

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

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

**Szalai Márta**



Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Prof. Dr. Bódis József

Témavezető: Prof. Dr. Bódis József

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

Pécs, 2014



## 1. BEVEZETÉS

A nemzetközi és hazai statisztikai adatokat megvizsgálva, a rosszindulatú daganatos megbetegedések és azok miatti halálozások aránya igen magas. A daganatos megbetegedés miatt rokkantossított betegek száma – a szigorú szabályozás ellenére is – évről évre nő. Sok esetben, a hosszú távú rehabilitációs programok preventívek lennének a rokkantság kialakulásában. Az onkológiai betegek rehabilitációjának lehetőségei hazánkban még korlátozott. Többségében csak a kórházi benntartózkodás idején megoldott, a szervezett intézményi ellátásból kikerülve a betegek nagy része magára marad és saját igényeinek-, hozzáférési lehetőségeinek megfelelően keresnek segítséget illetve rehabilitációs szolgáltatást.

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.

A szakirodalmakban ismertetett kutatásokból kitűnik, hogy a szakterületre vonatkoztatható holisztikus szemléletű rehabilitációs módszerek lehetősége terjedelmes, és bizonyítottan eredményes. Kreatív rehabilitációs programok bizonyítottan pozitív hatással lehetnek a páciensek 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 hastáncsal olyan pozitív hatásokkal lehet számolni, mint a nőiesség érzésének erősítése; a belső spiritualitás újralfedezése; a test megerősítése és a stressz csökkentése. Nincs edzésjellege, mégis ugyanazokat az előnyöket kínálja, mint a többi mozgásforma. Ez a fajta tánc nincs életkorhoz és testalkathoz kötve. Nem utolsó sorban fontos kiemelni, hogy nem társastánc, így nem kell hozzá pár – az egyedülállók is örömeiket lelhetik benne.

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, és a pozitív hatás kialakulásában 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.

## **2. CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK**

*A vizsgálat célja* volt feltárni az onkológia területén alkalmazható holisztikus szemléletű rehabilitációs lehetőségeket/módszereket, melyek segítik a betegek gyógyulását. Cél volt továbbá bizonyítani, hogy az orientális tánc alkalmas az onkológiai nő páciensek rehabilitációjára. Mivel kutatásomban a feltárás és bizonyítás egyaránt célt volt, kvalitatív és kvantitatív módszerek ötvözését találtam megfelelőnek a longitudinális vizsgálatban, amelyek kimutathatják a vizsgált személyek életminőségének, társas támogatásának és az étellel való elégedettségének változásait.

*A vizsgálat hipotézisei:*

1. Feltételezem, hogy a rehabilitációs csoportban magasabb lesz az életminőség, az egészséggel kapcsolatos jóllét, mint a kontrollcsoportban. Továbbá feltételezem, hogy a változás mértéke a két mérés között is nagyobb lesz a rehabilitációs csoportban, mint a kontrollcsoportban.
2. Feltételezem, hogy a rehabilitációs csoportban magasabb lesz a megélt társas támogatottság szintje, mint a kontrollcsoportban. Továbbá feltételezem, hogy a változás mértéke a két mérés között is nagyobb lesz a rehabilitációs csoportban, mint a kontrollcsoportban.
3. Feltételezem, hogy a rehabilitációs csoportban magasabb lesz az általános lelki jóllét, az étellel való elégedettség, mint a kontrollcsoportban. Továbbá feltételezem, hogy a változás mértéke a két mérés között is nagyobb lesz a rehabilitációs csoportban, mint a kontrollcsoportban.

### 3. VIZSGÁLATI MINTA ÉS MÓDSZEREK

A vizsgálatba a Százszorszép Hastánc Klub tagjai kerültek, valamint a vizsgálat kontrollcsoportját az Országos Onkológiai Intézetten keresztül értük el. 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 elemzésbe csupán azok a betegek kerültek be, akik az adatfelvétel mindkét alkalomával kitöltötték a tesztbatériát (össz.: 114 fő).

A kvantitatív vizsgálatához három nemzetközileg validált-, és egy saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztam. Az életminőséget a hazai és a nemzetközi vizsgálatokban rákbeteg páciensek körében preferált kérdőívvel, az EORTC – QLQ – C30-al mértem fel. A kérdőív 30 kérdése kiterjed 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. A társas támogatottságot az F-SoZu kérdőívvel mértem, mely rövidített 14 ítemes 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. Az életelégedettség vizsgálatára a Campbell-féle Élettel Való Elégedettség kérdőívet használtam fel. A saját szerkesztésű kérdőívvel a fenti nemzetközi kérdőíveket még egyéb kérdésekkel kiegészítettem, melyek a nőkre fókuszálnak, valamint olyan mutatókra adhatnak választ, melyeket ezek a kérdőívek nem taglálnak.

A statisztikai feldolgozás Windows SPSS 20.0 statisztikai programcsomaggal történt. Leíró statisztikát, függetlenmintás t-próbát,  $\text{Khí}^2$  próbát és varianciaanalízist végeztünk. A szignifikancia szintet  $p < 0,05$  szinten határoztuk meg. A minta illesztettségét független mintás t-próbával, illetve Pearson-féle  $\text{Khí}^2$  próbával teszteltük. A skálák megbízhatóságának tesztelésére item-totál korrelációt és Kolmogorov-Smirnov féle normalitás vizsgálatot végeztünk. A határt úgy húztuk meg, hogy a Cronbach  $\alpha$  értékét 0,6 és 0,9 között tekintettük megfelelőnek. A nem intervallum változókkal dolgozó skálák megbízhatóságát – vagyis a normális eloszláshoz való hasonlóságát –  $\text{Khí}^2$  próbával teszteltük.

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 tartalomelemzéshez a Klub tagjainak három rövid (max. egy A/4-es

oldal hosszú) „sajátélmény” esszét kellett beadni („Az első hastáncóra élménye”; „A legjobb hastáncórám élménye”; „A jubileumi est élménye”). A kódolást követően ún. „Boolean operátorok” segítségével végeztünk elemzéseket, amelyek kimutatták a kódok előfordulásának, illetve átfedésének gyakoriságát. A tartalomelemzést Atlas.ti program segítségével végeztük.

#### **4. EREDMÉNYEK**

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 és betegség stádium alapján. Az eredményekben nincs szignifikáns eltérés, de a minta ebben az esetben is statisztikailag homogénnek mondható.

A 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 a felsőoktatásban végzett (43,6%), míg a kontroll csoportban nagyobb az alacsonyabb iskolai végzettség szint aránya. *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. *Munkaidő* szempontjából a rehabilitációs csoport nagyobb része dolgozik főállásban (47%-uk a kontrollcsoport 39%-ához képest) és csak kisebb részük nem dolgozik (27%-uk a kontrollcsoport 53%-ához képest). A második vizsgálatban jelentősebb eltérést a munkaidőben találtunk. 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 alakalmi-, illetve részdős munkát.

#### **Életminőség vizsgálatának eredményei**

Az EORTC-QLQ-C30 kérdőív felméréséből kitűnt, hogy a rehabilitációs csoportnak már az első mérésakor kevesebb negatív tünetük volt és ez a különbség fennmarad a második mérésakor is. Eredményként azt kaptuk, hogy mindkét mérésakor 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.

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 *karödémában* az első méréskor nem volt szignifikáns a különbség, de a követéses vizsgálatnál a második méréskor már szignifikáns értéket kaptunk ( $p < 0,05$ ). A csoportokon belüli beállt pozitív 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. A *mozgáskorlátozottság* alakulása a rehabilitációs csoporton belüli beállt pozitív változás szignifikáns ( $p < 0,05$ ) a két mérés között. A kontrollcsoport csoporton belüli negatív változás mértéke is szignifikanciát mutatott  $p < 0,05$  szinten. Az első mérésnél a két csoport összehasonlításánál nem tudtunk szignifikáns eltérést kimutatni, de a második méréskor  $p < 0,01$  szinten igen. A *fájdalomcsillapítók* fogyasztása a fentieket tükrözően alakult. Az első felmérés alapján mindkét csoporton belül beállt változás mértéke a két vizsgálat között szignifikáns ( $p < 0,05$ ). A csoportok között az első méréskor  $p < 0,05$ ; a második méréskor  $p < 0,01$  szinten tudtunk kimutatni szignifikáns eltérést. A kontrollcsoportban többen szedtek rendszeresen fájdalomcsillapítót. A *rendszeresen szedett pszichés állapotjavító szerek* tekintetében eredményként azt kaptuk, hogy az első mérésben a csoportok között a szignifikáns különbség  $p < 0,05$ , a második mérésnél  $p < 0,01$ . A csoportokon belüli változás a kontrollcsoportban volt  $p < 0,01$  szinten szignifikáns, miszerint többen szorultak rá a szorongáscsökkentő-, nyugtató gyógyszerekre. Felmértük, hogy a *rehabilitáció* folyamata milyen szinten érvényesül *az egészségügyi rendszerben*, a pácienseket bizonyos alapvető kérdésekben ellátták-e elegendő felvilágosítással a kezeléseik során. A gyógyszeresedési 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.

### **Társas támogatás vizsgálatának eredményei**

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.

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  $\chi^2$  próbával teszteltük. Az eltérés a két csoport között majd' minden esetben szignifikáns ( $p < 0,05$ ). A párkapcsolat gyógyulást segítő mértékének vizsgálatában nem volt szignifikáns az eltérés. A csoporthoz/klubhoz való tartozás fontosságának megítélésében nagy változás történt. 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 ( $p < 0,01$ ), azaz a rehabilitációs csoportnak nagyon fontos a klubhoz való tartozás, míg a kontrollcsoport tagjainak számára ez minimalizálódott, vagy teljesen lényegét veszítette egy év alatt.

### **Életelégedettség vizsgálatának eredményei**

A Campbell-féle étellel való elégedettség vizsgálatban 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 ( $p < 0,01$ ).

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. Az önképre vonatkozóan, hogy



mennyire *elégedett az alakjával* azt kaptuk, hogy az első mérés alkalmával nem tudunk 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. 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. Az 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. Azt az eredményt kaptuk, hogy a két mérés között a rehabilitációs csoport és a kontrollcsoport egyaránt  $p < 001$  szinten szignifikáns változást mutatott. A nők életében hangsúlyosabb a *zene és a tánc kedvelése*, ezért ezek alakulását is felmértük. Mindkét esetben az első felmérés alkalmával kapott eredmények alapján nincs szignifikáns eltérés, a második felmérésnél  $p < 0,01$  szignifikancia eltérést tudtunk kimutatni a rehabilitációs és a kontrollcsoport között. A rehabilitációs csoportban ez a két tényező sokkal fontosabb lett a mindennapjaikban. A csoportokon belüli beállt változás a két mérés között  $p < 0,01$  szinten szignifikáns. A nők életében fontos szerepe van az *öltözködésnek*, és a Klubban is megfigyeltem, hogy ez egy idő után megváltozik. Abban a kérdésben, hogy mennyire fontos az életükben az öltözködés és a divat, a második mérésnél  $p < 0,01$  szignifikancia szintet mutattunk ki, és a csoportokon belül beállt változás is  $p < 0,01$ . A rehabilitációs csoportban ennek a jelentősége nőtt, míg a kontrollcsoport számára ez jelentéktelenné vált. A személyek

által megélt *szexuális kisugárzás* eredményeiben az első vizsgálat alkalmával nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni. A kérdés válaszainak sorrendisége is azonos volt a csoportok között. 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. Arra a kérdésre, hogy *mennyire elégedett az életével*, illetve *mennyire tartja magát boldognak* jelen pillanatban, azt kaptuk, hogy az első méréskor nem volt jelentős különbség, de a második mérés alkalmával a két csoport között és a csoportokon belüli változás is  $p < 0,01$  szinten változott. A rehabilitációs csoport elégedettebb lett, míg a kontrollcsoport elégedetlenebb.

### **A vizsgálat kvalitatív eredményei**

A szövegek tartalmát több típusú kategória szerint kódoltuk: jeleztük az *idősíkot*, amire vonatkoztak (pl. a Százaszorszép Klubtagság előtti időszak, a hastánc közben megélt élmények vagy arra, ami tánc után vagy annak következtében történt); jeleztük *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.

Az élményeket a válaszadók önkéntelenül is narratívába szerkesztették, vagyis megadták az előzményeit – legtöbbször a kontraszt érzékeltetése érdekében – és röviden megemlítették az élményt követő élményeiket, illetve az egyszeri vagy rendszeres hastáncból fakadó következményeket. Fontos volt meghatároznunk, 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. A hastáncot megelőző időszak túlnyomórészt negatívan van leírva. A táncot követő időszak, illetve annak következményei pedig egyértelműen pozitívak. Az élményt és a következményeit leíró szövegek gazdagok érzelm leírásban, míg a megelőző időszak

érzelmeiről kevés szó esik. Ezt a mutatót az *életelégedettség*ben beállt pozitív változás támasztja alá.

A betegség a tánc előtt sokszor szerepel, általában negatív felhanggal. Később történik egy váltás, és innentől kezdve a betegség egyben pozitív keretet is nyer, hiszen ennek köszönhetik a „Százszorszép-élményt”. Talán ennek következménye, hogy a táncot követő élményleírásokban szinte alig szerepel a betegség. A betegség negatív énképet eredményezett, amiből társas elutasítás, vagy attól való félelem következett. Ezt a szociális szorongást tudta a rehabilitációs csoport élménye megváltoztatni, pozitívvá átalakítani. 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.

A rehabilitációs csoport legjelentősebb hatófaktorának az *élmény társas jellege* tűnik. A rehabilitációs csoporton kívül/előtt kapott társas támogatási formákat semmilyen szinten nem említik meg. Ezzel hatalmas kontrasztot képez a csoport, akik főleg érzelmi támogatást adnak, befogadják az ismeretlen újonnan érkezőt, de néha praktikus és információs támogatást is tudnak adni. A legmeghatározóbbnak azonban a „példakép” funkciójuk tűnik, amely hosszútávon leginkább az érzelmi támogatás mellett fennmarad. Kiugró mértékben fordult elő a társas támogatásnak egy speciális formája, mely szinte kizárólag a fellépéseket leíró szövegekben fordult elő, és ez a „társas figyelem”.

Fontos volt megvizsgálunk, hogy az átélő milyen kijelentéseket tesz önmagára vonatkozóan, amelyek egyfajta *önszuggesztió*ként hatnak. 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.

Kiemelkedően fontos szerepet játszik a csoport rehabilitációs hatásában az, hogy maga a tánc stílusához és a csoport tagjai számára is fontos a nőiesség hangsúlyozása. A csoport tagjai „rákényszerülnek”, hogy nőiesen mozogjanak, öltözzenek – hogy szembesüljenek saját női identitásukkal. A hastáncot megelőző időszakban kevés szó esik a nőiesség témaköréről, és az

is szinte mind negatív. Ezzel szemben az órán a nőiesség igen erőteljesen fókuszba kerül, főleg pozitív módon. Ennek hatására az élményt követően a nőiességnek ez a hangsúlya megmarad, szintén főleg pozitív felhanggal. A hastáncra vonatkozó társadalmi sztereotípiák szerint ez a tánc "túl nőies", túlzottan a női erotikára van fókuszálva. Ehhez képest a csoporttagok, akiknek valódi tapasztalása van a táncról, 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.

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 elkönyvelve. A hastáncot megelőző időszakban szinte nem esik szó erőfeszítésről, kihívásról, az óra viszont kiemelkedően nagy kihívást jelent sokak számára. Ezek az élmények bár túlnyomórészt pozitívak, néhol negatív vagy kettős értékelést kaptak. 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.

A hastáncórát átélők nagyon gyakran hozták fel a hastánc óra kontextuális jellemzőit – a zenét, a ruhákat, az egyéb kiegészítőket – amelyek mind hozzájárulnak az élmény különlegességéhez, nem hétköznapiságához. 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. Legnagyobb változás ebben állt be: míg a hastáncot megelőzően nem sok szó esett sminkről, ruháról, zenéről, addig az élmény hatására az órán kívül is kiemelkedő fontosságot nyertek a színek, a nőiesség kellékei. 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 élettel 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.

## 5. MEGBESZÉLÉS

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, a klub tagjai körében egyfajta pozitív változásokat hozott a rák traumája. 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 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 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. Az alkalmazott tánc – mint terápia – segít növelni az életminőségi mutatókat, valamint a szubjektív testkép és énkép is pozitív irányba változott. A rehabilitációs csoport tagjainál a karödéma panasza és mozgáskorlátozottságuk csökkent, ami arra enged következtetni, hogy a fizikális mozgásterápiánk hatékonyak bizonyul a hastánc programban. Feltételezem, hogy a fájdalomcsillapító gyógyszerek használatának csökkenése is ennek tudható be. Az életminőség lelki dimenziói vizsgálva igazolni láttam eredményeimben, hogy a tánc növeli az

energiát, csökkenti a fáradékonyságot és javítja a hangulatot, valamint a művészetterápia képes a depresszió szintjének csökkentésére. A rehabilitációs csoportban csökkent a pszichés állapotot javító szerek fogyasztása, javult a lelki státusz. 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.

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. 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. A rehabilitációs csoportban a közösség segítséget ad az információcserék terén, a lelki- és társas támogatásban a kellemes és kikapcsoló mozgáson túl. 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 – 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 betegtársakkal 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. 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 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. A tartalomelemzésben a módszer és a csoport hatékonyságát a kérdésekre adott válaszok és a sajátélmény leírások alátámasztották. Az elemzés során kimutathatóak 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 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 étellel való elégedettséget is szignifikánsan növelheti. A rehabilitációs csoport általános életminősége mindkét mérés alkalmával szignifikánsan magasabb volt. A kontrollcsoport étellel 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 étellel 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 sajátszerkesztésű 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. 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.

## 6. ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK, JAVASLATOK

Az értekezésben bemutatott elemzések számos új eredményt és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is tartalmaznak, melyeket röviden összefoglalok:

1. Összefoglaltam a hazai onkológiai rehabilitáció helyzetét, rámutattam annak jelentőségére és szükségszerűségére.
2. Feltártam azokat a holisztikus szemléletű terápiás módszereket, amelyek az onkológiai rehabilitáció területén eredményesen alkalmazhatóak.
3. Leírtam a hastánc fizikális és pszichés hatásait, és rehabilitációs programként kidolgoztam.
4. Bizonyítottam, hogy az általam kidolgozott módszer pozitívan befolyásolja a páciensek testi és lelki életminőségét.
5. Bizonyítottam, hogy ez a rehabilitációs módszer a társas támogatás dimenziójában is alkalmasnak bizonyult, mind társas élmény; érzelmi- és praktikus támogatás; valamint példakép tekintetében.
6. Bizonyítottam, hogy a módszer által összességében elégedettebbek az életükkel a páciensek.
7. A kutatás eredményeinek kiértékelésekor olyan új eredmények adódtak, amelyek egy új kutatás lehetőségeit adják számomra (flow-élmény; női identitás vizsgálata).

### **Javaslat:**

1. 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.
2. Szükségszerű lenne Magyarországon kiépíteni egy olyan rehabilitációs szakmai hálózatot, amely a betegek rehabilitációs lehetőségeit megkönnyítené, és szakmai felügyelettel biztonságossá tenné.
3. A rehabilitációban bátran merni kell hozzányúlni az olyan terápiákhoz, amelyek bizonyítottan hatékonyak, de nem jellemző még az onkológiai ellátásban.
4. Meg kell szervezni az onkológiai rehabilitációban dolgozó szakemberek továbbképzését.
5. Minden onkológiai osztályon szükséges lenne rehabilitációs szakember foglalkoztatása.



## 7. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnék mondani mindenekfelett a **vizsgálatomban részt vett személyeknek**, akik életük legnehezebb perceinek egy részét áldozták 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, lelkiileg 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 tartalomelemzést 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!

## 8. PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### A témában megjelent tudományos közlemények- és előadások jegyzéke

#### Nemzetközi folyóirat közlemény

1. **Szalai M**, Lévay 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, In Press **IF: 1,685**

#### 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.

#### 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/poszterek

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. Bükkfüdő, 2006. 11.25. – 11.26.
8. **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.: 25.
9. **Szalai Márta** (2007): Én igenis Nő vagyok – a hastánc, mint rehabilitációs lehetőség. Életmód Konferencia. Bükkfüdő, 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 beszélünk 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. Bükfürdő, 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 szükségserősége 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 szükségserősége 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 szükségserősége az onkológia területén. Magyar Onkológusok Társasága Szakdolgozói Szekció IV. Vándorgyűlés és Szakkiállítás. Hajdúszoboszló, 2014. június 19-21. p.: 23-24.
39. **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/poszterek összesen: 22.**