheti, nem csak a negatív tünetek csökkentésén keresztül, hanem az énkép, a nőiség megerősítésén keresztül is.

A Százszorszép Hastánc Klub célja, hogy a daganatos megbetegedésben szenvedő nők testi- és lelki rehabilitációját végezze, valamint társas támaszt nyújtson a tagok részére. A klub nevének szuggesztív ereje lehet. A nőiesség, a szépség megfelelőjeként alkalmazott „százszorszép” jelző, egyben erősíti a foglalkozás jellegét, amelynek a gyógyításban fontos szerepe van. A valódi élettől való eltávolodás ötvöződik benne egy nagyon pozitív archetipikus szerep megélésének lehetőségével, amely az amúgy elhanyagolt női szerepet hívja elő és erősíti meg a csoporttagokban.

A klubfoglalkozások alkalmával a művészetterápia több dimenziója megvalósul, így a zeneterápia, a mozgásterápia, táncterápia, és nem utolsósorban a hastánc. A fizikai mozgás és művészeti tevékenység kombinálása társas támogatással nem csak az

egészséggel kapcsolatos jóllét és a megélt szociális támogatás javításához járulhat hozzá, hanem az általános étellel való elégedettséget is szignifikánsan növelheti.

A kezdeti hipotéziseimet a páciensek beszámolóin túl a kutatásom eredményei által látom bizonyítani. Eredményeink egyértelműen abba az irányba mutatnak, hogy a hastáncot alkalmazó onkológiai csoportnál fokozatosan javul az általános életminőség, nő a társak által nyújtott társas támogatottság és ezek által/mellett nő az étellel való elégedettség. Bizonyítottnak látszik, hogy az általam kidolgozott rehabilitációs módszer hatékony rehabilitációs módszerként szolgálhat a daganatos megbetegedésben szenvedő nőbetegek számára (35. melléklet, CD melléklet).

A klubban végzett tevékenységemet módszerként leírtam, és 2012 májusában a Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala 002026 nyilvántartási számon önkéntes műnyilvántartásba vette.

7. JAVASLAT

- Az onkológiai betegek rehabilitációs kereteinek kutatása hasznos kutatási területnek bizonyul. Érdemes lenne az onkológiai ellátás különböző területeit megvizsgálni és azokra speciális rehabilitációs programokat, protokollokat kidolgozni.
- Magyarországon ki kellene építeni egy olyan rehabilitációs szakmai hálózatot, amely a betegek rehabilitációs lehetőségeit megkönnyítené, és szakmai felügyelettel biztonságossá tenné.
- Hosszú távú rehabilitációs programokat kell szervezni szakemberek bevonásával.
- A rehabilitációt szakmailag úgy kell kialakítani és végezni, hogy az megbecsült és elengedhetetlen területe legyen az onkológiai betegellátásnak.
- A rehabilitációban bátran merni kell hozzányúlni az olyan terápiákhoz, amelyek bizonyítottan hatékonyak, de nem jellemző még az onkológiai ellátásban.
- Meg kell szervezni az onkológiai rehabilitációban dolgozó szakemberek továbbképzését.
- Illúzióknak tűnik még, de minden onkológiai osztályon szükséges lenne rehabilitációs szakember foglalkoztatása. A diplomával rendelkező szakdolgozók erre a feladatra képezhetők, és önálló kompetenciájú feladatként végezhetnék.
- Végül, de nem utolsó sorban, azok a szakemberek, akik a betegek rehabilitációjában részt vesznek, legyenek tisztában a betegek testi és lelki paramétereivel, és elsősorban önmagukkal, a lehetőségeikkel és korlátaikkal.

8. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

- ☼ Köszönetet szeretnék mondani mindenekelőtt **a vizsgálatomban részt vett személyeknek**, akik életük legnehezebb időszakában időt áldoztak rám és kitöltötték kérdőíveimet, valamint köszönöm azt a rengeteg élményt és tudást, amik a dolgozaton túl is továbbkísérnek az életemben.
- ☼ Postmortem köszönöm **Prof. Dr. Kriszbacher Ildikónak**, hogy élete utolsó nehéz perceiben is támogatott engem barátilag és szakmailag. Életével és halálával megmutatta nekem az „utamat” életem céljai felé.
- ☼ Köszönöm **Prof. Dr. Bódis Józsefnek** hogy elvállalta a témavezetésemet és támogatott szakmailag, lelkileg és biztatott az Ildikó halála után, hogy ne adjam fel.
- ☼ Köszönöm az **Országos Onkológiai Intézet Vezetésének** – elsősorban **Prof. Dr. Kásler Miklósnak** – hogy hittek bennem és lehetővé tették számomra a PhD képzésben való részvételt.
- ☼ Köszönöm a **Pécsi Tudományegyetem Munkatársainak: Sulyok Endre Professor Úrnak, Csere Tibor Professor Úrnak, Szabó Petrának** és kiemelten **Prémusz Viktóriának** segítő és áldozatos munkájukat, szakmai támogatásukat, emberi hozzáállásukat. Nélkülük nem sikerült volna!
- ☼ Köszönöm **Szirmai Annának**, hogy átláthatóvá tette a statisztika bonyolult rendszerét számomra, és a tartomelemzést megismertette velem.
- ☼ Köszönöm **Sárfalvi Évának**, hogy megtanította a tánc lelkét a mozdulatokon kívül.
- ☼ Köszönöm **Munkatársaimnak** – ápolóknak és orvosoknak – a türelmüket, a sok biztatást, és a támogatást.
- ☼ Köszönöm **Barátaimnak**, hogy hittek bennem és szeretetükkel támogattak.
- ☼ Köszönöm **Családomnak**, hogy türelemmel voltak irántam, szemet hunytak a nehéz napjaim-, hónapjaim felett. Külön köszönöm a férjemnek, **Szalai Tamásnak!**
- ☼ Köszönöm a **„Királylányaimnak”**, akik nem csak a klubom, hanem a második családom tagjai, akik pár táncmozdulatért cserében megtanítottak engem az ÉLETRE.
- ☼ Köszönöm **Istennek**, hogy utat mutatott az életemben és támogatja azt!

9. IRODALOMJEGYZÉK

1. Dégi L. Csaba (2008): Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest
2. World Health Organization (1993): Global Burden of Disease and Injury Series. I. 3: 116-200
3. Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., Forman, D., (2011): Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians, 61; 2: 69-90
4. Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna, Kásler Miklós (2008): A társadalmi-gazdasági helyzet és a jelentősebb rosszindulatú daganatok incidenciájának összefüggései Magyarországon, 2003-2008. Népegészségügy, 88; 4: 320-330
5. Kiss István, Ember István (1997): Részletes daganat epidemiológia. In: Ádány Róza, Kásler Miklós, Ember István, Kopper László, Thurzó László (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina, III10-III18
6. Farkas Ilona (2006): A daganatos halálozás háttere Magyarországon. In: Horti József, Riskó Ágnes (szerk.): Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 31-35
7. Eckhardt S. (1999): A rákhalálozás Magyarországon az irodalmi adatok tükrében. Demográfia, 42: 76-87
8. Ottó Sz., Kásler M. (2002): Rákmortalitás és incidencia hazánkban az európai adatok tükrében. Magyar Onkológia, 46; 2: 111-117
9. Józán, P. (2002): A halandóság alapirányzata a 20. században és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány, 4; 419-439
10. Ottó, Sz., Kásler, M. (2005): A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása. A népegészségügyi programok jellegzetességei és várható eredményei. Magyar Onkológia, 49; 99-107
11. Ádány Róza, Boján Ferenc, Kertai Pál, D. Tóth Ferenc (1997): A daganatos betegségek etiológiája. In: Ádány Róza, Kásler Miklós, Ember István, Kopper László, Thurzó László (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina, II2-II54

12. Berencsi György, Minárovits János, Gundy Sarolta, Oláh Edit (2011): A rosszindulatú daganatok etiológiája. In: Kásler Miklós (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina, 21-61
13. Kopp Mária (2010): A nők és férfiak idő előtti halálzásának különbségei a mai magyar társadalomban: a pszichoszociális háttértényezők jelentősége. Egészség-Akadémia, 1; 3: 171-180
14. Grissom, J.J., Weiner, B.J., Weiner, E. (1975): Psychological correlates of cancer. J. Cons. Clin. Psychol., 43: 113
15. Garssen, B. (2004): Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. Clinical Psychology Review, 24: 315-338
16. Bleiker, E.M.A., Ploeg, H.M.V.D. (1999): Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: Review of a popular link. Patient Education and Counseling, 37: 201-214
17. DeBoer, M.F., Ryckman, R.M., Pruyne, J.F.A., VandenBorne, H.W. (1999): Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: A literature review. Patient Education and Counseling, 37: 215-230
18. Demollet, J. (1999): Personality and cancer. Current Opinion in Psychiatry, 12: 743-748
19. McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B., Rounds, J. (1999): Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. Health Psychology, 18: 520-531
20. Petticrew, M., Fraser, J.M., Regan, M.F. (1999): Adverse life-events and risk of breast cancer: A meta-analysis. British Journal of Health Psychology, 4: 1-17
21. Kopp, M.S., Réthelyi, J. (2004): Where Psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality- the Central-EE health paradox. Brain Research Bulletin, 62: 351-367
22. Gidron, Y., Russ, K., Tissarchondou, H., Warner, J. (2006): The relation between psychological factors and DNA-damage: A critical review. Biological Psychology, 72: 291-304
23. Irie, M., Miyata, M., Kasai, H. (2005): Depression and possible cancer risk due to oxidative DNA damage. Journal of Psychiatric Research, 39: 553-560
24. Levy, S.M., Herberman, R.B., Lippman, M., D'Amelio, T., Lee, J. (1991): Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. Behavioral Medicine, 17: 67-75

25. Túry Ferenc, Hajnal Ágnes, Kopp Mária, Berghammer Rita, Szendi Gábor, Fóris Nóra (2009): A pszichoterápia alapjai. In: Kopp Mária, Berghammer Rita (szerk.): Orvosi pszichológia. Medicina 451-486
26. Andersen, B., Simonelli, L. (2007): Cancer general. In: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., and West, R. (eds.): Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge University Press, Cambridge, New York. 577-581
27. Csabai Márta, Molnár Péter (2009): Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina, 13-175
28. Nakaya, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., et al. (2003): Personality and the Risk of Cancer. Journal of the National Cancer Institute, 95; 11: 799-805
29. Vollrath, M., Torgersen, S. (2002): Who takes health risk? A probe into eight personality types. Pers Individ Dif, 32: 1185-1197
30. Janice, K., Kiecolt-Glaser, R. (2002): Depression and immune function Central pathways to morbidity and mortality. Journal of Psychosomatic Research 53: 873-876
31. Kásler Miklós (2001): Az onkoterápia irányelvei, B+V (medical&technical) Lap- és Könyvkiadó Kft., 11-12
32. Kásler Miklós (1996): Onkoterápiás protokoll, Springer Hungarica Kiadó, 17-19
33. Bálint M. (1990): Az orvos, a betege és a betegség. Animula
34. Riskó Ágnes (1999): A test, a lélek és a daganat. Animula
35. Dégi, L.Cs., Balog, P. (2009): A daganatos diagnózis közlésének orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 10; 1: 1-19
36. Mayer, M. (2010): Lessons learned from the metastatic breast cancer community. Seminars In Oncology Nursing, 26; 3: 195-202
37. Pilling, J. (2003): A gyász lélektana. In: Pilling, J. (szerk.): Gyász. Medicina, 27-52
38. Riskó Ágnes (2006): A daganatos betegség különböző fázisaiban az alkalmazkodás pszichoszociális jellemzői. In: Horti, J., Riskó, Á. (szerk.): Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina, 85-92
39. Rohánszky Magdolna, Lázár Imre (2009): Pszichoonkológia. In: Kopp Mária, Berghammer Rita (2009): Orvosi pszichológia. Medicina, 363

40. Courneya, K.S., Mackey, J.R., Bell, G.J., Jones, L.W., Field, C.J., Fairey, A.S. (2003): Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 21: 1660-1668
41. Bodoky György, Ésik Olga, Kásler Miklós, Szakolczai István, Thurzó László (1997): Onkológiai terápia. In: Ádány Róza, Kásler Miklós, Ember István, Kopper László, Thurzó László: *Az onkológia alapjai*. Medicina, V4-V8
42. Chabner, B.A. (2009): A malignus daganatok kezelésének alapelvei. In: Beers, M.H., Porter, R.S., Jones, T.V., Kaplan, J.L., Berkwits, M.: *MSD Orvosi Kézikönyv*. Melania, 1158-1168
43. Kásler Miklós, Köves István (2011): Sebészi onkológia. In: Kásler Miklós (szerk): *Az onkológia alapjai*, Medicina, 113-121
44. Ésik Olga (1997): A daganatok sugárterápiája. In: Ádány Róza, Kásler Miklós, Ember István, Kopper László, Thurzó László: *Az onkológia alapjai*. Medicina, V12-V26
45. Polgár Csaba, Major Tibor, Sáfrány Géza (2011): Sugárterápia. In: Kásler Miklós (szerk): *Az onkológia alapjai*. Medicina, 123-147
46. Láng István, Bodrogi István, Kahán Zsuzsanna, Horváth Zsolt (2011): Szisztémás onkoterápia. In: Kásler Miklós (szerk): *Az onkológia alapjai*. Medicina, 149-176
47. Szollár Lajos (1993): *Kórélettan*. Semmelweis Kiadó, 82-83
48. Cho, J., Choi, E.K., Kim, I.R., Im, Y.H., Park, Y.H., et al. (2014): Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Ann Oncol* 25; 2: 346-351
49. McIntosh, J. (1974): Process of communication, information seeking and control associated with cancer: A selective review of the literature. *Social Science and Medicine*, 8: 167-187
50. Janoff-Bulman, R., Timko, C. (1985): Attributions, Vulnerability and Psychological Adjustment: The case of breast cancer. *Health Psychology* 4; 6: 521-544
51. Parkes, C.M. (1971): Psycho-social transitions: A field for study. *Social Science and Medicine*, 5: 101-115
52. Yalom, I.D. (2003): *Egzisztenciális pszichoterápia*. Animula, 130-365
53. Docherty, A. (2004): Experience, functions and benefits of a cancer support group. *Patient Education and Counselling*, 55: 87-93

54. Kernan, W.D., Lepore, S.J. (2009): Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalance, patterns, and negative affect. *Social Science and Medicine* 68: 1176-1182
55. Herzlich, C. (1973): *Health and illness: a social psychological analysis*. Academic Press, London
56. Taylor, S.E., Lichtman, R.R., Wood, J.V. (1984): Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 489-502
57. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. (1996): *Pszichológia*, Osiris, 441-442
58. Anna Freud (1994): *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Animula.
59. Kullmann Lajos (2000): Az orvosi rehabilitáció sajátosságai. In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L.: *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina, 13-15
60. Kullmann Lajos (2005): Kutatómunka a rehabilitációban: problémák és lehetőségek. *Rehabilitáció*, 15; 3: 18-21
61. Dank Magdolna (2000): Szomatopszichés rehabilitáció daganatos betegeknél. In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L.: *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina, 216-217
62. Krok, J., Baker, T., McMillan, S. (2013): Sexual activity and body image: examining gender variability and the influence of psychological distress in cancer patients. *J Gend Stud* 1; 22; 4: 409-422
63. Zebrack, B.J., Zeltzer, L.K., Whitton, J., Mertens, A.C., Odom, L., Berkow, R., Robinson, L.L. (2002): Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics*, 110; 1: 42-52
64. Riskó Ágnes (2000): A daganatos betegek pszichoszociális rehabilitációja. In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L.: *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina, 248-253
65. Cordeiro, P.G. (2008): Breast reconstruction after surgery for breast cancer. *N Engl J Med*, 359: 1590-1601
66. Kásler M., Polgár Cs., Fodor J. (2009): A korai emlőrák kezelésének aktuális helyzete. *Orvosi Hetilap*, 150: 1013-1021
67. Rowland, J. H., Kent, E. E., Forsythe, L. P., Loge, J. H., Hjorth, L., Glaser, A., Mattioli, V., et. al. (2013): Cancer survivorship research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other?. *Cancer*, 119; S11: 2094-2108.

68. Lázár Gy. (2009): Az emlőrák sebészi kezelése. *Orvosi Hetilap*, 150: 2291-2296
69. Veronesi U., Cascinelli N., Mariani L., et al. (2002): Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*, 347: 1227-1232
70. Molenaar, S., Oort F., Sprangers M. (2004): Predictors of patients' choices for breast-conserving therapy or mastectomy: a prospective study. *Br J Cancer*, 90: 2123-2130
71. Temple, W.J., Russell, M.L., Parsons, L.L. et al. (2006): Conservation surgery for breast cancer as the preferred choice: a prospective analysis. *J Clin Oncol*, 24: 3367-3373
72. Parker, P.A., Youssef, A., Walker, S., et al. (2007): Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol*, 14: 3078-3089
73. Collins, K., Liu, Y., Schootman, M., et al. (2011): Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 126; 1: 167
74. Elder, E.E., Brandberg, Y., Björklund, T., et al. (2005): Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patient after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast*, 14: 201-208
75. Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., Brenner, H. (2008): Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *Journal of Cancer Research & Clinical Oncology*, 134; 12: 1311
76. Unukovych, D., Johansson, H., Johansson, E., Arver, B., Liljegren, A., Brandberg, Y. (2014): Physical therapy after prophylactic mastectomy with breast reconstruction: A prospective randomized study. *Breast*, 2014 Feb 10. pii: S0960-9776(14)00011-3. doi: 10.1016/j.breast.2014.01.010. [Epub ahead of print]
77. McCarthy, C.M., Pusic, A.L., Sclafani, L. (2008): Breast cancer recurrence following prosthetic, postmastectomy reconstruction: incidence, detection, and treatment. *Plast Reconstr Surg*, 121: 381-388
78. Mátrai Zoltán, Gulyás Gusztáv, Tóth László, Polgár Csaba, Bidlek Mária, Szabó Éva, Láng István, Horváth Zsolt, Udvarhelyi Nóra, Kunos Csaba, Sávolt Ákos, Pesthy Pál, Kásler Miklós (2011): A modern emlősebészet onkoplasztikai kihívásai. *Magyar Onkológia*, 55: 40-52

79. Robinson, L.L., Mertens, A.C., Boice, J.D., et al. (2002): Study design and cohort characteristics of the childhood cancer survivor study: A multiinstitutional collaborative project. *Medical and Pediatric Oncology*, 38; 4: 229-239
80. Rietman, J.S., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H.B., et al. (2003): Short-term morbidity of the upper limb after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection for stage I or II breast carcinoma. *American Cancer Society*, 98; 4: 690-696
81. Cheema, B.S.B., Gaul, C.A. (2006): Full-body exercise training improves fitness and quality of life in survivors of breast cancer. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 20; 1: 14-21
82. Boehm, K., Cramer, H., Staroszynski, T., Ostermann, T. (2014): Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014;2014:103297. doi: 10.1155/2014/103297. Epub 2014 Feb 26. Review.
83. Németh László (1991): (Képző)művészet-terápia. In: Juhász Sándor: Nonverbális Pszichoterápiák. Animula könyvek, Magyar Pszichiátriai társaság, Budapest 207-227
84. Dietrich Beyersdorff (1999): A rák komplex kezelése. *Medicina*, 1999, 113.
85. Szőnyi Gábor (2005): Csoportok és csoportozók – A lélektani munkára építő csoportok vezetése. *Medicina*, 419-421
86. Archer, S., Buxton, S., Sheffield, D. (2014): The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psychooncology*. 2014 Jun 21. doi: 10.1002/pon.3607. [Epub ahead of print]
87. Case, C., Dalley, T. (1997): *The Handbook of Art Therapy*.
88. Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., Brainard, G. C. (2006): A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15; 5: 363-373
89. Svensk, A.C., Öster, I., Thyme, K.E., et al. (2009): Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*, 18; 1: 69-77
90. Bar-Sela, G., Atid, L., Danos, S., Gabay, N., Pelbaum, R.E. (2007): Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 16: 980-984.

91. Carlson, L.E., Bultz, B.D. (2008): Mind-body interventions in oncology. *Current Treatment Options in Oncology*, 9; 2-3: 127-134
92. Gellaitry, G., Peters, K., Bloomfield, D., Horne, R. (2010): Narrowing the gap: the effects of an expressive writing intervention on perceptions of actual and ideal emotional support in women who have completed treatment for early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*. 19; 1: 77-84
93. Puig, A., Lee, S.M., Goodwin, L., Sherrard, P.A.D. (2006): The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, 33: 218-228
94. Rainbow, T. (2005): Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*, 32: 337-345
95. Abercrombie, H.C., Giese-Davis, J., Stephoton, S., et al. (2004): Flattened cortisol rhythms in metastatic breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology*, 29; 8: 1082-1092
96. Dibbell-Hope, S. (2000): The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27; 1: 51-68
97. Myskja, A., Lindbaek, M. (2000): Examples of the use of music in clinical medicine. *Tidsskrift for den Norske laegeforening*, 120; 10: 1186-1190
98. Hanser, S.B., Bauer-Wu, S., Kubicek, L., et al. (2006): Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in womwn with metastattic breast cancer. *J Soc Integr Oncol*, 4; 3: 116-124
99. Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L., Brusaferrro, S. (2009): Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holist Nurs Pract*, 23; 4: 238-242
100. Bozcuk, H., Artac, M., et al. (2006): Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Med Sci Monit*, 12; 5: 200-205
101. Merényi Márta (1991): Mozgásművészet pszichoterápia. In: Juhász Sándor: *Nonverbális Pszichoterápiák*. Animula könyvek, Magyar Pszichiátriai társaság, Budapest, 72-73
102. Cornides Ágnes (2005): Ami rajtunk múlik – Hogyan csökkentjük a rák kialakulásának kockázatát? *SpringMed Kiadó*, 48-52

103. Sternfeld, B., Weltzien, E., Quesenberry, C.P.Jr., et al. (2009): Physical activity and risk of recurrence and mortality in breast cancer survivors: findings from the LACE study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18; 1: 87-95
104. De Backer, I.C., Schep, G., et al. (2009): Resistance training in cancer survivors: A systematic review. *International Journal of Sports Medicine*, 30; 10: 703-712
105. Herrero, F., San Juan, A.F., et al. (2006): Combined aerobic and resistance training in breast cancer survivors: A randomized, controlled pilot trial. *Int J Sports Med*, 27; 7: 573-580
106. Payne, J.K., Held, J., et al. (2008): Effect of exercise on biomarkers, fatigue, sleeps disturbances, and depressive symptoms in older womwn with breast cancer receving hormonal therapy. *Oncol Nurs Forum*, 35; 4: 635-642
107. Schneider, C.M., Hsieh, C.C., et al. (2007): Effects of supervised exercise training on cardiopulmonary function and fatigue in breast cancer survivors during and after treatment. *Cancer*, 110; 4: 918-925
108. Basen-Engquist, K., Taylor, C.L., et al. (2006): Randomized pilot test of a lifestyle physical activity intervention for breast cancer survivors. *Patient Educ Couns*, 64; 1-3: 225-234
109. Fialka-Moser, V., Crevenna, R., Korpan, M., Quittan, M. (2003): Cancer Rehabilitation. Particularly with aspects on psychical impairments. *J Rehabil Med*, 35: 153-162
110. May, A.M., Korstjens, I., et al. (2009): Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: results from a randomized trial. *Support Care Cancer*, 17; 6: 653-663
111. Sandel, S.L., Judge, J.O., Landry, N., et al. (2005): Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measures in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nurs*, 28; 4: 301-309
112. Oldervoll, L.M., Kaasa, S., Hjermstad, M.J., et al. (2004): Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients? *European Journal of Cancer*, 40; 7: 951-12
113. Chen, X., Zheng, Y., Zheng, W., et al. (2009): The effect of regular exercise on quality of life among breast cancer survivors. *Am J Epidemiol*, 170; 7: 854-862

114. Andersen, A.H., Vinther, A., Poulsen, L.L., Mellemegaard, A. (2011): Do patients with lung cancer benefit from physical exercise? *Acta Oncologica*, 50; 2: 307-313
115. Levy, F.J. (1988): *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. Reston, VA: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance
116. Baal, G. (2002): Színházterápia drogokkal: az anyagostól a kőszínházig. *Addictologia Hungarica*, 1: 115-124
117. Hellmuth Benesch (1999): *Atlasz, Pszichológia*. Athenaeum Kiadó, 229
118. Kaltsatou, A., Mameletzi, D., Douka, S., (2011): Physical and psychological benefits of a 24-week traditional dance program in breast cancer survivors. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15; 2: 162-167
119. Jeong, Y.J., Hong, S.C., Lee, M.S., et al. (2005): Dance movement therapy improves emotional responses and modulate neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, 115: 1711-1720
120. Serlin, I.A., Classen, C., Frances, B., Angell, K. (2000): Symposium: Support groups for women with breast cancer: Traditional and alternative expressive approaches. *The Arts in Psychotherapy*, 27; 2: 123-138
121. Bojner-Horwitz, E., Theorell, T., Anderberg, M.U. (2003): Dance/movement therapy and changes in stressrelated hormones: A study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *The Arts in Psychotherapy*, 30; 5: 255-264
122. Tazz Richards (2003): *Hastánc – A legősibb tánc újralfedezése*. Józsefvárosi Műhely Kiadó, 10-30
123. Yamey, G. (2002): Website of the week: Breast cancer and stress. *British Medical Journal (International edition)*, 324; 7351: 1562
124. Downey, D.J., Reel, J.J., SooHoo, S. (2010): Body image in belly dance: integrating alternative norms into collective identity. *Journal of Gender Studies* 19; 4: 377-393
125. Giovale, H. (2006): *Undergraduate women, belly dance, and body image: personal narrative and qualitative analysis*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Liberal Studies. Northern Arizona University, December
126. Abrão, A.C., Pedrão, L.J. (2005): The contribution of belly dance to body education, physical and mental health of women who go the gym or dance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13; 2: 243-248

127. McAgnon M. (2003): Belly Dancing. *Prevention*, 55; 11: 88
128. Austin, S. (1995): Belly dance - a therapist's perspective. *European Eating Disorders Review*, 3; 1: 61-65
129. Rektorovics Kitti (2007): Emlőrakkal élni - Az orientális tánc, mint rehabilitációs lehetőség. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Fizioerápiái Tanszék. Budapest
130. Tarsoly Emil (1997): Funkcionális anatómia. *Medicina*
131. Ormai Sándor (1996): Élettan-kórélettan. *Semmelweis Kiadó*
132. Balogh Ildikó (1999): Mozgás ABC, 3. Izom struktúra és funkció kapcsolata, Tillinger Péter műhelye, Szentendre
133. Köves István (2003): Hétköznapi ismeretek az emlőről és betegségeiről. *Kossuth Kiadó*
134. Bálint, G., Bender, T. (1995): A fizioterápia elmélete és gyakorlata, *Springer*
135. Szalai Márta, Rektorovics Kitti Renáta, Prémusz Viktória (2014): Orientális tánc, mint rehabilitációs módszer a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben. *Nővér*, 27; 1: 26-34
136. Kahán Zsuzsanna, Kovács Zsuzsanna (2006): A daganatos betegek életminősége. In: Horti József, Riskó Ágnes: *Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina*, 309-319
137. Cella, D. (1998): Quality of Life. In *Psycho-Oncology*. Ed. Holland, J. C. 1135-1146
138. Velikova, G., Stark, D. (1999): Quality of Life instruments in oncology. *Review Eur J Canc*, 35; 11: 1571-1580
139. Doyle, C., Kushi, L.H., Byers, T., Courneya, K.S., Demark-Wahnefried, W., Grant, B., et al., (2006): Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56; 323-353
140. Hopwood, P., Haviland, J., Sumo, G., Mills, J., Bliss, J., Yarnold, J. (2010): Comparison of patient-reported breast, arm, and shoulder symptoms and body image after radiotherapy for early breast cancer: 5-year follow-up in the randomised Standardisation of Breast Radiotherapy (START) trials. *Lancet Oncology*, 11; 3: 231

141. Bárez, M., Blasco, T., Fernández, C., Viladrich, C. (2009): Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: a longitudinal study. *J Behav Med*, 32: 187-196
142. Avis, N.E., Crawford, S., Manuel, J. (2004): Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13: 295-308
143. Hack, T.F., Degner, L.F. (2004): Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13: 235-247
144. Welzel, G., Hofmann, F., Blank, E. (2010): for Breast Cancer Using Low-Kilovoltage X-rays. *Annals of Surgical Oncology*. 2, et al. Health-Related Quality of Life After Breast-Conserving Surgery and Intraoperative Radiotherapy, 17: 359
145. Montazeri, A. (2008): Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 29: 27-32
146. Ivanauskiene, R., Kregzdyte, R., Padaiga, Z. (2010): Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicina*, 46; 5: 351-359
147. Rotonda, C., Guillemin, F., Bonnetain, F., Conroy, T. (2011): Factors correlated with fatigue in breast cancer patients before, during and after adjuvant chemotherapy: The FATSEIN study. *Contemporary Clinical Trials*, 32; 2: 244-249
148. Given, C., Given, B., Rahbar, M., et al. (2004): Does a symptom management intervention affect depression among cancer patients results from a clinical trial. *Psycho-Oncology*, 13: 818-830
149. Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., et al. (2010): Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology*, 148; 2: 166-171
150. Kaufman, B., Wu, Y., Amonkar, M.M., et al. (2010): Impact of lapatinib monotherapy on QOL and pain symptoms in patients with HER2+ relapsed or refractory inflammatory breast cancer. *Current Medical Research And Opinion*, 26; 5: 1065-1073
151. Johnson, N.J., Backlund, E., Sorlie, P.D., Loveless C.A. (2000): Marital status and mortality: the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol*, 10: 224-238

152. Kopp, M., Skrabski, Á. (2006): A támogató család, mint a pozitív életminőség alapja. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. 220-232
153. Balog Piroska (2008): A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó
154. Badr, H., Laurenceau, J.-P., Schart, L., Basen-Engquist, K., Turk, D. (2010): The daily impact of pain from metastatic breast cancer on spousal relationships: A dyadic electronic diary study. *Pain*, 151; 3: 644-654
155. Kwan, M., Ergas, I., Somkin, C., et al. (2010): Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 123; 2: 507
156. Jacobsen, R., Møldrup, C., Christrup, L., Sjøgren, P., Hansen, O.B. (2010): Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes in patients with cancer R. Jacobsen et al. Psychological and behavioural predictors of pain management outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24; 4: 781-790
157. Mellon, S., Kershaw, T.S., Nothause, L.L., Freeman-Gibb, L. (2007): A family based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 16:
158. Mullens, A.M., Mccaul, K.D., Ericson, S.C., Sandgren, A.K. (2004): Coping after cancer: Risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13: 367-376
159. Liu, Y., Pérez, M., Schootman, M., et al. (2010): A longitudinal study of factors associated with perceived risk of recurrence in women with ductal carcinoma in situ and early-stage invasive breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 124; 3: 835
160. Jiwa, M., Halkett, G., Deas, K., et al. (2010): How do specialist breast nurses help breast cancer patients at follow-up? *Collegian (Royal College Of Nursing, Australia)*, 17; 3: 143-149
161. Ashida, S.P., Palmquist, A.P., Basen-Engquist, K.P.M.P.H., Singletary, S.M., Koehly, L.P. (2009): Changes in Female Support Network Systems and Adaptation After Breast Cancer Diagnosis: Differences Between Older and Younger Patients. *The Gerontologist*, 49; 4: 549

162. Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., et al. (2009): The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*, 18; 6: 647-656
163. Henderson, K.W., Donatelle, R.J. (2003): The relationship between cancer locus of control and complementary and alternative medicine use by women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology* 12: 59-67
164. Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K., Goodey, E. (2003): Mindfulness-Based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine* 65: 571-581
165. Fallbjörk, U., Karlsson, S., Salander, P., Rasmussen, B.H. (2010): Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncologica*, 49; 2: 174-179
166. Christie, K.M., Meyerowitz, B.E., Maly, R.C. (2010): Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income Hispanic and non-Hispanic White women. *Psycho-Oncology*, 19; 10: 1069-1077
167. Zimmermann, T., Scott, J.L., Heinrichs, N. (2010): Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19; 10: 1061-1068
168. Sacerdoti, R.C., Laganà, L., Koopman, C. (2010): Altered Sexuality and Body Image After Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychology: Research & Practice*, 41; 6: 533-540
169. Andersen, B.L., Carpenter, K.M., Yang, H.C., Shapiro, C.L. (2007): Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *J Clin Oncol*, 25; 21: 3151-3157
170. Charavel, M. et al. (1997): Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. *Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol* 74: 31-35
171. Kovácsné Török Zsuzsa (2006): Szexuális zavarok. In: Horti József, Riskó Ágnes: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. *Medicina*, 224-229
172. Beckjord, E., Campas, B.E. (2007): Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J. Psychosocial Oncology* 25; 2: 19-36
173. Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.I., Bloom, J.R.B. (2006): Body image and sexual problems on young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15:

174. Emilee, G., Ussher, J.M., Perz, J. (2010): Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, 66; 4: 397-407
175. Cassel, J. (1976): The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104: 107-123
176. Kaplan, B. H., Cassel, J. C. and Gore, S. (1977): Social support and health. *Medical Care*, 15: 47-58
177. Dean, A., Lin, N. (1977): The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165: 403-415
178. Kopp Mária (2009): Egészséglélektan. In: Kopp Mária, Berghammer Rita: *Orvosi pszichológia, Medicina*, 264-267
179. Oláh Attila, Bugán Antal (2001): Fejezetek a pszichológia alapterületeiből, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 454-455
180. Pikó B. (1997): Coping – társas kapcsolatok – társas coping. *Pszichológia*, 17; 4: 391-399
181. Lázár Imre (2009): Pszichoneuroimmunológia. In: Kopp Mária, Berghammer Rita: *Orvosi pszichológia, Medicina*, 307-308
182. Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (2002): Depression and immune function Central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research* 53: 873
183. Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T. F., Glaser, R. (2002): Emotions, morbidity and mortality new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology* 53: 83-107
184. Lynch, J. J. (1977): *The broken heart: the medical consequences of loneliness.* Basic Books, New York
185. Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó
186. Den Oudsten, B.L., Van Heck, G.L., Van der Steeg, A.F.W., Roukema, J.A., De Vries, J. (2010): Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 18; 4: 499-508
187. Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., Dorval, M. (2000): Partner abandonment of women with breast cancer. Myth or reality? *Cancer Pract*, 8; 4: 154

188. Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., et al. (2010): Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27; 1: 108-113
189. Talley, A., Molix, L., Schlegel, R.J., Bettencourt, A. (2010): The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychology & Health*, 25; 4: 433-449
190. Grande, G.E., Myers, L.B., Sutton, S.R. (2006): How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not. *Psycho-Oncology*, 15:
191. Coughlin, S. (2008): *Surviving Cancer or Other Serious Illness: A Review of Individual and Community Resources*. *CA Cancer J Clin*, 58: 60–64
192. Cohen, S., Wills, T.A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98: 310-357
193. Brumet, B.H., Mark, D.B., Siegler, I.C., et al. (2005): Perceived social supports as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behaviour, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67; 1: 40-45
194. Falagas, M.E., Zarkadoulia, E.A., Ioannidou, E.N., et al. (2007): The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Res*, 9; 4: 44
195. Snyder, K.A., Pearse, W. (2010): Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 28; 4: 413-431
196. Szirmai Anna, Szalai Márta, Bódis József (2013): Egy onkológiai rehabilitációs hastáncsoport társas támogató hatásának kvalitatív elemzése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 51; 2: 39-46
197. Kinnier, R.T., Kernes, J.L., Tribbensee, N.E., VanPuymbroeck, C.M. (2003): What eminent people have said about the meaning of life. *Journal of Humanistic Psychology*, 43: 105-118
198. Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2003): In the wake of 9/11: The psychology of terror. *American Journal of Psychiatry*, 160; 5: 1019
199. Frankl, V.E. (1996): Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6; 2: 97-106
200. Bernáth Linda (2009): Trauma, növekedés és az élet értelmességében való hit. – Szakdolgozat. ELTE, Pedagógiai és pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet

201. Jaarsma, T.A., Pool, G., Panchor, A.V., Sanderman, R. (2007): The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer. *Psycho-Oncology*, 16: 241-248
202. Badle, G.F., Yates, P.M., Najman, I.M., Clavarino, A., Thomson, D., Williams, G., Kenny, L., Roberts, S. (2004): Illusions in advanced cancer: The effect of belief systems and attitudes on quality of life. *Psycho-Oncology*, 13: 23-36
203. Salzer, M.S., Palmer, S.C., Kaplan, K., et al. (2010): A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19; 4: 441-446
204. Antal László (1976): A tartalomelemzés alapjai. Magvető Kiadó
205. Szirmai Anna Linda (2009): Mozgás és módosult tudatállapot – A tánc transzkiváltó hatásának vizsgálata. Szakdolgozat, ELTE-PPK Pszichológia Szak
206. Aaronson, N.K., et al. (1996): The European Organization for Research and Treatment of Cancer /EORTC/. Modular approach to QLQ Assessment in Oncology: An Update. In: Spilker Bert: Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.
207. Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., et al. (2007): Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer* 43; 12: 1810-1820
208. Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K., Bottomley, A. (2002): EORTC Quality of Life Study Group translation procedure (2nd ed.) EORTC Quality of Life Group, Brussels
209. Sommer, G., Fydrich, T. (1989): Soziale Unterstützung: diagnostik, Konzepte F-SOZU. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen
210. Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., Brähler, E. (2009): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14) Social Support Questionnaire (F-SozU): Standardization of short form (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18; 1: 43-48
211. Németh, K., Kállai, J., Tiringier, I., Mangel, L., Farkas, Sz. , Dér, A., et al. (2011): The Relationship of Coping Mechanisms and Social Support Among Hungarian Women Suffering from Malignant Breast Cancer. *New Medicine* 1: 6-9
212. Campbell, A., Converse, P.E., Rogers, W.L., (1976): The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions. New York: Russel Sage Foundation

213. Rottmann, N., Dalton, S.O., Christensen, J., Frederiksen, K., Johansen, C. (2010): Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation* 19; 6: 827-836
214. Ohsumi, Shimosuma, Morita, et al. (2009): Factors Associated with Health-related Quality-of-life in Breast Cancer Survivors: Influence of the Type of Surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39; 8: 491
215. Tonosaki, A., Ishikawa, M. (2014): Physical activity intensity and health status perception of breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* 18; 2: 132–139
216. Bradshaw, P. T., Ibrahim, J. G., Khankari, N., Cleveland, R. J., Abrahamson, P. E., Stevens, J., et. al. (2014): Post-diagnosis physical activity and survival after breast cancer diagnosis: the Long Island Breast Cancer Study. *Breast cancer research and treatment* 145; 3: 735-742
217. Chandwani, K.D., Perkins, G., Nagendra, H.R., Raghuram, N.V., Spelman, A, et al. (2014): Randomized, controlled trial of yoga in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*, 1; 32; 10: 1058-65
218. Loudon, A., Barnett, T., Piller, N., Immink, M.A., Williams, A.D. (2014): Yoga management of breast cancer-related lymphoedema: a randomised controlled pilot-trial. *BMC Complement Altern Med*, 1; 14; 1: 214
219. Mannheim, E.G., Helmes, A., Weis, J. (2013): Dance/movement therapy in oncological rehabilitation. *Forsch Komplementmed*, 20; 1: 33-41
220. Raggio, G.A., Butryn, M.L., Arigo, D., Mikorski, R., Palmer, S.C. (2014): Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*, 29; 6: 632-50
221. Thoits, P.A. (2011): Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*, 52; 2: 145-161
222. Nijs, J., Inghelbrecht, E., Daenen, L., Hachimi-Idrissi, S., Hens, L., Willems, B., Roussel, N., Cras, P., Bernheim, J. (2011): Long-term functioning following whiplash injury: the role of social support and personality traits. *Clin Rheumatol* 30; 7: 927-935
223. Thompson, J., Coleman, R., Colwell, B., Freeman, J., Greenfield, D., Holmes, K., et al. (2014): Preparing breast cancer patients for survivorship (PREP)—A pilot

- study of a patient-centred supportive group visit intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, 18; 1: 10-16
224. Hughes, S., Jaremka, L.M., Alfano, C.M., Glaser, R., Povoski, S.P. et al. (2014): Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 2014 Apr;42:38-44. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.12.016. Epub 2014 Jan 5.
225. Kroenke, C.H., Kwan, M.L., Neugut, A.I., Ergas, I.J. et al. (2013): Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat*, 139; 2: 515-27
226. Moe, A.M. (2014): Sequins, sass, and sisterhood: an exploration of older women's belly dancing. *J Women Aging*, 26; 1: 39-65
227. Öster I, Åström S, Lindh J, Magnusson E. (2009): Women with breast cancer and gendered limits and boundaries: Art therapy as a 'safe space' for enacting alternative subject positions. *Arts in Psychotherapy*, 36; 1: 29-38

10. TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK ÉS ELŐADÁSOK JEGYZÉKE

A témában megjelent tudományos közlemények- és előadások jegyzéke

Nemzetközi folyóirat közlemény

1. **Szalai M**, Lévy B, Szirmai A, Papp I, Prémusz V, Bódis J. (2014): A Clinical Study to Assess the Efficacy of Belly Dancing As a Tool for Rehabilitation in Female Patients with Malignancies. *European Journal of Oncology Nursing*, 2014 Sep 4. pii: S1462-3889(14)00105-7. doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.009. [Epub ahead of print]

Hazai folyóirat közlemények

1. **Szalai Márta**, Németh Katalin, Szirmai Anna, Kriszbacher Ildikó (2011): Hastánc, mint mozgásterápia a daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában. *Egészségügyi gazdasági szemle*, 49; 3: 30-35.
2. **Szalai Márta**, Szirmai Anna, Kriszbacher Ildikó (2012): Az onkológiai rehabilitáció segítségért kiált! – Az onkológiai rehabilitáció egy kutatás tükrében. *IME Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 11; 3: 32-37.
3. Szirmai Anna, **Szalai Márta**, Bódis József (2013): Egy onkológiai rehabilitációs hastáncsoport társas támogató hatásának kvalitatív elemzése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 51; 2: 39-46.
4. **Szalai Márta**, Rektorovics Kitti Renáta, Prémusz Viktória (2014): Orientális tánc, mint rehabilitációs módszer a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben. *Nővér*, 27; 1: 26-34.

Könyvfejezet

1. **Szalai Tamásné** (2006): Az ápolás onkopszichológiai vonatkozásai. In: Horti József, Riskó Ágnes (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2006. p.: 321.-329.

Nemzetközi előadások – poszterek

1. **M, Szalai, E.** Remenar, P. Koltai, P. Karoly, M. Kasler (2003): Differences between quality of life questionnaires filled out in the hospital ward and in the „garden of peace” of the hospital. ECCO 12 the European Cancer Conference. Copenhagen, 2003. 09.21. – 09.25. p. EJC supplements, 1; 5: S375, 1231. ISSN 1359-6349.
2. **Marta Szalai,** Anna Szirmai, Nikolett Fusch, Imte Boncz, Tamas Szalai, Ildiko Kriszbacher (2011): Dance as physiotherapy in the rehabilitation of women suffering from tumour. ISPOR 14 th Annual European Congress. Madrid, Spain, 2011. 11.05. – 11.08. p. ID: PCN 15 Poster session III.

Hazai előadások

Előadások

1. **Szalai Tamásné** (1998): Ápolási problémák megoldása, a fej-nyaki betegek csonkolásos műtéteit követően. Gyulai Onkológiai Napok. Gyula, 1998. 10.08. – 10.10.
2. **Szalai Tamásné** (2000): Ápolási problémák megoldása a fej-nyaki betegek csonkolásos műtéteit követően. Fül-orr-gégészeti Szakdolgozók I. Országos Továbbképző Konferenciája. Baja, 2000.
3. **Szalai Tamásné** (2001): A kemoterápia és a csonkolásos műtét pszichés hatása. Gyulai Onkológiai Napok. Gyula, 2001. 10.05. – 10.06.
4. **Szalai Tamásné** (2002): A fej-, nyaksebészeti műtét pszichés hatása. Magyar Onkológus Társaság Dunántúli Szekciójának Konferenciája. Veszprém, 2002. 05.23. – 05.25.
5. **Szalai Tamásné** (2003): Pszichológia az ápolásban. Fül-orr-gégészeti Szakdolgozók III. Országos Továbbképző Konferenciája. Balatonfüred, 2003. 04.24. – 04.26.
6. **Szalai Tamásné** (2003): A fej-, nyaksebészeti betegek rehabilitációja. REHA – Rehabilitációs Konferencia. Budapest, 2003. 05.10.

7. **Szalai Tamásné** (2006): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. Életmód Konferencia. Bükkföld, 2006. 11.25. – 11.26.
8. **Szalai Tamásné** (2007): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. „Kékgyöngy Napok” II. Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tihany, 2007. 04.12. – 04.14. p.: 25.
9. **Szalai Márta** (2007): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. Életmód Konferencia. Bükkföld, 2007. 11.25. – 11.26.
10. **Szalai Márta** (2008): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. Onkológiai Szakápolók Rekord Napja. Budapest, 2008. 05.16. – 05.17.
11. **Szalai Márta** (2008): Én igenis NŐ vagyok! Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció I. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Eger, 2008. 06.12. – 06.14. p.: 39.
12. Németh Katalin, Karamánné Pakai Annamária, dr. Kriszbacher Ildikó, Pálfiné dr. Szabó Ilona, Kerekes Zsuzsanna, Dér Anikó, Unger Mónika, Paksa Edina, dr. Tiringer István, **Szalai Tamásné**, dr. Kállai János (2008): Pszichés adaptáció formái nőgyógyászati tumorokban szenvedő pácienseinknél. Magyar Onkológusok Társasága Dunántúli Szekciója X. Tudományos Vándorgyűlése, Onkológus Szakdolgozók IX. Tudományos Kongresszusa. Visegrád, 2008. 08.29.- 08.31. p.: 29.
13. Németh Katalin, Karamánné Pakai Annamária, dr. Kriszbacher Ildikó, Pálfiné dr. Szabó Ilona, Kerekes Zsuzsanna, Paksa Edina, Dér Anikó, **Szalai Tamásné**, Bognár Adrienn, dr. Kállai János (2008): Betegség feldolgozás és megküzdés rosszindulatú daganatban szenvedő pácienseinknél. Magyar Klinikai Onkológiai Társaság V. Kongresszusa. Budapest, 2008. 11.06. – 11.08.
14. **Szalai Tamásné** (2008): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. Magyar Műtőszasszisztensi Társulás XVI. Kongresszusa. Hajdúszoboszló, 2008. 11.13. – 11.15. p.: 29.
15. Németh Katalin, Karamánné Pakai Annamária, dr. Kriszbacher Ildikó, Pálfiné dr. Szabó Ilona, Kerekes Zsuzsanna, Dér Anikó, Unger Mónika, Paksa Edina, dr. Tiringer István, **Szalai Tamásné**, dr. Kállai János (2008): Összeomlás vagy megküzdés. MESZK Baranya Megyei Szakdolgozók III. Kamarai Tudományos Napja. Pécs, 2008. 11.14.
16. Németh Katalin, Pakai Annamária, Dér Anikó, **Szalai Tamásné**, Kornya László, Koppán Ágnes, Gazdag Levente, Kriszbacher Ildikó (2008): Alkalmazott coping

- stratégiák malignus nőgyógyászati tumorban szenvedő pácienseknél. A Magyar Epidemiológiai Társaság IV. Nemzetközi Kongresszusa. Pécs, 2008. 11.28. – 11.29. p.: 161.
17. **Szalai Márta** (2009): Százszorszép Hastánc Klub. „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 36.
 18. Németh Katalin, **Szalai Tamásné**, Karamánné Pakai Annamária, Dér Anikó, Mátyus Anita, Gazdag Levente, Kriszbacher Ildikó (2009): Test és lélek egysége a malignus betegség-feldolgozás során. „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 37.
 19. **Szalai Márta** (2009): Miért kell beszélnünk a kemoterápia okozta hányinger és hányásról? (ANCHOR és EONS vizsgálatok bemutatása). „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 40.
 20. **Szalai Márta** (2009): Százszorszép Hastánc Klub. Gyulai Onkológiai Napok. Gyula, 2009. 10.02. – 10.04. p.: 5.
 21. Németh Katalin, **Szalai Tamásné**, Karamánné Pakai Annamária, Dér Anikó, Kornya László, Farkas Szimonetta, Kriszbacher Ildikó (2009): Malignus emlődaganatok okozta életminőség-változások a társas támogatás függvényében. Magyar Onkológusok Társasága XXVIII. Kongresszusa a Magyar Gerincgyógyászati Társaság részvételével. Budapest, 2009. 11.12. – 11.14. p.: 20.
 22. **Szalai Márta** (2009): Százszorszép Hastánc Klub. Magyar Onkológusok Társasága XXVIII. Kongresszusa a Magyar Gerincgyógyászati Társaság részvételével. Budapest, 2009. 11.12. – 11.14. p.: 32.
 23. **Szalai Márta** (2010): Százszorszép Hastánc Klub, Hastánc – Prevenció a Százszorszép Hastánc Klubbal a gyakorlatban. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció II. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Galyatető, 2010. 04.22. – 04.24. p.: 39.
 24. **Szalai Márta** (2011): A rehabilitáció jelentősége az onkológiában. „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 19.

25. **Szalai Márta** (2011): Miért kell beszélnünk a kemoterápia okozta hányingerről? „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 24.
26. Rektorovics Kitti, Pintér Zsuzsanna, **Szalai Márta** (2011): Hastánc – szakmai szemmel. „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 27.
27. Grafl Anita, **Szalai Márta** (2011): Tánccal a stressz ellen! „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 28.
28. **Szalai Márta**, Németh Katalin, Szirmai Anna, Vajda Réka, Kriszbacher Ildikó (2011): A daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában a mozgásterápia jelentősége. „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 28.-29.
29. **Szalai Márta** (2011): A daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában a mozgásterápia jelentősége. Gyulai Onkológiai Napok. Gyula, 2011. 09.29. – 10.01. p.: 7.
30. **Szalai Márta**, Németh Katalin, Szirmai Anna, Vajda Réka, Kriszbacher Ildikó (2011): A daganatos betegségben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában a mozgásterápia jelentősége. A Magyar Onkológusok Társaságának XXIX. Kongresszusa. Magyar Onkológia Szupplementum, 55; 1: 67-68.
31. **Szalai Márta** (2012): Mozgásterápia. Országos Onkológiai Intézet - Betegoktatási program. Budapest, 2012. Január 12.
32. **Szalai Márta** (2012): Az onkológiai rehabilitáció segítségért kiált! Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció III. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Bükkfürdő, 2012. június 28-30. p.: 26-27.
33. **Szalai Márta** (2012): Segíthetünk? – Onkológiai rehabilitációs lehetőségek. A Kor Kontroll Társaság és az Országos Onkológiai Intézet nyílt napja. Budapest, 2012. október 26.
34. **Szalai Márta** (2012): Onkológiai rehabilitáció művészetterápiákkal. Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet. Budapest, 2012. november 9.
35. **Szalai Márta** (2013): Rehabilitációs ápoló szükségszerűsége az onkológia területén. „Kékgolyó Napok” 2013 Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Gárdony, 2013. május 23-25. p.: 19-20.

36. **Szalai Márta** (2013): Rehabilitációs ápoló szükségserűsége az onkológia területén. Magyar Onkológusok Társaságának XXX. Kongresszusa. Pécs, 2013. november 14-16. Magyar Onkológia Szupplementum 57; 1: 83-84.
37. **Szalai Márta** (2014): Rehabilitáció az onkológiai betegek gondozása során. A rák ellen, az emberért, a holnapért! Társadalmi Alapítvány. Budapest, 2014. április 25.
38. **Szalai Márta** (2014): Rehabilitációs ápoló szükségserűsége az onkológia területén. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció IV. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Hajdúszoboszló, 2014. június 19-21. p.: 23-24.

Posztterek

1. **Szalai Tamásné** (2007): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. „Kékgolyó Napok” II. Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tihany, 2007. 04.12. – 04.14. p.: 68.
2. **Szalai Márta** (2008): Én igenis NŐ vagyok! Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció I. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Eger, 2008. 06.12. – 06.14. p.: 57.
3. **Szalai Márta** (2009): Én igenis nő vagyok! „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 51.
4. **Szalai Tamásné**, Németh Katalin, Kriszbacher Ildikó (2009): Coping mechanizmusok alakulása az érzelmi potenciálok tükrében poszter. „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 55.

Témához nem kapcsolódó előadások

Előadások

1. **Szalai Tamásné** (2001): „Kékgolyó”. Fül-orr-gégészeti Szakdolgozók II. Országos Továbbképző Konferenciája. Debrecen, 2001. 05.18. – 05.19.
2. **Szalai Tamásné** (2001): Fej-, nyaksebészeti osztály ápolóinak munkájának bemutatása. Ápolási egyesület (finn – magyar találkozó; angol nyelvű előadás). Budapest, 2001. 08. 31.

3. **Szalai Tamásné** (2004): A „Kékgolyó”. „Kékgolyó Napok” I. Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Budapest, 2004. 05.20. – 05.22. p.: 16.
4. **Szalai Tamásné** (2006): Az ápolók helyzete az Országos Onkológiai Intézet Fej-, nyaksebészeti osztályán. Fül-orr-gégészeti Társaság Konferenciája. Budapest, 2006. 10.27.
5. **Szalai Márta** (2008): Az ápolók helyzete az Országos Onkológiai Intézet Fej-, nyaksebészeti osztályán. Onkológiai Szakápolók Rekord Napja. Budapest, 2008. 05.16. – 05.17.
6. **Szalai Márta** (2008): Ápolók Nemzetközi Világnapja – A „Lámpás Hölgy”. Onkológiai Szakápolók Rekord Napja. Budapest, 2008. 05.16. – 05.17.
7. **Szalai Márta** (2008): Rekorderek vagyunk! – Emlékezzünk Florence Nightingale-re. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció I. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Eger, 2008. 06.12. – 06.14. p.: 18.
8. **Szalai Márta** (2008): Ápolás a Fej-, nyaksebészeti osztályon. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció I. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Eger, 2008. 06.12. – 06.14. p.: 27.
9. **Szalai Márta** (2009): Az Ápolók Nemzetközi Világnapja. „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 25.
10. Buczkó Ágnes, **Szalai Márta** (2009): Rekorderek vagyunk! „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 26.
11. Zsizsnyowszky Valentina, **Szalai Márta** (2009): Gazdaságos gazdasági nővér. „Kékgolyó Napok 2009”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Keszthely, 2009. 05.07. – 05.09. p.: 32.
12. Fuchs Nikolett, Vajda Réka, **Szalai Márta**, Kriszbacher Ildikó (2011): A minőségbiztosítás jelentősége egy onkoterápiás intézetben. „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 43.
13. Vajda Réka, Bogner Barna, **Szalai Márta**, Fusch Nikolett, Radnai Zoltán, Kornya László, Kriszbacher Ildikó (2011): Ismeretek a humán papillomavírus és a méhnyakrák témakörében. A Magyar Onkológusok Társaságának XXIX. Kongresszusa. Magyar Onkológia Szupplementum, 55; 1: 74.

14. **Szalai Márta** (2013): Miért pont én? „Kékgolyó Napok” 2013 Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Gárdony, 2013. május 23-25. p.: 22.
15. Lasztóczy Emil, **Szalai Márta** (2013): Hányinger, hányás ápolói feladatai. „Kékgolyó Napok” 2013 Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Gárdony, 2013. május 23-25. p.: 26-27.
16. Hajdu Ottó Roland, **Szalai Márta** (2013): Kozmetikumok a rehabilitációban – Sugárkezelés okozta dermatitis kezelése. „Kékgolyó Napok” 2013 Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Gárdony, 2013. május 23-25. p.: 32.
17. **Szalai Márta**, Lasztóczy Emil (2013): Hányinger, hányás ápolói feladatai. Magyar Onkológusok Társaságának XXX. Kongresszusa. Pécs, 2013. november 14-16. Magyar Onkológia Szupplementum, 57; 1: 83.
18. Lengyel Mónika, **Szalai Márta** (2014): Port használata az onkológiában. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció IV. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Hajdúszoboszló, 2014. június 19-21. p.: 27.
19. Dobos Ágnes, **Szalai Márta** (2014): Kozmetikumok a rehabilitációban. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció IV. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Hajdúszoboszló, 2014. június 19-21. p.: 43.
20. Kara Kristóf, **Szalai Márta** (2014): Fájdalom és csillapítása. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció IV. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Hajdúszoboszló, 2014. június 19-21. p.: 43-44.

Poszter

1. Kriszbacher Ildikó, Vajda Réka, **Szalai Márta**, Fuchs Nikolett, Radnai Zoltán, Kornya László (2011): Nők és férfiak ismeretei a méhnyakrákról és a humán papilloma vírusról. „Kékgolyó Napok 2011”, Országos Onkológiai Szakdolgozói Továbbképző Konferencia és Kiállítás. Tapolca, 2011. 06.02. – 06.04. p.: 47.

11. MELLÉKLETEK

1. **melléklet:** Morbiditási adatok a magyar női populáció körében
2. **melléklet:** Mortalitási adatok a magyar női populáció körében
3. **melléklet:** 1-es kategóriás, emberben bizonyítottan rákkeltő kémiai, fizikai és biológiai hatások
4. **melléklet:** A malignus daganatok sebészi kezelésének alapelvei
5. **melléklet:** Maslow-piramis: Az emberi szükségletek
6. **melléklet:** A kvantitatív kutatáshoz felhasznált kérdőívek
7. **melléklet:** Válogatás a kvalitatív kutatáshoz felhasznált sajátélmény levelekből
8. **melléklet:** A vizsgálati minta jellemzése családi állapot és munkaidő alapján a két mérés alkalmával
9. **melléklet:** A standard kérdőíveken felvett csoportátlagok egyenlőségét tesztelő t-próbák részletei
10. **melléklet:** „Rendszeresen szedett fájdalomcsillapító” Khí-négyzet próba részletei
11. **melléklet:** „Rendszeresen szedett pszichés állapotjavító gyógyszerek” Khí-négyzet próba részletei
12. **melléklet:** Egészségügyi ellátással kapcsolatos kérdések válaszai az első felmérés alapján
13. **melléklet:** A saját tesztbatéria társas közeggel kapcsolatos kérdéseinek eredményei
14. **melléklet:** Csoport, klub fontosságának megítélésének eredményei
15. **melléklet:** A két mintacsoport BMI értéke a felmérések alkalmával és a kategóriák eloszlása
16. **melléklet:** A két mintacsoport saját testtömegének szubjektív megítélésének eredményei
17. **melléklet:** Alakkal való megelégedettség, annak változása
18. **melléklet:** Alak mások általi megítélésének fontossága
19. **melléklet:** Reggeli tükörbenézéskor az elégedettség felmérése
20. **melléklet:** Esti tükörbenézéskor az elégedettség felmérése
21. **melléklet:** Zene fontosságának megítélése

- 22. melléklet:** Tánc fontosságának megítélése
- 23. melléklet:** Öltözködés, ruházkodás fontosságának megítélése
- 24. melléklet:** Divat követésének fontosságának megítélése
- 25. melléklet:** Ruházat színének változása
- 26. melléklet:** Öltözködési stílus változása
- 27. melléklet:** Saját szexuális kisugárzás megítélése
- 28. melléklet:** Élettel való elégedettség megítélése
- 29. melléklet:** Pillanatnyi boldogság megítélése
- 30. melléklet:** A 8. Kérdőív intervallum változóin elért értékek a minta alcsoportjaiban az első méréskor
- 31. melléklet:** A 8. Kérdőív intervallum változóin elért értékek a minta alcsoportjaiban a második méréskor
- 32. melléklet:** Az első és második méréskor felvett pontszámok eltérőségének szignifikanciáját tesztelő t-próba eredményei
- 33. melléklet:** 8. Kérdőív t-próba eredményei
- 34. melléklet:** Tartalmi kódok gyakorisága, előfordulási sorrendjében
- 35. melléklet:** Százszorszép Hastánc Klub
- 36. melléklet:** Nyilatkozat
-
- CD melléklet:** Százszorszép Hastánc Klub

1. melléklet

Morbiditási adatok a magyar női populáció körében

Nők	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1 Emlő (C50)	6 196	7580	8032	7419	7244	7091	6590	6938	6859	6599	7767
2 Bőr egyéb (C44)	5 202	5568	6154	6055	6503	6605	6111	6674	6622	6276	7993
3 Colorectalis (C18-C21)	4 311	4173	4519	4410	4450	4233	4354	4582	4457	4374	4942
4 Tüdő (C33-C34)	3 638	3613	3886	3745	3882	3903	4085	4301	4098	3927	4606
5 Nyirok- és vérképzősz. (C81-C95)	1 711	1668	1955	1909	1972	1927	1846	1873	1950	1848	2066
6 Méhtest (C54-C55)	1 350	1259	1362	1325	1369	1341	1272	1364	1375	1302	1648
7 Petefészkek (C56)	1 223	1190	1237	1154	1240	1209	1184	1257	1185	1104	1410
8 Méhnyak (C53)	1 355	1205	1332	1218	1137	1187	1076	1074	985	930	1159
9 Gyomor (C16)	1 111	1029	1108	1206	1081	1067	1056	1154	1064	1002	1129
10 Hasnyálmirigy (C25)	776	884	946	950	1043	1042	1098	1266	1193	1191	1258
11 Vese (C64-C66, C68)	820	888	970	891	861	962	909	1006	1047	1023	1173
12 A bőr melanomája (C43)	685	795	947	884	954	925	936	1084	1060	1031	1156
13 Ajak és szájüreg (C00-C14)	842	928	991	1004	917	983	950	967	913	898	1052
14 Agy (C71)	823	923	908	780	872	819	854	918	873	876	935
15 Húgyhólyag (C67)	699	753	874	775	809	871	783	923	850	854	1025
16 Hashártya, légyrész (C48-C49)	424	571	679	618	638	695	820	956	898	908	1130
17 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	661	693	666	673	644	582	614	725	678	790	740
18 Máj (C22)	471	447	523	524	491	523	552	692	606	630	701
19 Pajzsmirigy (C73)	370	393	399	372	374	405	397	453	411	418	535
összesen C44 nélkül	30 345	31733	34306	32638	32861	32425	32184	34544	33252	32404	37688

Forrás: Nemzeti Rákregiszter, 2011

2. melléklet

Mortalitási adatok a magyar női populáció körében

Nők	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1 Tüdő (C33-C34)	2 097	2 161	2 278	2 352	2 408	2 235	2 321	2 566	2 733	2 766	2 907
2 Colorectalis (C18-C21)	2 372	2 258	2 185	2 311	2 261	2 095	2 141	2 158	2 190	2 187	2 261
3 Emlő (C50)	2 316	2 304	2 234	2 309	2 285	2 085	2 059	2 045	2 108	2 169	2 011
4 Hasnyálmirigy (C25)	757	780	810	874	828	803	873	909	895	940	985
5 Nyirok- és vérképzősz. (C81-C95)	908	945	937	939	945	857	802	860	835	820	834
6 Gyomor (C16)	911	850	862	853	857	738	744	720	744	822	694
7 Petefészek (C56)	652	617	612	679	666	612	610	660	687	687	675
8 Epehólyag (C23-C24)	577	619	605	567	560	467	465	439	428	457	420
9 Méhnyak (C53)	481	539	513	465	493	416	420	424	418	396	379
10 Ajak és szájüreg (C00-C14)	275	305	282	304	274	269	246	289	287	276	292
11 Vese (C64-C66 és C68)	363	330	286	330	323	285	287	262	279	273	322
12 Máj (C22)	383	347	334	361	356	315	292	218	278	262	248
13 Agy (C71)	356	373	363	333	355	257	327	288	273	282	261
14 Húgyhólyag (C67)	215	233	209	210	251	216	228	262	249	226	274
15 Méhtest (C54-C55)	496	465	428	426	402	375	385	357	334	377	386
16 Melanoma (C43)	144	137	158	177	142	172	148	145	156	128	131
összesen	14548	14511	14345	14703	14660	13481	13669	13926	14212	14359	14428

Forrás: KSH, 2011

3. melléklet

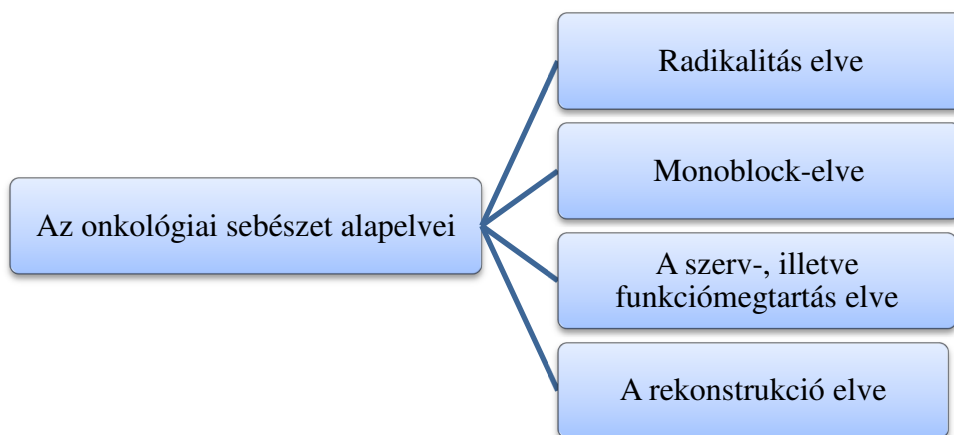
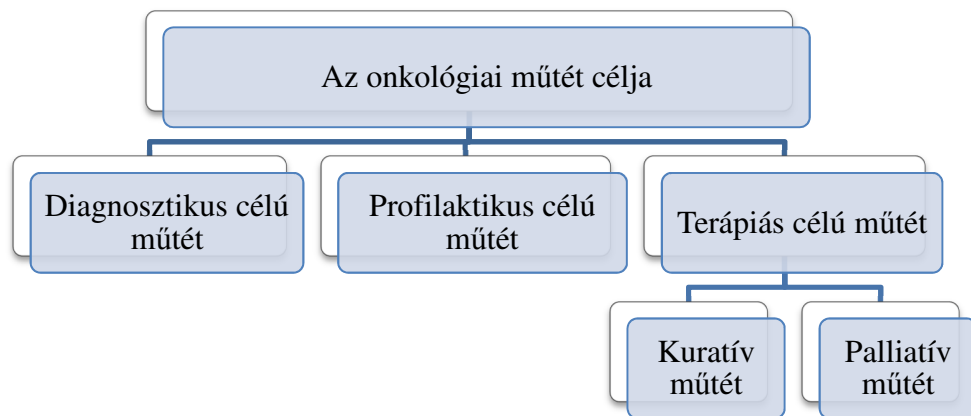
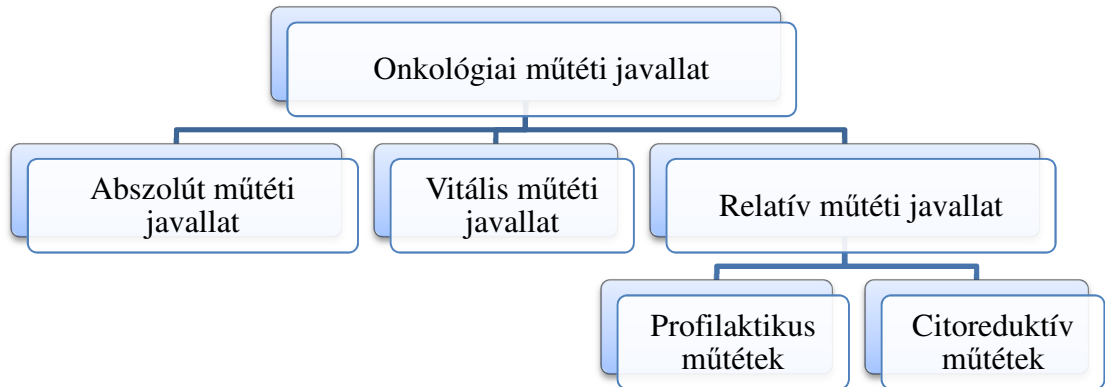
1-es kategóriás, emberben bizonyítottan rákkeltő kémiai, fizikai és biológiai hatások

<p>Ágensek, ágencsoportok Aflatoxin 4-Aminobifenil Arzén- és vegyületei Azatioprin Azbeszt Benzol Benzidin Berillium- és vegyületei Butándiol-dimetilszulfonát Bisz-klórmetil-naftilamin Chlorambucil Chloretil-3-4-metilciklohexil-1-nitrozourea Ciklosporin Ciklofoszfamid Dietil-stilbösztrol Epstein-Barr-vírus Erionit Etilén-oxid Etoposid Helicobacter pylori Hepatitis B- és C-vírus HIV 1. típus HPV 16, 18 Humán T-sejt lymphotrop vírus, 1. típus Kadmium és vegyületei Króm (VI) vegyületek Melfalan Metoxipszoralén MOPP +egyéb alkilálók Mustárgáz Naftilamin Napsugárzás Neutronok Nikkelvegyületek Opisthorchis viverrini Orális fogamzásgátlók, kombinált Orális fogamzásgátlók, szekvenciális Ösztrogénterápia, posztmenopauzális Ösztrogének, nem szteroidok Ösztrogének, szteroidok p^{32} Pu^{239} és bomlástermékei Radiojódok, rövid életű izotópjai Radionuklidok, α- és β-kibocsátók</p>	<p>Rádium^{224,226,228} és bomlástermékei Radon²²² Röntgen- és gamma-sugárzás Schistosoma haematobium Szilikakristály Talkum azbesztrostokkal Tmoxifen 2,3,7,8-Tetraklór-dibenzo-para-dioxin Thiotepa Tórium²³² Tórium²³² dioxid Trosulfan Vinilklorid</p> <p>Keverékek Alkoholos italok Fájdalomcsillapító keverékek fenacetinnel Ásványi olajok, kezeletlen és enyhén kezelt Bagórágás (dohánnyal) Bételrágás (dohánnyal) Dohányfüst Dohánytermékek, tubák Fapor Korom Kőszénkátrány szurok Kőszénkátrányok Palaolajok Sózott halak (kínai módra)</p> <p>Expozíciós körülmények Alumínium előállítás Auramingyártás Bútorgyártás Csizma-, cipőkészítés és javítás Erős inorganikus savkőd kénsavtartalommal (munkahelyi expozíció) Festés (munkahelyi expozíció) Fukszingyártás Gumiipar Hematitbányászat (mélysintű) + radon Izopropanolgyártás (erős sav eljárás) Kokszgyártás Magentagyártás Szén elgázosítás Vas- és acélkohászat</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Forrás: Kásler Miklós (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina Könyvkiadó Zrt
Budapest, 2011; 38. oldal

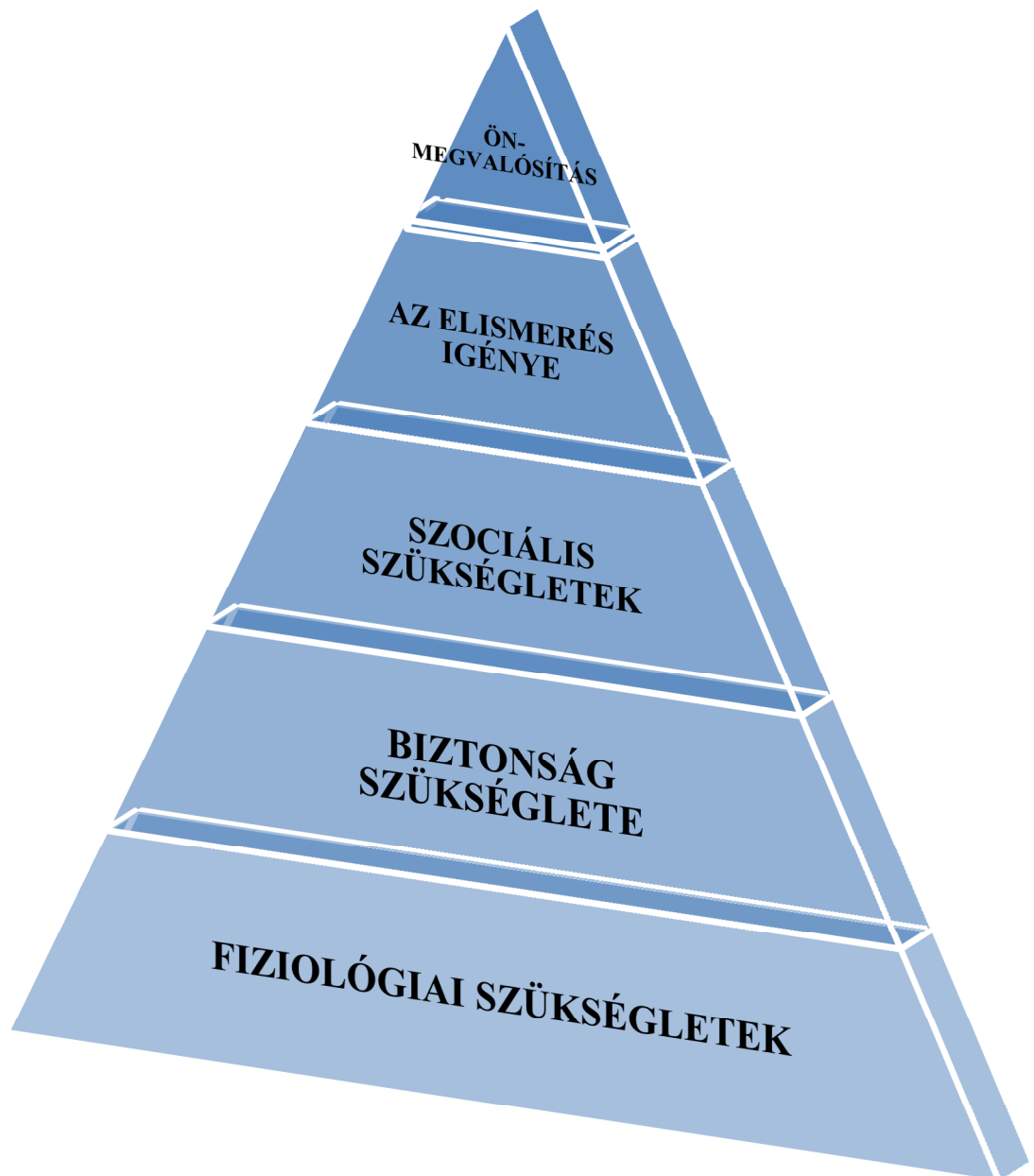
4. melléklet

A malignus daganatok sebészi kezelésének alapelvei



5. melléklet

Maslow-piramis: Az emberi szükségletek



6. melléklet

A kvantitatív kutatáshoz felhasznált kérdőívek

Intézmény kódja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kitöltők kódja:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sorszám:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Követés:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kitöltés dátuma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Tisztelt Válaszadó, Kedves Betegünk!

A magyar lakosság körében a daganatos megbetegedések aránya nő. Számos kutatás vizsgálja ennek okait és megelőzésének lehetőségeit, de kevesebb foglalkozik azzal, hogy az érzelmi hangulati állapotok és a magatartás más tényezői milyen kockázatot jelentenek az állapot szempontjából. Ez a munka ezekre szeretne rámutatni.

Kérjük, hogy válaszaival **Ön is** járuljon hozzá, hogy nagyobb pszichés stabilitást és jobb életminőséget tudjunk elérni az érintettek körében.

Szeretnénk, hangsúlyozni, hogy ez a **kérdőívcsomag** nem „vizsga”: **nincsenek benne helyes vagy helytelen „jó” vagy „rossz” válaszok**, hiszen az **emberek érzései és véleményei különbözőek. Gyógyszeres kezelését**, annak lefolyását sem módosítja negatív irányban, hiszen ez a kérdőív nem a testi, hanem a lelki tényezőkre kérdez rá!

A kezelés folyamán még megkeressük, hogy ugyanezen kérdések egy részére választ kapjunk, így az eredményekre támaszkodva hatékonyabb ellátást és hathatósabb segítségnyújtást tudunk biztosítani a páciensek számára.

A kérdőív kitöltése időt vesz igénybe, ezért 2-3 nap alatt, több részletben is kitöltheti.

A kérdőív statisztikai feldolgozásra kerül. Az adatok bizalmas kezelését garantáljuk. Az eredményeket kizárólag a dolgozatunkban és publikációs célból használjuk fel. Tervezzük, hogy az eredményeket a későbbiekben egy előadás keretében az Intézményben bemutatjuk, melyre Önöket és hozzátartozóikat is tisztelettel várjuk.

Amennyiben hozzájárul a kitöltött kérdőív adatainak feldolgozásához, és az utánkövetéshez, akkor a mellékelt beleegyező nyilatkozatot kérjük írja alá.

Köszönjük válaszait és szíves segítségét!

Szalai Márta
doktorandusz hallgató
az Országos Onkológiai Intézet munkatársa

Dr. Kriszbacher Ildikó
egyetemi docens, tudományos dékán-helyettes
témavezető
PTE Egészségtudományi Kar

ADATLAP

1.1. Az Ön életkora:.....év

1.2. Kérjük, adja meg a nemét! - Karikázza be a választ!

1. férfi 2. nő

1.3. Családi állapota - Karikázza be a választ!

1. házas, élettársi kapcsolatban él, 2. özvegy,
3. hajadon,, 4. elvált

1.4. Kivel él egy háztartásban? - Karikázza be a választ!

1. családdal, 2. egyedül – özvegy,
3. egyedül – hajadon, 4. egyedül – elvált,
5. idegennel

1.5. Lakóhelye - Karikázza be a választ!

1. Budapest, 2. nagyváros,
3. kisváros, 4. község, 5. falu, 6. tanya

1.6. Iskolai végzettsége - Karikázza be a választ!

1. kevesebb, mint 8 általános, 2. 8 általános, 3. szakmunkásképző, 4. érettségi, szakközép
5. főiskola, egyetem

1.7. Foglalkozási állapota - Karikázza be a választ!

1. felső vezető
2. középvezető (osztályvezető)
3. alsó szintű vezető
4. értelmiségi (diplomás, de nem vezető)
5. irodai alkalmazott (diploma nélküli szellemi)
6. szakmunkás
7. szakképzetlen munkás
8. mezőgazdasági munkás
9. vállalkozó
10. háztartásbeli
11. nyugdíjas
12. rokkant nyugdíjas
13. munkanélküli
14. egyéb:.....

1.8. Jelenleg vagy az elmúlt 15 évben dolgozik/dolgozott-e folyamatosan több műszakos munkarendben? - Karikázza be!

1. igen
2. nem

1.9. Amennyiben dolgozik, milyen alkalmazásban?

- Karikázza be a választ!

1. főállás
2. részmunkaidő
3. alkalmi munka
4. nem dolgozik

1.10. Van másodállása? - Karikázza be a választ!

1. igen, 1 helyen dolgozom még részmunkaidőben
2. igen, 2 helyen dolgozom még részmunkaidőben
3. igen, 3 helyen dolgozom még részmunkaidőben
4. igen, 4 helyen dolgozom még részmunkaidőben
5. nincs

1.11. Amennyiben dolgozik, fél-e, hogy elveszíti munkáját? - Karikázza be a választ!

1. egyáltalán nem
2. kicsit
3. meglehetősen
4. nagyon
0. nyugdíjas

1.12. Amennyiben elvesztette munkáját, köze volt ebben a betegségének? - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem
3. nem vesztette el
0. nyugdíjas

1.13. Anyagi helyzete saját megítélése szerint:

- Karikázza be a választ!

1. nagyon jó
2. jó
3. kielégítő
4. rossz
5. nagyon rossz

Egészségi állapot felmérése

1.14. Testsúlya:kg BMI:.....(mi számoljuk ki, ne írjon be semmit)
Testmagassága:..... cm

1.15. Testsúlyára vonatkozóan, úgy érzi, hogy: - Karikázza be a választ!

1. nagyon sovány, 2. kicsit sovány, 3. megfelelő, 4. kicsit túlsúlyos, 5. nagyon túlsúlyos

1.16. Mennyire elégedett az alakjával? - Karikázza be a számot!

1. egyáltalán nem elégedett, 2. kicsit elégedett, 3. elégedett is meg nem is, 4. elégedett,
5. nagyon elégedett

1.17. Mennyire számít Önnek, hogy mások mit gondolnak az alakjáról? - Karikázza be a számot!

1. egyáltalán nem érdekel, 2. kicsit érdekel, 3. érdekel is meg nem is, 4. érdekel, 5. nagyon érdekel

Volt-e korábban vagy van-e? - - Karikázza be a választ!

1.18. magas vérnyomása	1. igen	2. nem
1.19. cukorbetegsége	1. igen	2. nem
1.20. súlyos szívbetege	1. igen	2. nem
1.21. agyi keringészavara	1. igen	2. nem
1.22. érszűkülete	1. igen	2. nem
1.23. súlyos vesebetege	1. igen	2. nem
1.24. súlyos légúti betege	1. igen	2. nem
1.25. depressziós, szorongásos megbetegedése	1. igen	2. nem
1.26. egyéb súlyos betege, ha igen, milyen.....	1. igen	2. nem

1.27. Volt-e korábban olyan időszak az életében, amikor legalább 2 hétig folyamatosan lehangolt, érdektelen volt? Húzza alá a választ!

1. igen 2. nem

Ha igen, voltak-e egyéb tünetek is? - Több válasz is lehetséges.

1.28. súlyváltozás	1. igen	2. nem
1.29. alvászavar	1. igen	2. nem
1.30. fáradtság	1. igen	2. nem
1.31. súlyos nyugtalanság	1. igen	2. nem
1.32. súlyos meglassultság, koncentrációs, döntési nehézségek	1. igen	2. nem
1.33. gyötrő büntudatérzések	1. igen	2. nem
1.34. halállal kapcsolatos gondolatok	1. igen	2. nem
1.35. fordult-e ezen panaszok miatt orvoshoz, pszichológushoz	1. igen	2. nem
1.36. napi teendőit, munkáját el tudta-e látni		
1.37. szedett-e hangulatjavítót, nyugtatót, altatót		

<p>1.38. Ha több ilyen időszak volt az életében, hány ilyen volt?</p> <p>1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5</p> <p>6. több 7. folyamatosan</p>	
<p>1.39. Hányszor kezelték emiatt?</p> <p>1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5</p> <p>6. több 7. folyamatosan 0. nem kezelt</p>	
<p>1.40. Hogyan értékelné jelenlegi egészségi állapotát? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. nagyon rossz, 2. rossz, 3. közepes, 4. jó, 5. kiváló</p> <p>1.41. Saját kortársaihoz hasonlítva hogyan minősíti saját egészségi állapotát? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. sokkal rosszabb, 2. rosszabb, 3. ugyanolyan 4. jobb, 5. sokkal jobb</p> <p>1.42. Az elmúlt hónapban hogyan változott egészségi állapota? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. sokat romlott, 2. romlott, 3. nem változott 4. javult, 5. sokat javult</p> <p>1.43. Jobban figyel testének egészségére, mint a betegség megjelenése előtt? - <i>Karikázza be a számot!</i></p> <p>1. sokkal kevésbé, 2. kevésbé, 3. ugyanúgy, 4. jobban, 5. sokkal jobban</p> <p>1.44. Komolyabban veszi testének „jelzéseit”, mint a betegség megjelenése előtt? - <i>Karikázza be a számot!</i></p> <p>1. sokkal kevésbé, 2. kevésbé, 3. ugyanúgy, 4. jobban, 5. sokkal jobban</p> <p>1.45. Egészségesen táplálkozik? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. igen 2. nem, de igyekszem - anyagi vonzatok miatt nehéz 3. nem, nem hiszek ebben</p> <p>1.46. Fogyaszt táplálék kiegészítőt? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. nem 2. igen</p>	<p>1.47. Dohányzik? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. igen, 2. leszoktam..... éve, 3. nem</p> <p>1.48. Fogyaszt alkoholt? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. igen, rendszeresen 2. alkalmoszerűen 3. korábban rendszeresen, ma már nem 4. nem, soha</p> <p>1.49. Betegsége előtt végzett szűrő jellegű önvizsgálatot a testén (pl. bőrén, emlőin, heréin, szájüregében)? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. nem, soha, 2. naponta, 3. hetente , 4. havonta, 5. hébe-hóba, 6. nem tudtam hogyan kell végezni, illetve mire kell figyelni</p> <p>1.50. Betegsége diagnosztizálása óta végez szűrő jellegű önvizsgálatot a testén? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. nem, soha 2. igen, de nem rendszeresen 3. igen, rendszeresen</p> <p>1.51. Betegsége előtt járt rendszeresen rákszűrésre? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <p>1. nem, soha 2. igen, de nem rendszeresen 3. igen, rendszeresen</p>

<p>1.52. Betegsége előtt milyen gyakran végzett kiadós mozgást (pl. tánc, torna, úszás, futás,...)? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. naponta 2. hetente egyszer 3. hetente többször 4. havonta egyszer 5. havonta többször 6. ritkábban mint havonta 7. rendszertelenül 8. soha <p>1.53. Mennyire volt fontos akkor az Ön számára a mozgás? - <i>Karikázza be a számot!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. egyáltalán nem volt fontos, 2. kicsit fontos volt, 3. fontos is volt, meg nem is, 4. fontos volt 5. nagyon fontos volt <p>1.54. Amennyiben rendszeresen végzett valamilyen kiadós mozgást, miért tette azt? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. az egészsége miatt 2. divatból 3. a jó társaság miatt, akikkel együtt mozgott <p>1.55. Milyen formában végezte azt a mozgást? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. magányosan, egyedül 2. kis csoportban 3. nagy csoportban <p>1.56. Jelenleg milyen gyakran végez kiadós mozgást (pl. tánc, torna, úszás, futás,...)? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. naponta 2. hetente egyszer 3. hetente többször 4. havonta egyszer 5. havonta többször 6. ritkábban, mint havonta 7. rendszertelenül 8. soha 	<p>1.57. Mennyire fontos most az Ön számára a mozgás? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. egyáltalán nem fontos, 2. kicsit fontos 3. fontos is, meg nem is, 4. fontos 5. nagyon fontos <p>1.58. Amennyiben rendszeresen végez valamilyen kiadós mozgást, miért teszi? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. az egészségem miatt 2. divatból 3. a jó társaság miatt, akikkel együtt mozoghatok <p>1.59. Milyen formában végzi ezt a mozgást? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. magányosan, egyedül 2. kis csoportban 3. nagy csoportban <p>1.60. Betegsége előtt volt-e hobbytevékenysége (festészet, szobrászat, kerámiakészítés, kézimunka készítés...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. igen, 2. nem <p>1.61. Mennyire volt fontos betegsége előtt az Ön számára a hobby tevékenység? - <i>Karikázza be a számot!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. egyáltalán nem volt fontos 2. kicsit fontos volt 3. fontos is volt, meg nem is 4. fontos volt 5. nagyon fontos volt 0. ha nincs hobby <p>1.62. Mennyire fontos most az Ön számára ez a hobbytevékenység? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. egyáltalán nem fontos 2. kicsit fontos 3. fontos is, meg nem is 4. fontos 5. nagyon fontos 0. ha nincs hobby <p>1.63. Milyen formában végzi hobbytevékenységet? - <i>Karikázza be a választ!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. magányosan, egyedül 2. kis csoportban 3. nagy csoportban 0. ha nincs hobby
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Betegségre vonatkozó kérdések

1.64. Betegségének diagnózisa: *Kérjük, írja be!*

.....
1.65. A daganat típusa: - Karikázza be a választ!

1. primer tumor
2. recidíva (kiújulás)
3. metasztázis (áttét)
4. mindkettő

1.66. Diagnózis felismerésének dátuma:

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. 3 hónapon belül | 5. 3 – 5 év |
| 2. 3 – 6 hónap | 6. 5 éven túl |
| 3. 7 – 12 hónap | 7. 10 éven túl |
| 4. 1 – 2 év | |

1.67. Jelenleg milyen kezelés alatt áll? -

Karikázza

be a választ!

1. orvosi kezelés
2. rehabilitáció
3. alternatív

1.68. Milyen kezelést kapott korábban, ha erre szükség volt? - Több válasz is bekarikázható!

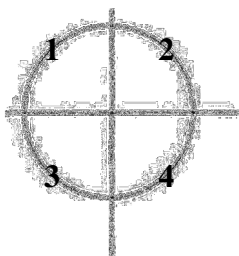
1. orvosi kezelés
2. rehabilitáció
3. alternatív

1.69. Műtét típusa: - Karikázza be a választ!

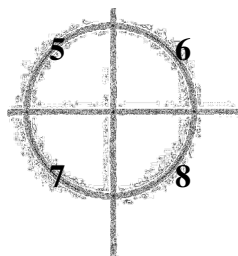
1. részleges csonkolás
2. teljes eltávolítás
0. nem volt műtét

1.70. Amennyiben emlő műtétje volt emlőjének

melyik részét távolították el? - Satírozza be!



Jobb oldal



Bal oldal

1.71. Volt-e helyreállító műtete? - Karikázza be a választ!

1. nincs tudomásom ennek lehetőségéről
2. nem, elutasítottam
3. nem tanácsolták
4. nem, de tervezem
5. igen

1.72. Milyen helyreállító műtete volt? - Karikázza be a választ!

1. idegen beültetés
2. saját szövettel történő pótlás
3. kombinált pótlás

Az alábbi panaszok fennállnak-e? - Karikázza be a választ!

1.73. Kar ödéma:

1. igen
két kar közötti differencia.....cm
2. nem

1.74. Fájdalom - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem

1.75. Mozgáskorlátozottság - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem

Gyógyszereszedési szokások

Milyen gyógyszereket kap, illetve szed állandóan:

1.76. Tumor ellenes szerek:

1. igen
2. nem

1.77. Fájdalomcsillapító:

1. igen
2. nem

1.78. Pszichés állapotot javító szerek, nyugtatók:

1. igen
2. nem

1.79. Táplálék kiegészítők:

1. igen
2. nem

Kérjük, az Önre leginkább jellemző számot KARIKÁZZA BE, kérdésenként! (csak egy válasz lehetséges)

1.80. Hogyan látja Ön, a diagnózisközlés óta miként közelednek Ön felé az emberek?

1. kerülnek, félnek, fertőzőnek gondolják,
2. sajnálkozásukat fejezik ki,
3. kedvesebbek,
4. bátorítják,
5. ugyanúgy, mint korábban

1.81. A megbetegedés első jelei és az orvoshoz fordulás között mennyi idő telt el?

1. 1 hónap
2. 2-3 hónap
3. 4-6 hónap
4. 7-12 hónap
5. 1 évnél hosszabb idő

1.82. Ön mikor kereste fel orvosát?

1. Amikor megjelentek az első látható tünetek (pl. duzzanat, vérzés, bőrelváltozás, csomók)
2. Munkaképessége, közérzete romlott
3. Családja, környezete noszogatására ment el
4. Szűrővizsgálat után

1.83. Környezete (családtagjai) hogy reagáltak az Ön kezdeti panaszaira?

1. Biztatták, hogy forduljon orvoshoz mielőbb
3. Nem mondta el nekik, mit érez
2. Véleményük szerint elmúlik, nem komoly a baj
4. Nem szóltak bele mit tegyen

1.84. Hogy emlékszik vissza, a diagnózis közlés körülményeire?

1. Nyugodt, csendes volt a rendelő
2. Véletlenül tudta meg egy-egy elcsípett szófoszlányból
3. A leletei alapján Ön kérdezett rá orvosára
4. Sietve közölték Önnek, hogy mi a baja és mit kell tennie
5. Egyéb.....

1.85. Diagnózis közlés után először milyen érzései támadtak?

1. Sértettség
5. Szorongás a betegség kimenetele miatt
2. Bűntudat
6. Nem akartam a betegségre gondolni
3. Szégyen
7. Azt gondoltam, ha nem foglalkozom, velem majd magától elmúlik
4. Testi-lelki fájdalom

1.86. Ki közölte Önnel a diagnózist?

1. orvos
2. ápoló
3. családtag
4. más személy:

1.87. Megítélése szerint, elegendő információval rendelkezik Ön az állapotáról?

1. igen
2. nem

A kórházi kezelése során ellátták Önt információkkal, az alábbiakkal kapcsolatban?

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1.88. táplálkozási tanácsok | 1. igen | 2. nem |
| 1.89. gyógyszerezési tanácsok | 1. igen | 2. nem |
| 1.90. a kezelések szükségessége | 1. igen | 2. nem |
| 1.91. a betegség várható kimenetele | 1. igen | 2. nem |
| 1.92. testi rehabilitáció
(pl. paróka, mozgást segítő eszközök, testmozgás) | 1. igen | 2. nem |
| 1.93. szexualitást érintő kérdések | 1. igen | 2. nem |
| 1.94. lelki rehabilitáció, pszichés tanácsadás | 1. igen | 2. nem |

1.95. Kitől kapta a legtöbb információt betegségéről, a kezelésről, a mellékhatásokról?

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. orvos | 5. internet |
| 2. ápoló | 6. betegtársak |
| 3. egyéb szakdolgozó | 7. egyéb: |
| 4. családtag | |

1.96. Házastársa, hogy reagált az Ön betegségére?

- | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. megértő volt támogatta | 5. szorong az állapota miatt |
| 2. elkísérte a vizsgálatokra | 6. nem érdekli a betegsége kimenetele |
| 3. időhiány miatt nem kísérte el a vizsgálatokra | 7. ugyanúgy viszonyul Önhöz, mint korábban |
| 4. elutasító, büntudatot keltő | 8. Ön özvegy, vagy elvált, nem él partnerkapcsolatban |

1.97. Párkapcsolata milyen mértékben segíti Önt a gyógyulásban?

1. nincs párkapcsolata, 2. egyáltalán nem, 3. kis mértékben, 4. nagymértékben, 5. teljes mértékben

1.98. Fordult elő a családjában korábban daganatos megbetegedés?

1. igen (kérem, húzza alá ki):
a. szülő (anya/apa), b. házastárs/élettárs, c. gyermek, d. nagyszülő, e. nagynéni, nagybácsi, f. unokatestvér
2. nem

1.99. Milyen mértékben tartja magát vallásosnak, hívőnek?

1. egyáltalán nem, 2. kis mértékben, 3. nagymértékben, 4. teljes mértékben

1.100. Betegsége lefolyása során szívesen igénybe venne lelki tanácsadást, pszichoterápiát?

1. igen, 2. nem

1.101. Okoz-e gátlást Önnek barátai, ismerősei előtt betegsége, testképében bekövetkező változások (pl. műtéti heg, hajhullás, fogyás)?

1. igen, 2. kismértékben, 3. nem, 4. barátok, családtagok előtt nem vagyok gátlásos, idegenek előtt igen,

1.102. Ki/kik tudnak az Ön betegségről? - Több válasz is bekarikázható!

1. szűk család, 2. senki előtt nem titok, 3. csak én,

1.103. Hogyan derült ki jelenlegi betegsége?

1. háziorvosa vette észre és küldte további vizsgálatokra
2. saját maga vette észre a változásokat és kereste fel célirányosan háziorvosát
3. szűrésen járt és ott fedezték fel
4. véletlenül, más betegséggel kezelték és aközben
5. üzemorvosi vizsgálaton látott szükségesnek további vizsgálatokat az üzemorvos
6. ismeretlen eredetű panaszokkal kereste meg háziorvosát, aki továbbküldte vizsgálatokra
7. rossz közérzet, fájdalom miatt fordult orvoshoz

1.104. Születésének körülményei

1. hagyományos úton született, 2. császármetszéssel, 3. nem tudja

<u>Lelki állapot felmérése</u>	
<p>1.105. Betegsége előtt mennyire figyelt a lelki egyensúlyára? - <i>Karikázza be a számot!</i> egyáltalán nem kifejezetten ☹ 1 2 3 4 5 ☺</p>	<p>1. igen 2. előfordul, hogy nem 3. nem</p>
<p>1.106. Betegsége előtt... - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. a dolgok pozitív oldalát látta többször (optimista) 2. a dolgok negatív oldalát látta többször (pesszimista) 3. csakis tárgyilagos volt</p>	<p>4. ha nem, milyen tevékenységet végez általában?.....</p> <p>1.114. Hogyan alszik el általában? - <i>Több válasz megjelölése is lehetséges!</i> 1. teljesen elsötétíti a szobát 2. egy kis lámpa égve marad 3. rádióadás mellett 4. TV adás mellett 5. behúzott sötétítőfüggöny mellett 6. az éjszakai utcai világítás bevilágít az ablakon</p>
<p>1.107. Betegség megjelenése teljesen... – <i>Karikázza be a választ!</i> 1. optimistává tett 2. pesszimistává tett 3. csakis tárgyilagossá tett</p>	<p>1.115. Elalvás előtt sokat gondolkodom... - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. a múltamon 2. a jelen életemen 3. a jövőmön 4. nem gondolkodom, csakis a jövőre koncentrálok</p>
<p>1.108. Esténként általában hány órákor fekszik le? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. 20 - 22 2. 23 - 24 3. 24 után</p>	<p>1.116. Gyakran álmodik a betegségével kapcsolatosan? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. igen, rémálmot 2. igen, de nem rossz álom 3. nem</p>
<p>1.109. Könnyen alszik el? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. igen 2. nem</p>	<p>1.117. Reggel kipihenten ébred? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. igen 2. nem, de hamar felfrissülök 3. nem, és fáradt vagyok tartósan</p>
<p>1.110. Elalvás után hány órát alszik folyamatosan? - <i>Karikázza be a számot!</i> 1 2 3 4 0. végigalussza</p>	<p>1.118. Érzései szerint megváltoztatta a betegség az Ön élethez való viszonyulását? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. igen,mert..... 2. nem,mert.....</p>
<p>1.111. Éjszaka felébred-e és hány órákor? - <i>Karikázza be a számot!</i> 1 2 3 4 0. végigalussza</p>	<p>1.119. Felvállalja a betegséget a nyilvánosság előtt? (tágabb családtagok, munkahely, szomszédság?) – <i>Karikázza be a választ!</i> 1. igen,mert..... 2. nem,mert.....</p>
<p>1.112. Milyen az alvása? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. folyamatos 2. felületes, kis zajra is felébred 3. szakaszos, gyakran felébred</p>	<p>1.120. Állapota megváltoztatta az Ön értékrendjét, az életben lévő dolgok, események fontossági sorrendjét? - <i>Karikázza be a választ!</i> 1. igen 2. nem</p>
<p>1.113. Az éjszakai felébredés vagy felébredések után vissza tud aludni? - <i>Karikázza be a választ!</i></p>	

Jelenleg mennyire jellemzőek Önre az alábbi kijelentések? - Karikázza be a számot!				
	egyáltalán NEM jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
2.1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt	1	2	3	4
2.2. Semmiben nem tudok dönteni többé	1	2	3	4
2.3. Több órával korábban ébredek mint szoktam, és nem tudok újra elaludni	1	2	3	4
2.4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak	1	2	3	4
2.5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni	1	2	3	4
2.6. Semmit nem vagyok képes ellátni	1	2	3	4
2.7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen	1	2	3	4
2.8. Mindennel közömbös vagyok	1	2	3	4
2.9. Állandóan hibáztatom magam	1	2	3	4
2.10. Bármi történik, általában tudom kezelni a helyzetet	1	2	3	4
2.11. A helyzetem valamilyen alkotó, kreatív tevékenységre ösztönöz	1	2	3	4
2.12. Más emberként kerültem ki a helyzetemből jó értelemben véve	1	2	3	4
2.13. Evéssel, ivással, dohányzással vezetem le a feszültséget	1	2	3	4
2.14. Nyugtató gyógyszerekkel oldom meg a feszültségemet	1	2	3	4
2.15. Másokon vezetem le a feszültségemet	1	2	3	4
2.16. Rögtön felismerem, ha dühös vagyok	1	2	3	4
2.17. Képes vagyok ellazítani a testemet, ha stressz alatt állok vagy feszült vagyok	1	2	3	4
2.18. Ha valamit igazán akarok, kitartóan keresem a módját, hogy elérjem	1	2	3	4
2.19. Könnyen tudok „nem”-et mondani	1	2	3	4
2.20. Közeli kapcsolataim többsége jól működik	1	2	3	4
2.21. Félre tudom tenni a gondjaimat	1	2	3	4
2.22. Boldog vagyok	1	2	3	4
2.23. Nyugodt, tette kész vagyok	1	2	3	4
2.24. A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem	1	2	3	4
2.25. Kevés az önbizalmam	1	2	3	4
2.26. Biztonságban érzem magam	1	2	3	4
2.27. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemről kiverni őket	1	2	3	4

A következő állításoknál karikázza be az Önre leginkább jellemző válasz számát!			
	soha	ritkán	gyakran
2.28. Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része	1	2	3
2.29. Az életben sok minden okoz nekem nagy örömet	1	2	3
2.30. Képes vagyok megbocsátani magamnak.	1	2	3
2.31. Képes vagyok megbocsátani másoknak.	1	2	3
2.32. Kétlem, hogy életemnek bármilyen jelentősége volna	1	2	3
2.33. Az értékeim és hitem vezérelnek mindennapjaimban	1	2	3
2.34. Összhangban vagyok a körülöttem lévő emberekkel	1	2	3
2.35. Életemnek nincs célja és értelme	1	2	3
2.36. Meg vagyok békélve helyemmel az életben	1	2	3
<p>2.37. Elgondolkodott-e azon, hogy mi okozhatta betegségét? Karikázza be a választ! 1. igen, 2. Nem Amennyiben igen, Ön szerint mi/mik? </p> <p>2.38. Hogy érzi a műtét és/vagy a kezelések megtörténte után magára hagyta az egészségügy? (orvosok, ápolók)? Karikázza be a választ! 1. igen, 2. Nem</p>			

3. SoZu

Az alábbi kérdőívben fontos **kapcsolatairól** lesz szó (partneréhez, családtagjaihoz, barátaihoz, ismerőseihez, munkatársaihoz és szomszédjaihoz fűződő viszonyáról). Szeretnénk megtudni, hogy hogyan éli meg, hogyan értékeli ezeket a kapcsolatait. A kérdőív a kapcsolatokról közöl állításokat. Minden állítás mellett öt oszlopot lát. Jelölje meg azt a mértéket, melyet legtalálóbbnak érez. A jobb szélső oszlop megjelölése („nagyon találó”) pl. azt jelenti, hogy az adott kijelentés pontosan illik az Ön esetére. Balról a második oszlop megjelölése azt jelenti, hogy a kijelentés inkább nem találó az Ön esetében.- *Karikázza be a választ!*

	nem találó	inkább nem találó	valamennyire találó	találó	nagyon találó
3.1 Könnyen találok valakit, aki gondoskodik a lakásomról (pl. virágaimról, állataimról, postámról), ha nem vagyok otthon.	1	2	3	4	5
3.2 Vannak, akik feltétel nélkül elfogadnak olyannak, amilyen vagyok.	1	2	3	4	5
3.3 Sokszor érzem, hogy mások megértenek és vigyáznak rám.	1	2	3	4	5
3.4 Van olyan bizalmas kapcsolatom, melyben segítségre mindig számíthatok.	1	2	3	4	5
3.5 Ha szükségem van valamire, azt barátaimtól, ismerőseimtől nyugodtan kölcsönkérhetem.	1	2	3	4	5
3.6 Vannak barátaim, rokonaim, akik bármikor időt szakítanak arra, hogy meghallgassanak, ha „ki akarom beszélni magam”.	1	2	3	4	5
3.7 Többen vannak, akikkel szívesen szervezek programokat.	1	2	3	4	5
3.8 Vannak barátaim, rokonaim, akik, ha szükségem van rá, megölelnek.	1	2	3	4	5
3.9 Ha beteg vagyok, habozás nélkül megkérhetem barátaimat, rokonaimat, hogy fontos dolgokban (pl. bevásárlásban) segítsenek.	1	2	3	4	5
3.10 Ha nyomott a hangulatom, tudom ki az, akihez feltétel nélkül fordulhatok	1	2	3	4	5
3.11 Vannak, akik örömeiket, bánatukat megosztják velem.	1	2	3	4	5
3.12 Néhány barátom, rokonom társaságában igazán „elengedhetem” magam.	1	2	3	4	5
3.13 Van olyan közeli kapcsolatom, melyben igazán jól érzem magam.	1	2	3	4	5
3.14 Van olyan csoport (baráti kör, „csapat”), amelyhez tartozom, s akikkel gyakran találkozom.	1	2	3	4	5

4. EORTC-OLO-C30

A következőkben szeretnénk feltenni néhány, az Ön **egészségi állapotával** kapcsolatos kérdést. Kérjük, hogy az állapotát legjobban leíró számválasz bekarikázásával önállóan válaszoljon minden kérdésre. Nincs „jó” vagy „rossz” válasz. A kérdésre adott válaszokat szigorúan titkosan kezeljük.

	nem	igen		
4.1. Gondot okoz-e az Ön számára, ha megerőltető tevékenységet végez, például nehéz bevásárló szatyrot vagy bőröndöt cipel?	1	2		
4.2. Jelent-e valamilyen problémát egy hosszabb séta?	1	2		
4.3. Jelent-e valamilyen problémát egy a lakáson kívüli rövid séta?	1	2		
4.4. A nap nagyobbik részét ágyban vagy karosszékekben kell eltöltenie?	1	2		
4.5. Segítségre szorul-e étkezésnél, öltözködésnél, mosakodásnál vagy WC-használatánál?	1	2		
Az elmúlt héten:	egyáltalán nem	egy kissé	meglehetősen	nagymértékben
4.6. Korlátozva volt-e mindennapi munkájában vagy egyéb szokásos napi tevékenységében?	1	2	3	4
4.7. Korlátozva volt-e abban, hogy szabadidős tevékenységének hódoljon?	1	2	3	4
4.8. Volt-e légszomja?	1	2	3	4
4.9. Fájt-e valamije?	1	2	3	4
4.10. Szüksége volt pihenésre?	1	2	3	4
4.11. Volt alvászavara?	1	2	3	4
4.12. Gyengének érezte magát?	1	2	3	4
4.13. Étvágytalan volt?	1	2	3	4
4.14. Volt-e hányingere?	1	2	3	4
4.15. Hányt?	1	2	3	4,
4.16. Székrekedése volt-e?	1	2	3	4
4.17. Hasmenése volt-e?	1	2	3	4
4.18. Fáradtnak érezte magát?	1	2	3	4

4.19. Mindennapi tevékenységében gátolta-e fájdalom?	1	2	3	4			
4.20. Nehézséget jelentett-e olyasmire koncentrálnia, mint az újságolvasás vagy TV-nézés?	1	2	3	4			
4.21. Feszültnek érezte-e magát?	1	2	3	4			
4.22. Aggódott-e valami miatt?	1	2	3	4			
4.23. ingerlékenynek érezte-e magát?	1	2	3	4			
4.24. Levertnek érezte-e magát?	1	2	3	4			
4.25. Gondot okozott-e a dolgokat fejben tartani?	1	2	3	4			
4.26. Befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése életét?	1	2	3	4			
4.27. Befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése közösségi tevékenységét?	1	2	3	4			
4.28. Befolyásolta-e fizikai állapota vagy orvosi kezelése az Ön anyagi helyzetét?	1	2	3	4			
A következő kérdéseknél karikázza be azt az 1 és 7 közé eső számot, amelyik legjobban illik Önre!							
4.29. Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános állapotát?	1	2	3	4	5	6	7
	Nagyon rossz						Kitűnő
4.30. Az előző hétre vonatkozóan hogyan értékelné általános életminőségét?	1	2	3	4	5	6	7
	Nagyon rossz						Kitűnő

5. Elégedettség, jövőkép - Karikázza be a választ!

5.1. Szociális-anyagi helyzetével mennyire elégedett?

1. Teljes mértékben
2. Elégedett, de vannak hiányosságok
3. Elégedetlen
4. Sok nehézséggel küszködik

5.2. Jövőjét mennyire látja biztosnak?

1. Elég biztos
2. Biztos, de vannak bizonytalanságok is
3. Bizonytalan
4. Teljes mértékben bizonytalan

6. Beszélgetés a betegségről

6.1. Kérjük, karikázza, be az alábbi számsoron, hogy mennyit beszél a rákbetegséggel kapcsolatos élményeiről?

A növekedő számsor azt jelképezi, hogy minél nagyobb számot karikáz be, annál többet beszél a betegségéről.

Az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem beszél róla

A 7-es szám pedig azt, hogy igen gyakran megosztja a betegséggel kapcsolatos érzését az Önt körülvevőkkel. *Karikázza be a választ!*

1 2 3 4 5 6 7

6.2. Észlelt-e a daganatos betegsége és kezelése kapcsán életveszélyt vagy azt, hogy súlyos testi károsodás fenyegeti? - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem

6.3. A rákbetegséggel kapcsolatos élményei nyomán átélt-e valaha nagyfokú félelmet, rémületet vagy tehetetlenséget? - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem

7. Campbell féle életelégedettség skála

Hogyan jellemezné Ön most az életét? Az alábbiakban 10 szópárt talál. A **számok** 1 és 7 között az adott SZOPÁROKRA érvényesek és **minőségi eltéréseket jelentenek**. Pl. ha az életét most teljesen unalmasnak tartja az 1-t szükséges megjelölni, ha nagyon érdekesnek, akkor a 7-t.

Kérjük, hogy a megfelelő szám alatti „X” bekarikázásával jelölje meg, hogy milyennek látja élet helyzetét!
pl.: Az alábbi számok mutatják az értéket:

1-igaz, 2-többnyire igaz, 3-általában igaz, 4-nem igaz, 5-általában igaz, 6-többnyire igaz, 7-teljes mértékben igaz

pl.: az első kérdésnél a számok az alábbiakat jelölik:

1- unalmas, 2 - többnyire unalmas, 3 - általában unalmas, 4 - nem unalmas, 5 - általában érdekes, 6 - többnyire érdekes, 7 – érdekes

	1	2	3	4	5	6	7	
7.1 az életem UNALMAS	X	X	X	X	X	X	X	az életem ÉRDEKES
7.2 az életem BOLDOGTALAN	X	X	X	X	X	X	X	az életem ÉLVEZETES
7.3 az életem NEHÉZ	X	X	X	X	X	X	X	az életem KÖNNYŰ
7.4 az életem HASZONTALAN	X	X	X	X	X	X	X	az életem ÉRTÉKES
7.5 az életem MAGÁNYOS	X	X	X	X	X	X	X	az életem TÁRSAS
7.6. az életem ÜRES	X	X	X	X	X	X	X	az életem TELJES
7.7 az életem ÖRÖMTELEN	X	X	X	X	X	X	X	az életem REMÉNYTELI
7.8 az életem KÖTÖTT	X	X	X	X	X	X	X	az életem SZABAD
7.9 az életem KUDARCOS	X	X	X	X	X	X	X	az életem SIKERES
7.10. az életem KEVÉS LEHETŐSÉGET TEREMT	X	X	X	X	X	X	X	az életem LEGTÖBBET ADÓ

8. Egyéb kérdések

8.1. Tükörbe nézéskor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem kifejezetten
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.2. Tükörbe nézéskor este mennyire elégedett azzal, amit lát? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem teljesen
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.3. Mennyire fontos az Ön számára a zene? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem teljesen
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.4. Mennyire fontos az Ön számára a tánc? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem teljesen
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.5. Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem teljesen
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.6. Ön divatosan öltözik? - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem

8.7. Milyen színű ruhákat hord manapság szívesen! - Karikázza be a választ!

1. rikító, világos, harsány színeket kedvelem
2. világos színeket kedvelem
3. sötét színeket kedvelem
4. keverem a színeket

8.8. Milyen az öltözködési stílusa? - Karikázza be a választ!

1. fiatalos, szexi
2. sportos
3. konzervatív - kosztüm
4. nincs kimondott stílusom, ami a kezembe akad

8.9. Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását? - Karikázza be a számot!

nagyon rosszul nagyon jól
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8. 10. Mennyire elégedett az életével most? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem teljesen elégedett
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8. 11. Mennyire tartja boldognak saját magát? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem teljesen boldog vagyok
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8. 12. Tagja valamilyen klubnak, szervezetnek? - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem

8. 13. Mennyire fontos az Ön életében a csoport (a klub)? - Karikázza be a számot!

egyáltalán nem kifejezetten fontos
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8. 14. Tagja a Százsorszép Klubnak? - Karikázza be a választ!

1. igen
2. nem
3. már nem

8. 15. A diagnózis közlése után mikor csatlakozott a Százsorszép Klubhoz?

1. azonnal
2. 3 hónapon belül
3. 4 – 6 hónap
4. 7 – 12 hónap
5. 1 – 5 éven belül
6. 5 – éven belül
7. nem csatlakozott

8. 16. Hogy érzi magát testileg a hastánc óra előtt? - Karikázza be a számot!

nagyon rosszul teljesen jól
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8. 17. Hogy érzi magát testileg a hastánc óra után? - Karikázza be a számot!

nagyon rosszul teljesen jól
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8. 18. Meddig tart ez az érzés? - Karikázza be a választ!

1. 1-2 óra
2. 1-2 nap
3. 1 hét
4. állandósult, ritkán rosszabb

8. 19. Hogy érzi magát lelkileg a hastánc óra előtt? - Karikázza be a számot!

nagyon rosszul teljesen jól
☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.20. Hogy érzi magát lelkileg a hastánc óra után? - Karikázza be a számot!

nagyon rosszul

teljesen jól

☹ 1 2 3 4 5 ☺

8.21. Meddig tart ez az érzés? - Karikázza be a választ!

1. 1-2 óra
2. 1-2 nap
3. 1-2 hét
4. állandósult, ritkán rosszabb

KÖSZÖNJÜK SZÉPEN KITARTÁSÁT, ÉS HOGY EDDIG ELJÚTOTT A KITÖLTÉSBEN!

Eredményes gyógyulást kívánunk!

Dr. Kriszbacher Ildikó
egyetemi docens, tudományos dékán-helyettes
témavezető
PTE Egészségtudományi Kar

Szalai Márta
doktorandusz hallgató
az Országos Onkológiai Intézet munkatársa

7. melléklet

Válogatás a kvalitatív kutatáshoz felhasznált sajátélmény levelekből

Első hastánc óráim

„A Százsorszép hastánc klubot a rákomnak köszönhetem. A rák megbetegítette a testemet, majd a lelkemet is. A betegségből kezdtem kigyógyulni, de a lelki nyomor megmaradt, illetve fokozódott a negatív irányba. Ebben nagy szerepe volt a „kedves” férjemnek is, aki, csak fokozta a bajt. Minden nap emlékeztetett testi hiányosságaimra, szembesített azzal, hogy a testem már csak egy rákos torzó. Könnyebbség volt, amikor elváltunk, de a lelkem gyógyíthatatlannak tűnt. Olyannyira, hogy többször gondoltam az öngyilkosságra is, illetve meg is próbáltam... Aztán egy női magazin címlapján láttam meg ŐKET. Gondoltam, na mi történhet, ezt az utolsó esélyt megadom magamnak. Elcammogtam hát az első óráimra. Ott a többiek számomra felfoghatatlan szeretettel fogadtak engem. Mintha egy régi baráti közösségbe kerültem volna. Valahogy olyan közel éreztem magamhoz őket. A szép mozgásuk irigylésre méltó volt. A mosolyuk és kedvességük... Mintha angyalok lettek volna. A mellettem álló lány megfogta a kezem és úgy táncoltunk. Illetve ő táncolt, én meg csak billegtem. Az óra második felében tudtam, hogy HAZA érkeztem. Láttam a „napot”. Én is mosolyogtam a tükörbe, bár nem tudom miért. Csak úgy jött. Az óra után büfébe hívtak. Úgy éreztem, most elmondhatom azt, amit még senkinek. Az életemet, a bajaimat, a betegséget. Ők csak figyeltek, majd kérdeztek. Sok ölelést és simogatást kaptam. Mint talán gyerekkoromban. (Lehet, hogy értem már, hogy miért mondja a Mártika mindig, hogy itt visszautazunk a KIRÁLYLÁNY korszakunkba.) Fura érzéseim voltak este otthon, amikor visszagondoltam a klubra. Mosolyogtam és sírtam sokat, de már nem a boldogtalanságtól... A remény könnyei voltak, hogy lehet, hogy nincs vége az életemnek. KÖSZÖNÖM!”

„Nagyon vegyes érzelmekkel léptem be a terembe. Félelem, kíváncsiság kavargott bennem. Félttem az új helyzettől, a számomra „nagy” lépéstől, hogy ilyen külsővel, ilyen meggyötört testtel és lélekkel belépjek egy ismeretlen közösségbe. Félttem magamtól, hogy mi lesz, ha mégsem sikerül, ha majd nem tudom végigcsinálni. Az is

megfordult a fejemben, hogy nagy marhaság volt ide jönnöm, hiszen a kezelések miatt egy évig szinte csak feküdtem, mégis, hogy képzelem, hogy itt most táncikálni fogok?! Ráadásul hastáncot?! Lehajolni alig bírtam a fájdalomtól, nem csípőt tekerni. Nehéz volt a szívem nagyon, mikor beléptem. Aztán láttam, hogy Márti, jön felém, s egyszer csak azon kapom magam, hogy bemutatott a csoportnak, és mindenki örül nekem. Semmi sajnálkozó megjegyzés, semmi szomorú pillantás. Mintha nem is lennék beteg. Csak egy lány, aki szeretne táncolni. Rögtön kezdődött is az óra, nem tudtam tovább rágódni a sötét gondolataimon. Klassz zene csendült fel, s mindenki élvezte a mozgást. Én sutának, esetlennek éreztem magam, de hamarosan kaptam a csípőmre egy rázóövet, s bíztattak, hogy rajta, próbáljam ki. Nagyon nem mertem még körülnézni, nehezen ment, hogy belenézzek a tükörbe. Egy kiégett, végtelenül mély, tátongó nagy üresség voltam. Próbáltam táncolni, átvenni a ritmust, de belül zokogtam. Annyira jó volt a zene, de nekem annyira fáj a lelkem. Nem is tudom szavakkal leírni. Jó lett volna leülni a sarokba és sírni, csak sírni. Nem tettem. Mindenki nagyon kedves volt, csak velem volt a baj. Begubóztam. Nem igazán érdekelt, hogy mi lesz most, nem is akartam többet eljönni. Felesleges, hiszen rajtam már nem lehet segíteni. Egy csódtömeg vagyok. Képtelen vagyok kifejezni az érzéseimet. Nem tudok ordítani, pedig nagyon szeretnék. Itt azonban mindenki mosolygott. Annyi mindenben kellett keresztülmenniük, és mégis tudnak mosolyogni. Olyan idegennek éreztem magam. Mit keresek én itt??? Aztán eltelt az első óra. Nagyon sok érzelemmel gazdagodtam, de még mindig nem voltam biztos benne, hogy én idevaló vagyok. Nagyon féltem. Hogy mitől? Fogalmam sincs. Csupa kedves emberrel ismerkedtem meg, egy csodás emberrel, aki élvezzi, amit csinál, s azon dolgozik, hogy más is boldog legyen. Talán leginkább magamtól féltem. Attól, hogy mi lesz, ha ezt is félbe hagyom. Gyengének éreztem magam a folytatáshoz. Óra után férjem megkérdezte otthon, hogy milyen volt, mondom jó. Fura. Fura volt emberek közé mennem. Ő volt az, aki bíztatott, hogy menjek el a következőre is. Látta rajtam, hogy nem csupán „jó” volt az az első óra, hanem több, sokkal több. Csak én még nem éreztem... Igaza lett. ☺”

„Úgy döntött a Sors, hogy fiatalon rákbeteg lettem. A kezeléseket testileg és lelkileg is nagyon nehezen toleráltam. Nem tudtam elfogadni a betegségemet és az ezzel járó életemet. Az egyik kezelés alkalmával azt tanácsolta a pszichiáterem, hogy keressem fel a Szalai Mártát, mert neki egy olyan csoportja van, akik között biztosan jól fogom magam érezni. Amikor megtudtam, hogy hastáncos rehabilitálódnak, kettős érzésem

volt. Jó, mert tetszett maga az ötlet és hirtelen nyomasztó is, hiszen nem látja a doktornő, hogy nem vagyok egy „hastánc alkat”? Rákos vagyok, kopasz vagyok, hiányzik az egyik mellem, olyan gyenge vagyok, hogy állni sem tudok, nemhogy táncolni... Az antinő szobra vagyok. A soron következő kemo kezelés után szokásosan legyengültem, hánytam, rosszul voltam. És mit ad az Isten... A TV-ben megláttam őket. Akkor gyorsan kiszámoltam, hogy a következő keddre már leszek olyan jól, hogy elmenjek és megnézzem őket. Arra gondoltam, hogy nem lehet ez véletlen, hogy egy héten belül ennyiszer hallok róluk. A párommal kikerestem az elérhetőségüket, és megfogadtam neki, ha túlélem ezt a pár napot, elmegyek. Nagyon vártam a keddet. Azért is, mert addigra jól szoktam lenni és azért is, mert elmegyek a klubba. Amikor eljött a kedd, már jobban voltam. Lehet, hogy az izgalom miatt is, de megállíthatatlannak éreztem magam. Kerestem egy hosszú szoknyát, ami nagy lett rám, mert lefogytam, egy pólót, és feltettem az utálatos parókámat. Amikor odaértem a teremhez, már nevetések hallatszottak ki. Ezért összeszedtem a bátorságomat és benyitottam. Mindenki rám nézett és kedvesen mosolygott. Bizonyára látták rajtam a félelmet. A Márta rögtön bemutatkozott és barátságosan beinvitált. Miután átöltöztem, bemutatkoztam mindenkinek és elmondtam a betegségemet. A lányok biztató mondatokat mondtak, amik nagyon jól estek és jól is jöttek a lelkemnek. Azt mondta a Márta, hogy csak azt csináljam az órán, ami jól esik, és ne foglalkozzak semmivel, csakis magammal. A bemelegítésnél észre sem vettem, hogy végigcsináltam a mozdulatokat. Nagyon jó volt. A koreográfiát nem tudtam táncolni, hiszen nem ismertem, de számat tátva figyeltem a többieket. Nem is mertem volna róluk gondolni, hogy ők is hasonló betegséggel küzdenek, mint én. Aztán megláttam egy szép lányt, aki mosolygott és szépen táncolt. Ő már nagyon tudta a mozdulatokat. Amikor jobban megnéztem, csak akkor láttam, hogy ő is parókát hord, mint én. Nem is akartam elhinni. Ekkor döntöttem el, hogy minden kedden jól leszek!”

„Az első hastánc óra nagyon érdekes volt. A végletek megélése. Minden gondolat átment a fejemben a keddi 2 óra alatt. Én, aki sokat jártam az élet „sötét” oldalán. Egy rossz párkapcsolatban élve, rákkal küzdve, a munkahelyemért kaparva... Én, aki „kövéren és kopaszon...” – ahogy mondja egy régi rock szám is –, mell nélkül, az évek múlásával elfelejtettem milyen is nőnek lenni. Magam lenni. Egy női lapban olvastam erről a klubról. Láttam a képet, amelyről sok korombeli és hasonló testalkatú nő

mosolygott a világra. Elgondolkodtam a dolgon, az olvasottakon és a látottakon. Valójában egy fricskának is gondoltam a férjemnek... Mi lenne, ha én is ott lennék azon a képen? Telefonon bejelentkeztem a Mártánál, aki hihetetlen kedvességgel fogadta már a hívásomat is. Elmondta, hogy mi kell a tánchoz. Szoknya...- majd turkálók egyet, mert nincs; topp...ami nincs ilyen testre és fél mellre... - viszek blúzt. Titokban mentem el, otthon nem szóltam. Aztán ami ott fogadott... Szép nők, vidám nők, kedvesség, talán még szeretet is. Nem is tudtam mit kezdeni ezzel a tömény jóval, de jól esett. „Kicsit” kilógtam a sorból a nevetséges kinézetemmel, de aranyosak voltak, rögtön kaptam csípőövet – rázókendőt és fátylat. A kendő nagyon jó volt, éreztem a mozgást. A fátyollal nem nagyon tudtam mit kezdeni, mivel az utóbbi huszon-akárhány évben inkább csak törölgető és mosogató ruhát lebegtettem. A mozgást nagyon élveztem, bár az enyémnek köze nem volt a többihez. Jól esett!!! Soha nem vettem rá magam tornára, meg ilyenek, de ez a tánc... Megmutatták, hogy én is mit fogok táncolni a tavasszal. Görög zenére táncoltak, ami nagyon kedves volt. Elnézve nagyon könnyen mehet... Aztán én is beálltam. Egy mozdulatot nem tudtam utánozni. Nem volt túl felemelő érzés, de valahogy mégis valami nagyon megérintett engem ott. A zene hangulata, a tánc varázsa, a lányok szépsége, kedvessége. Az óra után érdeklődve figyeltek rám a büfében. Magam is meglepődtem, hogy miket elmerem nekik mondani. Hazafele egy darabon többen mentünk. Mint régi ismerősök, barátnők. Otthon furán nézett még mindig vörös fejemre a családom. Férjem meg is kérdezte, hogy hol voltam – ami csak azért érdekes, mert régen kérdezett tőlem ilyet – én meg a kanapéra rogyva és mosolyogva mondtam: „női dolog...” Még akkor este letöltöttem a gyerekekkel 1-2 keleti zenét a netről és biztos voltam a jövőm azon részében, hogy a következő újság képen én is ott leszek... mint NŐ!”

A legemlékezetesebb hastánc óráim

„Az egyik órára a Márti egy sminkest hívott vendégül. A Márti tudja, hogy nekünk mi kell! Tudja, hogy a sminkanyagokat nehezen bírja a bőrünk, és tudja, hogy a sminkelés technikája is nehézséget okoz. Kitalálta, hogy tanuljuk meg az alapjait a nappali-, az alkalmi- és a fellépő sminkelésnek. Hát ennek mindenki örült! Én nem szoktam magam, és nem is tudom – tudtam – kisminkelni. A bőröm soha nem bírta a kenceficéket, és ezt a kezeléseket csak rontották. Egy olyan sminkest hívott NEKÜNK, aki természetes alapú

anyagokat használ. Én voltam az egyik próba modell, akin bemutatta a sminkes a nappali sminket. A szemem csukva volt, ezért csak a kezdeti arcomat láttam és a végeredményt. Amikor tükörbe néztem, nem hittem a szememnek. Majdnem sírva fakadtam örömben. Így nézek ki pár perc és pár szín feltétele után? Nagyon tetszett. Arra gondoltam, hogy mostantól az arcom nem mosom le, így akarok maradni. A lányoknak is nagyon tetszett a sminkem és bíztattak, hogy a jövőben sminkeljek csak bátran, hiszen nagyon jól áll. Aztán végignéztem figyelmesen a másik két sminktechnikát is. A társaim is hasonlóan reagáltak le a végeredményt, mint én. Boldogok voltunk a saját arcunk láttán. Kicsit olyanok voltunk, mint a kislányok, akik az anyukájuk sminkkészletét elcsenik, és titokban kipróbálják. A végeredményt, pedig hosszú percekig csak nézik és nézik a tükörben. (...) Hazafelé négyen indultunk el, és a legelső illatszerbe beugrottunk. Ott találkoztunk másik két csoporttárrsal..., az ő kosaruk már tele is volt... Azóta sminkelek! Jól érzem magam így! Köszönet az új arcomért! Puszi!”

„A legemlékezetesebb órának mindegyiket mondhatom. Nekem a keddek a fontosak az életemben. Talán az első „áttörésem” az volt, – amit sok minden mellett ezt is a csoportnak köszönhetek – amikor levettem a parókámat. Ez egy maradandó érzés marad – sok minden mással persze. Nyár volt, és meleg. Az órán nagyon leizzadtunk. A parókámat nem szerettem, mert szúrta és nagyon melegítette a fejemet. A tánc közben pedig szinte kigyulladtam. Ennek ellenére nem vettem le sokáig, mert szégyelltem a kopaszágomat, illetve nem is tartottam magam szép látványnak úgy. Az óra nagyon jó hangulatú volt. Éppen a „táncos én” megjelenését gyakoroltuk, illetve azt, hogy miként tudunk kommunikálni érzéseket, vágyakat a táncban. Hogyan jelenjünk meg a színpadon úgy, hogy a NŐ sugározzon belőlünk és ne a hastáncos – ahogyan azt a Márta fogalmazta. Nagyon is értettem a mondanivalóját és vágytam is rá, hogy én is tudjak ilyen lenni, hiszen ahogyan mutatja olyan egyszerű. És amikor belenéztem a tükörbe egy megöregedett fiatal nőt láttam parókában, kék-zöld karokkal, lesoványodva, akiből minden árad csak nem a NŐ. Elkecserepedésemet meglátta a Márta a tükörben és rögtön odajött és megbeszéltük a problémát. Akkor azt mondta, hogy az ajtó be van csukva, ide illetéktelen nem jöhet be, amúgy meg ezen mindenki végigment és mindenki megérti az érzéseimet. Ezek után félhomályt csinált a teremben, betett egy különleges arab zenét és mindenkinek azt mondta, hogy ne nézzen a tükörbe, csak

táncoljunk. Táncoljunk magunknak és egymásnak. Akkor nem tudom mi történt, de jól éreztem magam. A szám végére tiszta víz voltam és nem volt a fejemen a paróka. Arra a pár percre „kikapcsoltam”. Amikor véget ért, mindenki nevetett és törölgette magát. És mi volt a legmegdöbbentőbb? Hogy senki nem vette észre, hogy nincs rajtam paróka, nem foglalkozott senki a kopaszságommal, nem nézett rám senki szánakozóan. Én is meglepődtem, amikor a tükörbe néztem, de pár pillanat után már engem sem érdekelt. Innentől kezdve nem vettem fel az órákra a parókámat. Kaptam a lányoktól egy szép kendőt – flitterest – és abban táncoltam.”

„Az én legemlékezetesebb hastánc órám a karácsony előtti keddi óra volt. Már az erre készülés is olyan ünnepi volt. Én pogácsát sütöttem. Izgultam, hogy jó legyen, hiszen a sok tökéletes háziasszonynak nem vihetek rosszat. (...) Rövid bemelegítés után csak TÁNCOLTUNK. Kötetlenül, jobbnál jobb zenékre. Ilyenkor karácsonykor nem szokott jókedvem lenni, de most valahogy másképpen éreztem magam. Már meg is leptem magam karácsonyra egy hastáncruhával, hozzá illő kiegészítőkkal. (...) Óra után levonultunk az aulába, megterítettünk szépen magunknak és kipakoltuk a finomságokat. Körülültük az asztalokat és nasizás közben beszélgettünk. Biztos a karácsony hangulata miatt, de a kapcsolatainkról, párkapcsolatainkról beszélgettünk egyre mélyebben. Nagyon kinyíltunk egymás előtt és őszintén tudtunk legmélyebb, legbizalmasabb problémáinkról is beszélni. Az ilyen típusú beszélgetésekkor jövök rá, hogy nem is én vagyok a világ legbetegebb, legszerencsétlenebb embere. Vannak, akikkel az élet kevésbé volt kegyes, mint velem... Vannak, akik jobban megszenvedték még nálam is a betegségüket, az életüket. Nekem legalább van két gyerekem, akikre számíthatok, másnak még ennyi sem jutott. Szomorú és kemény dolgokról beszélünk, de mégis sokat nevtünk ezeken. Szinte öniróniával beszélünk saját életünkről. Szerintem nagyon hasznos volt. Volt egy-két férjes sztori, amin sokáig jókat nevtünk!!! Végül is mindent felfaltunk 2 óra alatt. Így este 7-ig szórakoztattuk egymást. Nagyon jó volt ez az óra, illetve 4 óra.”

„Nagyon szeretem ezeknek a lányoknak, asszonyoknak a társaságát! Nagyon sok segítséget kaptam tőlük a tudtukon kívül is. Az én előéletemmel nem sok jövőképem lehetne, de ők visszaadták a hitemet. Igazából minden óra más és mást ad hozzá az

életünkhöz. Egyik órán annyit rázunk, hogy másnap érezzük minden izomszálunkat is; a másik órán többet lelkizünk. Szóval egyszer így jó, egyszer úgy. Minden óra aktívan telik testileg és lelkileg is. A Márta sokszor hangsúlyozza az „ént”, a „királylány érzést”, az „életet”... Elsőre aranyosnak tűnik, de tényleges tartalma van ezeknek a szavaknak. Olyan tartalma, amit mi értünk. Már tudok én is mosolyogni! Nekem a legemlékezetesebb keddem nem is az órán történt, hanem az óra után a szokásos büfés beszélgetésünkön. Eljutottam odáig lélekben, hogy eltudtam mondani a társaimnak az életem pokoli oldalát. A férjem viselkedéseit velem és a gyerekekkel. A betegségemet, hogy mennyire nem volt ebben támaszom. A válásunkat, ahogy akkor is viselkedett és cselekedett a férjem. Aztán a gyermekem halálát. Hogyan emésztette fel a gyereket a férjem ... Mindenki megrendülten hallgatott végig, majd közösen sírtunk egy csendeset. Aztán annyi ölelést kaptam, mint még soha életemben. De ezek nem egyszerű ölelések voltak. Ezeknek tartalma volt. Olyan tartalma, ami egy életen keresztül elkísér akár a sírig.”

Jubileumi est élménye

„Nem tudom szavakba leírni az érzéseimet az esttel kapcsolatban. Ezt csak megélni lehet. Eszembe jut a kezdet. Amikor garbóban és melegítőben csetlettem-botlottam. És most meg ott álltam 250 ember előtt a színpadon egyedül. A fények csak rám világítottak, minden szempár csak engem nézett, minden kéz csak nekem tapsolt. Ott álltam a szép csillogó ruhámban, a szép csillogó sminkemben a fényben. Aztán már nem csetlettem-botlottam, hanem TÁNCOLTAM. Egyedül kimertem állni táncolni a családomnak (férjemnek, lányomnak, unokámnak, vejemnek), a szeretteimnek, a klubtársaimnak, a sok kedves embernek és a Mártinak. Ezzel a tánccal róttam le szeretetüket, törődésüket, mellettem való kitartásukat, belém vetett hitüket. Erre az estre készülünk egy kerek évig. Egy év nehéz munka után három perc csillogás, ami csak az enyém. Nem arányos, de ezért a három percért valóban egy évig kell dolgozni testileg és lelkileg. A sok közös munka, a közös készülés, a közös izgalom mind egy nagy összetartó erő. A közös koreográfiákban is nagyon jól éreztem magam. Ott együtt élhettük át a siker élményét. A vacsora ünnepi volt. Tényleg úgy érezhettük, hogy fejedelmi kiszolgálást kaptunk. A disco is úgy volt szervezve, hogy nekünk szóljon. 60-

as, 70-es évek zenéire koptattuk a cipőnket. A férjemmel nosztalgiáztunk is eleget akkor este... Egy szóban összefoglalva az est: **BOLDOGSÁG. KÖSZÖNÖM!**”

„Mit éreztem az ünnepség alatt? Nos, hihetetlenül hangzik, de két évvel ezelőtt váratlanul rám törő betegségem óta, **HÁLÁT** a sorsnak, hogy megkaptam, az un. halálos kórt. Általa váltam más emberré, ha úgy tetszik türelmesebbé, megértőbbé, elfogadóbbá másokkal és magammal szemben. Ma elégedett vagyok, minden percnél, óránál és napnál végtelenül tudok örülni, még akkor is ha esik az eső, fúj a szél vagy netán nem vehetem meg az áhított „toronyórát lánccal”. Végül is a betegségemnek köszönhetek 40 (?) csodálatos új barátot, felhőtlen örömet a táncban és mozgásban. Büszke vagyok koromra, testemre, súlyomra (pedig haj de sok kívánnivalót hagy maga után)! Megkedveltem már egyáltalán nem fiatal éneket, sőt büszkén viselem, mert most – és csak ez a fontos – élek, egészségesnek érzem magam, egyszóval **BOLDOG** vagyok!”

„Ezek a születésnap estek mindig nagy ünnepek számunkra. Nem csak a klub születését ünnepeljük, hanem a saját újjászületésünket is. Egy évig készülünk a két órás műsorral, amiben fejenként valójában szólistaként kb. 3 percet táncolunk illetve a közös 3-4 koreográfiás táncokban közösen. De ezekre a pár perces előadásokra mindent beleadunk. A szívünket, a lelkünket. A szeretteinknek, és egymásnak. A szombatot megelőzi egy év, aztán egy hét (amit végig gyakorolunk), aztán egy nap (amit végig izgulunk). A tetőpont a szombat délelőtt, a délutáni próba és az öltöző. A színpadon fénypompában úszunk. Úgy tapsolnak meg, mint a valódi művészeket. Úgy néznek ránk, mint a hercegnőkre. Úgy szolgálnak ki, mint a királynőket. (...) Amit most is éreztem: szépség, lelki béke, szeretet. Köszönöm!”

„Mit éreztem a szülinapi estünkön? Hogy ünnepelt **NŐ** vagyok. Izgalmat, hogy a sok ember előtt táncolni kell. Izgalmat, hogy nehogy elrontsam a csoport koreográfiáját. Büszkeséget, amikor a színpadon álltam. Szépséget, amikor megvilágítottak a fények. Sikert, amikor tapsoltak. Szeretetet egymás öleléséből, mosolyából. Örömet, hogy itt lehetek. Örömet, hogy a klub tagja lehetek.”

„Reggel, amikor felébredtem, a szememet még ki sem nyitottam, de már az agyamban szólt a zene, és lépésről lépésre láttam a koreográfiát. Minél jobban kezdtem magamhoz térni, annál jobban kezdtem érezni az izgatottságot. Habár sokat gyakoroltunk illetve itthon gyakoroltam, mégis az a tipikus iskolás érzés fogott el, ami vizsgák előtt szokott, az „Úr Isten semmit nem tudok” érzés. Szinte remegő kézzel pakoltam össze a fellépő ruhámat, a sminkeket, az ékszereket. Úgy beszéltek meg a többiekkel, hogy kicsinosítjuk magunkat az est „buli” részére is, hátha akad ott egy facér „fiatalember”. Természetesen nem találtam egy rendes ruhát sem. Akkor már majdnem a sírás kerülgetett. Felhívtam a Mártit telefonon, hogy nyugtasson meg. Azt tanácsolta, hogy tegyek be egy jó zenét, táncoljak pár percet, utána vegyek egy illatos meleg fürdőt, és nyugodtan készüljek el. A ruhán pedig ne aggódjak, hiszen úgyis félhomály lesz és rongyra táncoljuk majd a lábunkat. Azt vegyem fel, amiben kényelmesen jól tudom magam érezni. Hát jól tettem, hogy felhívtam. Már a beszélgetés alatt nyugodtabb lettem és úgy is csináltam, ahogyan mondta. Ez a nő biztos tud valamit, mert igaza lett. Az illatos fürdő után már egészen másképp láttam a világot. Így nyugodtan, gondolataimat összeszedve tudtam elkészülni. Odaérve azt hittem elájulok a nagy terem és az óriási színpad láttán. (De amikor bejöttek a vendégek, már nem is volt olyan nagy a terem, és amikor felálltunk a színpadra, majdnem az is kicsi volt!) A meglepetés torta nagyon aranyos volt a Mártitól. Mi már akkor elkezdük az ünnepünket. Még az egészségünkre is koccintottunk. Az öltözőben fokozhatatlannak tűnt az izgalom. Többen szaladgáltak fel és alá, hogy keressenek valakit, aki kisminkeli őket, vagy kicsillámozza őket. A csoport nagy sminkese az Anita, a csillámozója pedig a Kittike. Aztán az egymás öltöztetése és fodrászkodása is vitte az időt. Úgy éreztem, hogy az a másfél óra, amit cicomára szántunk, alig volt pár perc. Nagy lett a rémület, amikor a Márti mosolyogva betorpant, és azt mondta: „Babák kezdünk!” 1-2 másodperc teljes csöndet őrült sipákolásos hangzavar követett. De ez már jó érzés volt. Többen összeöleleztünk, megszorítottuk egymás kezét, és elindultunk kifelé. Ekkor döbbsentem meg igazán. Az a rengeteg ember! És ők mind ránk kíváncsiak! Aztán elkezdődtek a beszédek. Nagyon megható volt. Láttam, hogy a nézők közül is többen meghatódtak, könnyeztek. Mindenki túlszárnyalta önmagát a teljesítményében! Mindenki gyönyörű volt! Minden gyönyörű volt! És NEKÜNK!”

„Csak szavakat írnék, mert még mindig a hatása alatt vagyok!!! VARÁZSLAT, FÉNY, CSILLOGÁS, SZERETET, BOLDOGSÁG, KÖSZÖNET, HÁLA”

„Már több kisebb fellépésünkön részt vettem, ezért azt gondoltam ez is olyan lesz. De azokhoz képest a közelében sincs ez az érzés. Már az előzetes próbák keddenként izgalommal töltenek el bennünket. A „különórák” azokkal a lányokkal, akikkel együtt táncoljuk a SAJÁT koreográfiánkat feledhetetlen élmény. Mindig másnál futottunk össze, aztán több órás csevegés után kezdtük el a táncot. Mivel elbeszélgettük, elnevetgéltük az időt, ezért alig maradt idő a táncra, amiért végül is összegyűltünk. Így hát sokat beszéltünk, nevtünk, ettünk-ittunk és keveset táncoltunk mondhatni hetekig. A koreográfiát is megszenvedtük, mert mindig más jutott eszünkben – látván a többiek táncát. Aztán ahogy közeledett a nagy nap, erőt vettünk magunkon, mivel nem kerülhetünk szégyenbe. Végül is az utolsó napokban jutottunk el odáig, hogy teljes erőnkkel csak a táncra koncentráltunk. Nehéz volt! Az estre mindenkit meghívtam. Családot, barátokat, szomszédokat. Így sok embernek megmutathattam „miből lesz a cserebogár”... Fontos volt ez számomra, mert ezt az éneket ők még nem látták, nem ismerték – valójában még én sem. Én a szép ruhámba, csillámos testemmel, fent a színpadon a fényekben. Én szépnek láttam magam, de ami lényeg – mások is. A táncunk nagyon jól sikerült, szinte rontás nélkül. Nagy tapsot kaptunk. Jó volt az asztalainkhoz nézni onnan fönről, láttam, ahogy mosolyognak és tapsolnak NEKEM, NEKÜNK a szeretteim, barátaim. A vacsora nagyon jó volt, Mártika finomat rendelt nekünk. A discóban mindenki velem akart táncolni. A sógorom azt mondta, hogy most már bánja, hogy nem engem vett el... Vicces volt! Mit éreztem ott? Csak szavakkal: SZÉPSÉG, BOLDOGSÁG, SZERETET, HÁLA!”

8. melléklet

A vizsgálati minta jellemzése családi állapot és munkaidő alapján a két mérés alkalmával

Az első és második felmérés eredményei		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
		<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Családi állapot 1	házas/élettárs	30	54,55	43	72,88
	özvegy	1	1,82	6	10,17
	hajadon	3	5,45	0	0,00
	elvált	21	38,18	10	16,95
Családi állapot 2	házas/élettárs	32	58,18	42	71,19
	özvegy	1	1,82	6	10,17
	hajadon	3	5,45	0	0,00
	elvált	19	34,55	11	18,64
Munkaidő 1	nem dolgozik	15	27,27	31	52,54
	alkalmi munka	7	12,73	0	0,00
	részmunkaidő	7	12,73	5	8,47
	főállás	26	47,27	23	38,98
Munkaidő 2	nem dolgozik	16	29,09	28	47,46
	alkalmi munka	7	12,73	2	3,39
	részmunkaidő	5	9,09	7	11,86
	főállás	27	49,09	22	37,29

9. melléklet

A standard kérdőíveken felvett csoportátlagok egyenlőségét tesztelő t-próbák részletei

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i> <i>(2-tailed)</i>	<i>Mean</i> <i>Difference</i>	<i>Std. Error</i> <i>Difference</i>
EORTC 1. mérés	- 3,23	112	,002	- 6,86	2,13
EORTC 2. mérés	- 5,09	77,04	,000	- 8,01	1,57
F-SoZu 1. mérés	5,71	97,65	,000	7,81	1,37
F-SoZu 2. mérés	9,68	66,04	,000	13,66	1,41
CAMPBELL 1. mérés	4,98	112	,000	8,94	1,80
CAMPBELL 2. mérés	7,29	110,70	,000	14,50	1,99

10. melléklet

„Rendszeresen szedett fájdalomcsillapító” Khí-négyzet próba részletei

Fájdalomcsillapító			
Khí-négyzet próba részletei – az első méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	9,38	3	0,02
<i>Likelihood Ratio</i>	10,20	3	0,02
<i>Linear-by-Linear Association</i>	1,78	1	0,18
<i>N of Valid Cases</i>	114		
2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48			

Fájdalomcsillapító			
Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	9,12	2	0,01
<i>Likelihood Ratio</i>	12,59	2	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	0,55	1	0,46
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,34			

11. melléklet

„Rendszeresen szedett pszichés állapotjavító gyógyszerek” Khí-négyzet próba részletei

Pszichés állapotjavító gyógyszerek			
Khí-négyzet próba részletei – az első méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	6,37	2	0,04
<i>Likelihood Ratio</i>	8,68	2	0,01
<i>Linear-by-Linear Association</i>	2,36	1	0,12
<i>N of Valid Cases</i>	114		
2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48			

Pszichés állapotjavító gyógyszerek			
Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	31,59	3	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	37,58	3	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	28,76	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48			

12. melléklet

„A kórházi kezelések során ellátták Önt információkkal az alábbiakkal kapcsolatban?” – kérdésre adott válaszok az első felmérés alapján

Értesültség rehabilitációs információkról		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Összesen	
		Fő	%	Fő	%	Fő	%
Kezelés szükségessége	<i>igen</i>	48	87,27	57	96,61	105	91,94
	<i>nem</i>	7	12,73	2	3,39	9	8,06
Gyógyszereszedési tanácsok	<i>igen</i>	41	74,55	48	81,36	89	77,96
	<i>nem</i>	14	25,45	11	18,64	25	22,05
Betegség kimenetele	<i>igen</i>	27	49,09	33	55,93	60	52,51
	<i>nem</i>	28	50,91	26	44,07	54	47,49
Testi rehabilitáció	<i>igen</i>	15	27,27	25	42,37	40	34,82
	<i>nem</i>	40	72,73	34	57,63	74	65,18
Táplálkozási tanácsok	<i>igen</i>	16	29,09	23	38,98	39	34,04
	<i>nem</i>	39	70,91	36	61,02	75	65,97
Pszichés tanácsadás	<i>igen</i>	6	10,91	10	16,95	16	13,93
	<i>nem</i>	49	89,09	49	83,05	98	86,07
Szexualitás kérdései	<i>igen</i>	3	5,45	4	6,78	7	6,12
	<i>nem</i>	52	94,55	55	93,22	107	93,89

13. melléklet

A saját tesztbatéria társas közeggel kapcsolatos kérdéseinek eredményei		Rehabilitációs csoport %	Kontrollcsoport %
1.80. Diagnózisközlés óta miként közelednek Ön felé az emberek?	Kerülik	1,8	4,55
	Sajnálják	27	21,02
	Kedvesebbek	28,8	12,5
	Bátorítják	7,21	35,8
	Ugyanúgy mint korábban	35,1	26,14
1.83. Környezete hogy reagált a kezdeti panaszokra?	Biztatták	52,3	65,34
	Nem komoly a baj	4,5	3,98
	Nem mondta el nekik	36	15,34
	Nem szóltak bele mit tegyen	7,21	15,34
1.96. Házastársa hogy reagált a betegségére	Megértő volt	27,03	35,23
	Elkísérte a vizsgálatokra	5,41	7,39
	Nem kísérte el	0,00	1,14
	Elutasító volt	15,32	0,00
	Szorongott	10,81	14,77
	Nem érdekelte a betegség	1,80	0,57
	Ugyanúgy mint korábban	14,41	15,91
	Nincs párkapcsolat	25,23	25,00
1.97. Párkapcsolata milyen mértékben segíti gyógyulásban	Nincs párkapcsolat	28,83	27,27
	Egyáltalán nem	6,31	2,27
	Kis mértékben	11,71	7,95
	Nagymértékben	19,82	14,77
	Teljesen	33,33	47,73
1.102. Kik tudnak a betegségről	Szűk család	19,82	44,32
	Senki előtt nem titok	80,18	55,11
	Szomszédok	0,00	0,57

14. melléklet

„8.13. Mennyire fontos az Ön életében a csoport (klub)?”

Klub fontossága	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrolcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrolcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	12	21,82	13	22,03	0	0	28	47
2	5	9,09	3	5,08	0	0	13	22
3	7	12,73	12	20,34	0	0	10	17
4	9	16,36	7	11,86	1	2	8	14
5	22	40,00	24	40,68	54	98	0	0

A klub fontosságának Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	110,44	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	151,62	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	88,70	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,34.			

15. melléklet

A két mintacsoport BMI értéke a felmérések alaklmával, és a kategóriák eloszlása

BMI 1. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Összesen	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Alultáplált	3	5,5	1	1,7	4	3,5
Egészséges	28	50,9	32	54,2	60	52,6
Túlsúlyos	19	34,5	21	35,6	40	35,1
Elhízott	4	7,3	4	6,8	8	7,0
Súlyosn elhízott	1	1,8	1	1,7	2	1,8
BMI 2. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Összesen	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Alultáplált	3	5,5	5	8,5	8	7,0
Egészséges	29	52,7	29	49,2	58	50,9
Túlsúlyos	19	34,5	20	33,9	39	34,2
Elhízott	3	5,5	4	6,8	7	6,1
Súlyosan elhízott	1	1,8	1	1,7	2	1,8

BMI-ben beállt változás	Átlag	Szórás
Rehabilitációs csoport	0,04	0,19
Kontrollcsoport	0,08	0,28

16. melléklet

„1.15. Testsúlyára vonatkozóan úgy érzi, hogy...” – A két mintacsoport saját testtömegének szubjektív megítélése az első és a második mérés alkalmával

Testtömeg szubjektív értékelése 1. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Összesen	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Nagyon sovány	2	3,64	1	1,69	3	2,63
Kicsit sovány	2	3,64	0	0,00	2	1,75
Megfelelő	23	41,82	30	50,85	53	46,49
Kicsit túlsúlyos	20	36,36	22	37,29	42	36,84
Nagyon túlsúlyos	8	14,55	6	10,17	14	12,28
Testtömeg szubjektív értékelése 2. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Összesen	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Nagyon sovány	2	3,64	2	3,39	4	3,51
Kicsit sovány	3	5,45	3	5,08	6	5,26
Megfelelő	30	54,55	29	49,15	59	51,75
Kicsit túlsúlyos	15	27,27	20	33,90	35	30,70
Nagyon túlsúlyos	5	9,09	5	8,47	10	8,77

A testtömeg szubjektív megítélésében beállt változás	Átlag	Szórás
Rehabilitációs csoport	0,22	0,42
Kontrollcsoport	0,15	0,58

17. melléklet

„1.16. Mennyire elégedett az alakjával?”

Alakkal való elégedettség 2. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
nem elégedett	4	3,64	11	9,32
kicsit elégedett	7	6,36	12	10,17
elégedett is meg nem is	8	7,27	28	23,73
elégedett	36	32,73	8	6,78
összesen	55	100	59	100

Alakkal való elégedettség változása	Átlag	Szórás
Rehabilitációs csoport	-,56	,76
Kontrollcsoport	,07	,64

18. melléklet

„1.17. Mennyire számít Önnek, hogy mások mit gondolnak az alakjáról?”

1. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
nem érdekel	6	10,91	19	32,20
kicsit érdekel	9	16,36	15	25,42
érdekel is meg nem is	16	29,09	12	20,34
érdekel	24	43,64	13	22,03
nagyon érdekel	0	0	0	0
2. mérés	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
nem érdekel	2	3,64	19	32,20
kicsit érdekel	6	10,91	10	16,95
érdekel is meg nem is	9	16,36	22	37,29
érdekel	36	65,45	8	13,56
nagyon érdekel	2	3,64	0	0,00

Mások általi megítélés fontosságában beállt változás mértéke	Átlag	Szórás
Rehabilitációs csoport	-0,49	0,81
Kontrollcsoport	0,00	0,49

19. melléklet

„8.1. Tükörbe nézéskor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát?”

8.1. Tükör - reggel	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	6	10,91	5	8,47	0	0	14	24
2	6	10,91	5	8,47	0	0	12	20
3	24	43,64	29	49,15	16	29	23	39
4	18	32,73	20	33,90	39	71	10	17
5	0	0	0	0	0	0	0	0

8.1. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	44,33	3	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	55,51	3	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	41,00	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114		
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,79.			

20. melléklet

„8.2. Tükörbe nézéskor este mennyire elégedett azzal, amit lát?”

8.2. Tükör - este	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	5	9,09	5	8,47	0	0	11	19
2	3	5,45	5	8,47	0	0	9	15
3	23	41,82	25	42,37	9	16	26	44
4	20	36,36	20	33,90	33	60	13	22
5	4	7,27	4	6,78	13	24	0	0

8.2. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	49,87	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	63,22	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	44,81	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114		
2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,34.			

21. melléklet

„ 8.3. Mennyire fontos az Ön számára a zene?”

8.3. Fontos a zene	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>
1	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0
2	0	0,00	1	1,69	0	0	2	3
3	5	9,09	8	13,56	0	0	15	25
4	13	23,64	16	27,12	8	15	20	34
5	37	67,27	34	57,63	47	85	22	37

8.3. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	31,10	3	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	38,01	3	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	29,65	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114		
2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.			

22. melléklet

„8.4. Mennyire fontos az Ön számára a tánc?”

8.4. Fontos a tánc	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>	<i>Fő</i>	<i>%</i>
1	7	12,73	8	13,56	0	0	22	37
2	9	16,36	8	13,56	0	0	14	24
3	4	7,27	8	13,56	0	0	11	19
4	9	16,36	10	16,95	4	7	10	17
5	26	47,27	25	42,37	51	93	2	3

8.4. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	94,85	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	124,11	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	78,10	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,31.			

23. melléklet

„8.5. Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés?”

8.5. Fontos az öltözködés	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	3	5,45	1	1,69	0	0	4	7
2	3	5,45	3	5,08	0	0	11	19
3	12	21,82	18	30,51	3	5	25	42
4	23	41,82	21	35,59	20	36	13	22
5	14	25,45	16	27,12	32	58	6	10

8.5. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	51,48	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	61,43	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	46,38	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,93.			

24. melléklet

„8.6. Ön divatosan öltözik?”

8.6. Ön divatosan öltözködik?	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Igen	29	52,73	31	52,54	49	89	17	29
Nem	26	47,27	27	45,76	6	11	42	71

8.6. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor					
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>	<i>Exact Sig. (2-sided)</i>	<i>Exact Sig. (1-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	42,43	1	0,00		
<i>Continuity Correction(a)</i>	39,99	1	0,00		
<i>Likelihood Ratio</i>	46,42	1	0,00		
<i>Fisher's Exact Test</i>				0,00	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	42,05	1	0,00		
<i>N of Valid Cases</i>	114,00				
a Computed only for a 2x2 table					
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,16.					

25. melléklet

„8.7. Milyen színű ruhákat hord manapság szívesen?”

8.7. Milyen színű ruhákat hord manapság szívesen?	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Rikító, világos, harsány színeket kedvelem	3	5,45	3	5,08	6	11	0	0
Világos színeket kedvelem	6	10,91	6	10,17	9	16	2	3
Sötét színeket kedvelem	8	14,55	8	13,56	0	0	13	22
Keverem a színeket	38	69,09	42	71,19	40	73	44	75

8.7. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	23,53	3	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	31,21	3	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	5,00	1	0,03
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,89.			

26. melléklet

„8.8. Milyen az öltözködési stílusa?”

8.8. Milyen az öltözködési stílusa?	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
Fiatalos, szexi	11	20,00	12	20,34	26	47	5	8
Sportos	11	20,00	11	18,64	4	7	18	31
Konzervatív – kosztüm	12	21,82	16	27,12	16	29	13	2
Nincs kimondott stílusom, ami a kezembe akad	21	38,18	20	33,90	9	16	23	39

8.8. Khí-négyzet próba részletei – a második mérés			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	29,47	3	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	31,73	3	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	12,35	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,61.			

27. melléklet

„8.9. Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását?”

8.9. Szexuális kisugárzás	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	12	21,82	9	15,25	0	0	25	42
2	7	12,73	8	13,56	1	2	12	20
3	17	30,91	25	42,37	9	16	16	27
4	15	27,27	11	18,64	26	47	6	10
5	4	7,27	6	10,17	19	35	0	0

8.9. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	67,71	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	87,29	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	63,98	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,27.			

28. melléklet

„8.10. Mennyire elégedett az életével most?”

8.10. Elégedett az életével most?	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	3	5,45	0	0,00	0	0	2	3
2	4	7,27	6	10,17	0	0	10	17
3	22	40,00	15	25,42	4	7	27	46
4	22	40,00	27	45,76	23	42	20	34
5	4	7,27	11	18,64	28	51	0	0

8.10. Kí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	57,20	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	74,65	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	52,27	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.			

29. melléklet

„8.11. Mennyire tartja boldognak saját magát?”

8.11. Mennyire tartja boldognak saját magát?	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport		Rehabilitációs csoport		Kontrollcsoport	
	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%	<i>Fő</i>	%
1	4	7,27	0	0,00	0	0	2	3
2	1	1,82	3	5,08	0	0	4	7
3	13	23,64	14	23,73	3	5	29	49
4	30	54,55	29	49,15	28	51	20	34
5	7	12,73	13	22,03	24	44	4	7

8.11. Khí-négyzet próba részletei – a második méréskor			
	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>
<i>Pearson Chi-Square</i>	42,66	4	0,00
<i>Likelihood Ratio</i>	49,82	4	0,00
<i>Linear-by-Linear Association</i>	38,37	1	0,00
<i>N of Valid Cases</i>	114,00		
4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.			

30. melléklet

A 8. Kérdőív intervallum változóin elért értékek a minta alcsoportjaiban az első méréskor	Rehabilitációs csoport				Kontrollcsoport			
	Átlag	Szórás	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Min.	Max.
Tükörbe nézéskor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát?	3,04	0,98	1	5	3,08	0,88	1	4
Tükörbe nézéskor este mennyire elégedett azzal, amit lát?	3,27	1,01	1	5	3,22	1,00	1	5
Mennyire fontos az Ön számára a zene?	4,58	0,66	3	5	4,41	0,79	2	5
Mennyire fontos az Ön számára a tánc?	3,69	1,51	1	5	3,61	1,49	1	5
Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés?	3,76	1,07	1	5	3,81	0,96	1	5
Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását?	2,85	1,25	1	5	2,95	1,17	1	5
Mennyire elégedett az életével most?	3,36	0,93	1	5	3,73	0,89	2	5
Mennyire tartja boldognak saját magát?	3,64	0,99	1	5	3,88	0,81	2	5
Mennyire fontos az Ön életében a csoport (a klub)?	3,44	1,61	1	5	3,44	1,59	1	5
Hogy érzi magát testileg a hastánc óra előtt?	3,42	0,63	2	4				
Hogy érzi magát testileg a hastánc óra után?	4,93	0,26	4	5				
Hogy érzi magát lelkileg a hastánc óra előtt?	3,78	0,60	2	5				
Hogy érzi magát lelkileg a hastánc óra után?	5,00	0,00	5	5				

31. melléklet

A 8. Kérdőív intervallum változóin elért értékek a minta alcsoportjaiban a második méréskor	Rehabilitációs csoport				Kontrollcsoport			
	Átlag	Szórás	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Min.	Max.
Tükörbe nézéskor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát?	3,71	0,46	3	4,00	2,49	1,04	1	4
Tükörbe nézéskor este mennyire elégedett azzal, amit lát?	4,07	0,63	3	5,00	2,69	1,02	1	4
Mennyire fontos az Ön számára a zene?	4,85	0,36	4	5,00	4,05	0,88	2	5
Mennyire fontos az Ön számára a tánc?	4,93	0,26	4	5,00	2,25	1,23	1	5
Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés?	4,53	0,60	3	5,00	3,10	1,05	1	5
Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását?	4,15	0,76	2	5,00	2,05	1,06	1	4
Mennyire elégedett az életével most?	4,44	0,63	3	5,00	3,10	0,80	1	4
Mennyire tartja boldognak saját magát?	4,38	0,59	3	5,00	3,34	0,84	1	5
Mennyire fontos az Ön életében a csoport (a klub)?	4,98	0,13	4	5,00	1,97	1,10	1	4
Hogy érzi magát testileg a hastánc óra előtt?	3,60	0,53	2	4,00				
Hogy érzi magát testileg a hastánc óra után?	4,98	0,13	4	5,00				
Hogy érzi magát lelkileg a hastánc óra előtt?	3,93	0,54	3	5,00				
Hogy érzi magát lelkileg a hastánc óra után?	5,00	0,00	5	5,00				

32. melléklet

Az első és második mérésakor felvett pontszámok eltérőségének szignifikanciáját tesztelő t-próba eredményei

Első mérésakor:			
	t	df	Sig.(2-tailed)
Tükörbe nézésakor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát?	-0,28	112	0,78
Tükörbe nézésakor este mennyire elégedett azzal, amit lát?	0,28	112	0,78
Mennyire fontos az Ön számára a zene?	1,28	112	0,20
Mennyire fontos az Ön számára a tánc?	0,29	112	0,77
Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés?	-0,26	112	0,79
Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását?	-0,42	112	0,68
Mennyire elégedett az életével most?	-2,15	112	0,03
Mennyire tartja boldognak saját magát?	-1,45	112	0,15
Mennyire fontos az Ön életében a csoport (a klub)?	-0,01	112	0,99
Második mérésakor			
	t	df	Sig. (2-tailed)
Tükörbe nézésakor reggel mennyire elégedett azzal, amit lát?	7,99	112	0,00
Tükörbe nézésakor este mennyire elégedett azzal, amit lát?	8,58	112	0,00
Mennyire fontos az Ön számára a zene?	6,31	112	0,00
Mennyire fontos az Ön számára a tánc?	15,83	112	0,00
Mennyire fontos az Ön számára az öltözködés?	8,83	112	0,00
Hogyan értékeli a szexuális kisugárzását?	12,09	112	0,00
Mennyire elégedett az életével most?	9,82	112	0,00
Mennyire tartja boldognak saját magát?	7,59	112	0,00
Mennyire fontos az Ön életében a csoport (a klub)?	20,22	112	0,00

33. melléklet

8. Kérdőív - A két alcsoport intervallum skálákat képező itemeken felvett átlagainak egyenlőségét tesztelő t-próba részletei		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>Mean Difference</i>	<i>Std. Error Difference</i>
		<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	<i>Lower</i>
8.1	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	8,18	80,91	0,00	1,22	0,15
8.2	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	8,72	97,90	0,00	1,38	0,16
8.3	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	6,47	77,59	0,00	0,80	0,12
8.4	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	16,35	63,66	0,00	2,67	0,16
8.5	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	8,99	94,04	0,00	1,43	0,16
8.9	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	12,23	105,08	0,00	2,09	0,17
8.10	Feltételezve az egyenlő varianciát	9,82	112	0,00	1,33	0,14
8.11	Feltételezve az egyenlő varianciát	7,59	112	0,00	1,04	0,14
8.13	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	20,93	59,87	0,00	3,02	0,14
8.16	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	35,84	111,11	0,00	3,53	0,10
8.17	Feltételezve az egyenlő varianciát	54,69	112	0,00	4,90	0,09
8.19	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	38,82	110,76	0,00	3,86	0,10
8.20	Nem feltételezve az egyenlő varianciát	58,00	58	0,00	4,92	0,08

34. melléklet

Tartalmi kódok gyakorisága, előfordulási sorrendjében

TARTALMI KÓDOK – megjelenő kategóriák	<i>db</i>	<i>mondat %</i>
Társas élmény	591	19,49%
Én	399	13,16%
Teljesítmény	324	10,68%
Kellék	201	6,63%
Kettős	177	5,84%
Társas támogatás – Példakép	141	4,65%
Beteg	123	4,06%
Társas támogatás – érzelmi	111	3,66%
Társas figyelem	93	3,07%
Módosult tudatállapot	81	2,67%
Nő	72	2,37%
Köszönet	63	2,08%
Meghatározó	51	1,68%
Gyógyul	39	1,29%
Társas támogatás – integráció	33	1,09%
Szabad	24	0,79%
Társas támogatás – információ, tanítás	15	0,49%
Társas támogatás – praktikus	9	0,30%
Spirituális	6	0,20%

35. melléklet

Százsorszép Hastánc Klub



A Klub tagjai írásban nyilatkoztak és engedélyezték az arcképük felhasználását.

36. melléklet

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott

név: Szalai Márta

születési név: Bogyai Márta

anyja neve: Horváth Márta Zsuzsanna

születési hely, idő: Dunaújváros, 1971. október 04.

Orientális tánc, mint holisztikus onkológiai rehabilitációs módszer című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola Reprodukciós Egészségtudomány Programjához (PR-5).

Témavezető neve: Prof. Dr. Bódis József

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2014. augusztus 11.

.....
doktorjelölt aláírása