

Hogyan írjunk a NÖVÉR folyóiratba?

Szerzői útmutató

A NÖVÉR szívesen fogad minden olyan írást, amelynek célja az ápolás tudományának, elméletének és gyakorlatának fejlesztése. Az írások lehetőség szerint aktuális kérdésekkel foglalkozzanak. Az elméleti munkák is járuljanak hozzá az ápolási gyakorlat jobbításához.

Közlési formák

A NÖVÉR az alábbi közlési formákat részesíti előnyben:

- 1. Olvasói levelek** - ezek célja a megjelent írásokra való reagálás, kritikai párbeszéd kezdeményezése, hozzászólások ápoláspolitikával kapcsolatos kérdésekhez. Az olvasói levél terjedelme ne haladja meg az 1 A/4-es oldalt. A szerkesztőség fenntartja a jogot, hogy az olvasói leveleket terjedelmi okoknál fogva átszerkessze.
- 2. Esettanulmányok** - egy speciális klinikai problémára épülő esetbemutató, terjedelme maximum 5 A/4-es oldal, 2-es sorközzel, 1,5 cm-es margóval.
- 3. Előadások, elméleti közlemények** - szakmai konferencián elhangzott előadások átdolgozott, szerkesztett változatai; gyakorlati problémát nem feltétlenül tartalmazó, de a tudomány és a gyakorlat számára releváns elméleti probléma kifejtése. Terjedelme maximum 6 A/4-es oldal, 2-es sorközzel, 1,5 cm-es margóval.
- 4. Eredeti közlemények** - a szerző(k) saját kutatási eredményeit bemutató közlés, amely az alább részletezett formai követelményeknek felel meg.

Formai követelmények

a.) Az írást **elektronikus szövegszerkesztési** eljárással kérjük elkészíteni. A kész írást Microsoft Word *.rtf (rich text formátum) kiterjesztésben kérjük elmenteni. Az ábrák és táblázatok egyaránt készülhetnek Excel illetve PowerPoint programok segítségével *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel (ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rá!). Az írás terjedelme max. 10 gépelt oldal, 2-es sortávolsággal, sorkizárt margóbeállítással, minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve. Ez nem foglalja magába az összefoglalót, az irodalomjegyzéket, a függelékét, valamint az ábrákat és a táblázatokat. Ajánlott betűtípus a Times New Roman, de az ettől eltérő betűtípussal készült írást is elfogadjuk. Kérjük, hogy a 12-es méretű betűnagyságot használja.

Az írás **formai** szerkezete az alábbiak szerint készíthető:

1. Címlap
2. Összefoglaló
3. Cikk kézírata

Eredeti közlés **tartalma** az alábbi szerkezetet kövesse:

- I. A probléma ismertetése
 - II. Elméleti háttér és felhasznált fogalmak
 - III. A vizsgálat célja
 - IV. Vizsgálati módszerek és minta
 - V. Eredmények
 - VI. Megbeszélés, következtetések/javaslatok
4. Irodalomjegyzék
 5. Függelék
 6. Ábrák
 7. Táblázatok

ad 1. A **címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét, a szerző(k) nevét és munkahelyét. Az írás címét végig nagybetűvel kérjük kiemelni. A szerző(k) teljes neve mellett kérjük megadni beosztásukat, közvetlen alatta az intézmény neve szerepeljen (lásd 1. minta). A címlap nem számozott (de az egyes sorszám szerint értendő), minden ezután következő oldal az oldal alján, középre igazítva számozott, és a 3. oldaltól folyamatosan folytatódik. A címlap szövege végig középre zárt.

A BETEGSÉGHEZ VALÓ PSZICHOSZOCIÁLIS ALKALMAZKODÁS
SZEREPE A MYOCARDIÁLIS INFARKTUST
KÖVETŐ KORAI REHABILITÁCIÓBAN

Növér Klára, igazgató
Szívügy Alapítvány, Budapest
Fivér Zoltán, intenzív szakápoló
Szívcentrum Intézet, Budapest

ad 2. Az **összefoglaló** külön oldalra készül, maximum 250 szó terjedelemben, az alábbi szerkezetben (ld. 2. minta):

1. A vizsgálat célja
2. Vizsgálati módszerek és minta
3. Eredmények
4. Következtetések

2. minta

Összefoglaló

A vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja a fiatakorúak fogamzásgátlási problémáinak feltárása volt.

Vizsgálati módszerek és minta

Kérdőíves módszerrel történő adatfelvétel a vizsgálati személyek otthonában. A vizsgálati személyek 14 és 18 év közötti gimnazista fiatalok voltak, akik három eltérő gimnáziumból kerültek véletlenszerű kiválasztásra. A minta 47%-a fiúkból, 53%-a lányokból állt.

Eredmények

Az összes megkérdezett 84%-a használt valamilyen fogamzásgátló módszert a vizsgálat ideje alatt. A lányok és fiúk között szignifikáns különbség ($t = 2.34$, $p < 0.05$) adódott a nemi élet gyakoriságában.

Következtetések

A fogamzásgátló módszerekről még több felvilágosításra van szükség, mivel a minta 16%-a még nem hallott ilyen lehetőségekről. A lányok gyakrabban élnek nemi életet, ami nem csak bizonyíték arra, hogy előbb érnek, mint a fiúk, de egyúttal korábban kerülhetnek fertőzéssel, például a HIV-vírussal kapcsolatba.

ad 3. A cikk **kéziratában** az egyes főcímek közepre zártak, aláhúzással kiemelték. Az alcímek a bal margótól közvetlen induljanak (1-es szint) és aláhúzással legyenek kiemelve, illetve 0,5 cm-es (2-es szint) behúzást alkalmazzunk (lásd 3. minta).

3. minta

Az irodalom áttekintése

(főcím)

Az életminőség értelmezése (alcím, 1-es szint)

Az életminőség értelmezésére már eddig is számos kísérlet történt (Kovács, 1995; Mónos és Zoltánffy, 1992; és Pétervári és mtsai, 1997). Kovács (1995) kiemeli, hogy az életminőség mint fogalom nem egységes, és definiálása nehéz feladat. Az irodalomban fellelhető életminőség definíciókról az 1. táblázat tájékoztat.

Egészségre vonatkoztatott életminőség (alcím, 2-es szint)

Az életminőség fogalom tovább bontható általános és egészségre vonatkoztatott életminőségként is.

ad 4. Az **irodalomjegyzék** külön oldalra készüljön, alfabetikus sorrendben, számozva kérjük elrendezni. Irodalmi hivatkozásként maximum 25 szerző adható meg. Az egyes szerzőkre való hivatkozást a szövegben is kérjük feltüntetni. Ha ugyanahhoz a hivatkozáshoz több szerző is tartozik, a szerzőket alfabetikus sorrendben tüntesse fel (ld. 3. minta). Az alábbi hivatkozási formák használhatók az irodalomjegyzék elkészítésekor (ld. 4. minta):

1. példa: Egy szerző esetén, folyóirat-közlemény:

Kovács, J. [*szerző*] (1992). [*kiadás éve*] Ápolási elméletek szerepe a gyakorlati képzésben. [*a közlés címe*] Ápolástudomány, [*folyóirat, ahol megjelent*] 5, 12-26. [*évfolyam*] [*oldal*]

2. példa: Két szerző esetén, folyóirat-közlemény:

Kovács, J. és Szitás, E. (1994). Filozófia és ápolás. Ápolóképzés, 11, 138-145.

3. példa: Három szerző esetén, folyóirat-közlemény:

Kovács, J., Szitás, E., és Darabos, I. (1994). Filozófia és ápolás. Ápolóképzés, 11, 138-145.

4. példa: Háromnál több szerző esetén, folyóirat-közlemény:

Kovács, J., Szitás, E., Darabos, I. et al. (1994). Filozófia és ápolás. Ápolóképzés, 11, 138-145.

5. példa: Hivatkozás könyvből:

Iványi, F. (szerk.) *[szerkesztő neve]* (1993). *[kiadás éve]* Pszichológia az ápolásban. *[a könyv címe]*
Tankönyvkiadó: *[kiadó]* Budapest, *[kiadás helye]* pp. 12-34. *[a hivatkozás oldalszáma]*

Irodalom

4. minta

1. Alexander, G. C. és Sehgal, A. R. (1998). Dialysis patient ratings of the quality of medical care. American Journal of Kidney Diseases, 32, 284-289.
2. Balázs, K. és Károlyi, Gy. (1997). Az életminőség mérésének egy lehetséges módszere és az eredmények alkalmazhatósága az egészségügyben. Népegészségügy, 78, 3-13.
3. Bánfalvy, Cs. (1996). A felnőtt értelmi fogyatékosok életminőségének jellemzőiről. Szociális Munka, 2, 81-94.
4. Barna, Z. (1995). Daganatos betegek életminőség-javításának lehetőségei a családorvosi gyakorlatban. Medicus Universalis, XXVIII, 245-247.
5. Bremer, B., McCauley, C. R., Wrona, R. M. et al. (1989). Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination. American Journal of Kidney Diseases, 13, 200-209.
6. Bülow, H. (1995). Az életminőség kérdése az urológiában. Magyar Urológia, VII, 225-230.
7. Lám, J., Soós, Gy., Vincze, Z. et al. (1997). Epilepsziás betegek életminőség-vizsgálatának lehetőségei. Kórház, 4, 22-24.
8. Somorjai, D. (szerk.) (1996). Egészségügyi statisztika. Aula kiadó: Budapest, pp. 23-26.

ad 6., 7. Az **ábrák és táblázatok** külön oldalra készüljenek. Kérjük ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve, és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás (ld. 3. minta)!

Hova küldje kéziratát?

Az írást szerkesztőségünkbe 3,5"-es floppy lemezen (NŐVÉR Szerkesztőség, MEDINFO, 1444 Budapest 5., Pf. 278.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@medinfo.hu címre. Mellékeljen egy nyilatkozatot arról, hogy a kéziratot más laphoz nem nyújtotta vagy nyújtja be.

Mi történik a kézirattal?

A formai követelményeknek nem megfelelő írást - megtekintés nélkül - a szerzőnek visszaküldjük átdolgozásra. A beküldött kéziratokat névtelenül szakmai bírálatásnak vetjük alá, a kézirat közléséről a bíráló véleményének alapján a Szerkesztőbizottság dönt. Az elfogadott cikk a lap tulajdona lesz. A cikket más lapban leközölni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet ("Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.") A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát. A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség álláspontjával. A NŐVÉR cikkei bekerülnek a CINAHL nemzetközi ápolástudományi számítógépes adatbázisba.

Kinél érdeklődhet?

A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet **Lakó Erika** szerkesztőségi titkártól a **266-0400**-es telefonszámon.

Dr. Fedineczné Vittay Katalin elérhető a fedinecz@matavnet.hu e-mail címen, Zrínyi Miklós szerkesztő pedig a viranyi@alarmix.net e-mail címen.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a fő oldalra](#)

Drogfogyasztási szokások középiskolás fiatalok között

Nagy Lászlóné

egészségügyi szakoktató, egészségfejlesztő-mentálhigiénikus
Szent-Györgyi Albert Egészségügyi és Szociális Szakközépiskola és Szakképző Intézet

Célkitűzés: A középiskolások között végzett kutatás célja a drogfogyasztási szokások, motivációk, ismeretek feltárása, a rizikócsoportok megismerése.

Módszer: A kutatás reprezentatív mintavétellel, 992 fő részvételével a 9-12. évfolyamon, kérdőíves módszerrel történt, melyet egy interjú egészít ki.

Eredmények: A fiatalok nagyobb százaléka tisztában van a drogok veszélyességével, és az illegális drogokat elutasítja. A legális drogok fogyasztása azonban a fiatalok között közel azonos mértékű a felnőttekével. Az illegális drogok használata, - közöttük a "keményebb" fajtája is- megjelent, és magasabb értékeket mutat a férfiak, a 17-18 évesek, a városi lakosok, a napi rendszerességgel dohányzók, a magányos barát nélküli fiatalok között, az önálló tevékenységet folytató szülők és a dohányzó anyák gyermekeinél. Kiderültek az illegális drogfogyasztással kapcsolatos tévhitek, a felelősség hiánya ezeknél a fiataloknál.

Következtetések: A vizsgálat eredményei felhívhatják a figyelmét a probléma érdekében tenni tudó szakembereknek, hogy az eddiginél szélesebb körben, hatékonyabb módszerekkel és folyamatosan kell végezni a prevenció tevékenységét.

A téma aktualitása

A hazai lakosság megbetegedéseinek alakulásában az életmódbeli tényezők mind közvetlen, mind közvetett formában döntő szerepet játszanak, melyek közül a drogokkal való visszaélés jelent napjainkban társadalmi méretű gondot. Magyarországon az elmúlt évek epidemiológiai felmérései a fogyasztásuk jelentős növekedését jelzik, különösen az illegális drogok tekintetében (Gerevich, 1987; Szomor, 1997.). A fiatalok számára szórakozási lehetőséget nyújtó "diszkókultúra" a stimulánsok, zene és a tánc együttes hatását használja ki, amely hazánkban is kialakította az ún. "rekreációs" drogfogyasztást. Ez a szórakozási forma tíz-százszáz nagyságrendben a hétfégi kikapcsolódást "felüldülést" jelenti a fiataloknak (Drog enciklopédia, 1998). Szakirodalmi adatok szerint az illegális drogfogyasztók száma évről évre nő, évente több mint kétszeresére emelkedik a függőség állapotába kerülők száma. Különösen az ifjúság veszélyeztetett e tekintetben, és egyre fiatalabb korban következik be a drogokkal való találkozás (Dési, 1999; Elekes és Paksi, 1997; Reiner és Újvári, 1997; Szomor, 1997). E magatartás nyomán emelkedést mutat a vele összefüggésbe hozható ittas vezetésből adódó balesetek, a reprodukciós egészséget befolyásoló felelőtlen szexuális kapcsolatok, AIDS, légúti asztmás és gyulladásszerű megbetegedések (Aszmann és Rózsa, 1999).

A serdülőkor igen viharos korszak, tele testi-lelki változásokkal és ennek nyomán megjelenő szorongásokkal, amelyek kifejezésre juthatnak drogfogyasztó magatartásban. A család a legfontosabb óvó köteték, de pontosan ebben a korban lazul a szülői kontroll, megnövekszik a kortársak befolyásoló hatása (Aszmann és Rózsa, 1999). Ugyanakkor előtte áll korának legnagyobb és legfontosabb feladata, az identitásának megtalálása, fejlődése, - amely sokszor buktatókon "kríziseken" keresztül valósul meg. A társadalmi szerepvállalás nehézségei sem kedveznek az egészség megőrzését fejlődését segítő magatartás kialakulásának (Atkinson, 1994.). Követésszerű vizsgálatok bizonyítják, hogy összefüggés van a dohányzás, alkoholfogyasztás, nyugtatószerek szedése, és az illegális drogok kipróbálása között. (Elekes és Paksi, 1997; Reiner és Újvári, 1997; Szomor, 1997).

A drogok fogyasztása a fiatal személyiség érzelmi, erkölcsi fejlődését megzavarja, befolyásolja a tudatot, a magatartást, és rendszeres használatuk fizikai és pszi-chés függőséget okoz (Buda, 1995, Atkinson; 1994, Vabrik, 1989).

A veszélyeztetett magatartást vizsgáló tanulmányok legtöbbször a szülői példát, a nevelést, annak hiányosságait, a nevelői attitűdök szélsőségeit, a szülői kontroll hiányát, a szabadidő tartalom nélküli eltöltését emelik ki

legfőképpen a fiatalok drogfogyasztásának alakulásában (Aszmann és Rózsa, 1999; Molnárné Garbacz, 1998; Székely és Szeles, 1994).

A kutatás célja

A fenti gondolatok készítettek egészségfejlesztő-mentálhigiénikusként arra, hogy középiskolás fiatalok drogfogyasztó magatartásának megismerése céljából kutatást végezzenek. A vizsgálati eredmények és azok összehasonlító elemzése segítségül szolgálnak a probléma mélyebb megismeréséhez, a primer szintű drog-prevenció kiszélesítéséhez, a megfelelő célcsoportok kialakításához, az egészségfejlesztő iskola szemléletmódjának változtatásához.

A kutatás módszere, eredményei

A felmérést Kecskemét város 8 középiskolájában, 992 fő részvételével végeztem kérdőíves módszerrel, saját összeállítású kérdőívvel, amelyet egy korábban végzett interjúval egészítettem ki. A kérdések vonatkoztak a legális és illegális drogok fogyasztására, annak gyakoriságára, fajtáira, veszélyességének megítélésére, az a magatartás mögötti motivációkra, a szülők alkohol-, nyugtatószer-fogyasztásának mértékére, dohányzási szokásaikra, és arra, hogyan vélekednek a fiatalok az új drogtörvényről, barátai mely közösséghez tartoznak és problémáikat megbeszélnek-e valakivel. A kutatás a város középiskoláit évfolyamonkénti megoszlás szerint reprezentálja.

Korcsoportok	Fő	%
14 éves	82	8,26
15 éves	228	22,98
16 éves	262	26,42
17 éves	290	29,25
18 éves	111	11,19
19 éves	19	1,90
Összesen	992	100,00

1. táblázat Középiskolások korcsoportonkénti megoszlása (N=992 fő)

A vizsgálatban részt vevő fiatalok 36,27%-a férfi (360 fő), és 63,73%-a nő (632 fő), korcsoportonkénti és iskolatípusonkénti megoszlását az 1. és a 2. táblázat szemlélteti. A szülők foglalkozás szerinti megoszlását a 3. táblázat, a vizsgáltak lakóhely szerinti megoszlását pedig a 4. táblázat tartalmazza.

Iskolatípus	Fő	%
Gimnázium	238	23,99
Szakközépiskola	754	76,01
Összesen	992	100,00

2. táblázat A vizsgáltak iskolatípusonkénti megoszlása (N=992 fő)

Foglalkozás	Apa	Anya
Önálló tevékenység	31,75%	18,35%
Alkalmazott	54,53%	65,22%
Nyugdíjas	6,65%	4,13%
Munkanélküli	5,04%	11,39%
Nem válaszolt	2,03%	0,91%
Összesen	100,00%	100,00%

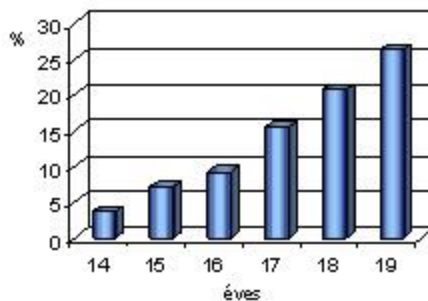
3. táblázat A szülők foglalkozás szerinti megoszlása
(N=992 fő)

Lakóhely	Fő	%
Város	646	65,13
Falu	291	29,33
Kisebb település	55	5,54
Összesen	992	100,00

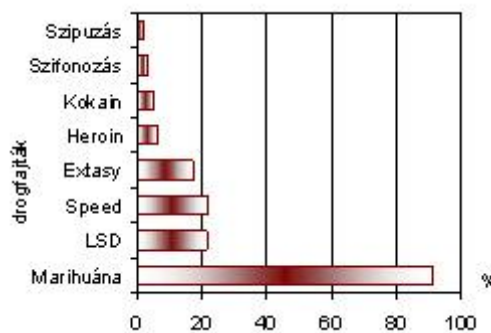
4. táblázat A vizsgáltak lakóhely szerinti megoszlása
(N=992 fő)

A vizsgált fiatalok 11,69%-a kipróbált vagy fogyasztott valamilyen illegális drogot, melynek mértéke az egyes középiskolák vonatkozásában igen eltérő értékeket mutat. Legmagasabb egy szakmunkásokat képző ipari szakközépiskolában 24,74%, még a legalacsonyabb egy egyházi gimnáziumban 5,98%. Átlagon aluli a fogyasztás azokban az iskolákban, ahol a nők nagyobb számmal vettek részt a vizsgálatban. A fogyasztás mértéke a férfiaknál magasabb, 18,13%, és a kor előrehaladásával emelkedő tendenciát mutat. Az illegális drogok kipróbálását és fogyasztását korcsoportonkénti megoszlásban az 1. ábra szemlélteti. A kipróbált és fogyasztott illegális drogok közül a marihuána, LSD, extasy, speed, heroin, kokain, technokol ragasztó "szipuzás", és habszifon patron gázának fogyasztása fordul elő.

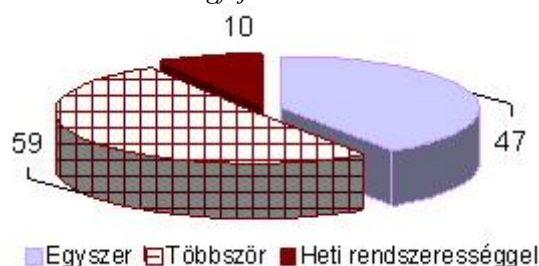
A marihuánát, az illegális drogot kipróbálók és fogyasztók 91,37%-a, az LSD-t és speedet 21,55%-a, az extasyt 17,24%-a, heroint 6,03%-a, a kokaint 5,17%-a, a "szifonozást" 3,44%-a, a "szipuzást" 1,72%-a kipróbálta vagy fogyasztja. A fogyasztók 40,51%-a egyszer, 50,86%-a többször is, és 8,63%-a heti rendszerességgel jelölte meg a fogyasztás gyakoriságát. A kipróbált drogok száma szerinti megoszlása a következő eredményeket mutatja: egyféle illegális drogot fogyasztott a kipróbálók és fogyasztók 59,48%-a, kétfélét 18,97%-a, háromfélét 14,65%-a, négyfélét 2,69%-a, ötfélét 3,45%-a és több, mint ötfélét 0,86%-a. Az illegális drogok fogyasztásának az egyes fajták szerinti megoszlását a 2., a fogyasztás gyakoriságát a 3., a fogyasztott drogfélék számának megoszlását pedig a 4. ábra teszi szemléletessé.



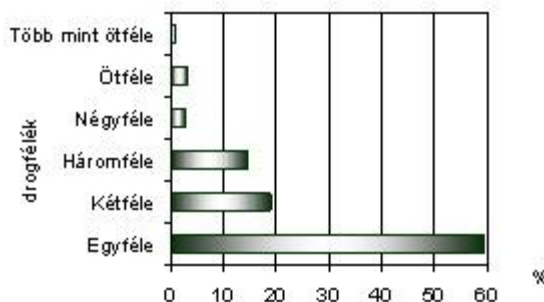
1. ábra Illegális drogot fogyasztók aránya korcsoportonként



2. ábra Az illegális drogok fogyasztásának megoszlása az egyes drogfajták tükrében



3. ábra Az illegális drogok fogyasztásának gyakorisága (N=116 fő)



4. ábra A kipróbált illegális drogfélék számának megoszlása (N=116 fő)

Vizsgálataimban összehasonlítottam a fiatalok és a szülők legális drog-fogyasztását, melynek gyakorisága a 5. táblázatban látható. Az összehasonlító elemzés szerint a fiatalok illegális drogfogyasztásának mértéke alig kevesebb a szülők fogyasztásánál, sőt az alkalmi dohányzás és alkoholfogyasztás esetében meg is haladja azt. A fogyasztásban a legmagasabb értéket az alkohol 77,89%, majd a dohányzás, 52,45% mutat, ezt követi a nyugtatószerek szedése 12,09%, majd az illegális drogok fogyasztása 11,69%. (Ezek az értékek az alkalmi és a rendszeres fogyasztókat tartalmazzák.) Az illegális drogot fogyasztó fiatalok között a dohányzás, az alkoholfogyasztás magasabb értékeket mutat. Ennek a vizsgálati csoportnak a 76,7%-a a napi rendszerességgel dohányzók közül kerül ki. Magasabb az illegális drogok kipróbálása az átlagnál a városi lakosok esetében, és az önálló tevékenységet folytató szülők gyermekeinél, a magányos problémáját magába fojtó fiataloknál, valamint a véletlenszerű közösséghez tartozók esetében. Az illegális drogot fogyasztók között szignifikánsan magasabb azok aránya akik a kábítószerrel nem tartják veszélyesnek (78,2%), és azoké is, akik nem kívánnak többet tudni a drogok káros hatásairól (75%).

Lényegesen magasabb értékeket mutat az illegális drogot kipróbáló és fogyasztó fiataloknál a szülők rendszeres dohányzása, 47,09% az apák és 52,77% az anyák esetében. A drogok kipróbálására a vizsgáltakat, főként a kíváncsiság (37,27%), a jó "buli" kikapcsolódás szándéka (17,27%), barátok unszoló hatása (10,9%), szorongás oldása (7,27%), kudarc elviselésének megkönnyítése (4,54%) motiválta.

Az új drogtörvényt a fiatalok 24,4%-a nem ismeri, 9,49%-a nem válaszolt a törvénnyel kapcsolatos kérdésre, nem elég szigorúnak ítéli meg a tanulók 12,54%-a, jónak, időszerűnek tartja a vizsgáltak 33,2%-a, 1,35%-a szerint sokkal hamarabb kellett volna megalkotni, túl szigorúnak, igazságtalannak gondolja a fiatalok 6,77%-a és 11,52%-a szerint nem segít a drogélvezőkön, meg kellene engedni a "lány" drogokat a vizsgált tanulók 1,35%-a szerint, mert a "lány drogok nem veszélyesek", és ezek fogyasztását, nem is kellene törvény által szabályozni. A vizsgált középiskolások túlnyomó többsége azonban úgy gondolkodik erről, hogy valamilyen törvénnyel szabályozni kell, hogy illegális drogok használata ne terjedjen el a fiatalok magatartásában, szórakozási kultúrájában.

Érdekes a kábítószerrel kipróbáló fiatalok véleménye a drogtörvényről. "Hülyeségnek tartom", "nem segít a drogosokon" 30,55%-a, "meg kellene engedni a "lány" drogokat" 11,12%-a szerint, nem ismeri 16,67%-a, nem válaszolt 9,15%-a, jónak tartja, egyetért vele 16,67%-a, szigorúbbnak kellene lenni 15,84%-a szerint.

A kutatási munkámat egy korábban elkészített interjúval egészítettem ki.

Drogok	Alkohol (%)	Dohány (%)	Nyugtatószer (%)
--------	-------------	------------	------------------

Fogyasztás gyakorisága	Apa	Anya	Fiatal	Apa	Anya	Fiatal	Apa	Anya	Fiatal
Alkalmoszerű	56,81	46,92	68,59	4,45	6,31	26,97	5,73	11,92	11,01
Rendszeresen hetente	10,04	2,50	8,24	5,17	4,16	6,04	--	--	--
Rendszeresen naponta	5,02	1,58	1,06	26,80	21,52	19,71	2,87	4,72	1,08
Összesen	71,87	51,00	77,89	36,40	31,99	52,72	8,51	16,64	12,09
Nem fogyaszt	28,13	49,00	22,11	63,60	68,01	47,28	91,49	83,36	87,91
Mindösszesen	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5. táblázat Legális drogfogyasztás gyakorisága a szülők és a fiatalok között

Interjú

Interjúalanyom 18 éves fiú, aki elmondása szerint már többször is fogyasztott illegális drogot. (Válaszait írásba foglaltam, így megközelítően szó szerint tudom idézni azokat.)

Kérdés: Mikor találkoztál legelőször kábítószerrel és milyen körülmények között?

Válasz: Egy éve, ha ugyan a szifonozás drogozásnak mondható. Az úgy volt, hogy vettünk habszifonpatront a haverokkal. Mindig volt köztünk olyan, akiknél a szülők nem voltak otthon, így felmentünk hozzájuk és beszívtunk. Jól elkábultunk tőle, meg az volt a jó, hogy ellazultunk. Arra vigyáztunk, hogy a szülők ne is sejtsek mit csinálunk. Ezt hetente egyszer összesen úgy 5-ször 6-szor csináltuk. Ebben még az is jó volt, hogy nem került sok pénzbe.

Kérdés: Ennyi volt az egész?

Válasz: Akkor egy időre abbahagytuk, nehogy baj legyen belőle, meg a szülők észre ne vegyék. Én ugyan nem féltém tőle, mert csak hetente egyszer csináltuk, abból még nem lehet olyan nagy probléma. Azután az idén tavasszal egyszer kipróbáltam a "füves cigit". Elmentünk egy házibuliba, összesen nyolcan voltunk. Egyik lány ingyen kapta, és szétosztottuk, csak egy-két slukk jutott belőle mindannyiunknak. Ez olyan kevés volt, hogy nem éreztem semmit. Pedig jó lett volna, ha tudom a hatást. Egyre jobban feszített az, hogy ugyan milyen lehet az igazi kábítás élmény, mennyire dobódom fel, amiről másoktól hallottam. Ezért próbáltam ki az LSD-t kétszer is, barátaim unszolására.

Kérdés: És mennyire dobódtál fel?

Válasz: Az első alkalommal a buli végén vettem be, négyen osztottuk el. A barátnőmnek haza kellett engem kísérni, mert egyedül nem bírtam volna eljutni hazáig hajnali 4 órakor. Nem tudtam tőle elaludni, jöttek a hallucinációk. Hangokat is hallottam és színeket eseményeket is láttam, de szerintem még ez sem volt az igazi hatás, ahogy mások mondják. Nem volt annyira kellemes. Ezért elhatároztam, hogy addig próbálom, még be nem jön. Így egy másik alkalommal a buli elején "nyaltuk el" a bélyeget szintén négyen. Ekkor ittam rá egy pohár pezsgőt, hogy biztosabb legyen a hatás. Ekkor "bejött", eddig még nem tapasztalt jókedvem volt, feloldódtak a gátlásaim. A közelebbi ismerőseim alig ismertek rám. Nekik azt mondtam, hogy a pezsgőtől vagyok ilyen, nem vallottam be a bélyeget.

Kérdés: Mennyi mostanában az LSD árfolyama, és hogyan lehet beszerezni?

Válasz: Úgy jutottunk hozzá, hogy az egyik barátom hozta, az első ingyen volt, nem kellett érte fizetni. Legalább 4-5 kézen keresztül megy, mire ahhoz ér, akinek kell. Én sose tudtam, hogy honnan való, de nem is érdekelt. A másodikért már fizettünk 2000 forintot, ezt négyfelé osztottuk. Szerintem egy felesért is elkérnek ennyit.

Kérdés: Volt-e félelem benned a kábítószer bevétele előtt?

Válasz: Nem, nem félttem, nem annyira. Az izgatott, hogy jól fogom-e magam érezni, feldobódok-e, vagy kidobtam érte feleslegesen a pénzt.

Kérdés: Fogyasztanak-e a környezetben más kábítószereket?

Válasz: Mostanában nagyon megy a speed és a heroin is. Én ki nem próbálnám egyiket sem. Van egy barátom, aki már volt drogelvonón, szúrta is magát heroinnal. A szülei rájöttek, egyszer "belöve" ment haza.

Kérdés: Mit gondolsz, hányszor kell kábítószerrel foglalkozni ahhoz, hogy valaki függővé váljon?

Válasz: Szerintem, ha valaki csak úgy a hétfégi bulikon használja, egy év is kell hozzá, hogy utána gyakrabban kívánja. Én ebbe biztos nem mennék bele, maga az, hogy sok pénzbe kerülne. Én a pénzt sajnálom érte. Egyébként én tudom szabályozni, hogy ne váljak függővé.

Kérdés: A jövőben hogyan tervezed, ki fogod-e még próbálni?

Válasz: "Tuti", hogy még kipróbálok, de 4-5 haverral együtt. Csak egy jó alkalom kell hozzá. Mondjuk leugrunk a Balatonra nyaralni, és az nem múlhat el drogozás nélkül.

Az interjúból kiderül, hogy a kíváncsiság motivációja készítette a drog kipróbálására a 18 éves fiút. De a "barátai" hatása is érvényesült a meggyőzésben, továbbá a szülői ellenőrzés hiánya is felmerül. Felelősségérzése nincs, inkább a "hatás" érdekli és az, hogy sokba kerül. Nincsenek kellő ismeretei a függőség veszélyéről, annak a gyorsabb kialakulási lehetőségéről. A környezetében lévő "drogos barát" mintája egyelőre távol tartja attól, hogy gyakrabban éljen a kábítószer fogyasztásával, azonban a visszatartó erő forrásai nem stabilak.

Összegzés

A drogfogyasztás témakörében végzett kutatás szerint a probléma jelen van a középiskolások között mind a legális, mind az illegális drogok vonatkozásában, a "keményebb" gyorsan függőséget okozó fajtája is. A fiatalok nagyobb többségben veszélyesnek ítélik meg fogyasztását, de egészen más a véleményük azoknak, akik kívülről látják a jelenség következményeit, mint akik a hatása alá kerültek. Hiszen a kábítószer átforgalmazása a gondolkodást, viselkedést, az életmódot, a környezettel való kapcsolatot, nem látják, nem érzik a probléma komplex jellegét, nem számolnak a következményekkel, hiszékenyvé válnak, azokat az információkat fogadják be, amelyek a viselkedésüket alátámasztják, ami számukra kedvező. Azért hirdetik, hogy a "lány drog" nem veszélyes és a hetenkénti gyakorisággal elszívott "fü" még nem probléma, nem vezet függőséghez. Ezek a fiatalok nem hajlandók tudomásul venni, hogy ez is elvezethet a "drogéséghez." Ez a tény azért érdemel külön figyelmet, mert a tapasztalatok szerint a későbbi rendszeres drogfogyasztók előbb vagy utóbb közülük kerülhetnek ki. A külföldi szakirodalomban fellelhető adatok és a hazai drogambulanciák tapasztalatai is megerősítik ezt a feltevést.

A kábítószerfogyasztás feltételrendszere pedig adott. Ugyanis a diszkók spontán csoportjai, a kortárs csoportok, a barátok befolyásoló ereje igazi problémát jelentenek, ahol a titok izgalma, feszültsége, a veszély "gyönyörűsége" igen nagy toborzó erő az egyszer kipróbálók számára a folytatáshoz.

A vizsgálat az akkori helyzetképet mutatja, amelynek eredményei segítenek abban, hogy a rizikócsoportokat felkutassuk, a megelőző tevékenységet kiszélesítsük. A jól és hatékonyan működő, nem kampányszerű drog-megelőző programokat az ismeretterjesztő előadások mellett, fontos lenne tantervbe beépítve a fiatalok személyiségének fejlesztése, feszültségek kezelésének megtanítása, kommunikációs képességek és kultúra növelése, az önálló felelős döntéshozás segítése, az önállóságra nevelés. A szülőkkel, fiatalokkal együttműködve sürgős feladataink tudatában kell a drog-prevenációt kiszélesíteni, az egészséget értékékként közvetíteni a fiataloknak.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton mondok köszönetet a kutatásban részt vevő intézmények igazgatóinak és tanáraiknak, akik a kutatási munkához hozzájárultak és azt segítették.

Irodalom

1. Aszmann, A. és Rózsa, S. (1999). Magyar serdülők egészséget befolyásoló magatartása. *Egészségnevelés*, 40, 123-132.
2. Dr. Buda, B. (1995) *Szenvedélyeink*. SubRosa Kiadó: Bp., pp. 12-20.

3. Dr. Dési, I. (1999) *Népegészségtan*. Semmelweis Kiadó: Bp., pp. 502-503.
4. Drog Enciklopédia (1998) CD lemez. ECP Kft,
5. Elekes, Zs. és Paksi, B. (1997). *A fiatalok és a drog*. *Belügyi Szemle*, 11.
6. Gerevich, J.(1987) *A drogproblémák megelőzése*. Programtanács: Bp.
7. Molnárné Garbacz, A. (1998) Drog megelőzés az iskolákban. *Egészségnevelés*, 39. 4. 166-169.
8. Dr. Reiner, V. és Újvári, A. (1997) Középiskolások ismeretei a kábítószerekről, fogyasztási szokásaik. *Egészségnevelés*, 38. 5. 220-221.
9. Atkinson, R. L. *Pszichológia*. Osiris-Századvég: Bp., pp. 96-173
10. Székely, L. és Szeles, V. (1994) *A drogmegelőzés pedagógiája*. Pápai Páriz Egészségnevelő Országos Egyesület: Bp.
11. Szomor, K. (1997) *A kábítószer-probléma és a keresletcsökkenés stratégiája*. *Belügyi Szemle*, 11. 23-24. p.
12. Dr. Vabrik, L. (1989) *A bódulat csapdájában*. Tankönyvkiadó: Bp.

vissza a tartalomhoz vissza a fő oldalra

Adalékok a laryngectomia műtéten átesett betegek ápolásához

Illyésné Rajki Veronika

főiskolai gyakornok

SZOTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

A cikk a laryngectomia műtéten átesett betegek ápolásának sajátosságaival foglalkozik. A szerző felmérést készített a szegedi Fül-Orr-Gége és Fej-, Nyak Sebészeti Klinika és a győri Petz Aladár Megyei Kórház Fül-Orr-Gége és Fej-, Nyak Sebészeti Osztály laryngectomizált betegeiről, vizsgálva pszichés állapotukat, a betegségre adott válaszaikat. Ezeket az eredményeket összevetett az ugyanezen két osztályon dolgozó nővérek körében végzett kérdőíves kutatása eredményeivel, amiben arra kereste a választ, hogy milyen a nővéri attitűd, milyen a munkakapcsolat az orvosokkal és egyéb szakemberekkel, illetve mindezek hogyan befolyásolják a betegápolás minőségét.

Az ápolói hivatás egyik minőségi mutatója az, hogy milyen a nővér - beteg kapcsolat. Ha a kapcsolat jó és együttműködő, akkor az hosszú távon pozitívan befolyásolja az ápolást, annak eredményességét. Mindez fokozottan érvényes a daganatos betegek ellátásában, hiszen ilyenkor az ápolási idő és ebből kifolyólag a betegek és az őket ellátók közötti interakció jóval hosszabb, mint más, esetleg akut betegség esetén.

Egy, a témában végzett kutatás bemutatásával szemléltetem tapasztalataimat, amelyet a laryngectomia műtéten átesett betegek ápolásáról szereztem.

Felmérésem két részből állt, egyik részét betegek körében végeztem 1998. szeptemberétől öt hónapon keresztül. A szegedi Fül-Orr-Gége és Fej-, Nyak Sebészeti Klinika, valamint a győri Petz Aladár Megyei Kórház Fül-Orr-Gége és Fej-, Nyak Sebészeti Osztály laryngectomizált betegeivel kerültem és maradtam folyamatosan kapcsolatban, vizsgálva pszichés állapotukat, a betegségre adott válaszreakcióikat. Öten Szegeden, tizenegyen pedig Győrben feküdtek fül-orr-gége osztályon. Kutatásom eredményeit párhuzamba vontam az ugyanezen két osztályon dolgozó nővérek (29 fő) körében végzett felmérésem eredményeivel, amiben arra kerestem a választ, hogy milyen a nővéri attitűd, milyen a munkakapcsolat az orvosokkal és egyéb szakemberekkel, illetve mindezek hogyan befolyásolják/befolyásolhatják a betegápolás minőségét.

Az adatgyűjtés szociológiai módszerei közül a kérdőíves módszert alkalmaztam. A kérdőíveket mind a betegek, mind a nővérek természetesen önkéntesen s név nélkül töltötték ki. További ismereteket, tapasztalatokat a betegekkel való beszélgetéseim (irányított interjú) és az osztályokon folyó ellátás megfigyelése során szereztem, valamint felkerestem a szegedi Napforduló Szolgálat Beszédrehabilitációs Csoport gyógyult betegeit, a velük foglalkozó foniáter szakorvost, pszi-chológust, szociális munkásokat, és rendszeresen részt vettem a foglalkozásaikon.

I. A betegek felmérése

A felmért betegek iskolai végzettségére és családi állapotára vonatkozó adatok:

Iskolai végzettség	
---------------------------	--

8 általánosnál kevesebb	6,25%
8 általános	18,75%
Szakiskola	31,25%
Középiskola	6,25%
Főiskola	6,25%

1. táblázat

Családi állapot	
Nős	62,50%
Nőtlen	25,00%
Elvált	6,25%
Élettársa van	6,25%

2. táblázat

A megkérdezett 16 beteg körében a nők és férfiak aránya 1:7 volt, az átlagéletkoruk 51 év. Az életkorra és a betegség nemek szerinti megoszlására vonatkozó eredményeim megegyeznek a szakirodalmi adatokkal (Surján, 1985).

Az elkeseredés volt a leggyakoribb reakció (57,7%) a betegek részéről, amikor tudomást szereztek a diagnózisról. Közel 16%-uk számított a betegségre. Elmondásuk alapján panaszaikból, tüneteikből vonták le a következtetéseiket.

A megkérdezettek közel azonos arányban ítélték úgy, hogy az egészségügyi dolgozók segítenek nekik feldolgozni a történetet (56,25%), illetve segítenek ugyan, de nem tudják átérezni a helyzetüket olyan mértékben, ahogyan arra szükségük lenne (43,75%).

Arra a kérdésemre, hogy milyennek látják a jövőjüket, a műtéten átesettek a megadott alternatívákra a következő arányban válaszoltak (egyesekek több lehetőséget is megjelölve):

Válaszlehetőségek	Százalékos megoszlása
Folytatom a munkámat, megtanulok együtt élni a változásokkal.	36,36%
Úgy érzem, nem leszek képes mindenre, amire azelőtt voltam.	27,27%
Nem szeretnék sokat emberek közé menni, nem szeretném, hogy így lássanak.	13,63%
Kilátástalannak látom a helyzetemet.	22,72%

3. táblázat

A műtéten átesett betegek - akiknek közel 70%-a élte meg azt, hogy "teljesen elkeseredett", hogy "üressé vált körülötte minden" - közel egyötöde hallott csak a beszéd újratanulásának lehetőségéről. Igaz, erre válaszolhatjuk azt is, hogy a betegek számára az a legfontosabb, hogy éljenek, hogy meggyógyuljanak, és minden más mellékes a kezdeti időkben - így a beszéd tanulása is az, ennek ellenére a lehetőséget fel kell tárni előttük, mert sokaknak a hangjuk elvesztése jelent nagy problémát.

II. Az ápolók felmérése

A megkérdezett 29 nővér közül 14-en voltak a segítségemre azáltal, hogy válaszoltak a kérdőívben feltett kérdéseimre, amelyben arra voltam kíváncsi, hogy melyik életkorban és miért az ápolást, valamint miért a fül-orr-gégészetet választották szakterületül.

Hogy mely életkorban, azt a következő százalékos megoszlás mutatja:

Gyermekkorban	42,85%
Általános iskola után	28,57%
Középiskola után	28,57%

4. táblázat

Nyitott kérdéseimre kapott válaszok:

Mi volt az a legfőbb motívum, ami miatt az ápolás mellett döntöttek pályaválasztásuk idején:

- emberekről való gondoskodás,
- másokon való segítség,
- gyermekkori élmények hatása,
- betegek gyógyulása mint sikerélmény,
- szeretet és hála a betegek részéről.

Arra a kérdésre, hogy konkrétan miért a fül-orr-gégészetet választották szakterületül, a válaszolók legnagyobb százalékban azt választották, hogy a gyakorlataik során vált szimpatikussá számukra ez a terület (21,42%), valamint mivel nem volt konkrét elképzelésük és itt volt munkalehetőség azért döntöttek az osztály mellett, vagy egyszerűen "ide helyezték" őket (21,42%). Mások ismerettségük miatt (7,14%), vagy ismerőseiktől hallott pozitívumok végett (14,28%) kerültek ide. Néhány ápoló számára a terület érdekes volt és úgy ítélték meg, hogy sokat lehet tanulni egy ilyen osztályon (7,14%). Jelentős százalékban voltak olyanok, akik az osztályra kerüléssel magasabb beosztásba léptek, illetve egyetemi/főiskolai tanulmányaik mellett vállaltak munkát (28,58%).

Szakemberekkel (orvosok, gyógytornászok, dietetikusok, beteghordók) való munka kapcsolataikat jónak, illetve közepesnek, változónak ítélték meg. Többen (57,14%) tettek említést konfliktusokról, nézeteltérésekről, illetve egyéb problémákról, amelyek időnként akadályozzák az eredményes együttműködést.

III. A betegvezetés néhány sajátos vonása

Talán az egyik legfontosabb megállapítás a gégeműtéten átesett betegek ápolásával kapcsolatban az, hogy a betegoktatás és pszichés gondozás óriási felelősséget, kihívást jelent. A két csoport körében végzett kutatás eredményeinek párhuzamba állításával a következő feladatok állapíthatók meg (a szakpolási teendők elvégzése mellett):

1. Beteg fogadása és team-munka az osztályon

Ha valaki kórházba kerül, számára ismeretlen körülmények közé, függőségi helyzetben érzi magát, mert rajta kívül mindenkinek ismerős a környezet és az ott dolgozó emberek. Ilyenkor a szorongás a legjellemzőbb, amit az ember érez. Éppen ezért fontosak a beteg fogadásának körülményei, mert ezek az első lépések a jó kapcsolat kialakításához, illetve lehetőséget jelent a szorongás és ezen keresztül a függőségi helyzet csökkentésére.

A rehabilitációnak már az osztályon el kell kezdődnie. A betegeknek a műtét után tükröbe kell nézniük, szembe kell nézni a megváltozott külsejükkel, el kell tudni fogadniuk önmagukat, és tudni kell alkalmazkodniuk a körülményeikhez. Ebben pedig csak empatikus, kongruens magatartással és feltétel nélküli elfogadás esetén válhatunk betegeink segítőivé. A szakemberek közötti együttműködés elengedhetetlen, hiszen nagyon nagy szerepe van annak, hogy a team tagjai között milyen a munkakapcsolat, mennyire tudják egymás munkáját elősegíteni, kiegészíteni.

2. Felvilágosítás

Az ismeretlen bajjal kapcsolatban számtalan kérdés merül fel az érintettekben. Olyan kérdések ezek, amelyek megválaszolását az orvostól, illetve az ápolótól várják. Ezekre mindig a kompetenciának megfelelően, őszintén kell válaszolni ahhoz, hogy megőrizzük a betegek irántunk való bizalmát. Ilyenkor a leggyakoribb kérdések, amelyek elhangoznak:

- *mennyire súlyos a betegségem?*
- *lesz-e fájdalmam?, ha igen, lehet-e csillapítani?*
- *előreláthatólag meddig kell kórházban maradnom?*
- *műtét után hogyan fogok kinézni?*

Az a beteg, aki megfelelő tájékoztatásban részesült, aki beleszólhat a kezelésébe, akivel közösen lehet dönteni, megteremti a betegség leküzdésének feltételét, elsősorban önmaga, ugyanakkor gyógyítói számára is.

3. Meghallgatás

Minden ember másként, a maga módján reagál az új helyzetre, különböző érzelmek szabadulnak fel bennük, más és más gondolatok foglalkoztatják őket. Ezeknek a gondolatoknak az ismerete azért jelentős, mert a felmerülő problémákat az egyének és családok vagy saját erőből, vagy külső segítséggel tudják megoldani. Ha külső segítségre van szükség, akkor az csak úgy működik, ha az erre vonatkozó ismeretek a rendelkezésünkre állnak. Ehhez a leghatékonyabb módszer az egymás kölcsönös meghallgatása.

4. Család bevonása a beteg ellátásába

Ha egy családban valakinek malignus tumora van, akkor a dolgok minden családtag számára kisebb-nagyobb mértékben megváltoznak. Hogy mi és hogyan változik, az függ attól, hogy:

- *ki betegedett meg?*
- *hány éves a beteg?*
- *mennyire szoros a családtagok közötti kötelék?*
- *milyen a családban betöltött szerepe?*
- *kikkel él együtt a beteg?*
- *milyen típusú, kiterjedésű a daganat?*
- *előfordult-e már a családban ilyen/hasonló betegség?, ha igen, mi lett a kimenetele?*
- *vannak-e rokonok, vagy közeli barátok, akik a család segítségére lehetnek?*
- *ők hogyan tudják kezelni a problémát?, megértik-e a helyzetet?*
- *hol folyik a kezelés?*
- *meddig tart a kórházi benttartózkodás?*
- *milyen a betegségre adott reakció?, hogyan érzi magát a beteg?*
- *mennyire okoz problémát a családnak, hogy a betegségről, félelmeikről, érzéseikről beszéljenek?*
- *mennyire kényelmetlen a betegnek beszélni a bajáról?*

Ezek azok a tényezők, amelyek szerepet játszanak abban, hogy maga a betegség mi módon befolyásolja a család életét.

Azokban az esetekben, ahol adott a biztos háttér, ott ennek lehetőségeit ki kell használni, tudni kell együttműködni a családdal, hiszen a társadalomba történő visszahelyezés eredményessége függ a hozzátartozókkal való kooperációtól.

5. Segítségnyújtás a megváltozott kommunikációban

Egy másik sarkalatos kérdés a megváltozott kommunikáció, illetve ennek megfelelően az új lehetőségek alkalmazása. Mindkét városban létezik a gégeműtöttek számára beszédrehabilitációs csoport (Szegeden a Napforduló Szolgálat szervezésében, Győrött pedig foniátriai szakrendelés keretében), ahol foniáter

szakorvos, pszichológus és szociális munkás együttesen látja el a rászorulókat ellátását. Az ápoló szerepe az, hogy segítse műtét után az önbizalom kialakítását és fenntartását, valamint feladata az, hogy felvegye a kapcsolatot a korábban műtéten átesett gyógyult és újra beszélő betegekkel, hogy azok a saját példájukon keresztül ösztönzőleg hatva részt vegyenek sorstársaik beszédtanulásában. Sajnos, tapasztalataim szerint ezzel a lehetőséggel nem élnek sem a klinikán, sem a megyei kórházban.

Összefoglalás

Foglalkozásával az egyén különböző mértékben azonosulhat. Akkor beszélhetünk igazán hivatástudatról, ha ez belülről mélyen elkötelezetten történik. Ez dönti el, hogy a foglalkozás hivatás vagy állás lesz. Ez éppúgy igaz az ápolásra, mint bármilyen más professzióra. Az, hogy egy ápoló milyen légkörben dolgozik, kikkel és hogyan tud együttműködni, miért az ápolás a hivatása - kényszerből, vagy tudatosan választva - nagymértékben meghatározza a betegellátás minőségét. Eredményeimből általános következtetésként elmondható, hogy a betegek oktatása és pszichés gondozása kihívást jelent, és felelősséggel jár. Rajtunk, a hozzáállásunkon és magatartásunkon múlik a legnagyobb mértékben, hogy a betegek hogyan élnek meg a betegségüket, hogyan tudnak megbirkózni vele.

Irodalom

1. Beyersdorff, D.: *A rák komplex kezelése*. Medicina Kiadó, Budapest, 1999.
2. *Daganatos beteg a családban - A Rák ellen, az Emberért, a Holnapért Társadalmi Alapítvány*, 1990.
3. Groenman, N.H. - Slevin, O.D'A. - Buckenham, M.A.: *Szociológia, szociálpszichológia és magatartástudomány ápolóknak*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1996.
4. Rajki Veronika: *Az ápoló szerepe a laryngectomia műtéten átesett betegek pszichés vezetésében*. Tudományos Diákköri dolgozat, Szeged, 1999.
5. Surján László: *A gyakorló orvos fül-orr-gégészete*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1985.
6. Váriné Szilágyi Ibolya: *Fiatal értelmiségiek a pályán*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1981.