

Az onkológiai rehabilitáció segítségért kiált! Az onkológiai rehabilitáció egy kutatás tükrében

Szalai Márta, Országos Onkológiai Intézet, Budapest, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

Szirmai Anna, ELTE PTK Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

Kriszbacher Ildikó, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Intézet, Pécs

Az onkológiai rehabilitáció multidiszciplináris és komplex szemléletet kíván, melynek legfőbb célja a páciensek minél kedvezőbb fizikális-, mentális-, és társadalmi alkalmazkodásának segítése egyénre szabott módon. Kutatásunk során egy olyan kiegészítő rehabilitációs módszert vizsgáltunk, amely a hastánc módszerével segíti a daganatos betegséget túlélő nők szubjektív jóllétének fokozását. Vizsgálatunkban nemzetközileg validált kérdőíveket használtunk valamint ezeket saját szerkesztésű kérdésekkel egészítettük ki. Megállapíthatjuk, hogy az aktuálisan elérhető rehabilitációs intervencióknak szükséges kiegészítői az olyan szakember által vezetett támogatói csoportok, melyek holisztikus szemléletűnek és személyes jellegűnek köszönhetően a lelki jóllét növelésén keresztül fizikai tünetek (karödéma, gyógyszeres fájdalomcsillapító igénybevétele) csökkentéséhez is hozzájárulnak.

Oncology rehabilitation poses the challenge of a multidisciplinary and complex approach that shall aim to help the best possible physical, mental and social adaptation of the patient. In our research we have investigated a complementary rehabilitation method that aims to enhance subjective wellbeing of women diagnosed with cancer through belly dance. Besides registering internationally known and validated questionnaires, we amended the battery with our own questions covering various fields of rehabilitation services and sexual identity. Our results show that currently available rehabilitation interventions have great need for such professional-lead support groups that have a holistic approach and a personal nature at the same time. These groups have the potential to reduce physical symptoms (such as arm lymphoedema or amount of pain medication consumed), in addition to enhance subjective wellbeing.

BEVEZETÉS

Az onkológiai betegellátás az egészségügyi szakmán belül is nagy kihívást jelent, egyben holisztikus szemléletet kíván a teamben dolgozóktól.

Magyarországon évente egy kisvárosnyi, mintegy 35 ezer embert veszítünk el rosszindulatú daganatos betegség

következtében [1]. A rokkantsági statisztika alapján az elmúlt 25 évben a rosszindulatú daganatok miatt rokkantossított betegek aránya 100%-kal emelkedett, a rokkantossítási feltételek szigorítása ellenére is [2].

A daganatos betegek kezelésének fő jellemzője a multidiszciplináris és komplex szemlélet. Magába foglalja a prevenciót, a korai diagnosztikát, a terápiát, a betegkövetést és a rehabilitációt. Az egyénre szabott terápia kidolgozása onkológiai teamek feladata [1]. Az utóbbi 30 évben az orvosi és pszichoszociális intervenció fejlődésének köszönhetően a daganatos megbetegedéssel diagnosztizált személyek 75%-a már eléri az 5 éves túlélési időt [3, 4].

Az onkopszichológia rávilágít arra, hogy a rehabilitációnak nagy jelentősége van az onkológiában, mert a daganatos megbetegedést túlélve jó életminőséget élhetnek meg a páciensek [5]. A személyközpontú rehabilitáció legfőbb célja a páciensek minél kedvezőbb fizikális, mentális és társadalmi alkalmazkodásának segítése individuális módon. Tapasztalataink alapján 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 komponens is igényel, de ez a tevékenység sok esetben csak a kórházi tartózkodás idején megoldott. A szervezett kórházi rendszerből való kikerülés után a betegek többsége magára marad és a saját igényeinek és hozzáférési lehetőségeinek megfelelően keres pszichés segítségnyújtási, illetve egyéb lehetőségeket.

Magyarországon rehabilitációs, önszorgító csoportok létrejöttére az 1970-es évektől, melyek a különböző daganatos szenvedők életvitelét segítették. Különböző klubok alakultak, ahol a sorstársak segítették egymást, képzéseket szerveztek, tanácsadói szolgáltatásokat hoztak létre [6].

A rosszindulatú daganatos betegség miatt végzett csontkolos mûtét nem csak fizikai, hanem a gyógykezelés után tartósan fennmaradó pszichés megterhelést is jelent a betegeknek. A rosszindulatú daganat okozta betegségtudat mellett az egészséges nőiesség érzése csökken, vagy teljesen elvész. A mindennapi életben, a párkapcsolatban kialakuló gátlások, szorongás oldására a protetikai rehabilitáción kívül az egészséges életmódhoz, a lelki egyensúly visszaszervezésében nyújt segítséget a hastánc, amely a nőiességet hangsúlyozza. A Százszorszép Hastánc Klub 2005. március 8-án egyéni kezdeményezés által jött létre, amely a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedő nők rehabili-

tációját tűzte ki céljaul. A hastánc műfajának segítségével, eszközeivel a fizikális rehabilitáción túl a női lélek újraépítése, az életminőség javítása, valamint a társas támogatás érzésének megerősítése a fő feladatunk. A klub hatékony munkájában részt vesznek ápolók, pszichológusok és gyógytornász is.

Vizsgálatunk célja volt felmérni a malignus daganatos betegségben szenvedő nőbetegek hastánc rehabilitációs csoportjának hatékonyságát, a vizsgált személyek életminőségének, étellel való elégedettségének, valamint társas támogatottságának változásait.

BETEGANYAG

A betegek beválasztását a vizsgálatba két csoportban végeztük. Az esetcsoport a Százszorszép Hastánc Klub tagjai voltak, a kontrollcsoportot az Országos Onkológiai Intézet betegei alkották. A páciensek önkéntesen, anonim módon töltötték ki a kérdőívet. Követéses vizsgálatot végeztünk, az első felmérést követően egy év múlva ismét kitöltötték kérdőívünket a betegek. Vizsgálatunk leíró jellegű, prospektív, kvantitatív és kvalitatív kutatás. Az első adatfelvétel során az esetcsoportba 56 hastánc rehabilitációs csoportba járó páciens és 119 kontroll fő került. A második adatfelvételben 56 fő hastánc rehabilitációs csoportba járó és 59 kontroll fő vett részt.

MÓDSZEREK

A mintacsoportok lelki jóllétét a Campbell-féle Életelegettség kérdőívvel [7]; egészséggel kapcsolatos jóllétüket az életminőség felmérésére a hazai és a nemzetközi vizsgálatokban rákbeteg páciensek körében preferált kérdőívet, az EORTC-QLQ-C30-at használtuk [8]; a támogatottság emocionális és instrumentális dimenzióit, a megélt társas támogatottságukat az F-Sozu kérdőívvel [9] mértük. A vizsgálat kvalitatív részét három nyitott kérdés alkotta, amelyek a hastáncélmény felmérését célozták (az első óra, a megélt legjobb óra, és az 5 éves jubileumi fellépés élményére kérdeztünk rá). A standard kérdőíveket kiegészítettük olyan saját szerkesztésű kérdésekkel, amelyek az ellátórendszer, valamint a betegek rehabilitációs lehetőségeit, és azok hatékonyságát vizsgálják.

A statisztikai feldolgozás SPSS 17-es statisztikai programcsomaggal történt. Leíró statisztikát, függetlenmintás t-próbát, chi-négyzet próbát és varianciaanalízist végeztünk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ szinten határoztuk meg.

EREDMÉNYEK

A minta illesztettségét független mintás t-próbával, illetve Pearson-féle khi-négyzet próbával teszteltük. Ezek alapján kiderült, hogy a minta homogénnek tekinthető életkor, illetve bizonyos szocioökonómiai és betegség szempontokból. Az 1. táblázatban látható a két csoport életkori jellemzése, a 2. táblázatban a csoportok anyagi helyzetére vonatkozó adato-

ÉLETKOR	Átlag	Szórás
Rehabilitációs csoport	48,87 év	8,87 év
Kontroll csoport	51,31 év	11,06 év

1. táblázat
A kísérleti és kontroll-csoport életkori jellemzése az első méréskor

ANYAGI HELYZET	n/A		Nagyon rossz		Rossz		Kielégítő		Jó		Nagyon jó		ÖSSZ
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%	
Rehabilitációs csoport	0	0	0	0	7	13	39	71	6	11	3	5	55
Kontroll csoport	5	8	1	2	8	14	39	66	5	8	1	2	59
ÖSSZ	5	4	1	1	15	13	78	68	11	10	4	4	114

2. táblázat
A kísérleti- és kontroll-csoport összehasonlítása anyagi helyzet szempontjából

BETEGSÉG-JELLEMZŐK	Lokáció				Stádium				ÖSSZ
	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
ÖSSZ	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. A nem emlőrákos kategóriába tartoznak a fej- vagy nyak-, csont-, vérképző-, méhnyak- vagy méh-, emésztő-, gyomor- vagy bél-, máj-, here-, huygutak-, bőr- és tüdőrákosok. A nem primer stádiumba tartozik a recidíva és a metasztázis diagnózis vagy ha mindkettő igaz.

SZOCIOÖKONÓMIAI VÁLTOZÓK	Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport		ÖSSZ		
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	
Iskolai végzettség	Kevesebb, mint 8 általános	0	0	0	0	0,00	
	8 általános	0	0,00	8	13,5	8	7,02
	Szakmunkásképző	3	5,45	7	11,8	10	8,77
	Érettségi, szakközép	28	50,91	27	45,7	55	48,2
Munkaidő	Főiskola, egyetem	24	43,64	17	28,8	41	35,9
	Nem dolgozik	15	27,27	31	52,5	46	40,3
	Alkalmi munka	7	12,73	0	0,00	7	6,14
	Részmunkaidő	7	12,73	5	8,47	12	10,5
Családi állapot	Főállás	26	47,27	23	38,9	49	42,9
	Házass, élettársi kapcsolatban él	30	54,55	43	72,8	73	64,0
	Özvegy	1	1,82	6	10,1	7	6,14
	Hajadon	3	5,45	0	0,00	3	2,63
	Elvált	21	38,18	10	16,9	31	27,1

4. táblázat
A vizsgálati minta jellemzése iskolai végzettség, munkaidő és családi állapot alapján

kat mutatjuk be, a 3. táblázat pedig a betegség jellemzőket (tumor lokációja és stádiuma) ábrázolja. Ezen három szempont alapján a két csoport statisztikailag homogénnek bizonyult. A 4. táblázat az iskolai végzettségre, alkalmazottsági státuszra és családi állapotra vonatkozó információkat részletezi – mely három szempontból néhol szignifikáns eltérések tapasztalhatóak a két mintacsoport között. Mindkét minta fele érettségizett, de a rehabilitációs csoport másik fele nagyjából mind felsőoktatást végzett, míg a kontroll csoportban nagyobb az alacsony végzettségi szint aránya. Családi állapot szempontjából pedig úgy tér el a két minta, hogy a kontroll csoport nagy része (73%) házas, míg a rehabilitációs csoport tagjainak csupán 55%-a házas és egy nagy részük (38%) elvált. Munkaidő szempontjából a rehabilitációs csoport aktívabbnak tűnik: nagyobb részük dolgozik főállásban

(47%-uk, a nem táncolók 39%-ához képest) és csak kisebb részük nem dolgozik (27%-uk a kontroll csoport 53%-ához képest). Ez utóbbi három szempontban némi változás állt be a két mérés között – de a változások nem bizonyultak szignifikánsnak egyik téren és egyik csoportnál sem.

Mintánk részleges illesztettsége azt mutatja, hogy a Százszorszép Hastánc Klub tagjai egy részben más (magasabb képzettségű és aktívabb) társadalmi rétegből kerülnek ki, mint a kontrollcsoport tagjai. Az életkor és a betegség-jellemzők teljes homogenitása, valamint az előbb említett tényezők részleges átfedése miatt a két csoportot összehasonlításra érdemesnek találtuk. Ugyanakkor a két csoport eltéréseinek hatásait az eredmények értelmezése során figyelembe vesszük.

Az első felmérésnél a rehabilitációs csoportunkban 14 főnél (25,45%) jelentett panaszt a karödéma, 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 csoportunkban ez a panasz 8 főre (15%) csökkent, míg a kontroll csoportnál 22-re (37%) emelkedett. Az első mérésnél nem volt szignifikáns a különbség, de a követéses vizsgálatnál a második mérésnél már szignifikáns értéket kaptunk ($p < 0,05$) (5. táblázat).

KARÖDÉMA	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport		Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport	
	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%

5. táblázat
A karödéma alakulása az első és második mérés alkalmával

A karödéma okozta mozgáskorlátozottság változása is hasonlóan jó eredményeket mutatott vizsgálatunkban, a módszerünk gyakorlati hatékonyságát igazolva. Az első mérésnél a táncosok között 17 főnek (30,91%) volt mozgáskorlátozottsága, ami az egy éves felmérést követően 11 főre (20%) csökkent. A kontrollcsoport betegeinek eredménye sajnálatosan 19 főre (32,20%) 27 főre (46%) emelkedett. Hasonlóan az előző eredményeinkhez, az első mérésnél itt sem mutattunk ki szignifikáns különbséget, de a második mérésnél $p < 0,05$ -ös szinten szignifikáns különbséget kaptunk (6. táblázat).

MOZGÁSKORLÁTOZOTTSÁG	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport		Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport	
	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

6. táblázat
A mozgáskorlátozottság alakulása az első és második mérés alkalmával

A fájdalomcsillapítók fogyasztása a fentieknek megfelelően alakult. Az első felmérés alapján a táncosok között 21 fő (39%) szedett rendszeresen fájdalomcsillapítót, ami egy év múlva 17 főre (31%) csökkent. Ezt a számot

lehetőségeink szerint szeretnénk tovább csökkenteni a jövőben. A kontrollcsoport gyógyszeres fájdalomcsillapító használata az egy év alatt 19 főre (32%) 25 főre (42%) emelkedett. Szignifikáns eltérést egyik mérésnél sem tudunk kimutatni (7. táblázat).

FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ RENDSZERES HASZNÁLATA	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport		Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Igen	21	39%	19	32%	17	31%	25	42%
Nem	34	62%	40	68%	38	69%	34	58%

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

A daganatos betegségek okozta pszichés állapotromlást, a hangulati élet hanyatlását megszámlálhatatlan kutatás bizonyítja. Vizsgálatunk kiértékelésénél mi is bizonyítva láttuk, hogy a betegség okozta körülmények, lelki történések megélése, azokkal való megbirkózás, a betegeket jobb híján gyógyszeres kezelésre kényszerítik. A betegek által nem ismert lehetőségek hiányában is emelkedhet a gyógyszerfogyasztás rátája. A táncosok között eleve kis számban élnek ezzel a lehetőséggel, így a változás nem olyan horderejű, mint a kontrollcsoporté, ahol 13 főre 30-ra emelkedett a rendszeres pszichés állapotot javító szerek használóinak száma. Eredményként azt kaptuk, hogy az első mérésben nem volt a két csoport között szignifikáns különbség, de a követéses vizsgálat során a második mérésnél $p < 0,01$ szinten, szignifikáns eltérést kaptunk (8. táblázat).

PSZICHÉS ÁLLAPOTJAVÍTÓ GYÓGYSZER RENDSZERES HASZNÁLATA	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport		Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Igen	5	9%	13	22%	2	4%	30	51%
Nem	50	91%	46	78%	53	96%	29	49%

8. táblázat
Rendszeresen alkalmazott pszichés állapotot javító gyógyszerek használatának alkalmazása a két mérés alkalmával

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

9. táblázat
„A kórházi kezelése során ellátták Önt információkkal az alábbiakkal kapcsolatban?” – kérdésre adott válaszok az „Igen”-válasz gyakorisága szerinti csökkenő sorrendben

A 9. táblázat egy összefoglalás, amelyben azt szeretnénk volna felmérni, hogy a pácienseket bizonyos alapvető kér-

désekben ellátták-e elegendő felvilágosítással a kezelések során. Eredményeink a gyakorlati tapasztalatainkat támasztották alá. A kezelések alap és kulcsfontosságú kérdéseire – mint gyógyszereszedési tanácsok, a kezelés szükségessége, vagy a betegség kimenetele – vonatkozóan a páciensek nagyobb része kapott teljes körűnek ítélt felvilágosítást. Az igenek aránya ezekben a kérdésekben sem 100%. A gyógyszereszedési tanácsokkal kapcsolatban a páciensek 78%-a, a kezelés szükségességét illetően 92%-a, a betegség várható kimenetelére vonatkozó tájékoztatásra 53%-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.

A páciensek nagy része tartozik valamilyen klubhoz, szervezett csoporthoz, ezért megvizsgáltuk, hogy életükben mennyire fontos az ezekhez való tartozás (10. táblázat). A résztvevők egy 1-5-ig terjedő skálán jelölhették be az érzéseiknek megfelelő számot (ahol 1 = „egyáltalán nem”, 5 = „kifejezetten fontos”). Az első vizsgálatunk eredménye az volt, hogy a rehabilitációs csoport 40%-ának kifejezetten fontos volt a klub az életében, viszont 21%-ának egyáltalán nem volt fontos. A kontroll csoportnál majdnem azonos értékeket kaptunk. A második mérés eredményei számunkra örömtelen alakultak. A hastánc klubunk tagjai 98%-ának kifejezetten fontos. Ezzel szemben a kontroll csoport tagjainak életében teljesen lecsökkent a klubok fontossága: 47%-uk számára a klubhoz, csoporthoz való tartozás értéke már egyáltalán nem volt fontos. Az első méréshez képest, amikor a kontroll csoport 40%-nak kifejezetten fontos volt a klubja, a második mérés során senkinél nem töltötte be ezt a jelentőséget.

KLUB FONTOSSÁGA	Első mérés				Második mérés			
	Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport		Rehabilitációs csoport		Kontroll csoport	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
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%

10. táblázat
A résztvevők egy 1-5-ig terjedő skálán értékelték klubjaik fontosságát életükben

MEGBESZÉLÉS

A Százszorszép Hastánc Klub sajátélmény alapján, egy segítő csoportként kezdte meg életét. Fő missziója, hogy a daganatos megbetegedésben szenvedő nők testi és lelki rehabilitációját végezze, valamint legyen egy csoport, amely segítő társas támaszt nyújt a tagok részére. A klub 6 éves működése alatt nagyon sok információt, tapasztalatot cseréltünk egymás között. Mi egészségügyi dolgozók, alapvető szakmai hiányosságokról szereztünk tudomást.

Az egyik fő problémaköre az onkológiai betegek rehabilitációjának, hogy a kórházakban megvalósuló rehabilitáció

– a gyógytornászok, pszichológusok, dietetikusok munkája – a kezelés után, a zárójelentés kiadásával majdnem minden esetben be is fejeződik. A betegeket a kórházi rendszerben bizonyos szinten maximálisan ellátják, de ebből a szervezett rendszerből kikerülve a beteg „magára marad” testi-lelki és egyéb problémáival. Életminőségük, társas támogatásuk, illetve betegségük alakulása akár negatív irányba is eltolódhat. Minden érintett a saját lehetőségei szerint keres magának valamilyen segítséget, amelyet legtöbb esetben betegtársaktól, vagy az interneten fellelhető forrásokból kap. Ezen lehetőségek többsége jó esetben valamilyen sorstárs klub vagy fórum, de sajnos nem ritka az anyagi lehetőségeket leső „csodaterápiák” kínálata, a szakmai alapú szűrés pedig az interneten jelenleg még nem biztosított. Kevés a módszeres, szakmai felügyelet által irányított hosszú távú rehabilitációs lehetőség, amely együttműködik azokkal a szakemberekkel, akik a beteg kezelésében részt vesznek a kórházi benntartózkodás idején is.

A nemzetközi szakirodalom áttekintése során kialakult benyomásunk Kullmann-nal egybehangzó, miszerint „a rehabilitációs szakmai presztízs hiánya nemcsak hazai sajátosság. 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” [10]. A rosszindulatú betegségek kezelése, esetenkénti agresszív volta, a betegre és a környezetére nehezedő pszichés stressz mértéke feltétlenül indokolja a komplex rehabilitáció alkalmazását, optimális esetben már a terápia közben történő megkezdéssel. Ilyen igény színvonalas kielégítésére ma hazánkban alig van lehetőség.

Vizsgálatunk eredményei bizonyítani látszanak a nemzetközi és hazai szakirodalom által leírtakat, miszerint az onkológiai rehabilitáció még nem úgy működik, ahogyan azt a páciensek igényelnék. A legtöbb leírt rehabilitációs program viszonylag rövid idejű (4-12 hét), de már ezek is eredményeket tudtak felmutatni az életminőség, a társas támogatás terén. Nem találtunk olyan jellegű rehabilitációs programról információt, mint a táncklub, ahol hosszú távra tervezetten szeretnék javítani a páciensek fizikális és mentális jólétét, valamint amelyik a társas támogatás pozitív hatásait felhasználva egy segítő közösséget alkot.

Felméréseink eredményei bizonyítani látszanak, hogy a kezdetekben megfogalmazott céljaink irányában jó úton haladunk. Elmondhatjuk, hogy a Százszorszép Klubba járó hölgy páciensek fentiekben közölt eredményei szignifikáns értékekkel kimutathatóan jobbakk lettek, mint azoké a pácienseké, akik nem tartoznak hozzánk, akik a vizsgálatban a kontroll csoportot alkották. A karödémájuk és mozgáskorlátozottságuk csökkent, ami arra enged következtetni bennünket, hogy a fizikális mozgásterápiánk hatékony. Feltételezzük, hogy a fájdalomcsillapító gyógyszerek használatának csökkenése is ennek tudható be.

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. A betegek szorongásérzete nő, depresszióba mélyülnek. Ilyen esetben nagyon jól jöhet egy sorstárs csoport, ahol nincsen megbélyegzés és tabuk. A problémák hasonlóak, amelyek nem csak a betegségre vonatkoznak, hanem az élet egyéb területeire is. Egy közösséget kialakító rehabilitációs csoport nem csak a kellemes és kikapcsoló mozgással segít, hanem a közösség által nyújtott információs-, praktikus – és érzelmi támogatással is. Elmondhatjuk, hogy klubtagjainknak saját szubjektív megítélésük alapján az idő teltével javult a fizikai státuszuk, a lelki jóllétük, és a közösség támaszként szolgált nekik.

Az eredmények értelmezésénél fontos feltennünk a kérdést, hogy vajon nem a kísérleti csoport relatíve magasabb végzettsége, aktivitási szintje vagy eltérő családi állapota okozza-e az eltéréseket. Lehetséges-e, hogy a kísérleti csoport tagjai már a mérés megkezdésekor jobb fizikai és lelki állapotban voltak és így a két csoport eltérései nem a kapott rehabilitáció hatásainak tudhatóak be? A választ a két mérés között beállt változások elemzése adhatja: mindhárom szempont, amelyben szignifikáns eltéréseket tapasztaltunk, az első mérés során még homogenitást mutatott a két minta között. Ez a hasonlóság csak a második mérés időpontjára tűnt el a rehabilitációs csoport javára kimutatható szignifikáns pozitív eltéréssel. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy bármilyen eltérés is tapasztalható a két csoport hátterében, jellemzőiben, a két mérés között beállt változást bizonyára nem ezek a jellemzők indokolják, hiszen az ezekben beállt változás egyik csoportban sem volt szignifikáns.

Konklúzióként szeretnénk felhívni az egészségügyi vezetők figyelmét, az onkológiai rehabilitáció nélkülözhetetlen-

ségére, fontosságára. Jelen pillanatban hazánk egészségügye nehéz időket él humán erőforrás tekintetében, de mégis elengedhetetlen és hiánypótló lenne olyan szakemberek foglalkoztatása onkológiai osztályokon, akik a betegek rehabilitációját irányítanák, végeznék. Kezdetben a feladatkörük a saját osztályuk által ellátott betegekre irányulna, de a rendszer önmagát gerjesztve kiforrná magát, és országos rehabilitációs hálózattá alakulna a benne dolgozók munkája által. Automatikusan igény születne a különböző betegcsoportok részére kialakított klubok létrehozására. Jobban kézen lehetne tartani a betegek szakszerű rehabilitációját, életvezetését, így nem utolsó sorban a „rosszindulatú daganatos gyógyító csodaszerek”-ből élők lehetőségeit is nagyban csökkenthetnénk.

Az Országos Onkológiai Intézet munkatársai egyedülálló módon elindítottak egy rehabilitációs programot, amely oktató – és ismertető jellegű a betegek és hozzátartozóik részére. Ebben a programban az Intézet minden szakága képviselteti magát, akik részt vesznek a betegek gyógykezelésében, valamint elhivatott céljuk és kötelességüknek érzik a betegek életének jobbá tételét.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnénk mondani a vizsgálatunkban részt vett személyeknek, akik életük legnehezebb perceinek egy részében töltötték ki a kérdőívet, valamint köszönjük azt a sok élményt, amik továbbkísérik az életünket.

Köszönjük az Országos Onkológiai Intézet vezetésének és munkatársainak támogatását, segítségét.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kásler Miklós: Onkoterápiás protokoll. Springer Hungarica Kiadó 1996
- [2] Józán P.: A halandóság alapirányzata a 20. században és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány 2002, 4, 419-439.
- [3] Robinson, L.L., Mertens, A.C., Boice, J.D., Breslow, N.E., Donaldson, S.S., Green, D.M., Li, P.P., Meadows, A.T., Mulvihill, J.J., Neglia, J.P., Nesbit, M.E., Packer, R.J., Potter, J.D., Sklar, Ch.A., Smith, M.A., Stovall, M., Strong, L.C., Yasui, Y., Zeltzer, L.K.: Study design and cohort characteristics of the childhood cancer survivor study: A multiinstitutional collaborative project. Medical and Pediatric Oncology 2002, 38, 4: 229-239.
- [4] Bitsko, M.J.: Psychosocial adjustment of adolescent cancer survivors: Time perspective and positive emotions as mediators to quality of life and benefit-finding. Doctoral Dissertation, Virginia Commonwealth University 2005
- [5] https://digarchive.library.vcu.edu/bitstream/10156/1332/1/bitskomj_phd.pdf
Letöltve: 2008. december 5.
- [6] Zebrack, B.J., Zeltzer, L.K., Whitton, J., Mertens, A.C., Odom, L., Berkow, R., Robinson, L.L.: 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 2002, 110, 1; 42-52.
- [7] Huszár I., Kullmann L., Tringer L.: A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000
- [8] Campbell, A., Converse, P.E., Rogers, W.L., 1976 The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions. New York: Russel Sage Foundation 1976
- [9] Aaronson, N.K. (et al.): 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. 1996

[9] Sommer, G., Fydrich, T.: Soziale Unterstützung: diagnostik, Konzepte F-SOZU. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1989

[10] Kullmann Lajos: Kutatómunka a rehabilitációban: problémák és lehetőségek. Rehabilitáció 2005, 15, 3; 18-21.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Szalai Márta 2003-ban végzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Egyetemi Ápoló szakán. Jelenleg Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola PhD hallgatója. Az Országos Onkoló-

giai Intézet ápolási igazgató helyettese, valamint a Fej-, nyaksebészet osztályvezető főnővére. Elnökségi tag a Magyar Onkológusok Társaságának Szakdolgozói Szekciójában. 2005-ben létrehozta a Százszorszép Hastánc Klubot, amely egyedülálló módszer a daganatos betegek rehabilitációjában.



Szirmai Anna az ELTE-PPK pszichológia szakán végezte tanulmányait, személyiségpszichológia és kognitív pszichológia szakirányokon. Jelenleg az ELTE Pszichológia Doktori Iskolájában a Magatartáspszichológiai program hallgatója. Érdeklődése a módosult tu-

datállapotok témaköre felé irányul, ezen belül a mozgás hatására kialakuló állapotot és ennek hatásait kutatja. Terápiás gyakorlatában a személyközpontú terápia és a pszichodráma módszereit tanulja és használja. A kutatás és terápiás tevékenység mellett egy multinacionális cégnél dolgozik mint tréning koordinátor és tréner.



Prof. Dr. Kriszbacher Ildikó egyetemi tanár, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar dékánhelyettese és Egészségtudományi Intézet vezetője. Tudományos munkáját a kardiovaszkuláris – és daganatos betegek prevenciójának témakörében végzi. A PTE Egészségtudományi Doktori Iskola

törzstagja. Az Egészség – Akadémia című tudományos lap főszerkesztő helyettese és a Népegészségügy folyóirat szerkesztőbizottság tagja. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara baranya megyei szervezetének elnöke. 2008-tól a MTA Pécsi Akadémiai Bizottság Egészségtudományi Munkabizottság titkára, és az idei évtől az Orvostudományok Szakbizottságának tagja is.

Interaktív Orvosi Gyakorlati Központot adtak át 2012. április 16-án a DOTE ÁOK-n

A gyakorlati tudás, a tapasztalaton alapuló oktatás különösen fontos az orvoscépzésben. Ezért törekedett a Debreceni Egyetem az Interaktív Orvosi Gyakorlati Központ létrehozására, amihez jó lehetőséget biztosított a „Munkaerő-piaci alkalmazkodás, gyakorlati képzőhelyek, intézményirányítás és hallgatói-oktatói szolgáltatások fejlesztése a Debreceni Egyetemen” című TÁMOP-4.1.1/A-10/1KONV-2010-0016 pályázat, melynek keretében megvalósult az Interaktív Orvosi Gyakorlati Központ infrastrukturális háttere. Ezzel párhuzamosan megkezdődött a Központ által megteremtett lehetőségek integrálása az orvoscépzés tananyagába egy újabb pályázati forrás segítségével: „Gyakorlati kompetenciák elsajátítását szolgáló, szimulációs modelleken alapuló, interaktív audiovizuális eszközökkel támogatott oktatási tananyagok fejlesztése az orvoscépzésben” TÁMOP-4.1.2.A/1-11/1-2011-0084, melynek nyitórendezvényét a VII. Kapcsolat Napján tartotta meg a DE OEC.

Az Interaktív Orvosi Gyakorlati Központban a komputervezérelt, komplex életfunkciókat szimuláló fantomok alkalmazásával folyó gyakorlat-központú orvoscépzés során lehetőség nyílik az általános orvosi gyakorlatban alapvetően fontos orvosi technikák, életmentő eljárások, műfogások, hagyományos és új eszközös beavatkozások elsajátítására és gyakorlására, az orvosi jártasság kialakítására és bizonyítására, ezáltal az orvos-beteg kapcsolat biztonságának fokozására – tájékoztatott Dr. Csernoch László egyetemi tanár, az Általános Orvostudományi Kar dékánja.

Szerk.