

NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM

Hadtudományi Doktori Iskola

Dr. Weinhoffer Judit

**A katona-egészségügy szerepe a rehabilitáció XX. századi
fejlődésében**

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető:

Dr. Svéd László orvos altábornagy

Budapest, 2017.

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés	
A téma aktualitása, a témaválasztás indoklása	4
A kutatási hipotézisek	8
A kutatási célkitűzések	9
A kutatási módszerek	10
Az értekezés szerkezeti felépítése.....	11
A releváns szakirodalom áttekintése.....	12
1. A rehabilitáció és a katona-egészségügy történelmi kapcsolata.....	15
1.1. A rehabilitáció helye és szerepe az egészségügyben	15
1.2. A rehabilitáció és a katona-egészségügy fejlődése a XX. századig.....	19
1.3. Összefoglalás	30
2. Rehabilitáció az első világháború alatt Magyarországon	34
2.1. A boldog békeidők	34
2.2. A Nagy Háború sérültjei	39
2.3. Az 1915. évi XV. törvény a rokkant katonák ellátásáról.....	41
2.4. Orvosi rehabilitáció az első világháború alatt.....	51
2.5. Az átfogó rehabilitációs rendszer kialakulása Magyarországon (1914-1918).....	58
2.6. Rokkantak Lapja	62
2.7. A félkezű ember.....	65
2.8. Összeomlás	67
2.9. Összefoglalás	70
3. Rehabilitáció a két világháború között Magyarországon	73
3.1. Magyarország Trianon után	73
3.2. A magyar egészségügy a két világháború között.....	76
3.3. A magyar katona-egészségügy jellegzetességei az első világháború után	82
3.4. A katona-egészségügy és a rehabilitáció kapcsolata a két világháború között Magyarországon.....	88
3.4.1. Funkcionális szemlélet a sebészetben	90
3.4.2. Az egyéni bánásmód	94
3.5. Összefoglalás	98
4. A hidegháborús időszak rehabilitációs eredményei	100
4.1. A koreai háború és az égett sérültek rehabilitációja	101
4.1.1. A koreai háború katona-egészségügyi jellegzetességei	101
4.1.2. A koreai háború és az égési sérülések kezelése	105
4.1.3. A koreai háború és az égett betegek rehabilitációja.....	108
4.1.4. Napalm Girl.....	115
4.1.5. Összefoglalás	117
4.2. A vietnami háború és a pszicho-szociális tényezők rehabilitációs jelentősége	119
4.2.1. A vietnami háború katona-egészségügyi jellegzetességei	119
4.2.2. A poszttraumás stresszbetegség	122

4.2.3.	A poszttraumás stresszbetegség és a rehabilitáció	129
4.2.4.	Összefoglalás.....	136
5.	Az aszimmetrikus kihívások időszaka és a rehabilitáció.....	139
5.1.	Az Öböl-háború hatása a XX. századi rehabilitációs szemléletre	140
5.1.1.	Az Öböl-háború és a katona-egészségügy	140
5.1.2.	Az öbölháború-szindróma és a rehabilitáció.....	143
5.1.2.1.	Az öbölháború-szindróma.....	143
5.1.2.2.	Az öbölháború-szindróma és az új gondozási modellek.....	147
5.1.2.3.	Az öbölháború-szindróma hatása az életminőség kutatásokra.....	154
5.1.3.	Összefoglalás.....	163
5.2.	A Sierra-Leone-i polgárháború és az új típusú művétagok	166
5.2.1.	Amputálások a Sierra-Leonei polgárháborúban.....	166
5.2.2.	A Krukenberg csonk	173
5.2.3.	A művétaggyártás forradalma	177
5.2.4.	Összefoglalás.....	182
6.	A magyarországi rehabilitáció és a katona-egészségügy kapcsolata a második világháborútól napjainkig	184
6.1.	Szociálpolitika és egészségügy a második világháború után Magyarországon.....	184
6.2.	A katona-egészségügy Magyarországon a második világháború után	188
6.3.	A rehabilitáció és a katona-egészségügy kapcsolata a XX. század második felében Magyarországon.....	191
6.3.1.	A hadirokkantak sorsa a második világháború után	191
6.3.2.	A tuberkulózisos betegek rehabilitációja	195
6.3.3.	A Heine-Medin betegek sorsa Magyarországon a XX. század második felében	201
6.3.4.	Mozgásszervi rehabilitáció a XX. századi magyar katona-egészségügyben	211
6.4.	Összefoglalás	221
7.	Összegzés	
7.1.1.	Összegzett következtetések	224
7.1.2.	Tudományos eredmények	227
7.1.3.	Elméleti és gyakorlati felhasználhatóság, ajánlások	228
7.1.4.	Javaslatok a témával kapcsolatos további kutatásokra.....	229
	Függelék	231
	Köszönet.....	234
	Melléklet.....	235
	Felhasznált irodalom	240
	Törvények, rendeletek, határozatok	255
	Képek jegyzéke	258
	Videók jegyzéke	260
	Ábrák jegyzéke.....	260
	Publikációs jegyzék.....	262
	Szakmai életrajz	265

BEVEZETÉS

A TÉMA AKTUALITÁSA A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

Napjainkban az egyre gyorsabban változó világban, az új társadalmi és politikai kihívások a haderővel és az egészségüggyel szemben is eddig ismeretlen elvárásokat támasztanak. Az aszimmetrikus hadviselés, a terjedő terrorizmus, a súlyosbodó migráns helyzet, és korunk egyéb új kihívásai (globalizáció, felmelegedés, vízhiány), különösen időszerűvé teszik a katona-egészségügygel kapcsolatos kérdések vizsgálatát.

A nemzeti haderő alap rendeltetése az ország katonai védelme, és a szövetségi rendszeren belül a rá háruló nemzetközi feladatokban való részvétel. A katona-egészségügy célja és feladata, a haderő állományának szűrése, egészségi felkészítése – fizikailag, tudatilag, lelkiileg a feladatok végrehajtására, annak körülményeire, a fenntartható elviselésére -, károsodás esetén a gyógyítása, és a rehabilitációja. Az állandóan változó feltételek között a katona-egészségügy biztosítja a hadrafoghatóság fenntartását, a haderő feladatainak végrehajtását.

A második világháború után új politikai és katonai szövetségi rendszerek alakultak ki. Közülük a Varsói Szerződés 1991-ben oszlatta fel saját magát, így megszűnt a kétpólusú világrendszer. A hidegháború időszakában a totális háború veszélye tömeghadseregek létrehozását követelte meg, a katona-egészségügy a sérültek tömeges ellátására rendezkedett be, és a logisztika (hadtáp) részeként működött. A kétpólusú világrendszer megszűnésével, a hagyományos értelemben vett fegyveres támadások esélye csökkent, a XX. század végére előtérbe került a válságkezelés és a békefenntartás. Ezek a politikai és társadalmi változások a biztonsági környezet teljes átalakulását, az aszimmetrikus hadviselés megjelenését, emiatt a haderő felépítésének, az egészségügyi biztosításnak az átszervezését is magukkal hozták. Megfigyelhető a NATO tagállamok hadseregeiben, így a Magyar Honvédségen belül is, az egészségügyi szemlélet, az egészségügyi biztosítás átalakulása. NATO tagállamként közös biztonságpolitikai feladataink vannak, emiatt az országtól akár több ezer kilométerre is teljesíthetnek szolgálatot a katonáink. A racionális egészségügyi tervezéshez,

végeredményben a hadrafoghatóság biztos fenntartásához, a katona-egészségügyben is új utakat és megoldási lehetőségeket kell keresni.

A XX. század utolsó évtizedeiben már megkezdődött a haderő létszámának, költségvetésének csökkentése a NATO tagállamokban is. Ez szükségszerűen együtt járt a katona-egészségügyre fordított kiadások mérséklésével. Az ezredfordulóra már a katona-egészségügy területén is a szakmai szempontok mellett (előtt) egyéb, főleg finanszírozási kérdések kerültek előtérbe. Egyre nehezebb volt összeegyeztetni a katonai, az egészségügyi szakmai és a gazdasági lehetőségeket és elvárásokat. A fokozatosan bevezetett többnemzeti együttműködés a feladatok megoldásában, valamint az interoperabilitás kialakítása, a nehéz gazdasági helyzet ellenére is eddig még segített működőképesen tartani a katona-egészségügyet. De hogyan tovább? A szűkülő gazdasági lehetőségek között újabb jelentős pénzügyi állami támogatás kevésbé valószínű. Ennél realitásabbnak tűnő esély a meglévő erőforrások átcsoportosítása, ezen belül egy lehetőség a sérült katonák rehabilitációjára fordított sokkal nagyobb figyelem. Így több lehet az ismételten hadrafogható, a katonai képességeit visszanyerő, hivatásához visszatérő katona.

A katonák a szűréseknek és a megelőző egészségügyi intézkedéseknek köszönhetően az átlag népességnél lényegesen jobb fizikai és pszichés állapotban vannak. Azonban a hivatásukból adódóan nap mint nap jelentősen nagyobb egészségkárosító kockázati tényezőknek is vannak kitéve, mint az átlag populáció. Sőt a mai rotációs rendszerben a világ szinte minden részén szolgáló katonáink a szélsőséges klimatikus viszonyok, az aszimmetrikus hadviselés, a terror fenyegetettség, a társadalmi és természeti katasztrófa helyzetek hatására fizikailag és pszichésen is óriási terhelésnek vannak kitéve. A már egyre jobban specializálódó katonák kiképzése, felszerelése egyre több időt, energiát, pénzt igényel. Minden egyes katona nélkülözhetetlen a maga területén, egy – egy különlegesen képzett ember egyre kevésbé pótolható. A hadművelet előkészítése során, az előzetes tervezésnél nem csupán a bevethető állomány, a várható egészségügyi veszteség, hanem a prognosztizálható visszaállíthatóság kérdése sem kerülhető meg. A harcképesség megőrzéséhez, a hazai és a nemzetközi kötelezettségvállalás teljesítéséhez, a hosszabb távú egészségügyi tervezettséghez hozzátartozik a katona rehabilitálásának és rehabilitálhatóságának kérdése is.

Az orvostudomány fejlődése lehetővé teszi egyre több, súlyosan sérült ember életének megmentését, és sok krónikus beteg életének meghosszabbítását. Ezek az emberek éveket, évtizedeket élhetnek fogyatékos vagy rokkant állapotban. Helyzetüket jobban jellemzi a ma

már szokásosan használt, a tevékenység akadályozottsága, illetve a társadalmi részvétel korlátozottsága fogalmak. Számuk évről-évre nő, beláthatatlan társadalmi, gazdasági terheket teremtve. Ugyanakkor kiszélesedett a rehabilitációt igénylők korosztálya is. Ma már egyre kisebb súlyú újszülöttek is életben tarthatók, és a fejlett országokban rohamosan nő az idősök aránya. Mindez egyre nagyobb felelősséget ró a társadalomra. Az egyén szempontjai felől nézve nagyon fontos, hogyan telnek a napjai. Szenvedéssel tele, vagy ilyen állapotban is megtalálja a célokat és az örömeket az életben. Milyen körülmények között él? A társadalom tartja el, vagy pedig aktív teremtő tagja a közösségnek? Ezek a kérdések, azaz az életminőség javítása, vált a rehabilitáció központi feladatává. Napjainkban egyre nagyobb az igény a sikeres rehabilitációra.

Mikor sikeres a rehabilitáció? Akkor, ha a fogyatékos ember a megmaradt képességeivel vissza tud illeszkedni a társadalomba. Az orvoslás fejlődése lehetővé tette, de a gazdasági megfontolások is támogatták, az akut betegellátás idejének lerövidítését, a rehabilitáció kezdetének minél közelebb kerülését az aktív ellátáshoz. A rehabilitáció sikerét döntően befolyásolja ugyan az időfaktor, részben a kezdetének, részben a tartalmának az ideje, de legfontosabb a beteg saját elvárása és akarata. A rehabilitáció hosszú, nehéz folyamat, amelyben egy multidiszciplináris team vezet és támogatja a beteget, de az úton saját magának kell végigmennie. A tudományok fejlődése, az új módszerek, a technikai újítások alkalmazása, modern megoldásokat, új utakat követel a folyamatosan változó, specializálódó rehabilitációban is. A rehabilitációval kapcsolatos társadalmi igények mind mennyiségi, mind minőségi téren növekednek, ezért az orvostudományon belül egyre nagyobb jelentőségű az alkalmazási és kutatási területe is.

A fogyatékkal élőknek is joguk van értelmes, emberi léthez. A közgazdászok számításai szerint a társadalomnak végeredményben lényegesen többbe kerül egy rokkant ember eltartása, mint a társadalmi reintegrációt elősegítő rehabilitációja. A sérült katonák esetében a rehabilitáció költség/haszon hányadosa még inkább a haszon irányába billen el. A téma tehát kiemelten fontos a haderőn belül is. A megváltozott kihívások miatt a katona-egészségügy átalakulóban van, ugyanakkor az anyagi lehetőségei szűkülnek. Az egyre inkább specializálódó katonák kiesése a rendszerből nem csupán az emberi oldalt tekintve veszteség, de nagyon jelentős anyagi kérdés is. Mindez megnöveli a rehabilitáció jelentőségét a katonák esetében. A sérült katonát – aki általában fiatal, erős, profi a saját speciális területén, de csak ott, és aki tragédiaként élné meg a rokkantosságát - visszasegíteni a munkájához, óriási kihívás. Ennek ellenére a jelenlegi magyar egészségügyben, és ez a katona-egészségügyre is

vonatkozik, a rehabilitáció nem szerepel sem erkölcsi, sem anyagi téren a jelentőségének megfelelő helyen. Egyetlen területen dolgozó szakember sincs eléggé tisztában az alkalmazott eljárások gyökereivel, történetével, a szakterületek kölcsönkapcsolataival.

Dolgozatom speciális szempontok alapján feldolgozott XX. századi történeti áttekintés a katona-egészségügy és a rehabilitáció kapcsolatáról. Időrendi sorrendet alkalmaztam, az első világháborútól napjainkig, de az eseményeket nem a történelmi, politikai, gazdasági súlyuk szerint, hanem csakis a rehabilitációs jelentőségük alapján elemeztem. A katona-egészségügy és a rehabilitáció állandóan összefonódó, időben változó, kölcsönös kapcsolatáról írtam, amelyből kiderül, hogy az orvostudományban alkalmazott mai átfogó rehabilitáció szinte valamennyi lényeges eleme a katona-egészségügyben gyökerezik. A hazai rehabilitáció története is csak részben ismert, kapcsolata a katona-egészségüggyel egyáltalán nem vizsgált terület. Az enyémhez hasonló szempontok szerint elemző írással eddig nem találkoztam. Rendkívül időszerűvé vált ez a téma, ezért szeretném a dolgozatommal felhívni a figyelmet a katonai és a polgári egészségügy és a különböző szakterületek közötti együttműködés jelentőségére, valamint a jövőbeli honvédelmi és egészségpolitikai döntéseknél a rehabilitációs ellátás fontosságára, különösen hangsúlyos szerepére a katona-egészségügyön belül.

A KUTATÁSI HIPOTÉZISEK

A téma vizsgálatával kapcsolatban az alábbi hipotéziseket állítottam fel:

1. Igazolni kívánom, hogy a modern XX. századi rehabilitáció (mint az orvostudomány egyik területe) alapelveinek létrejötte és a további fejlődése több területen kapcsolódhatott a katona-egészségügy eredményeihez.

2. Feltételezem, hogy az első világháború alatt Magyarországon a katona-egészségügyben létrejött rokkant gondozási rendszer, valamint a két világháború között kialakult hadirokkant gondozási elvek segíthettek a későbbi átfogó rehabilitáció kiépítésében.

3. Feltételezem, hogy a XX. századi katona-egészségügyben tömegesen megjelenő pszicho-szociális kérdésekkel, társadalmi reintegrációval és életminőséggel kapcsolatos problémák kutatása, szerepet játszhatott ezek rehabilitációs jelentőségének meghatározásában.

4. Úgy vélem, hogy az égett betegek modern rehabilitációjának létrejöttéhez hozzájárulhattak a katona-egészségügy eredményei.

5. Úgy vélem, hogy a katona-egészségügyi tapasztalatok elősegíthették a számítástechnika és a legújabb bionikus végtagprotézisek rehabilitációs alkalmazását.

A KUTATÁSI CÉLKITŰZÉSEK

A téma tudományos vizsgálatok célul tűztem ki:

1. megvizsgálni, hogyan jött létre a modern rehabilitáció a XX. században,
2. bemutatni azokat a XX. századi történelmi eseményeket, amelyek különösen fontos szerepet játszottak a rehabilitáció fejlődésében,
3. leírni a katona-egészségügy XX. századi változásait,
4. felmérni a rehabilitáció helyének és szerepének változását a katona-egészségügyön belül a XX. század során,
5. elemezni a katona-egészségügy XX. századi rehabilitációs eredményeit,
6. feltárni a rehabilitáció és a katona-egészségügy kapcsolatát,
7. következtetéseket és javaslatokat megfogalmazni, további kutatási irányokat megjelölni.

A KUTATÁSI MÓDSZEREK

Tanulmányoztam, témám szerint osztályoztam, elemeztem, adatokat gyűjtöttem a hazai és a nemzetközi szakirodalom ide vonatkozó részéből.

Továbbképzésekre rendszeresen járva új szempontokat ismertem meg, ezeket beépítettem a dolgozatba. Hallgatóként és előadóként is részt vettem a témához kapcsolódó hazai és nemzetközi szakmai konferenciákon, így szerevezve friss ismereteket.

Napi gyakorlati tapasztalataimból kiindulva, saját betegeimtől és a munkahelyem - MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet - adattárából adatokat gyűjtöttem, cikkeket publikáltam. Napi tapasztalataimat a szakirodalmi eredményekkel összevetettem. Esettanulmányokat végeztem, interjúkat készítettem.

A rehabilitációban alkalmazott tesztek és kérdőíveket tanulmányoztam, diagnosztikus és terápiás protokollokkal ismerkedtem meg.

Internetes adatbázisokban kerestem a témámhoz szükséges cikkeket és adatokat.

A logika módszere közül használtam az analízist, a szintézist, az összehasonlítást. Foglalkoztam az adatfeldolgozás statisztikai módszereivel is.

Eredeti dokumentumokat kerestem és tanulmányoztam főleg az Országos Széchenyi Könyvtárban. Felvettem a kapcsolatot a Hadtörténeti Levéltárral, valamint megyei levéltárakkal. Könyvtárközi kölcsönzés révén egyéb országos és megyei könyvtárak anyagaihoz is hozzáfértem.

A témámhoz kapcsolódó hadtudományi, történelmi, egészségügyi doktori disszertációkat kerestem és dolgoztam fel.

A kutatási célok eléréséhez szükséges adatok megszerzése, a dokumentáció feldolgozása után elkészítettem az értekezést.

AZ ÉRTEKEZÉS SZERKEZETI FELÉPÍTÉSE

Az értekezés bevezető fejezetében foglalkozom a választott téma aktualitásával, leírom miért tartottam fontosnak ezt a témát feldolgozni. Ebben a részben írok a kutatási célokról, hipotézisekről, és az alkalmazott módszerekről is. Az első fejezetben ismertetem az átfogó rehabilitáció szerepét az egészségügyben, értelmezem az alapfogalmait, röviden összefoglalom a rehabilitáció és a katona-egészségügy történetét a XX. századig. A második fejezet az I. világháború idején Magyarországon létrehozott átfogó hadirokkant rehabilitációs rendszerről szól, amely felépítése és szemlélete még ma is példa értékű. A harmadik fejezetben foglalkozom a két világháború közötti időszakban a magyar katona-egészségügyben megfogalmazott rehabilitációs alapelvekkel. A negyedik fejezetben a hidegháború időszakát vizsgálom rehabilitációs szempontból. Ezekben az években két olyan háború is zajlott, amelyek a katona-egészségügyön keresztül hozzájárultak a mai modern rehabilitáció kialakulásához. A koreai háború az égett betegek kezelésének és rehabilitációjának létrehozásával, a vietnami háború pedig a poszttraumás stressz szindróma leírásával jelentősen hozzájárult az orvostudomány fejlődéséhez. Az ötödik fejezetben az aszimmetrikus kihívások időszakában a Sierra Leone-i polgárháborúra és az Öböl-háborúra fókuszáltam. Előbbi a megnövekedett végtagcsontkítások miatt nagymértékben hozzájárult az új típusú végtagprotézisek kifejlesztéséhez. Az Öböl-háborús veteránok tüneteinek vizsgálata pedig az életminőség kutatások fellendülését eredményezte. A dolgozat hatodik fejezetében vizsgálom a magyarországi rehabilitáció kialakulását a XX. század második felében, különös tekintettel a katona-egészségüggyel való kapcsolódási pontjaira. A hetedik fejezetben összegzem a kutatás eredményeit, a dolgozat elméleti és gyakorlati felhasználhatóságát, a témához kapcsolódó további kutatási irányokat. A függelékben a háborúk rettenetének ellenpontjaként, a saját vágyaimhoz leginkább közelítő gondolatokkal zárom a dolgozatot.

A RELEVANS SZAKIRODALOM ÁTTEKINTÉSE

A dolgozatom témája a történelem és az orvostudomány határterületén helyezkedik el, így a kutatás során a történelmi és az orvostudományi szempontokat is figyelembe kellett vennem, mindkét terület szakirodalmát szükséges volt áttekintennem. Mivel a választott témám egyedi, és ebből a speciális aspektusból történő vizsgálattal még nem találkoztam, ezért több irányból közelítettem meg a kérdést. Áttekintettem főleg a XX. század történetével, orvos-történetével, a rehabilitáció és a katona-egészségügy történetével, a modern rehabilitációval, mint az orvostudomány egyik ágával foglalkozó szakirodalmat. Természetesen ebben az írott (folyóiratok, könyvek, PhD dolgozatok) és az elektronikus elérhető szakirodalom is benne van.

Minden fejezetben az adott történelmi esemény tényeit és az életrajzi adatokat lexikonokra támaszkodva (Hadtudományi lexikon, Háborúk lexikona, Magyar életrajzi lexikon), a jogi háttérrel a megfelelő jogszabályok, rendeletek, határozatok felsorolásával adtam meg.

Az első fejezetben a rehabilitáció alapfogalmainak áttekintésekor az Egészségügyi Világszervezet ajánlásaira és az ezek alapján készített modern magyar rehabilitációs irodalomra támaszkodtam. A törvényi háttérrel az egészségügyi törvény és az esélyegyenlőségi törvény jelentették.

A rehabilitáció és a katona-egészségügy korai, XX. századig tartó történetének áttekintésekor a kórházak, a rehabilitáció és a katona-egészségügy történetével foglalkozó írásokat használtam fel. Több PhD dolgozat is segítségemre volt, amelyek az egészségügy, a pszichológia, az orvoslás és a katona-egészségügy történetével foglalkoznak.

A második fejezetben az I. világháború alatt a katona-egészségügyben kialakult átfogó rehabilitációs rendszerrel foglalkoztam. Mivel a rokkant katonák sorsának rendezéséhez új rendeletekre volt szükség, ezekre fűztem fel a fejezet lényegi mondanivalóját. Ezeket az 1915. évi Belügyi Közlönyök tartalmazzák. A rokkant katonák sorsának javítása főleg Klebelsberg Kunó és Dollinger Gyula munkájának tulajdonítható. Dollinger Gyula az általa tervezett művétagokról, a rokkant katonák ellátásáról, Klebelsberg Kunó a Rokkantügyi Hivatal

munkájának megszervezéséről több kitűnő írást is megjelentetett. Eredeti műveiket az Országos Széchényi Könyvtárban (OSZK) lehet tanulmányozni. Ugyancsak ott található a Rokkantak Lapja és A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai. Mindezek bőséges anyagot nyújtanak a kor történelméről, hadirokkant és rehabilitációs ellátásáról. Kiemelném Zichy Géza könyvét, aki saját történetét írta meg, hogyan lehet félkezű emberként boldogulni. Valamennyi írás történelmi és rehabilitációs szempontból is igen nagy jelentőségű.

A két világháború közötti időszak katona-egészségügyével kapcsolatban a Hadtörténelmi Levéltár iratai az irányadóak. Több PhD dolgozat foglalkozik az adott korszak egészségügyének és katona-egészségügyének történetével is. Az OSZK-ban található eredeti dokumentumok közül Ertl János könyveit emelném ki a hadirokkantak funkcionális szempontú, munkaképességet visszaadó sebészeti ellátásáról. Rehabilitációs szempontból különösen nagy jelentőségűnek tartom Teleki Pál írását a rokkantgondozásban alkalmazott egyéni bánásmódról. Hahn Géza könyvére többször hivatkozom, akinek az adatai ugyan korrektek, de a véleményei elfogultak.

A koreai háború nagy szerepet játszott az égett sérültek modern kezelésének és rehabilitációjának kialakításában. Ezt támasztják alá a Rákosi Mátyás Kórházzal kapcsolatos eredeti magyar dokumentumok, az égési sérülések kezelésének történetével foglalkozó írások, Zoltán János sebész visszaemlékezései. A vietnami háború rehabilitációs jelentőségét a poszttraumás stresszbetegség első leírása adja. Ennek főleg az amerikai katona-egészségügyben van hatalmas irodalma, amely elsősorban internetes adatbázisokon keresztül érhető el. Később már több különböző, általában háborúban álló ország katonapszichológiai műveiből is jól tanulmányozható a PTSD, majd hamarosan a polgári pszichológiai és pszichiátriai területeken is jelentős irodalma lett.

Az öbölháború-szindróma leírása szintén az amerikai orvosi irodalomban található legnagyobb számban. Mivel magyar egészségügyi kontingens is részt vett ebben a háborúban, magyar katona-egészségügyi művek is születtek, főleg az egészségügyi ellátás szervezéséről. A háború rehabilitációs jelentősége új rehabilitációs és egészségügyi ellátási modellek kutatásában, kialakításában van. Ezek főleg amerikai katona-egészségügyi művekben találhatóak. Az életminőség kutatások támogatásának viszont már széles nemzetközi irodalma van.

A Sierra Leone-i polgárháború amputált áldozatainak kezelésébe, rehabilitálásába, a protézis fejlesztésébe több ország is bekapcsolódott. Kiemelném, hogy a neves brit orvosi

folyóirat a Lancet is több kitűnő cikkben foglalkozott az újra felfedezett Krukenberg csonkkal, és az amputáltak egészségügyi problémáival.

A dolgozat záró fejezetében a magyar katona-egészségügy és a rehabilitáció kapcsolatát elemzem, a XX. század második felében. Az elsorvadó hadigondozást jól tükrözik a Magyar Országos Levéltár (MOL) iratai, a katona-egészségügy helyzetét pedig Svéd László írásai. Az újabb rehabilitációs elvek elsősorban a tbc-s betegek gondozása során keletkeztek, mint Vas Imre és Levendel László műveiben olvasható. Lukács László a saját osztályán végzett vizsgálatokkal bizonyította a gyermekkénulások betegek rehabilitációjának jelentőségét. Modern módszerekkel ezt folytatva a MH EK Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézetében visszük tovább a Heine-Medin rehabilitációt, mint eredményeink is mutatják. Az intézet története jól követhető a helytörténeti írásokban és az intézeti könyvtár eredeti anyagaiban is.

1. A REHABILITÁCIÓ ÉS A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY TÖRTÉNELMI KAPCSOLATA

1.1. A REHABILITÁCIÓ HELYE ÉS SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A rehabilitáció latin eredetű szó, helyre-, visszaállítást, újra alkalmassá tételt jelent. A fogalmat alkalmazzák politikai, jogi, műszaki területeken is, de dolgozatomban az orvostudománnyal és az egészségüggyel kapcsolatos értelmezésben használom. Mint később látható, ez az értelmezés egyáltalán nem választható el élesen a szociális, a foglalkoztatási és az oktatási szférától. A rehabilitáció a jelenlegi helyét és szerepét hosszú folyamat során érte el.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről¹ 100. §. a következőképpen fogalmaz:

- (1) *„A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.*
- (2) *A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása.”*
- (3) ...
- (4) *„Az orvosi rehabilitáció célja, hogy az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat - az egészségtudomány eszközeivel - meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, más közösségbe való beilleszkedésre.”*

A törvény, amellettt hogy részletesen rendelkezett az egészségügy valamennyi területéről, pontosan meghatározta a rehabilitáció fogalmát, céljait, az átfogó rehabilitáció összetevőit, az

¹ Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
Letöltve 2016. szeptember 2.

orvosi rehabilitáció feladatait. Rendelkezett a fizioterápiáról, logopédiáról, a pszichológiai és foglalkoztatás-terápiáról, a segédeszközökkel történő ellátásról, és a rehabilitációhoz szükséges egyéb tevékenységekről.

A rehabilitációban sokféle értelemben használt fogalmakat az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 1980-ban megjelent „*A károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozása*”² című kiadványában megpróbálták egyértelműen definiálni. A károsodást biológiai, a fogyatékoságot speciálisan emberi funkciónak, a rokkantságot pedig társadalmi funkció zavarának határozták meg. Ekkor még egyirányúnak és irreverzibilisnek írták le a folyamatot; a károsodástól egyenes út vezetett a rokkantság felé.

A XX. század végén a WHO újabb értelmezése szerint a fogyatékoság (disability) helyett, a tevékenység akadályozottsága, a rokkantság (handicap) helyett, a társadalmi részvétel korlátozottsága fogalmak szerepeltek. Ekkor már hangsúlyozták a folyamat visszafordíthatóságát, amelyben a környezeti hatások és az egyéni felelősség döntő jelentőségűek.³

2001-ben jelent meg „*A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*” (FNO)⁴ című WHO kiadvány. Ebben már egészen más szemléletmód mutatkozott meg. A funkcióképesség olyan állapot, amikor a három dimenzió – a test, a tevékenység és a részvétel – egyikében sem észlelhető zavar. Károsodhatnak a testi funkciók és struktúrák, a tevékenység és/vagy a társadalom életében való részvétel is akadályozott lehet. Az FNO alapján ekkor jön létre fogyatékoság. A fogyatékoságot a diagnózistól teljesen függetlenítették, olyan élettapasztalatként kezelték, amely bárkivel, bármikor megtörténhet, de nagyon fontos, hogy visszafordítható lehet. A kiadvány a személyes és környezeti tényezőkkel, mint a funkcióképességet befolyásoló kölcsönhatásokkal részletesen foglalkozott, sőt egy ötfokozatú skálán a mértékét is jelölte.⁵

² World Health Organization. International Classification of impairments, disabilities and handicaps. WHO, Geneva, 1980.; <http://tinyurl.com/gor22aa> Letöltve 2016. október 18. ; <http://preview.tinyurl.com/gor22aa> Letöltve 2016. október 18.

³ Kullmann Lajos: Az orvosi rehabilitáció sajátosságai. In: Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2000. pp. 13-21.

⁴ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) WHO, Geneva, 2001.; Egészségügyi Világszervezet: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása. Budapest, ESZCSM-OEP-Medicina, 2004. (FNO- a funkcióképesség nemzetközi osztályozása)

⁵ Kullmann Lajos: A rehabilitációs orvoslás elmélete In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2010. pp. 23-30.

A rehabilitáció komplexitását, az átfogó rehabilitációt, az orvosi, pedagógiai, foglalkozási és szociális tevékenységek együttesen adják.

A magyarországi orvosi Rehabilitációs Szakmai Kollégium szerint:

„A rehabilitációs medicina (orvosi rehabilitáció) önálló, szemléletében egységes, interdiszciplináris klinikai szakterület. Tevékenysége az egészségkárosodás miatt fogyatékos személyek funkcióképességének optimalizálására irányul.”⁶

Legfontosabb sajátosságai a funkcionális diagnosztika, a multidiszciplináris team munka, az egyéni rehabilitációs terv készítése, az összetett – holisztikus - emberszemlélet, és mindezek végső célja az adott ember életminőségének javítása.⁷

A rehabilitáció komplex, dinamikus folyamat, amelyet egy multidiszciplináris team koordinál. A team összetétele rugalmasan változik, attól függően, hogy az adott beteg rehabilitálásához milyen szakemberekre van szükség. A legfontosabb team tag a beteg, akinek az aktív részvétele és a jó compliance⁸ feltétlenül szükséges a sikerhez. A team mindig egyéni rehabilitációs tervet készít, amelyet a rendszeres team megbeszéléseken lehet módosítani, átütemezni.

A rehabilitációs folyamat végső célja az életminőség javítása. A WHO szerint: *„az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.”⁹*

Az egyéni kezdeményezések után, szintén az életminőség javítására, fogyatékos emberek szervezetei dolgozták ki az önálló, önrendelkező élet modellt. Kaliforniában a Berkeley Egyetemen a múlt század hatvanas éveiben Ed Roberts¹⁰ súlyosan mozgássérült, mind a négy végtagjára bénult, lélegeztető géppel élő fiatalember tanulni akart, de az egyetem nem volt felkészülve erre. Harcolni kezdett a tanulási lehetőségért, és hamarosan sokan csatlakoztak

⁶ Kullmann Lajos: A rehabilitációs orvoslás elmélete i. m. pp. 23-30.

⁷ Kullmann Lajos: A rehabilitációs orvoslás elmélete i. m. pp. 23-30.

⁸ Compliance: engedelmisség, engedékenység, együttműködő készség. Magyar megfelelője az egészségügyben egyre inkább terjedő terápiás együttműködés fogalom.

⁹ World Health Organization: WHOQOL; Measuring quality of life. WHO, Geneva, 1997.

<http://tinyurl.com/h9qdyk5> Letöltve 2016. október 18.

¹⁰ Kálmán Zsófia, Könczei György: A Taigetostól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, 2002.

hozzá. Az általa elindított Önálló Élet Mozgalom a fogyatékosok egyenlő jogaiért, az egyenlő oktatási és munka lehetőségekért, az akadálymentesítésért küzdött. Önálló Élet Központokat hoztak létre. Az Ed Roberts által elindított mozgalomnak köszönhetően lett a világon az első akadálymentesített város Berkeley. A mozgalom jelentőségét mutatja, hogy nekik köszönhetően született meg 1993-ban az USA-ban a „*Fogyatékossgal Élő Amerikaiak Törvénye*” (Americans with Disabilities Act, ADA). A törvény kimondja, hogy a fogyatékossgal élő emberek is teljes jogú állampolgárok, a diszkriminációjuk törvényellenes.

Magyarországon 1998-ban született meg az esélyegyenlőségi törvény.¹¹ A törvény lényegében deklarálta a fogyatékos emberek jogait, komplex rehabilitációs szolgáltatások szervezését végző közalapítványt, fogyatékossgai támogatást biztosított, létrehozta az Országos Fogyatékossgyi Tanácsot, az Országos Fogyatékossgyi Programot, megtiltotta a fogyatékos személyekkel szembeni diszkriminációt, kijelölte a környezeti akadálymentesítések határídejét. 2003-ban az Európai Unió jogrendjével összhangban megszületett a 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról.¹²

Összefoglalva, a komplex rehabilitáció nem csupán az egészségügy feladata, és nem feltétlenül a kiindulási állapot visszaállítása, nem restitutio ad integrum, hanem a betegség vagy sérülés után megmaradt képességek lehető legteljesebb kibontakoztatása, és így a társadalom életébe való visszatérés lehetőségének megteremtése.

¹¹ 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=34535.266665 Letöltve 2016. augusztus 30.

¹² 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300125.TV Letöltve 2016. augusztus 30.

1.2. A REHABILITÁCIÓ ÉS A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY FEJLŐDÉSE A XX. SZÁZADIG

Az emberiség története, háborúk története. A háborús sérülések, a harcokat kísérő fertőző és egyéb betegségek leküzdése mindig új és új kihívást jelentett az orvostudomány, ezen belül a katona-egészségügy és a rehabilitáció számára is. Fejlődésük nem csupán egymással fonódott össze, hanem a háborúkkal is.

Az ősi primitív társadalmakban a fogyatékos embernek nagyon kis esélye volt az életben maradásra. Gyakran maga a közösség pusztította el, hiszen veszélyeztette a többiek túlélését. Évezredek teltek el, amíg természetessé vált a fogyatékosok élethez való joga. Ez is csupán azt jelentette, hogy nem pusztította el szándékosan az a csoport, amelyben élt.¹³ Közismert példa erre még az ókori görögöknél is a Taigetosz legenda.

Kezdetleges, egyedi rehabilitációs próbálkozásokra utaló leleteket évezredek óta ismerünk. Már időszámításunk előtt több száz évvel is végeztek amputációkat, és a hiányzó végtagokat megpróbálták pótolni. I. e. V. századból maradt fenn egy Hegisztratosz nevű harcos története, aki fogságból a saját lába levágásával szabadult meg, majd falábbal később újra harcolni tudott. I. e. IV. századból származó Cluny városában talált vázatóredéken egy lábszáramputált férfi művégtagot viselt. Plinius jegyezte fel, hogy a római-pun háborúban (I. e. II. század) egy Marcus Sergius nevű harcos a jobb kezét vesztette el, majd műkézzel folytatta a harcot. I. sz. II. században élt egy gazdag kisázsiai ember, akinek mindkét lába lefagyott és műlábakat viselt.¹⁴

Az orvostudomány fejlődésének a háborúkkal való szoros kapcsolatát mutatják a valetudináriumok is. Az ókorban a Római Birodalom egészét behálózó valetudináriumok voltak a történelem első katonai kórházai. A légionáriusok megfelelő egészségi állapotára

¹³ Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történelmi áttekintés In: Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2000. pp. 2-12.

¹⁴ Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történelmi áttekintés i. m. pp. 2-12.

igen nagy hangsúlyt fektettek, szervezett orvosi ellátásuk volt. Magyarországon Aquincumban tártak fel egy valetudináriumot, amelynek felépítése a mai kórházakéhoz hasonló.¹⁵

A középkorban a Keletrómai Birodalom és az Arab Birodalom nagyobb városaiban már voltak kórházak. Az orvoslás az Arab Birodalomban világi tudomány volt, szemben a középkori keresztény nyugat-európai országokkal. Utóbbiakban az orvostudomány az egyház hatáskörébe tartozott. Szent Benedek Monte Cassinóban alapított híres rendje foglalkozott gyógyítással, és a bencés monostorok Európa szerte, Magyarországon is, elterjesztették a kor egészségügyi újításait. Szent Gellért püspökünk is Benedek-rendi szerzetes volt, aki orvosi ismeretekkel is rendelkezett. Géza fejedelem és Szent István király bencés papokat hívtak az országba, és főleg bencés monostorok létesítésére törekedtek. A Benedek-rendiek gyógyító tudására legalább olyan szükség volt az országban, mint a térítő működésükre.¹⁶ „... a kolostori kórházak betegápoló-gyógyító tevékenysége meghatározó szerepet játszott a magyarság fennmaradásában, egészségének megőrzésében, a nyugati kereszténység meghonosításában és megerősödésében, a magyarságnak az európai kultúrkörhöz kapcsolásában, ...”¹⁷

A középkorban a sebészet és a belorvosi tevékenység kettévált. A kisebb gyakorlati feladatokat inkább borbélyok végezték, a sebészeket nem tekintették igazi orvosoknak.^{18,19}

A középkorból ismert Götz von Berlichingen (1480-1562) története, aki a harcok során a jobb kezét veszítette el. (1. sz. kép) Rablólovag volt, valószínűleg nem maradt volna fenn a neve, ha protézise nem műretek. Képes volt ujjait behajlítani, ökölbe zárni, kardját megfogni. Ez volt a történelem során az első olyan eset, amikor a protézis készítésénél a funkcionális szempontokat is figyelembe vették.²⁰

¹⁵ Svéd László: Aktualitások és tények a katonarorvoslás történetéből Honvédorvos, 2007.(59) 3-4. pp. 143-151.; Karasszon Dénes: A kórházak helye, szerepe és jelentősége a civilizáció fejlődésének történetében In: Ajkay Zoltán, Kullmann Lajos (szerk.): A magyar kórházügy. Budapest, Magyar Kórházszövetség, 1995. pp. 11-32.

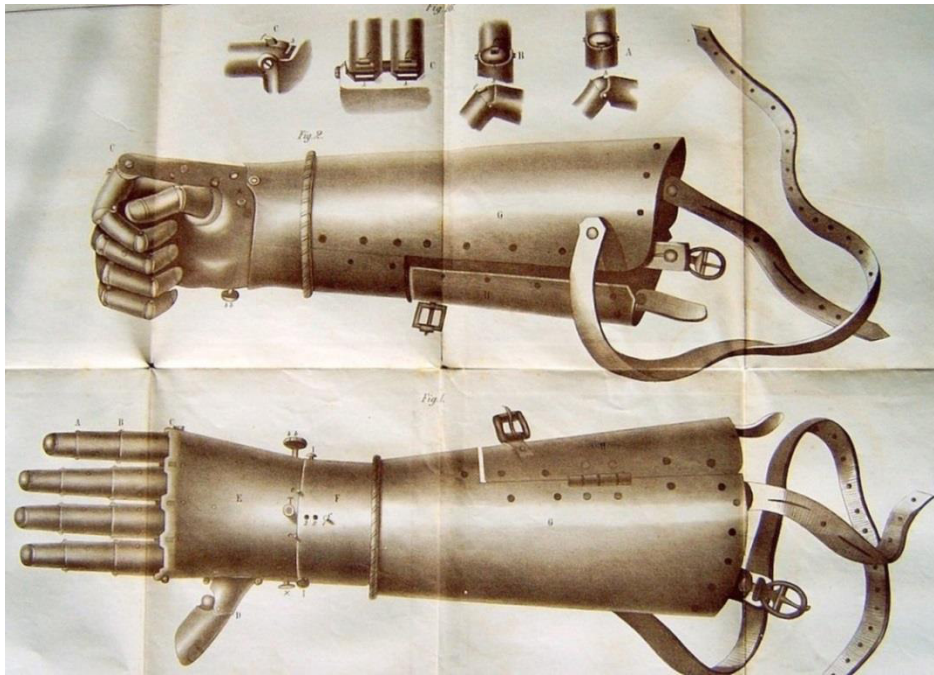
¹⁶ Karasszon Dénes: A kórházak helye, szerepe és jelentősége... i. m. pp. 11-32.

¹⁷ Karasszon Dénes: A kórházak helye, szerepe és jelentősége... i. m. pp. 11-32.

¹⁸ Birtalan Győző: Óriáslépések az orvostudományban. A gyógyítás hősei az ókortól napjainkig. Budapest, Móra Ferenc Könyvkiadó, 1989.

¹⁹ A XIX. században vált a sebészet az általános orvosképzés részévé. Birtalan Győző: Óriáslépések az orvostudományban. i. m.; Simon Katalin: Sebészet és sebészek Magyarországon (1686-1848) Eötvös Loránd Tudományegyetem, Doktori Disszertáció, Budapest 2011. p.3., p.222.

²⁰ Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történeti áttekintés i. m. pp. 2-12.

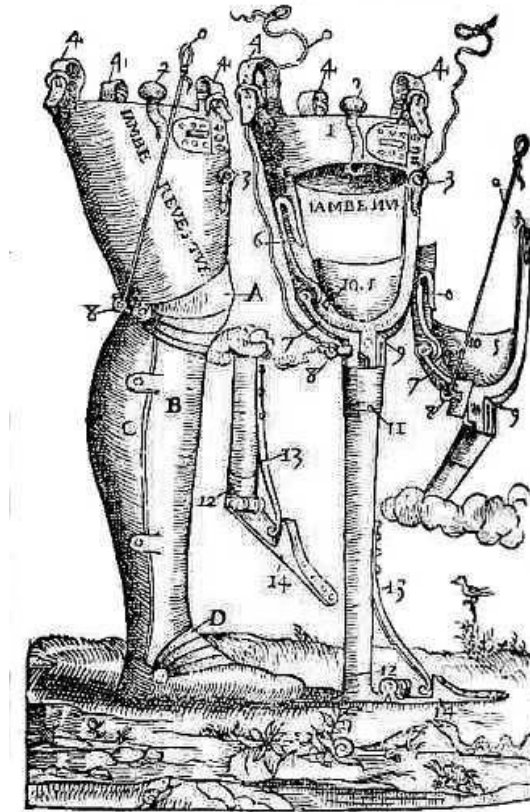


1. sz. kép Götz von Berlichingen műkeze²¹

A véredények lekötésével történő amputációról már az i.e. I. századból vannak írásos emlékek. Később ez feledésbe merült, és a középkorban végzett amputációknál a vérzést forró olajjal, izzó vassal csillapították. Igen durva amputációs technikákat alkalmaztak, a lágyszövetekkel kevésbé törődtek. Jelentős minőségi változást jelentett a katonáorvoslásban a lőpor alkalmazása. Az orvosi iratok már 1330-tól említik a lövési sérüléseket. A lőtt sebeket csaknem kétszáz évig forró olajjal mosták ki. Ambroise Paré (1510-1590), akinek több sebészeti újítása is volt, a forró olajos öblítést károsnak találta. Eredményei egyértelműen igazolták elgondolását. A nagyobb, vérző ereket fonállal kötötte le, amely kíméletesebb és biztonságosabb vérzéscsillapító eljárás volt az addigi tüzes vassal történő kiégetéshez képest. Az elsők között volt, aki ortopédiai felszereléseket és protéziseket tervezett és készített. Ambroise Paré a művégtagszerkezeteiben még az ízületeket is megpróbálta helyettesíteni. (2. sz. kép) Művégtagjai nehezek voltak ugyan, de felépítésükben a maiakhoz sok hasonlóságot mutattak. Ugyancsak a XVI. században kezdték a szemészeti, a fülészeti és a plasztikai műtéteket. Ekkor főleg a fájdalom, és a sebgennyedés szabta határt a sebészetnek. A

²¹ Götz von Berlichingen műkeze <http://tinyurl.com/zfzqbkf> Letöltve 2016. október 18.

fájdalmat bódító növényi főzetekkel, alkohollal, hóval, szorítókötéssel igyekeztek csökkenteni.²²



2. sz. kép Ambroise Paré által szerkesztett művégtagok²³

Jean Dominique Larrey (1766-1842) Napóleon hadisebésze, a borogyinói ütközetben 24 óra alatt 200 amputációt végzett. Nagyon gyorsan operált, és a műtéteket havon végezte. A fájdalmakat a hideg, a sebész gyorsasága, és az alkohol csillapította. Később a narkózis, az aszepszis, és az antiszepszis elterjedése lehetővé tette, hogy ne a gyorsaság, hanem az egyre

²² Svéd László: Aktualitások és tények a katonáorvoslás történetéből. i. m. ; Birtalan Győző: Óriáslépések az orvostudományban. i. m. ; Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történelmi áttekintés i. m. pp. 2-12.

²³ Prostheses by Ambroise Pare http://todayinsci.com/P/Pare_Ambroise/PareKnee.jpg Letöltve 2016.augusztus 30. http://todayinsci.com/P/Pare_Ambroise/PareProstheses.htm Letöltve 2016.augusztus 30.

gondosabb csonk kialakítás váljon a fő szemponttá, mint például James Syme (1799-1870) és Nyikolaj Ivanovics Pirogov (1810-1881) műtéteinél. Az ekkor amputáltak életminősége már jelentősen javult. A középkori művétagokat fából, fémből és bőrből készítették. Kezdetben főleg a kozmetikai szempontok domináltak, tulajdonképpen kényszerből, mivel nem is tudtak még mozgatható ízületeket készíteni. Később egyre inkább előtérbe került a funkció kérdése is. A XIX. században az amerikai Douglas Bly és az angol Pott mesterséges ízületek kialakításával próbálkozott.²⁴

A történelem során a hadviselési formák változtak, és ebben a folyamatban generációk különíthetők el. Az egészségügyi biztosítás iránti igények a hadviselési formáktól, generációktól függően változtak. A modern nemzetállamok létrejötte (1648) óta számítjuk az első generációs hadviselést, amikor az állam kizárólagos monopóliumává vált a háborúk viselése. Harcászatilag a vonalban, oszlopban harcoló csapatok jellemzik, mint például a napóleoni háborúkban. Ekkor a tábori kórházak nehézkesen mozogtak, lassan tudták csak követni a harcoló katonákat. A sebesültek hosszú ideig maradtak ellátás nélkül, közülük sokan haltak meg.²⁵

Dominique-Jean Larrey (1766-1842) francia hadisebész először szervezte meg az úgynevezett „repülő lazaretteket”. Ezek az egységek három sebészből és egy ápolóból álló lovas egységek voltak. Kosarakkal felmálházott lovakat és kötszert vittek magukkal. Eleinte kosarakban, majd könnyű kocsikkal szállították a sebesülteket. Ekkor valósult meg először a történelem során a kiürítés és ellátás egysége. Szintén Larrey nevéhez fűződik a betegosztályozás (triage) alapjainak lerakása. Az ötlet gyorsan elterjedt az ellenséges csapatok között is. Pierre Francois Percy hadisebész kezdeményezte, hogy a lazaretteket semlegesnek kellene tekinteni.²⁶

A nagy francia forradalom alatt, pontosan 1793. június 24-én foglalták először törvénybe a fogyatékosok eltartáshoz való jogát. Ekkor született meg az első törvény, amely a társadalom feladatává tette a fogyatékosok ellátását. Az 1793-as francia alkotmány 21. cikkelye szerint: „*A társadalom feladata, hogy szerencsétlen állampolgárai részére támogatást nyújtson*

²⁴ Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történelmi áttekintés i. m. pp. 2-12.

²⁵ Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései a NATO multinacionális egészségügyi biztosítás rendszerében. PhD értekezés, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest, 2012. pp. 9-10.

²⁶ Svéd László: Aktualitások és tények a katonasorvoslás történetéből. i. m.; Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései i. m. p. 10.

*munkalehetőség biztosításával, illetve azok részére, akik nem képesek munkára, a megélhetést biztosítsa.”*²⁷

A krími háború (1854-1855) során Nyikolaj Ivanovics Pirogov – a katonai tábori sebészet megteremtője - új amputációs eljárást alkalmazott. Kidolgozta a tömeges sérültellátást, amelyet a megfelelő - súlyosság szerinti - betegosztályozásra alapozott. Először használt éternarkóziát tábori körülmények között.²⁸

Ugyanekkor Florence Nightingale az angol oldalon átszervezte a tábori kórházakat, megújította az ápolónőképzést. A krími háború angol sérültjeit ellátó kórházban rendkívül rossz higiénés és ellátási körülményeket talált. Florence Nightingale javítva a gyógyszer és élelmiszer ellátást, a higiénés viszonyokat, rendkívüli mértékben csökkentette a halálozást. Tapasztalatai alapján átdolgozta az angol nővérképzési rendszert, és a modern ápolónőképzés megalapítója lett.²⁹

Már az 1700-as években majdnem valamennyi európai fővárosban nagy kórházakat építettek. Magyarországon csupán a kiegyezés után indult meg a kórházépítés, csaknem egy évszázaddal később, mint Nyugat-Európában. Ennek történelmi okai voltak. A tatárjárás, az Árpád-ház kihalása utáni trónvillongások, majd a török uralom, jelentősen visszavetették a magyar egészségügyi kultúrát.³⁰

A XX. századi katonaegészségügyre gyakorolt hatása miatt megkerülhetetlen a Nemzetközi Vöröskereszt és a Genfi Egyezmény említése. A solferinói ütközetben 1859. június 24-én 33 000 ember sérült meg. Henri Dunant genfi üzletember, író, szemtanúja volt a szörnyűségeknek, látta, hogy a sérülteknek nincs hová segítségért fordulni. Ekkor jutott arra a gondolatra, hogy olyan nemzetközi szervezetet kellene létrehozni, amely nemzetiségi különbségek nélkül segíti a bajbajutottakat. Dunant könyvének (*Un souvenir de Solferino*)³¹ és szervezőkészségének köszönhetően 1863-ban megalakult a Nemzetközi Vöröskereszt.

²⁷ Borsay János: Az első rehabilitációs törvények Magyarországon 1915-ben. Balneológia, Rehabilitáció, Gyógyfürdőügy 1985. (1) pp. 11-15.

²⁸ Svéd László: Aktualitások és tények a katonaeorvoslás történetéből. i.m.; Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései i. m. p.10.

²⁹ Svéd László: Aktualitások és tények a katonaeorvoslás történetéből. i.m.

³⁰ Karasszon Dénes: A kórházak helye, szerepe és jelentősége... i. m. pp. 11-32.

³¹ Dunant, Henry: Un souvenir de Solférino <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-0361.pdf> Letöltés 2016.október 19.

1864-ben 16 európai ország képviselője aláírta az I. Genfi Egyezményt, a „*Konvenció a harctéren megsebesült katonák sorsának megjavítására*”³² című megállapodást. Ennek lényege az egészségügyi szolgálat semlegessége volt. Ez vonatkozott mindkét fél sebesültjeire, egészségügyi személyzetére, polgári sérültjeire, kórházaira, egészségügyi utánpótlási intézményeire is. Az egyezmény megteremtette a Nemzetközi Vöröskereszt jogi alapjait, és pontosan előírta kiket kell hadifoglyoknak tekinteni, és milyen bánásmód illeti meg őket. Dunant elsőként kapta meg a Nobel békedíjat.³³

Azóta többször módosították az eredeti Genfi Egyezményt, ma az 1949-ben elfogadott változatot tekintik hatályban lévőnek. A Hágai Egyezményekkel együtt a nemzetközi humanitárius jogrendszer alapjai.

A harci cselekmények során egészségügyi beavatkozásokra főleg a sérülések és a különböző járványos betegségek miatt került sor. A háborúban „... az aktuális „béke” életben előforduló betegségektől, vagy sérülésektől mind minőségében, mind mennyiségében eltérő egészségkárosodások jöttek létre.”³⁴ A bakteriális járványok végigkísérték a háborúkat, egészen a XX. század második feléig, amikor már egyéb, főleg vírusos fertőző betegségek vették át az előzőek szerepét. A hirtelen keletkező sok sérült vagy fertőző beteg ellátása csak igen precíz szervezéssel valósítható meg. „Így alakult ki a csak a katonaorvoslásra jellemző „osztályozás–ellátás–kiürítés” dialektikája, azaz a „hármasszabály”.³⁵ Tehát a katonaorvoslásban a kiürítés módszereinek igen jelentős szerep jutott, és a történelem során folyamatosan változó körülményekhez, újabb és újabb fegyverfajtákhoz, technikai eszközökhöz kellett alkalmazkodnia.

A katona-egészségügyben mérföldkönek számít a XIX. és XX. század fordulóján a közegészségügy fejlődése, a baktériumok felfedezése, az antiszepepszis, aszepepszis elveinek terjedése, a diagnosztika és az érzéstelenítési eljárások rohamos fejlődése, a specializálódás az orvostudományon belül. Mindezek tükröződtek a katona-egészségügyben is, így a háborús járványok mértéke csökkent, és a sérültek ellátására több energiát lehetett fordítani. A

³² Genfi Egyezmény I. <http://tinyurl.com/zzgqhyr> Letöltés 2016. október 18.

³³ Benedek István: A gyógyítás gyógyítása. Orvosi-ortörténeti tanulmányok. Budapest, Gondolat Könyvkiadó, 1978. pp. 311-316.; Svéd László: Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből i. m. pp. 143-151.

³⁴ Svéd László: Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből i. m. p. 143.

³⁵ Svéd László: Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből i. m. p. 143.

kiürítésben a XX. század első harmadában előbb a vasutat, később a repülőgépeket is felhasználták.³⁶

A második generációs hadviselést harcászatiilag a tüzérő koncentrációja, állóháborúk kialakulása jellemzi. Emiatt az egészségügyi biztosításban a hadszíntér közelébe sűrített egészségügyi eszközök, a hadisebészet fejlődése, a vasúti és légi sebesültszállítás elterjedése, és a szakaszos gyógykezelése elve váltak dominálóvá. A második generációs hadviselés főleg az I. világháborúra jellemző. Az I. világháború végétől válik a katona-orvostan önálló szaktudománnyá az orvostudományon belül.³⁷

Vladimir Andrejevics Opper (1872-1932) az I. világháborús tapasztalatai alapján dolgozta ki az úgynevezett szakaszos gyógykezelés elvét. A kiürítést szakaszokra bontotta fel. A sérültek, állapotuktól függően, egyre magasabb szintű ellátást kaptak a különböző szakaszokon. Egy alacsonyabb szintű szakaszon a könnyű sérült ellátása, a súlyos sérült szállíthatóvá tétele volt a cél. Ekkor alakult ki az a rendszer, hogy a katona-egészségügynek nem csupán a sérült ellátása a feladata, hanem az ellátás optimális szintjének megtalálása, az osztályozás, a szállíthatóvá tétel, a kíméletes szállítás biztosítása, a sérült állapota alapján rendelkezésre álló idő és távolság célszerű felmérése.³⁸

A sebészeknek újfajta sérüléseket (repesz), szokatlan körülmények között (harctér), leromlott állapotú betegeken, a lehető leggyorsabban kellett ellátni. A rengeteg tapasztalat hatására a hadisebészeti eredmények lényegesen jobbak lettek az I. világháborúban, mint korábban. A sebesültek 75 %-a tért vissza harcolni. „Az I. világháborút befejező ütközetet a felgyógyult sebesültek vívták meg.”³⁹

A katona-egészségügy történeti fejlődése szempontjából igen fontos lépés a katonapszichológia létrejötte. Tulajdonképpen az I. világháború óta számítható a

³⁶ Svéd László: Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből i. m. pp.143-151.

³⁷ Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései i. m. p. 14.

³⁸ Svéd László: Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből i. m. p. 148. ; Farádi László: Diagnózis az életéről. Gondolat Kiadó, Budapest, 1983. pp. 295-296.; Svéd László: A tervezéstől a műveletekig. Katona-egészségügy. Budapest, ZMNE kiadványa, 2008. pp.12-14.; Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és –támogató tevékenységre. PhD értekezés, Budapest, 2003. pp. 8-9.

³⁹ Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből, 1920-1945. Budapest polgári és katona egészségügyi viszonyai, valamint a légoltalmi egészségügyi szolgálat kiépülése, működése. PhD értekezés, PTE BTK, Pécs, 2003. pp.136-151.

katonapszichológia tudományos története, azóta hogy az USA belépett a háborúba. Hirtelen, igen rövid idő alatt, nagyon sok kiképzett katonára volt szükség. Ekkor a pszichológusok kidolgoztak két, képességméréshez szükséges, ún. alfa és béta tesztet.⁴⁰ 400 pszichológus 1 700 000 katonát vizsgált meg, és a teszteredmények alapján közülük választottak ki adott katonai feladatokra leginkább megfelelő embereket. Ezeknek az embereknek a katonai kiképzése várakozáson felül sikeresnek bizonyult. A képességvizsgálatokat ezután több európai országban is elkezdték használni.⁴¹

Az alkalmassági vizsgálatok sikeressége után a katonapszichológia feladatköre fokozatosan bővült. Az amerikai polgárháború (1861-1865) majd az orosz-japán háború (1904-1905) leírásaiban is felbukkant már a katonák lelki kimerülésének jelensége. Az I. világháborúban a harctéri összeomlást gyávaságnak tartották és hadbírósaági ítéletekkel büntették. Azonban a XX. századi háborúkra jellemző körülmények hatására olyan nagy számban keletkeztek összeomlott emberek, hogy ezt már nem lehetett elhallgatni. W. H. R. Rivers 1917-ben egy előadásában (The repression of war experience)⁴² elsőként írta le az ún. "gránátsokkos" emberek tüneteit. A háború után 6 évvel az amerikai veterán kórházakban kezelt betegek 58 %-a gránátsokkos beteg volt.⁴³

Az Osztrák-Magyar Monarchia hadseregében Gustav Kafka és Révész Géza szervezésében 1917-től kezdődtek a pszichológiai alkalmassági vizsgálatok. Főleg a repülőket, gépjárművezetőket, telefonosokat, távírázókat vizsgálták. A két világháború között már nem csupán alkalmassági vizsgálatokat, hanem pályaválasztási tanácsadást is végeztek, a leszerelők számára útmutatást adtak a civil élethez. 1933-ban kezdte meg működését a Magyar Királyi Honvéd Központi Képességvizsgáló Intézet, főleg a katonai alkalmassági

⁴⁰ History of Military Testing http://official-asvab.com/history_coun.htm Letöltve 2016. szeptember 26.

⁴¹ Pavlina Z., Komar Z., Knezovic Z., Filjak T.: Bevezetés a katonapszichológiába. In: Pavlina Z., Komar Z. (szerk.): Katonapszichológia I. kötet, Budapest, Zrínyi Kiadó, 2007. pp. 14-43.; Andó Sándor: A pszichológia érvényesülése a katonai alkalmasságvizsgálatok kezdeteitől 1945-ig. Szakdolgozat, Kossuth Lajos Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Debrecen, 1998.; Thorne, Michael B., Henley, Tracey B.: A pszichológia története. Kapcsolatok és összefüggések. Glória Kiadó, 2000. pp. 520-549.; Weinhoff Judit: A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai sérült katonák ellátása során Honvédorvos, 2011.(63) 3-4. pp.183-194.

⁴² Rivers, W.H.R.: The repression of war experience Proceedings of the Royal Society of Medicine 11(Sect.Psych): 1-20.; The Lancet 1918; <http://www.gwpda.org/comment/rivers.htm> Letöltés 2016. október 19.

⁴³ Makrai Tibor István: A harci stressz hatása a harcteljesítményre a hadtörténelmi tapasztalatok alapján. Humán Szemle 2001. (17) 1-4. pp.141-162.; Weinhoff Judit: A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai i. m.

vizsgálatok végzésére.⁴⁴ A katonapszichológia eredményeivel – mint a későbbi fejezetekben olvasható lesz – jelentősen bővült a rehabilitáció eszköztára.

A második világháború előtt az európai országokban, köztük Magyarországon sem volt – kivéve az I. világháború alatt a magyar katona-egészségügyben! - szervezett rehabilitációs rendszer. Kórházi utókezelést néhány helyen találhatunk már, mint például a pécsi Irgalmas Kórházban. Az önmagukat ellátni nem tudó betegek szegények vagy aggok házába kerültek, illetve a kevés fizető beteget magánszanatóriumok látták el. A krónikus betegek döntő többségét családjuk gondozta.⁴⁵

Az orvostudomány, ezen belül a katona-egészségügy fejlődése, megteremtette az alapot az egyéni rehabilitációs törekvések után a szervezett, átfogó rehabilitációs rendszer kialakulásához. A katona-egészségügy és a rehabilitáció eredményei és szemlélete történelmileg, fokozatosan alakultak ki, és egymással összefonódva fejlődtek. Az első világháború alatt, kizárólag a magyar katona-egészségügyben létrehozott, az adott kor színvonalát lényegesen meghaladó, átfogó rehabilitációs rendszer óriási lépést jelentett ebben a folyamatban. A rendszer alapját a világon elsőként megalkotott rehabilitációs törvény, az 1915. évi XV. törvény a rokkant katonák ellátásáról, és végrehajtási rendeletei (3300/1915. és 3301/1915.) teremtették meg.⁴⁶

Még az Amerikai Egyesült Államokban is csak három évvel később, 1918-ban fogadták el az első rehabilitációs törvényt, szintén a katona-egészségügyben, a Smith-Sears törvényt. Ez az ún. 65/178-as katonai rehabilitációs törvény a hadirokkantak képzését támogatta. Annyira eredményes volt, hogy 1920-ban erre a törvényre támaszkodva megalkották a 66/236. polgári rehabilitációs (Smith-Fess) törvényt, majd 1935-ben a 74/271. polgári társadalombiztosítási törvényt. Ezután már egyre újabb rehabilitációval kapcsolatos törvények születtek. Közülük a legfontosabbak: 1943-ban a 78/113. polgári törvény (Barden-La Follette) foglalkozási rehabilitációs törvénymódosítás, 1954-ben a 83/565. (Hill-Burton) foglalkozási rehabilitációs törvénymódosítás, és 1965-ben a 89/333. foglalkozási rehabilitációs törvénymódosítás.⁴⁷

⁴⁴Andó Sándor: A pszichológia érvényesülése a katonai alkalmasságvizsgálatok kezdeteitől i. m. ; Weinhoffler Judit: A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai i. m.

⁴⁵Farádi László: Diagnózis az életéről. i.m. pp.162-165.

⁴⁶Borsay János: Az első rehabilitációs törvények Magyarországon 1915-ben. i.m.; Boros Erzsébet: A rehabilitációs orvoslás története In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2010. pp. 17-22.; Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történeti áttekintés i. m. pp. 2-12.

⁴⁷Borsay János: Az első rehabilitációs törvények Magyarországon 1915-ben. i.m. pp. 11-15.

A XIX. század végétől jelent meg a fogyatékkal élőknel a függetlenség vágya. Az USA-ban és a legtöbb európai országban a XX. század második felétől kezdődtek az Önálló Élet Mozgalmak, 1983-ban létrejött a Fogyatékosok Világszervezete (World Institute on Disability, WID), Önálló Életvitel Központok szerveződtek. A fogyatékkal élők a saját kezükbe akarták venni az életük irányítását, önállóan akartak a sorsukról dönteni, ezért felelősséget vállalni.

Dr. Borsay János az OORI főigazgatója írta a fogyatékosokról 1985-ben: *„Az első lépés az élet joga volt, a második az eltartásé és végül a harmadik a függetlenségé.”*⁴⁸

⁴⁸ Borsay János: Az első rehabilitációs törvények Magyarországon 1915-ben. i. m. p. 12.

1.3. ÖSSZEFOGLALÁS

A latin eredetű rehabilitáció szó helyre-, visszaállítást, újra alkalmassá tételt jelent. A fogalmat sok területen alkalmazzák, de a dolgozatban az orvostudománnyal és az egészségüggyel kapcsolatos értelmezésben használom. A rehabilitáció a jelenlegi helyét és szerepét történelmi folyamat során nyerte el.

Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, a következőképpen fogalmazza meg a rehabilitáció lényegét: *„olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.”* A rehabilitációnak egészségügyi, oktatási, foglalkoztatási és szociális összetevői vannak. Mindezeket tervszerűen, együttesen, egyénre szabottan, az érintett személy tevékeny részvételével szükséges alkalmazni. A rehabilitáción belül az orvosi rehabilitáció az egészségtudomány eszközeivel segíti a károsodott és fogyatékos embereket, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerve képessé váljanak a közösségbe való beilleszkedésre.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1980-ban megjelentette *„A károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozása”* című kiadványát, amelyben a károsodást biológiai, a fogyatékoságot speciálisan emberi, a rokkantságot pedig társadalmi funkció zavarnak jelölte meg, és a folyamatot irreverzibilisnek tartotta. A XX. század végére a WHO értelmezés megváltozott. A fogyatékoság (disability) helyett a tevékenység akadályozottsága, a rokkantság (handicap) helyett a társadalmi részvétel korlátozottsága fogalmakat használták már, és a folyamatot visszafordíthatónak véleményezték.

„A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO) című 2001-ben megjelent WHO kiadványban már a funkció jelentősége dominált. A funkcióképesség olyan állapot, amikor a három dimenzió – a test, a tevékenység és a részvétel – egyikében sem észlelhető kóros eltérés. Ha ezekben zavar jön létre, fogyatékoság alakul ki, amely a diagnózistól teljesen független, de visszafordítható folyamat. A kiadvány részletesen foglalkozott még a funkcióképességet jelentősen befolyásoló személyes és környezeti tényezők hatásaival is.

A rehabilitáció komplexitását, az átfogó rehabilitációt, az orvosi, pedagógiai, foglalkozási és szociális tevékenységek együttesen adják. A rehabilitáció egy olyan dinamikus folyamat, amelyet változó összetételű multidiszciplináris team irányít. A team legfontosabb tagja maga a beteg, akinek az aktivitása döntő a sikerben.

A rehabilitáció központi célja, az adott ember életminőségének javítása. A múlt század hatvanas éveiben kezdte magányos harcát Ed Roberts, aki béna végtagokkal, lélegeztető készülékhez kapcsolva tanulni szeretett volna. Rövid időn belül sok követője akadt, így indult el az Önálló Élet Mozgalom, amely a fogyatékosok jogaiért küzd. A mozgalomnak tulajdonítható, hogy létrejött 1993-ban az USA-ban a „Fogyatékosokkal Élő Amerikaiak Törvénye”,⁴⁹ amely kimondja, hogy a fogyatékosokkal élő emberek is teljes jogú állampolgárok, a diszkriminációjuk törvényellenes.

Magyarországon 1998-ban született meg az esélyegyenlőségi törvény. A törvény lényegében deklarálta a fogyatékos emberek jogait, megtiltotta a fogyatékos személyekkel szembeni diszkriminációt. 2003-ban az Európai Unió jogrendjével összhangban megszületett a 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról.

A modern rehabilitáció létrejötté történelmi folyamat, amely szorosan kapcsolódik a katonaegészségügy történetéhez. Az ősi, primitív társadalmakban még elpusztították a fogyatékos embereket. Évezredek teltek el, mire egyáltalán az élethez való jogot elnyerték. Rendszertelen, egyéni rehabilitációs törekvéseket ismerünk már az ókorból és a középkorból is. Ezek főleg különböző harcok során elvesztett végtagok pótlására irányultak. Azonban Götz von Berlichingen (1480-1562) lovag, aki a jobb kezét veszítette el, protézise ujjait már hajlítani is tudta, sőt kardját is képes volt megfogni vele. Ez volt a történelemben az első olyan ismert protézis, amely készítésénél a funkcionális szempontok is érvényesültek.

Ambroise Paré (1510-1590) több sebészeti újítása mellett, a vérző ereket fonállal kötötte le, kíméletesebb amputációs technikákat alkalmazott. Újfajta protéziseket tervezett, és még az ízületeket is megpróbálta helyettesíteni bennük. A XIX. században az aszepszis, antiszepszis

⁴⁹ Americans with Disabilities Act (ADA), 1993.

és a narkózis elterjedése lehetővé tette, hogy amputációkor ne a gyorsaság, hanem a gondos csonk kialakítás váljon elsődlegessé. Az így megoperált emberek későbbi életminősége lényegesen jobb lett. A protézisek készítésénél egyre inkább a funkcionális szempontok kerültek előtérbe.

A modern nemzetállamok létrejötte (1648) óta az államok kizárólagos monopóliuma lett a háborúk viselése. Ekkortól számítjuk az első generációs hadviselést. A vonalban vagy oszlopban harcoló embertömegeket a tábori kórházak nem tudták elég gyorsan követni. Sok sebesült a harctéren meghalt, vagy nem jutott el a kórházig. Dominique-Jean Larrey (1766-1842) francia hadisebész elsőként szervezte meg az úgynevezett „repülő lazaretteket”, amelyek sebészekből és ápolókból álló lovas egységek voltak, és a sebesülteket elszállították a harcterről. Ezek a „repülő lazarettek” a katona-egészségügy történetében elsőként mutattak példát a kiürítés és ellátás egységére, és megalapozták a betegosztályozást (triage) is.

A nagy francia forradalom során 1793. június 24-én alkották meg az első törvényt, amely a társadalom feladatává tette a fogyatékosok ellátását. Megszületett tehát az életben maradás után az eltartáshoz való joguk is.

A krími háborúban (1854-1855) Nyikolaj Ivanovics Pirogov új amputációs eljárást alkalmazott, először használt éternarkózt tábori körülmények között, és kidolgozta a tömeges sérültellátás elvét. Így vált a katonai tábori sebészet megteremtőjévé. Ugyanakkor Florence Nightingale a krími háború brit sérültjeit ellátó kórházban megváltoztatva az ápolási körülményeket, rendkívüli mértékben csökkentette a halálozást. Tapasztalatai alapján megalkotta a modern ápolást és ápolónőképzést.

A második generációs hadviselést az állóháborúk kialakulása jellemzi, és erre főleg az első világháború szolgáltatva a példákat. Az egészségügyi eszközök a hadszíntér közelében voltak, kezdett elterjedni a vasúti, később a légi sebesültszállítás. Kialakult a szakaszos gyógykezelés elve, amely alapján a sérültek egyre magasabb szintű ellátást kaptak. A katona-egészségügyben a sérültek ellátása mellett az osztályozás, a szállíthatóvá tétel, az optimális ellátási szint megállapítása is fontos feladattá vált. Jelentősen fejlődött a hadisebészet, létrejött a katona-pszichológia. Az I. világháború végétől a katona-orvostan önálló szaktudomány lett az orvostudományon belül.

Az első világháborúban megrokkant magyar katonák ellátásának megszervezésére a Tisza kormány megalkotta az 1915. évi. XV. törvényt, amely az első rehabilitációs törvény volt a történelemben. A törvény és a végrehajtási rendeletei (3300/1915. és 3301/1915.) alapján a magyar katona-egészségügyben született meg az első átfogó, ma is példa értékű rehabilitációs rendszer.

2. REHABILITÁCIÓ AZ ELSŐ VILÁGHÁBORÚ ALATT MAGYARORSZÁGON

„Kimegyek a doberdói harctérre,
Föltekintek a csillagos nagy égre;
Csillagos ég, merre van a magyar hazám,
Merre sirat engem az édesanyám?”

Gyűjtő: Bartók Béla 1918. augusztus, Körösladány⁵⁰

2.1. A BOLDOG BÉKEIDŐK

A XIX. század utolsó harmadában és a XX. század elején fokozatosan kiszámíthatóbbá vált az élet Magyarországon. A „Ferenc József”-i idők a nyugalmat és a stabilitást jelentették. Ez a békés időszak lehetőséget adott a gazdasági fejlődés megindulására, főleg az ipar és a kereskedelem területén. A bruttó hazai anyagi termék növekedése 1860 és 1913 között átlagosan évi 2,4 % volt. Az ipar és a bányászat részesedése a nemzeti jövedelem előállításában 1913-ra 26%-ra emelkedett. 1863 és 1913 között az ipari termelés a kiindulási év mutatóihoz képest nyolcszorosára nőtt.⁵¹

Az ipar fejlődése magával hozta az urbanizációt, a polgárosodást, a társadalom rétegződésének megváltozását. A vezető arisztokrata réteg mellett a birtokos nemességből sokan elszegényedtek (dzsentrik). Emelkedett a városi lakosság aránya. Kialakult a nagypolgári és a középvállalkozói réteg, nőtt az alkalmazottak és az értelmiségiek száma, nőtt

⁵⁰ Szalay Olga (válogatta): „Eljött az idő: visznek katonának” 101 magyar katonadal a Nagy Háború idejéből 1914-1918 https://www.google.hu/?gws_rd=ssl#q=101+katonadal Letöltve 2016. október 8.

⁵¹ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. Szekszárd, Babits Kiadó, 1996-2000. I. kötet Politika és társadalom, hadtörténet, jogalkotás pp. 18-19.

a városi cselédek és az ipari munkások aránya. 1900-ra 300 000, majd 1910-ben már 475 000 volt az ipari munkások száma. Ekkor még minden harmadik ember írástudatlan volt az országban. A különböző társadalmi rétegek életkörülményei között egyre nagyobb lett a szakadék. A falvakban a legszegényebbek zsúfolt cselédházakban, a városi szegények pincékben, barakkokban éltek. A munkakörülmények is elborzasztóak voltak. Legalább napi 10 órát dolgozott 1900-ban a munkások 71 % - a, és a gyárakban gyerekeket is alkalmaztak. Rendszeres volt a nők, de előfordult a gyerekek éjszakai munkába állítása is.⁵²

Az 1848-as jobbágyfelszabadítás után a parasztságnak csak egy szűk rétege, 10-12%-a volt képes a gazdálkodásból megélni. Sokan mezőgazdasági napszámosként, kubikosként próbálták fenntartani magukat, vagy a fővárosba mentek munkát keresni. Emiatt a nincstelen szegényparasztok és a városi szegények aránya megnőtt.⁵³

A századfordulótól a reménytelen helyzet miatt sok ember a kivándorlást választotta. A statisztikai adatok szerint 1880 és 1914 között az Amerikába kivándorlók száma meghaladta a 2 milliót.⁵⁴

Mivel a nyomor és a különböző, főleg fertőző betegségek szorosan együtt jelentek meg, ez kikényszerítette az általános egészségügy átalakítását. A magyar egészségügy történetének egyik legjelentősebb jogszabálya az 1876. évi XIV.⁵⁵ törvény a közegészségügy rendezéséről. A törvény állami kötelezettséggé tette a tömegeket érintő egészségügyi problémák kezelését. Fő részeiben kitért a gyermek- és iskola-egészségügy szervezésére, a mentésügyre, az orvosi és szülésznői gyakorlat szabályozására, tartási kötelezettségekre, a kórházak létesítésére, felügyeletére, a gyógyszerészetre, a járványügyi teendőkre, a gyógyfürdők működésére, a halottakkal, temetővel kapcsolatos teendőkre, a közegészségügyi szolgálatra. A törvény az egészségügy teljes területén átfogó szabályozást nyújtott. Az adott korban nemzetközi szinten is modern, előremutató volt, többek között a prevenció intézkedések bevezetésével. Sajnos az akkori társadalmi-gazdasági körülmények nem tették lehetővé a törvény teljes megvalósítását. Hiába szerepelt benne körorvosi állások létesítése, 1248 állásból csak 785-t töltöttek be 1884-ben, ezeket is nagyon egyenlőtlen területi elosztásban. Azonban az 1892. évi

⁵² Hahn Géza: A magyar egészségügy története. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1960. p. 32.

⁵³ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. pp. 18-19.

⁵⁴ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p. 35.

⁵⁵ 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5727> Letöltve 2016. június 6.

nagy kolerajárvány hatására szigorodott a törvény betartatása, ez pedig nagy lendületet adott a közegészségügy fejlődésének.⁵⁶

A XIX - XX. század fordulójára ugrásszerűen megnőtt a népesség száma Magyarországon. 1910-ben a Habsburg Monarchia magyarországi területének lakossága 18 142 000 volt, 20%-uk élt városokban. Az erőteljes járványügyi intézkedések hatására mérséklődtek a járványok, csökkent a halandóság. Az 1892. évi nagy kolerajárványban még 1255, 1910-ben már csak 225 ember halt meg kolerában. 1887-ben himlőben 15 470 ember, 1910-ben csupán 115 ember halt meg. A tuberkulózis halandóság csupán kisebb mértékben csökkent. Tízezer lakosra 1881-1887 között 41, 1910-ben 37 eset jutott. A csecsemőhalálozás Budapesten 1874-ben ezer élveszületett csecsemőre számítva 349 volt, és ez a szám 1910-ben 147-re csökkent.⁵⁷

Egyre nagyobb jelentőséget kapott az élet- és munkakörülmények, valamint a betegségek közti összefüggések vizsgálata. Magyarországon a rendszeres szociálhigiénés kutatásokat Fodor József és Farkas Jenő indították el. „... *alig van művelt város Európában, amelynek lakásviszonyai oly visszatartóak, művelt emberhez nem méltók és egészségtelenek volnának, mint a magyar fővárosban... Pincelakások tanyái a járványoknak...*” - írta Fodor József 1883-ban.⁵⁸

„*Milyen emberek válhatnak azokból, akik folyamatosan olyan környezetben élnek, aminek egy pár percig való szemlélése is felkavarta egész valónkat? Milyen ember válhat abból, aki minden reggel és minden este azokon a sötét lépcsőkön botorkál, aki olyan házban él, amelyből sosem fogy ki a betegség és ahol a halál olyan otthonos? Akinek a sikátorban az útját minduntalan fertőző beteget szállító kocszi vagy a temetkezési intézet szekere állja el.*” – fogalmazott a közegészségügyről szóló könyvében Farkas Jenő.⁵⁹

A századfordulótól megindult az egészségügyi ellátás, főleg a közegészségügy-járványügy, és a kórházügy fejlődése. A himlőoltások és újraoltások hatására százezer lakosra 1881-1887 között 90 himlő haláleset jutott, 1896-1900 között 10, később pedig gyakorlatilag megszűnt. A kolera és a hastífusz járványok a vízművek és a szennyvízcsatorna hálózatok építésével összefüggően fokozatosan ritkultak. A megelőző intézkedések, a bejelentési kötelezettség, a

⁵⁶ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 51-57.

⁵⁷ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 35-37.

⁵⁸ Fodor József: A lakásügy Budapesten. Nemzet.1883.okt.25. p. 66.

⁵⁹ Farkas Jenő: A közegészségügy és társadalmi kérdések. Farkas J. munkái 60. Budapest,1901. p. 68.

fertőtlenítési eljárások, a felvilágosító kampányok, a védőoltások hatására lényegesen visszaszorultak a járványos megbetegedések.⁶⁰

Az ipari munkások 40,6 %-a volt biztosított 1885-ben. Magyarországon az 1891. évi XIV.⁶¹ törvény rendelte el az ipari munkások kötelező betegségbiztosítását. Viszont a dolgozók döntő többsége mezőgazdasági munkás volt, akiknek így nem volt kötelező betegbiztosítása. Az 1900. évi XVI.⁶² és 1902. évi XIV.⁶³ törvény által létrehozott Országos Gazdasági Munkás és Cselédsegélypénztár baleset esetén támogatást nyújtott ugyan a mezőgazdasági munkások egy részének, a baleseti sérülteknek, de a betegek csak magukra voltak utalva.⁶⁴

Az ipari munkások számának növekedése kikényszerítette a munkaegészségüggyel és az ipari balesetek elleni intézkedésekkel foglalkozó törvények megszületését (1884. évi XVII.⁶⁵ törvény, 1893. évi XXVIII.⁶⁶ törvény). Az utóbbi törvény iparfelügyelőkkel ellenőriztette ezeket az intézkedéseket, akiknek a munkáját és szakértelmét sok bírálat érte.

A diagnosztika, a terápia, az érzéstelenítés, az aszepszis, antiszepszis fejlődése, a kórházak modernizálása, a kórházi ellátás iránti igény növekedése, a fejlett országokban a magán-, a szegényebb országokban a közkórházak fejlesztését indította el a XIX. század második felétől. Magyarországon az 1860-as évek végén 39 közkórház volt, 2500 ágygal, ami azt jelentette, hogy 10 ezer emberre 3 ágy jutott. A fővárosban az 1885-1900 közötti időszakban több nagy kórház létesült (István Kórház, László Kórház, Margit Kórház, János Kórház), és országszerte nőtt a kórházi ágyak száma, így 1893-ban 14 825, 1900-ban 24 877 volt. Tízezer lakosra 25 ágy jutott 1914-ben, mert ekkor már 426 kórház, 44 386 ágygal működött az országban. A világi ápolónők képzését a Magyar Vöröskereszt 1883-tól kezdte el és ugyanebben az évben megalakult a Budapesti Önkéntes Mentőtársulat Egyesület, Dr. Kresz Géza⁶⁷ kezdeményezésére.⁶⁸

⁶⁰ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p. 59.

⁶¹ 1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6421> Letöltve 2016. június 6.

⁶² 1900. évi XVI. törvénycikk a gazdasági munkás- és cselédsegélypénztárról <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6794> Letöltve 2016. május 31.

⁶³ 1902.évi XIV. törvénycikk a gazdasági munkás- és cselédsegélypénztárról szóló 1900: XVI. tc. kiegészítéséről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6857> Letöltve 2016. május 31.

⁶⁴ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp.74-77.

⁶⁵ 1884. évi XVII. törvénycikk ipartörvény <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6141> Letöltve:2016. május 31.

⁶⁶ 1893.évi XXVIII. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak baleset elleni védelméről és az iparfelügyelőről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6511> Letöltve:2016. május 31.

⁶⁷ Kresz Géza (1846-1901) orvos, a Budapesti Önkéntes Mentőegyesület (BÖME) alapítója (1887). Kenyeres Ágnes (f szerkesztő): Magyar Életrajzi Lexikon <http://mek.oszk.hu/00300/00355/html/> Letöltés 2017.január 14.

A 19. század utolsó harmadában Magyarországon évente 70 000 ember halt meg tbc-ben, a betegek számát 400 000-nél is többre becsülte Korányi Frigyes.⁶⁹ A tbc. leküzdésére szanatóriumok létesítését javasolta. Szentendrén már 1897-ben megalakult az első tbc. szanatórium, majd 1902-ben Budakeszin, és ezt hamarosan több is követte. A szanatóriumi rendszer a nagy betegszám miatt önmagában nem volt elégséges. Fokozatosan kiépült az ambuláns ellátó rendszer is.⁷⁰ Ezekben a szanatóriumokban már fellelhetők a későbbi rehabilitációs kezelések egyes jellegzetességei. Így például a pihenés és a testmozgás arányának, a légző gyakorlatoknak, a gyógytornának, a diétáknak a jelentősége, a lelki (ekkor még elsősorban vallási) tényezők fontossága, a kímélő, könnyebb munkakörök és a szociális támogatási lehetőségek felkutatása.

A tömegek nyomorogtak ugyan, mégis a háború nélkül eltelt csaknem 70 év a stabilitás, a biztonság érzetét adta. A gazdasági növekedés az emberek egy részének jobb életet nyújtott. Ezért az 1867-től 1914-ig terjedő időszak a „boldog békeidők” jelzõt kapta. Az Osztrák-Magyar Monarchia hadserege közös irányítás alatt állt. A századfordulótól megindult az általános európai fegyverkezés, ennek hatására megkezdődött a haderő-fejlesztés a Monarchiában is. Ezek egyértelműen mutatják az európai államok közötti feszültség fokozódását.

⁶⁸ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 62-64.

⁶⁹ Fodor József: Az egészségügyről. Egészség.1-2. f. 5. (1887)

⁷⁰ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p.70.

2.2. A NAGY HÁBORÚ SÉRÜLTJEI

Az első világháborút (1914-1918) - amelyet az Antant és a Központi hatalmak a korabeli gyarmatok és érdekeltségi rendszerek ismételt felosztásáért vívtak - a több tíz millió halottal és sebesülttel lehet a legjobban jellemezni. Az elesett, sebesült, fogságba esett és eltűnt emberekkel együtt, az áldozatok száma több mint 37 millió volt.⁷¹ „Összességében 3,8 millió magyar katona vett részt az első világháborúban, az 1927-ben készített statisztika szerint 661 ezer magyar katona esett el, 743 ezer súlyosan sebesült, 732 ezer esett fogságba...”⁷² Hasonló adatok szerepelnek más dokumentumokban is.⁷³ A háború Magyarországra eső összköltsége 32,7 milliárd aranykorona, egy háború előtti átlagos év állami összbevételének több mint harmincszorosa volt.⁷⁴

Az Osztrák-Magyar Monarchia közös hadseregének az egészségügyi szolgálata sem méreteiben, sem minőségében nem volt felkészülve ennyi sérült katona ellátására. A kórházi hálózat is fejletlen volt, emiatt úgynevezett szükségkórházakat kellett létrehozni. Ezek még az adott kor színvonalához képest is szegényesek voltak. Az egészségügyi személyzet alacsony létszámát önkéntes ápolónőképzéssel próbálták megoldani. A rendelkezésre álló kórházi ágyak 60-80 százalékán sérült vagy beteg katonák feküdtek. Emiatt a civil lakosság egészségügyi ellátása tovább romlott. Ilyen egészségügyi helyzetre senki sem számított a háború kezdetekor. Mivel a munkaképes férfiak a frontokon harcoltak, csökkent a termelés, élelmiszerhiány keletkezett, egyre nehezebb volt a megélhetés, egyre több volt a beteg vagy sérült ember.⁷⁵

A kórházi ágyak tehermentesítésére lábadozó otthonokat szerveztek. Ezek az akut kórházi ellátás és az otthoni élet közötti átmeneti intézmények voltak. Az ezekben elhelyezett katonák még nem gyógyultak meg teljesen, segítségre szorultak, de aktív ellátást már nem igényeltek. A lábadozó otthonok a mai rehabilitációs intézetek feladatait látták el, az adott kor

⁷¹ Matus János: Bűn és megbocsátás - Emlékezés az első globális háborúra. Collegium Doctorum, 2015. (11) Évközi szekcióülés anyaga, pp. 97-102.; <http://www.historylearningsite.co.uk/world-war-one/world-war-one-and-casualties/first-world-war-casualties/> letöltve 2016. augusztus 17.

⁷² Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2001. p. 91.

⁷³ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. p. 35.

⁷⁴ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. p. 35.

⁷⁵ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp.78-79.

színvonalán. *„A lábadozó sebesültek elhelyezésére szolgáló intézmények részben tehermentesítették a kórházakat, 1915-ben 50 lábadozó otthont működtettek 2040 ágygal.”*⁷⁶

Magyarországon nem volt olyan család, amely ne lett volna a háború vesztese. A családfenntartó elvesztése a lelki csapás mellett többnyire igen nehéz anyagi helyzetet is okozott. Egy fiatal férfi halála vagy megrokkánása, egyúttal másik 3-4 ember (gyerekek, idős szülők) elszegényedését is jelentette. *„Bár Magyarország területén a háború utolsó hónapját megelőzően nem folytak katonai műveletek, a gazdasági kár és az emberáldozat mérhetetlen volt.”*⁷⁷

Mit lehetett tenni 1918-ban a háború utáni elszegényedett országban, a több százezer sérült emberrel és családjaikkal? Két irányból célszerű megközelíteni ezt a kérdést, egyrészt az egészségügy, másrészt a szociális ellátás felől. A rokkant ellátás egészségügyi feladatainak megoldásában kiemelkedő szerepe Dollinger Gyulának, a szociális ellátás megszervezésében Klebelsberg Kunónak volt.

⁷⁶ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. p. 91.

⁷⁷ Király Béla: Amire nincs ige. Visszaemlékezések, 1912-2004. Budapest, HVG Kiadói Rt. 2004.

2.3. AZ 1915. ÉVI XV. TÖRVÉNY A ROKKANT KATONÁK ELLÁTÁSÁRÓL

A Monarchia rövid háborút, gyors győzelmet ígért. „*Mire a falevelek lehullanak, győztes katonáim itthon lesznek!*”⁷⁸ – mondta II. Vilmos német császár. A győzelmi hírek helyett azonban már az első harcok után sebesült, főleg végtagsérült katonák érkeztek haza. A nagyszámú - ezért hirtelen szinte mindenütt megjelenő - csonkolt katona látványa sokkolta az embereket. (3. sz. kép) Hihetetlen társadalmi nyomás nehezedett a Tisza István vezette kormányra, a haza védelmében megsebesült katonák sorsát rendezni kellett.



3. sz. kép Hadirokkantak és jótékonykodó hölgyek⁷⁹

Már 1915 januárjában – fél évvel a háború kitörése után - Budapesten 32 ezer sérült katonát ápoltak, szeptemberben pedig 42 642 gondozandó katonáról tudtak Magyarországon.⁸⁰

⁷⁸ Kovács Dániel: Híres hadvezérek tíz hatalmas tévedése

http://www.honvedelem.hu/cikk/52706_hires_hadvezerek_tiz_hatalmas_tevedese Letöltés 2016. október 6.

⁷⁹ Glatz Ferenc (szerk.): A magyarok krónikája. Budapest, Officina Nova, 1995. p. 545.

1915. április 30-án 20 000 hadirokkantat tartottak nyilván. Ezen belül 12 000 volt béna, 6 000 csonkított. 1918 végén 90 000 hadirokkantról tudtak. A m. kir. Rokkantügyi Hivatal addig már 70 000 sérült katonát részesített intézeti kezelésben és oktatásban, közülük 673 ember világtalan volt. 24 262 rokkantat láttak el művésztaggal és gyógyászati segédeszközökkel. Ingyenes intézeti ellátásban 3219 hadiárva, illetve súlyosan rokkant katona gyermeke részesült. Emellett közel 10 000 hadiárváról gondoskodtak.⁸¹Mivel 1918 novemberében, a Kommün alatti zűrzavarban, a rokkantak nyilvántartása megsemmisült, később újra kellett számlálni őket. Az utólagos statisztika 1927-ben készült el. Eszerint összesen 743 ezer súlyosan sebesült katonát tartottak nyilván. Közülük 68197 volt 100%-ban rokkant (például végtagcsonkolt vagy vak). 25-75 %-ban rokkant 100272 ember volt. 72324 elhunyt rokkant özvegyéről és 101224 árvájáról gondoskodtak.⁸² (4. sz. kép)



4. sz. kép Országos Hadigondozó Kiállítás 1917.⁸³

⁸⁰ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? Különlenyomat „Az Ujság” 1915. évi január hó 22-iki számából Budapest, Athenaeum Irod. és Nyomdai R.-T. Nyomása 1915.; Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. Budapest, Bíró Miklós könyvnyomdai műintézete, 1916. p. 5.

⁸¹ Suba János: Az Országos Hadigondozó Hivatal In: A Hadtörténeti Múzeum értesítője 12. Hadtörténeti Múzeum, Budapest, 2011.; <http://tinyurl.com/j22v8p4> Letöltés 2016. október 9.

⁸² Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i.m. p. 92.

⁸³ Kacsinecz Krisztián: Kétezer csonka testű hős Pozsonyban <http://www.pozsonyikifli.sk/files/img/frisskifli/2015/magyahaboru/csonka/6.jpg?w=750> Letöltés 2016.október 7.; <http://nemnemsoha.gportal.hu/gindex.php?pg=36656054&nid=6597477> Letöltés 2016. október 7.

A hadirokkantak „14%-a fejsérült, 28 %-a végtagcsontolt, ebből 5%-nak mindkét, 14 %-nak egyik lába hiányzott, a többi kéz- és karcsonkolt volt.”⁸⁴ (5. sz. kép)



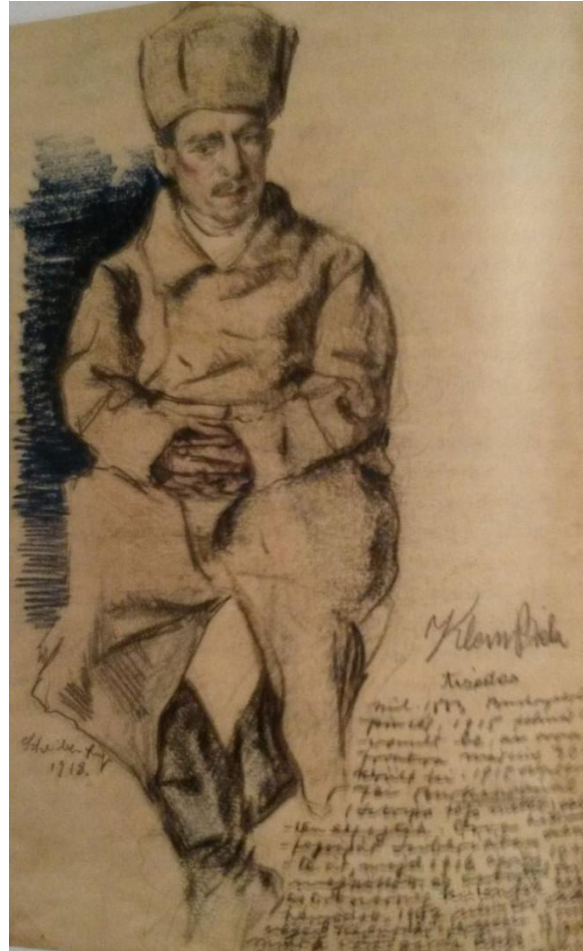
5. sz. kép Scheiber Hugó: Holczer Sándor tizedes (Olasz fejlövés) 1918.⁸⁵

A hadirokkantak fiatal, erős, egészséges emberek voltak a háború kitörésekor, és sokan közülük egy pillanat alatt váltak ronccsá. Tömeges megjelenésük hatására keletkezett az a jogos társadalmi igény, hogy a rokkant katonákról gondoskodni kell. Ugyanakkor szükség volt egy olyan kormányra is, amely megtalálta a kiutat ebből a súlyos helyzetből. Egészen különleges, messze előremutató megoldás született, megalkották a rokkant katonák ellátásáról szóló törvényt és annak végrehajtási rendeleteit. Ami a XXI. században, a rehabilitáció

⁸⁴ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. p. 92.

⁸⁵ Molnos Péter: Scheiber Hugó. Kossuth Kiadó, Magyar Nemzeti Galéria, 2015. A magyar festészet mesterei sorozat. pp. 10-12. Scheiber Hugó (1873-1950) magyar festő az első világháború alatt hónapokig közlegényként szolgált Boszniában. Lerajzolta a katonákat, és rövid ismertetőt is irt mellé, a katona sérüléséről. Ezeket a képeket később felhasználták a katonák rokkantositása során is. Számos képét őrzi a Hadtörténelmi Intézet és Múzeum. Ezek a kor hű jellemzését adják.

kiteljesedésével természetessé vált - az orvosi utókezelés, gyakorlati oktatás, átképzés - 1915-ben rendkívül újnak és szokatlannak számított. A törvényi alap megalkotása pedig a társadalmi jótékonykodás lehetőségéből a hadirokkantakat megillető jogot formált.



6. sz. kép Scheiber Hugó: Klein Béla tizedes 1918.⁸⁶

Az 1915. évi XV.⁸⁷ törvénycikk 8. §. kimondta, hogy „a háború fádalmi következtében rokkanttá vált légénységi állományba tartozó egyéneket, a mennyiben kilátás van arra, hogy keresetképességüket egészben vagy részben visszanyerhetik, orvosi utókezelésben és gyakorlati oktatásban kell részesíteni s hogy a művésztagokra szorulókat ilyenekkel el kell látni.”⁸⁸ (6. sz. kép)

⁸⁶ Molnos Péter: Scheiber Hugó i. m. pp. 10-12. Scheiber Hugó mellett az I. világháború szenvedéseit megrázóan ábrázolták többek között még Mednyánszky László, Moholy-Nagy László, Rippl-Rónai József is.

⁸⁷ 1915. évi XV. törvénycikk <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7323> Letöltve 2016. június 6.

⁸⁸ Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. i. m. pp. 3-4.

A törvény végrehajtásáról két rendelet gondoskodott: a m. kir. miniszterelnök 1915. évi 3300. számú rendelete⁸⁹ a csonkított és béna katonák orvosi utókezeléséről, mesterséges testrészekkel való ellátásáról és gyakorlati oktatásáról, valamint az 1915. évi 3301. számú⁹⁰ miniszterelnöki rendelet a rokkant katonákat gondozó szervezetről.

A 3300. számú rendelet 1. §. kimondta:

*„A fegyveres erőhöz tartozó személyek, ..., ha a jelenlegi háború tartama alatt csonkulás, bénulás, ízületi merevség vagy valamely sérülés más utóhatása következtében keresetképességükben szenvedtek és ha remény van arra, hogy ezek a személyek megfelelő orvosi utókezelés vagy gyakorlati oktatás által polgári keresetképességüket egészben vagy részben visszanyerhetik, intézetekben orvosi utókezelés ... alá kerülnek, és gyakorlati oktatás által korábbi foglalkozásuk folytatására vagy más foglalkozás üzésére képessé tételnek.”*⁹¹

Magyarországon a katona-egészségügyben született meg az első, szervezett, átfogó rehabilitációs rendszer, törvényi háttérrel, végrehajtási rendeletekkel. Ezek 1915-ben egyedüliek voltak a világon. Megjelent bennük a rehabilitálhatóság eldöntésének kérdése, az orvosi utókezelés fogalma, a képzés és átképzés alkalmazása, valamint a keresőképesség visszanyerésének fontossága is.

A 3300. rendelet 3. §. szerint:

*„Azok a betegek, kiknek mesterséges testrészekre vagy más ortopédikus segédeszközökre szükségük van, az orvosi utókezelés, illetve oktatás keretében ezeket ingyen megkapják.”*⁹²

A rendelet a nemzet hálájának egyik kifejezése volt. A Nagy Háborúban megsérült katonákra vonatkozott csupán, és ez az ellátás ingyenes volt számukra.

A 3300. rendelet 4. §. alapján:

„Azoktól, akik a felülbírálati bizottság által szükségesnek talált orvosi utókezelésnek, mesterséges testrész alkalmazásának vagy gyakorlati oktatásnak magukat nem vetik alá, vagy annak sikerét szándékosan késleltetik vagy megghiúsítják, a rokkantsági ellátásra való igényük

⁸⁹ A m. kir. miniszterelnök 3,300/1915. számú rendelete. A csonkított és béna katonák orvosi utókezelése, mesterséges testrészekkel való ellátása és gyakorlati oktatása, Belügyi Közlöny, Budapest, 1915. szeptember 12. XX. évfolyam, 44. szám, pp. 947-949.

⁹⁰ A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete. A rokkant katonákat gondozó szervezetről. Belügyi Közlöny, Budapest, 1915. szeptember 12. XX. évfolyam, 44. szám, pp. 949-965.

⁹¹ A m. kir. miniszterelnök 3,300/1915. számú rendelete. i. m.

⁹² A m. kir. miniszterelnök 3,300/1915. számú rendelete. i. m.

egészben vagy részben, avagy az igény a rokkant házak ellátási állományába való felvételre megvonható, ...”⁹³

A sérült katonák részére nem csupán lehetőséget, hanem kötelezettséget is jelentett a rendszer. Amennyiben aktívan és tudatosan vettek részt benne, jelentős segítséget kaptak. Ha nem tartották be az utókezelésben javasolt teendőket, a kedvezmények megvonhatók voltak. A modern rehabilitáció sikerességében a döntő elem a beteg aktív, tudatos részvétele, amely már az 1915-ben alkotott rendeletben is a jelentőségének megfelelően szerepelt.

A 3300. rendelet 6.§. írja:

„A közös hadsereg (haditengerészet) költségén történő orvosi utókezelés és gyakorlati oktatás tartama egy esztendő nem haladhat meg. Ezen időn belül az egyesek kezelésének és oktatásának tartamát a betegségek és foglalkozási ágak szerint esetről esetre kell megállapítani.”⁹⁴

Elengedhetetlenül szükséges a rehabilitációs folyamatban a célok kitűzése, az adott helyzetben ésszerű időhatárokkal. Ezeket részcélokra és rész időegységekre kell bontani. A kisebb célok egyrészt irányt mutatnak, másrészt minden teljesített részeredmény sikerélményt ad, és továbbviszi a folyamatban résztvevőket. Minden esetben egyéni elbírálás alapján történik a célok és az időpontok meghatározása. A modern rehabilitációban rutinszerűen alkalmazott eljárások alapjai a fenti rendeletben már megjelentek.

A rendelet tartalmazta az átfogó rehabilitáció minden elemét, a lehetőségekkel és kötelezettségekkel – a sérült katona aktív részvételével - együtt. Foglalkozott a segédeszköz ellátás módjaival, szükségességével és finanszírozásával. Megjelent benne az egyéni elbírálás fontossága, és a rehabilitáció időtartamának jelentősége is. A folyamat részleteiről orvosi szaktanács – amely a rehabilitációs team kezdeti változatának tekinthető - döntött.

Ehhez a folyamathoz az irányító intézményi háttérrel a m. kir. Rokkantügyi Hivatal (a továbbiakban Rokkantügyi Hivatal) nyújtotta.

⁹³A m. kir. miniszterelnök 3,300/1915. számú rendelete. i. m.; A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1915. 1. pp. 5-6.

⁹⁴A m. kir. miniszterelnök 3,300/1915. számú rendelete. i. m. ;A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1915. 1. pp. 5-6.

Az 1915. évi 3301. számú rendelet I. fejezete a Rokkantügyi Hivatal feladatairól és felépítéséről szolt. *„A csonkított, béna és belbeteg katonák ügyének egységes irányítása, szervezése és igazgatása céljából m. kir. Rokkantügyi Hivatal állíttatik.”*⁹⁵

A sérült katonák életéről teljes körűen – kezelés, szociális ellátás, képzés, munkaalkalmak - gondoskodó rendszer jött létre, amelyet a Rokkantügyi Hivatal koordinált. Feladatait a következőkben összegezhetjük: a csonkított, béna és „belbetegségben” szenvedő katonáknak orvosi utókezelő és gyakorlati oktatást végző intézetek, mesterséges testrészeket előállító műhelyek, mezőgazdasági és ipari kereseti telepek létrehozása, fenntartása, igazgatása. Ezeket az intézeteket támogató alapok kezelése, gyűjtések szervezése, a rokkant katonák nyilvántartása és irányítása a különböző intézetekbe, a rokkant katonák anyagi helyzetének tisztázása, munkaközvetítésük, rokkant iskolák létrehozása, ezen intézetek költségvetésének megtervezése, speciális tantervek megalkotása, a rokkantak társadalmi gyámolításának a megszervezése.⁹⁶

A 3301. számú végrehajtási rendelet további fejezetei a csonkított, béna és „belbeteg” katonákat orvosi utókezelésben és gyakorlati oktatásban részesítő intézetekről, a mesterséges testrészeket előállító műhelyekről, a rokkantak iskoláiról, valamint a mezőgazdasági és ipari kereseti telepekről és műhelyekről rendelkeztek.⁹⁷

A rendelet 7.§- a az intézetek célját a következőkben fogalmazta meg: *„Az utókezelő gyógyintézeteknek az a célja, hogy azoknak a hadisérülteknek egészségét, kik a rendes kórházi kezelés után bénák maradtak, javító műtétekkel, orthopaediával, massage-zsal, mozgatással, villamozással, meleggel és fürdőekkel, továbbá odontoorthopaedikus kezeléssel helyreállítsák és őket újból keresetképesé tegyék. A mesterséges testrészeket előállító műhelyek azokat, kik a háborúban szenvedett sebesülés következtében vagy hadiszolgálatban más módon valamelyik testrészüket elvesztették, mesterséges testrésszel látják el. A rokkant-iskolák a sérült katonákat csonkulásukra, illetőleg bénulásukra való tekintettel, korábbi*

⁹⁵ A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete. A rokkant katonákat gondozó szervezetről. Belügyi Közlöny, Budapest, 1915. szeptember 12. XX. évfolyam, 44. szám, pp. 949-965. ; A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal 1915. 1. pp. 7-8.

⁹⁶ A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete i. m.; A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1915. 2. szám

⁹⁷ A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete i. m.

foglalkozásukra újból begyakorolják, amennyiben pedig ez lehető nem lenne, új foglalkozásra tanítják.”⁹⁸

A rendelet részletesen szabályozta a fenti intézetek működését, irányítását, a személyzet feladatait. Az utókezelő gyógyintézetek orvosai részére olyan pontos munkaköri leírást adott, amelyet ma is alkalmazhatnánk. A mesterséges testrészeket előállító műhelyekben az irányító főorvos volt a szakmai döntéshozó. A csonkok állapotától függően gipszmintákat vettek, arról ideiglenes, majd később végleges protézis készült. Tehát a folyamat lényegében a mai gyakorlatnak megfelelően működött. Az irányító főorvos ellenőrizte a mesterséges testrészek készítését, sorrendjét, feladását. A protetizálás a csonkokról vett gipszminták alapján egyedileg, nem pedig gyári tucat áruval történt. Az intézetekbe történő felvételt és elbocsátást bizottságok döntötték el, amelyek összetételét szintén a 3301/1915. rendelet szabályozta. Az utókezelő gyógyintézetekből való elbocsátás után, amennyiben a sérült rokkant maradt, vagyona nem volt, eddigi foglalkozását folytatni nem tudta, átkerült a rokkantiskolába. A rokkantiskolákban elemi, polgári iskolai, gyógypedagógiai és szakmai (ipari és mezőgazdasági) ismeretek oktatása is folyt. Azok a katonák, akik írni-olvasni sem tudtak, elemi iskolai képzést kaptak. A többiek képzettségüknek, érdeklődési körüknek és sérülésüknek megfelelően szakmát, vagy akár felsőbb iskolai képesítést is szerezhettek.⁹⁹ Különböző módon, de minden sérült katona megélhetését biztosították.¹⁰⁰(7. sz. kép)

A kórházaknak és a katonai szervezeteknek jelentési kötelezettsége volt a sérült, csonkított, illetve krónikus belgyógyászati betegségben szenvedő katonákról a Rokkantügyi Hivatal felé, így elvileg az ellátásból senki sem maradhatott ki. A Rokkantügyi Hivatal rokkant számlálást tartott, személyenként törzskönyvet állított ki, és utókezelésre irányította a katonákat. Már 1915 szeptemberében 42,642 gondozandó katonát tartottak nyilván Magyarországon, pedig ekkor még csupán a háború első évének végén jártunk. Túlnyomó többségük béna és csonkolt volt, ezért főleg az ő utókezelésük megszervezése volt a legsürgetőbb.¹⁰¹

A valóságban a Rokkantügyi Hivatal az állami intézmények hét típusát hozta létre. Utókezelő gyógyintézeteket (1.) a sérült katonák számára, (2.) speciális kórházakat a krónikus belgyógyászati beteg katonák részére, (3.) csonkított katonáknak a művégtaggyarakat,

⁹⁸ A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete. ; A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1915. 1. pp. 7-8.

⁹⁹ A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete.

¹⁰⁰ A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1915. 1. szám

¹⁰¹ Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. i. m. p. 5.

azoknak pedig, akik foglalkozásukat nem voltak képesek folytatni, (4.) a rokkantiskolákat, (5.) rokkantak munkaközvetítőjét, (6.) a kereseti telepeket és műhelyeket, és a (7.) gyógyíthatatlanok kórházát.¹⁰²

Melléklet a m. kir. miniszerelnök 3.301/1915. számú rendeletéhez.

M. Kir. Rokkantügyi Hivatal.

BIZONYÍTVÁNY.

1	Parancsnokság, csapattest vagy intézet:	
2	Név:	
3	Rendfokozat:	
4	Születési év:	Sorozási év:
5	Születési hely, járás, vármegye:	
6	Vallás:	
7	Mikor és hol sebesült, illetőleg betegedett meg:	
8	Kezelés időtartama ezen intézetben:	
I.	Orvosi utókezelésnek, illetőleg mesterséges testrészt alkalmazásnak magát alávetette-e vagy sem?	
II. 1	Az idemellékelt hatósági bizonyítvány (Nyilatkozat) szerint magát és családját eltartani képes.	
2	Sérülése dacára a polgári életben keresetképes.	
3	Az 191..... 191.....ig oktatásban részesült s mint kiképzést nyert.	
Elbocsátási javaslat	A m. kir. Rokkantügyi Hivatal végleges elbocsátását, a katonai előfeltételek fenforgása után, javasolja.	
Jegyzet		

Budapest, 191..... hó.....n.

alelnök.

7. sz. kép. A Rokkantügyi Hivatal által kiállított elbocsátó bizonyítvány¹⁰³

A Rokkantügyi Hivatal létrehozta a rokkant katonák munkaközvetítő rendszerét, kidolgozta az alkalmazásuk részleteit. Bizonyos állások betöltésénél előnyben részesítették őket.¹⁰⁴ A Rokkantak Lapja - amelyet a rokkant katonák ingyenesen kaptak - minden számában

¹⁰² Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. p. 4.

¹⁰³ A m. kir. miniszerelnök 3,301/1915. számú rendelete.

¹⁰⁴ A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1917. 4. szám

rendszeresen közölt álláshirdetéseket a rokkant katonák részére. A rokkant katonáknak járó részletes segélyezési és illetményrendszert is pontosan megállapították. A kormánynak az volt a célja, hogy aki a haza érdekében az egészségét feláldozta, élete végéig kapjon ezért viszonzást.¹⁰⁵ A Rokkantügyi Hivatal 1917 márciusától a hadiözvegyek és hadiárva gondozását is felvállalta, átalakult és Országos Hadigondozó Hivatal néven működött tovább.

Az anyagi támogatás mellett az erkölcsi elismerésre is gondoltak. Már 1915-ben a fronton harcoló báró Abele Ferenc vezérkari őrnagy egy levelében azt javasolta, hogy az országgyűlés hozzon törvényt arról, hogy a községekben „szép köemléket” állítsanak az elesett hősök emlékére. Abele Ferenc Zita királynéhez fordult a kéréssel, aki férjéhez, IV. Károlyhoz továbbította ezt.¹⁰⁶ Mivel a kérés a közvéleményt tükrözte, ennek eredményeként a kormány megalkotta az 1917. évi VIII. törvényt, az életüket áldozó katonák emlékének megőrzésére. A törvény 2. §-a kimondta: „Minden község (város) anyagi erejének megfelelő, méltó emléken örökíti meg mindazoknak nevét, akik lakói közül a most dúló háborúban a hazáért életüket áldozták fel.”¹⁰⁷ A magyar kormány 1915-ben emléket állított a hátszágai emberek világháborúban tanúsított hazafiassága tiszteletére. A Sidló Ferenc által fából készített szobrot, amely középkori lovagot ábrázolt, a Deák téren állították fel. Akik adományoztak a Hadsegélyező és az Augusztus Alap javára, a szoborba bronzból készült laposkát verethettek. A szobor tiszta bevétele 1917. augusztus 20-ig 458 379 korona és 95 fillér volt, amelyet jótékonyági célokra, a hadirokkantak, hadiözvegyek és hadiárva támogatására fordítottak. A szobor 1924-től 1950-ig a Ludovika Akadémia udvarán volt, majd egyes részei a Hadtörténeti Múzeumba, mások a Fővárosi Képtár Szoborgyűjteményébe kerültek.¹⁰⁸ Az I. világháború hősi halottai emlékére az 1924. évi XIV. törvénycikk május utolsó vasárnapját nemzeti ünnepé, a hősök emlékünnepévé nyilvánította.¹⁰⁹

¹⁰⁵ A M. Kir. Rokkantügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkantügyi Hivatal, 1917. 4. szám

¹⁰⁶ Siposné Kecskeméthy Klára: A hősök közöttünk élnek – Hősök napi hagyományok 2013. augusztus 2. Békéscsaba

<http://www.bekescsabaivarosvedok.hu/2013/08/10siposne-prof-dr-kecskemethy-klara-a-hosok-kozottunk-elnek-hosok-napi-hagyomanyok-2013-augusztus-2-bekescsaba> Letöltve 2017. február 7.

¹⁰⁷ 1917. évi VIII. törvénycikk a most dúló háborúban a hazáért küzdő hősök emlékének megőrkítéséről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7380> 2016. június 7.; Siposné Kecskeméthy Klára, B. Kalavszky Györgyi: A Ludovika. Budapest, HM. Zrínyi Média Nonprofit Kft., 2011. p.100.

¹⁰⁸ Siposné Kecskeméthy Klára, B. Kalavszky Györgyi: A Ludovika. i. m. p.126.; Szabó Fruzsina Anna: Az I. világháború hétköznapijai elevenednek meg a Kiscelli Múzeumban <http://nullahategy.hu/az-vilaghaboru-hetkoznapjai-elevenednek-meg-kiscelli-muzeumban/> Letöltés 2017. január 26.

¹⁰⁹ 1924. évi XIV. törvénycikk az 1914/1918. évi világháború hősi halottai emlékének megünnepléséről <https://1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7597> Letöltve 2017. január 26.; Siposné Kecskeméthy Klára, B. Kalavszky Györgyi: A Ludovika. i.m. p.100.

2.4. ORVOSI REHABILITÁCIÓ AZ ELSŐ VILÁGHÁBORÚ ALATT

„Mi történjék a rokkant katonákkal?” - Dollinger Gyula

A mai, modern szóhasználattal orvosi rehabilitációnak nevezett szakterületet az első világháború alatt Magyarországon Dollinger Gyula sebészorvos alapozta meg.

Dollinger Gyula (1849-1937), akit a hazai ortopédia megteremtőjeként ismerünk, már fiatal korától tervezett művégtagokat. Látásmódját nagymértékben befolyásolta, hogy sebészként részt vett az 1876-os boszniai hadjáratban, valamint az is, hogy nagy európai egyetemeken folytatott ortopédiai tanulmányokat. Művégtagjait a korábban használtaktól teljesen eltérő elvek alapján szerkesztette meg. Míg régebben az alsó végtagokon a csont volt a teherviselő felszín, Dollinger protéziseiben a csont feletti, támaszkodásra alkalmas felületekre került át a súly.¹¹⁰

Az újítás jelentősége abban volt, hogy általában a csontokat fedő vékony bőr kisebb teher alatt is kifekélyesedett, begyulladt. Minden lépés fájdalmassá vált, ráadásul felszálló fertőzések indulhattak a sebes csontból. Amikor a test súlyát magasabban lévő ép részekre helyezte át, ezek jól terhelhető területeknek bizonyultak.

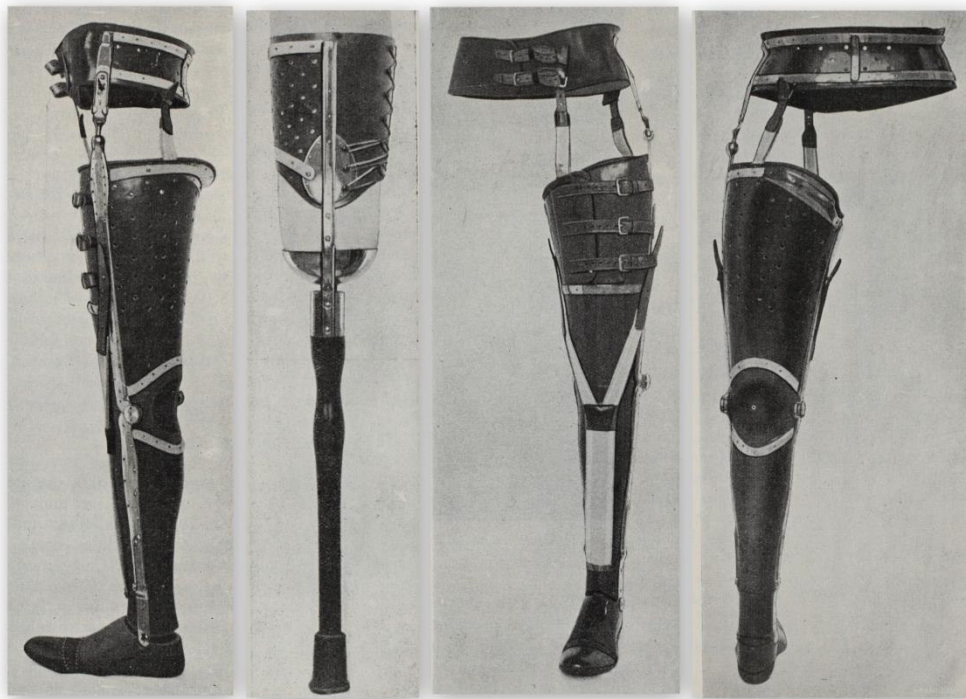
„A háborúban kedvezőtlen viszonyok között amputáltak csontvégei rendszeren nem olyanok, hogy a rokkant a járásnál közvetlenül rájuk támaszkodhat és ezért szükséges, hogy a támaszkodásra egy magasabban fekvő olyan pontot keressünk a csontvázon, a mely a beteg testsúlyát képes viselni.”¹¹¹

¹¹⁰Kopits Jenő: Dollinger Gyula 1849-1937. Különlenyomat az „Orvosképzés” 1937. évi 3. szám pp. 395-398. Franklin-Társulat nyomdája; Dollinger Gyula: 80 esztendő életéből 1849-1929. Budapest, Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, 1929.

¹¹¹Dollinger Gyula: Művégtagok szerkesztése. Különös tekintettel azok támaszkodó és felfüggesztő felületeire és a Magyar Kir. Rokkantügyi Hivatal Művégtaggyára. Budapest, Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága, Franklin nyomda, 1915.

A háborús körülmények között végzett csonkolásos műtéteknél a cél a sérült életben maradása volt. A csonkok precíz kialakítására sem idő, sem lehetőség nem volt. Ezek a háborús csonkok a hétköznapi terhelés viselésére többnyire alkalmatlanok voltak. Azokban a protézisekben, amelyekben a teherviselő felszín egy ilyen csonk volt, gyakori volt a kisebbedés, fertőződés, az állandó fájdalom. Egy idő után használhatatlanná vált a protézis, a rokkant ember pedig helyhez kötötté vált.

Dollinger nem csupán a teherviselő felszíneket helyezte át, hanem a művégtag és a test közötti összeköttetést sem a régi módon, kötélekkel, hanem az adott területhez alakított acélpelottákkal oldotta meg. Így a terhelés nagyobb felületen oszlott el. (8. sz. kép) Az új szerkezetű művégtagjai használhatóbbak, praktikusabbak, könnyebben kezelhetőek, és nem utolsósorban biztonságosabbak voltak, mint a régiek.¹¹²



8. sz. kép Dollinger Gyula által szerkesztett különböző művégtagok¹¹³

¹¹² Kopits Jenő: Dollinger Gyula 1849-1937. i. m. pp. 395-398.; Dollinger Gyula: 80 esztendő életéből 1849-1929. i.m.; Dollinger Gyula: Művégtagok szerkesztése. i.m.

¹¹³ Dollinger Gyula: Művégtagok szerkesztése. i. m. p. 348, p. 354, p. 355.

Dollinger Gyula azonban nem csupán az új típusú művésztagjaival szerzett hírnevet magának. „1913-ban a Balkánon folyó háború alatt rémhírek keltek szárnyra a sebesültek gondozásának szervezetlenségéről...” - írta önéletrajzi könyvében.¹¹⁴

Ez indította arra, hogy már a világháború kitörése előtt megszervezze a Vöröskereszt keretében az önkéntes ápolónőképzést. Budapesten és vidéken 54 gyógyintézetben indítottak 6 hetes ápolónői tanfolyamokat. „Nem gondoltuk akkor, hogy ennek az intézménynek olyan hamar milyen jó hasznát fogjuk venni...”¹¹⁵

A háború kitörésekor 1000-nél több kiképzett ápolónő, majd 1914 augusztusában 7000 (!) önkéntes ápolónő állott szolgálattételre készen. Dollinger a háború kitörésekor gróf Tisza István miniszterelnök felkérésére 1200 ágyas hadikórházat szervezett és vezetett. Ekkor 65 éves volt, és éppen egy súlyos betegségből lábadozott. A hadikórházat egészen addig saját maga vezette, amíg a sebesült katonák utókezelésének tömeges igénye nem jelentkezett. Ekkor a Hivatal utókezelő intézeteinek szervezését vette kézbe.¹¹⁶

Az első magyar orvosnő, Dr. Hugonnai Vilma (1847-1922), szintén jelentős szerepet vállalt a Nagy Háború sebesültjeinek ellátásában. A Zürichben 1879-ben megszerzett orvostudományi diplomáját csak nagy nehézségek árán 1897-ben sikerült Budapesten is elismertetnie. Az orvosnők száma ezt követően lassan növekedni kezdett, majd az első világháború kezdetére számuk 84-re nőtt a Monarchia területén. 1914. augusztus közepén, amikor már a 67. életévében járt, elvégzett egy Dollinger Gyula által vezetett hadisebészeti tanfolyamot. A „Gyógyászat” című lap 1915. április 4-i számába cikket írt, „Felhívás az orvosnőkhöz” címmel, amelyben az orvosnőket önkéntes szolgálat felvételére buzdította 14 vidéki város „beteg katonák megfigyelő állomására.” Hugonnai Vilma hatalmas munkát fektetett ezeknek az állomásoknak a szervezésébe, orvosokkal és ápolókkal történő ellátásába.¹¹⁷

Dollinger Gyula a hadisebészeti értekezlet ülésén 1915. január 21-én megtartotta „Mi történjék a rokkant katonákkal?” című előadását. Az előadás - mutatva Dollinger zsenialitását, és korát megelőző gondolkodását - nem csupán az orvosi, hanem a modern, átfogó rehabilitáció valamennyi elemét tartalmazta.

¹¹⁴ Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929 i. m.

¹¹⁵ Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929 i. m.

¹¹⁶ Kopits Jenő: Dollinger Gyula 1849-1937. i. m.

¹¹⁷ Katona Ibolya: Az első magyar orvosnő. Országos Orvostörténeti Könyvtár közleményei 2. Budapest, 1956. pp. 80-98.; <http://tinyurl.com/jmsgugo> Letöltve 2016. október 2.

Ekkor - még csupán hat hónappal a háború kezdete után - Budapesten 32 ezer sebesült katonát ápoltak.¹¹⁸ Lehet-e a rokkantak számát csökkenteni? - tette fel a kérdést előadásában Dollinger. Lehet, és ebben az egyik döntő tényező a profilaxis, a másik lehetőség a helyes utókezelés – adta meg a választ. A rokkantság profilaxisán a betegségek, és a sérülések megelőzését értette. A „belső betegségek” megelőzésére a tábori egészségügy fejlesztését, a sebesülsből származó rokkantság csökkentésére a modern sebészeti alapelvek követését javasolta. *„minél jobbak valamely állam orvosai, minél bővebb mértékben bocsájtatnak rendelkezésünkre a szükséges gyógyító eszközök, annál kevesebb lesz a háború után rokkantjainak a száma. A rokkantság profilaxisa tehát elsősorban a jó gyógykezelésben áll.”*¹¹⁹ Azonban *„számos esetben nem elegendő, hogy a seb begyógyításáról gondoskodjunk, hanem, hogy a milyen fontos a sebgyógyítás, éppen olyan fontos ezen esetekben az utókezelés, mert általa számos embert menthetünk meg a rokkantságtól.”* – mondta.¹²⁰ Azoknak javasolta leginkább az utókezelést, akiknek ily módon a munkaképességét részben vagy teljesen vissza lehetett állítani. A csonkítottak művétagellátását rendkívül fontosnak tartotta, mert így ők is a terhelhetőségüknek megfelelően munkába állíthatók voltak. Legfontosabb célnak a magukról és a családjukról történő gondoskodást tűzte ki, akár a régi foglalkozáshoz való visszatéréssel, akár pályaváltóztatással. A pályaválasztás segítésében erre a célra kiképzett állami iparfelügyelők támogatták a rokkant katonákat, szükség esetén ipariskolába irányítva őket.¹²¹

Dollinger felismerte a sérült emberek utókezelésének társadalmi és egyéni jelentőségét. Óriási lendülettel állt neki ezt megszervezni. Tudta, hogy ismételt munkába állításuk, akár az eredeti, akár egy új szakmában, megmentheti őket a nyomortól, visszaadhatja a társadalom életében való részvétel lehetőségét. Gondolatai a mai átfogó rehabilitáció valamennyi lényeges elemét tartalmazták.

Mivel a rokkantak jelentős részét a végtagsérültek tették ki, Dollinger külön rehabilitációs eljárást dolgozott ki a csonkítottak részére. Ami nagyon lényeges a későbbi életminőségük szempontjából, különbséget tett felső és alsó végtagi amputáltak között, valamint differenciált a foglalkozásuk szerint is.¹²²

¹¹⁸ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. p. 3.

¹¹⁹ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. p. 6.

¹²⁰ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. p. 7.

¹²¹ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. pp. 10-11.

¹²² Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. pp.11-12.

Visszaemlékezéseiben írja:

*„Ekkor Tiszától kihallgatást és abban felhatalmazást kértem... művétaggyárat rendezhessek be. „Csinálja meg”- ez volt a válasza az öt percre tartó előadásomra. Harmadnap már folyt a munka a Révész-utcában és egy hét múlva a saját üzemünkben készült művétagokat alkalmaztuk.”*¹²³

*„A betegekre való első alkalmazás hetenként egyszer az én jelenlétemben történt. ...Itt minden egyes betegről a művétag mintájául szolgáló gipszminta készült és a csonkított végtagok a művétag viselésére elő lettek készítve, a művétag elkészülte után pedig járási gyakorlatok történtek.”*¹²⁴

A protéziseket egyéni méretre, minden egyes betegről külön levett gipszminta alapján gyártották. Az első próba mindig Dollinger jelenlétében, és a felügyeletével történt. Az alsó végtag amputáltak járógyakorlatok során tanulták meg a protézis használatát, és néhány héten belül távozhattak a kórházból. Mind a felső, mind az alsó végtagok pótlására kozmetikai és munka protézist is készítettek. A munka-láb és kar kialakításánál figyelembe vették a foglalkozást is. Domináltak a mezőgazdasági munka végzésére is használható munka protézisek. A munka-kéz kasza használatára is alkalmas volt. A háborús amputáltak a művétagokat a hadügyi tárca költségére kapták, tehát nem a katonát, illetve a családjukat terhelte ez a kiadás.¹²⁵ A súlyos, maradandó sérültek, akik nem voltak hazabocsáthatók, a hadikórházakból a rokkantak házaiba kerültek, és ellátásukról az állam gondoskodott.¹²⁶

Dollinger Gyulának a hadirokkant katonák képzésében és átképzésében is kiemelkedő szerepe volt. Fokozatosan bevonta a protetizált katonákat a művétagok gyártásába, így kereső foglalkozásra taníttatta őket. Életrajzi könyvében írta: *„aki sem hadiszolgálatra nem volt már való, de arra sem, hogy elbocsátva a régi foglalkozását folytassa. Ezeket valami mesterségre kellett betanítani, egy ipariskolát kellett hamarosan rokkantjaink számára szervezni.”*¹²⁷

Dollinger Gyula (Reich Miksa kirendelt betegápolóval) 1915. március 25-én megnyitotta a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal Mesterséges Testrészeket Előállító Műhelyét, amelynek utód intézménye ma is működik. A korábban magánvállalkozások által készített protézisek

¹²³ Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929 i. m.

¹²⁴ Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929 i. m.

¹²⁵ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. pp. 12-13.

¹²⁶ Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? i. m. pp. 14-15.

¹²⁷ Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929 i. m.

szinte hordhatatlanul rossz minőségűek voltak. Dollinger Gyula már a háború előtt foglalkozott protézisek tervezésével, így a korábban békében kipróbált, saját szerkesztésű művétagjainak gyártását kezdték el. *„Melléje (mármint Reich Miksa mellé - a szerző megjegyzése) osztottam be a kórházból egynehány rokkant katona fém- és bőrmunkást és ezek készítették el útbagazításaim és rajzaim szerint az első végleges és ideiglenes művétagokat.”*
*”... a kórházban pedig a rokkant katonák közül folyton kiválogattam azokat, a kik ilyen munkára alkalmasok s erre önként vállalkoztak. Így csakhamar megnövesztettük munkásaink számát. Eleinte a munka nehezen ment, mert munkásaim legnagyobb része rokkant katona, kinek a keze, kinek a lába hibás, ...”*¹²⁸

A praktikus, igazán jól használható végtagprotézisek készítése szinte művészet. A folyamatnak számos olyan titka van, amelyet azok az emberek értenek meg leginkább, akik saját maguk is protézist viselnek. A rokkantságuk súlyossága és jellege miatt nem mindenki volt alkalmas a protézisek készítésének megtanulására, de azok a protetizált katonák, akik később a művétaggyártással foglalkoztak, a legjobbak lettek ezen a területen.

A munka menete a következő volt: minden rokkant csonkolt végtagjáról mintát vettek és ez alapján készítették el a művétagot. Minden katona, aki a végtagját elveszítette az ideiglenes protézis után két végleges művétagot, egy kozmetikai és egy munka protézist kapott. *„Ezek orvosi felügyelet mellett adatnak a betegeknek, esetleges panaszok azonnal jegyzőkönyvbe vétetnek és elintéztetnek.”*¹²⁹A legtöbb beteg rögtön képes is volt járni a protézissel, csak azoknak volt több időre szükségük, akik hosszabb ideig feküdtek. A felső végtag pótlására szolgáló készülék a mellkast körülvevő felfüggesztő tokból és ebbe behelyezhető különböző munkaeszközökből illetve kozmetikai kézből állt.*„Minden rokkantnak, a ki felső végtagját veszítette el, meg kell jelennie Karlovitz tanárnál, a ki őt foglalkozása iránt kikérdezi és meghallgatja kívánságait. Ezekről jegyzőkönyvet vesz fel és ezen adatok alapján szállítja minden rokkantnak a szükséges eszközöket.”*¹³⁰ A protetizálási folyamat a mai elvek alapján, egyénre szabottan, főleg funkcionális, de az esztétikai szempontokat is figyelembe véve történt.

Néhány hónap múlva már heti 70-80 protézist gyártottak. Dollinger Gyula a műhely működését, a betegek ellátását személyesen ellenőrizte. *„Adjunk vissza minél többet az*

¹²⁸ Dollinger Gyula: Művétagok szerkesztése. i. m.

¹²⁹ Dollinger Gyula: Művétagok szerkesztése. i. m.

¹³⁰ Dollinger Gyula: Művétagok szerkesztése. i. m.

elvesztett lehetőségekből, mert akkor lehetünk büszkéek arra, hogy itt dolgozunk” – mondta. A háború vége felé már 280 munkást foglalkoztattak a műhelyben. Ugyanerre a mintára az ország több nagy városában (pl. Arad, Pozsony, Kassa) mesterséges testrészeket gyártó üzemek létesültek.¹³¹

Dollinger Gyula a magyar ortopéd sebészet megalapítójaként ismert. Azonban az új típusú, a terhelhetőséget és a funkciót előtérbe helyező protéziseinek tervezésével és kivitelezésével, a háborús ápolónőképzéssel, a rokkantak képzésének és átképzésének szervezésével, ismételt munkába állításuk fontosságának felismerésével, a csonkítottak utókezelésének részletes kidolgozásával, az első magyar művégtaggyár megalapításával, a magyarországi rehabilitáció egyik megteremtője lett.

¹³¹ Kopits Jenő: Dollinger Gyula 1849-1937. i. m. pp. 395-398.

2.5. AZ ÁTFOGÓ REHABILITÁCIÓS RENDSZER KIALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON (1914-1918)

„Kevés házat, sok embert kell újra felépítenünk” – Klebelsberg Kunó¹³²

Az első világháború alatt Magyarországon a rokkant katonák számára létrejött egy olyan összetett, átfogó rehabilitációs rendszer, amely egyedülálló volt a világon. Magába foglalta a rehabilitáció orvosi, foglalkozási, pedagógiai és szociális területeit is. Míg az orvosi és a foglalkozási rehabilitációban Dollinger Gyulának, a szociális támogatási rendszer, a pedagógiai, és ugyancsak a foglalkozási rehabilitáció kiépítésében döntő szerepe Klebelsberg Kunó grófnak volt.

Klebelsberg Kunó (1875-1932) a Magyar Királyság belügyminisztere, majd vallás- és közoktatásügyi minisztere, jelentős részt vállalt a rokkant katonák ellátásáról szóló 1915. évi XV. törvény megalkotásában is. 1915-től a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal, 1917-től az Országos Hadigondozó Hivatal ügyvezető alelnökeként dolgozott. A közoktatás területén végzett munkája mellett, igen jelentős szerepe volt az első világháborús rokkantak sorsának javításában. „*A magyar rokkantügy szervezete*” című munkájában már 1916-ban megfogalmazta a XX. századi komplex rehabilitáció alapelveit. Igaz, ezt a rendszert első világháborús rokkant katonákra dolgozta ki, de ebben az írásban minden benne van, amit ma a modern rehabilitáció lényegének tekinthetünk. Gondolatai összecsengenek Dollinger Gyuláéval, pedig Klebelsberg Kunót környezete, neveltetése nem predesztinálta erre a szociális érzékenységre.

Az I. világháborúban az Osztrák-Magyar Monarchia területén általános mozgósítás volt, tehát minden 18 és 50 év közötti egészséges férfinak be kellett vonulnia. A harcok az ország határain kívül zajlottak. „*Kevés házat, sok embert kell újra felépítenünk,...*”¹³³ - fogalmazott Klebelsberg a háború második évében. „*A magyar rokkantügy szervezete*” című művében

¹³² Klebelsberg Kunó: *A magyar rokkantügy szervezete*. i. m. p. 3.

¹³³ Klebelsberg Kunó: *A magyar rokkantügy szervezete*. i. m. p.3.

részletesen elemezte, és a Rokkantügyi Hivatal révén a gyakorlatban is megvalósította a rokkant katonák gondozási rendszerét.

„Szerencsére korunk ép oly nagy a helyreállítás művében, mint a rombolásban. ... A sebesültek nagyobbik része még kórházainkban meggyógyul. De az első kezelésből bénán, csonkán vagy belbetegséggel távozóik sincsenek veszve. A bénák és belbetegek nagy része speciális utókezeléssel gyógyítható. A csonkultak mesterséges testrészeket kapnak. A rokkantak korábbi foglalkozásuk folytatására vagy azzal rokon könnyebb foglalkozásra, sőt egészen új mesterségre is megtaníthatók. A szakszerű munkaközvetítés a csökkent keresetképeségű számára is megtalálja a neki való helyet a gazdasági életben, a patronázs meg szemmel tartja és megóvja a kizsákmányolástól. ... Aránylag csekély azoknak a gyógyíthatatlanoknak és munkaképteleneknek száma, kik egészen a haza hátlájára lesznek utalva.” - írta.¹³⁴

Klebelsberg Kunó foglalkozott a rokkant emberek orvosi utókezelésének, a művésztagokkal történő ellátásának kérdéseivel is, de főleg a képzés, átképzés, a speciális munkaközvetítés problémáira koncentrált. Kiemelte a patronáló rendszer szerepét, amely a rokkant embereket az esetleges munkáltatói kizsákmányolástól védte meg.

Az utókezelőkből elbocsátott katonák egy részénél a maradvány tünetek az eredeti foglalkozás folytatását nem akadályozták, magukat és családjukat képesek voltak eltartani. Mások könnyebb munkát tudtak csak ellátni, vagy a rokkant iskolákban történő átképzés után lettek alkalmasak munkavállalásra. Klebelsberg részletesen kidolgozta hogyan lehet a megváltozott képességű embereket az eredeti foglalkozásukra visszaképezni, vagy könnyebb új foglalkozásra átképezni.

A rokkant katonák képzése, átképzése külön speciális iskolatípus létrehozását követeli meg – írta Klebelsberg. Sokféle foglalkozást, de még több különböző betegséget, csonkolást, sérülést figyelembe véve kell kialakítani ezt az oktatási típust. *„... minden egyes tanulója testi fogyatékoságának, betegségének különleges természetével számolva állapítja meg úgy magát a foglalkozást, mint az arra való tanítás útját és módját.”¹³⁵* Ez a megállapítása röviden összefoglalja a modern pedagógiai és foglalkozási rehabilitáció lényegét. A rokkantak közül a

¹³⁴ Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. i. m. p.3.

¹³⁵ Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. i. m. p. 12.

tiszteknek, akik eleve képzetesebb emberek voltak, külön rendelettel megnyitotta a felsőbb iskolákat.

Véleménye szerint figyelni kell a segédeszköz, különleges szerszám, protézis igényre, ezek használatát külön szükséges megtanítani. Meg kell figyelni az adott embert egy munkafolyamat közben, és azokra a műfogásokra, mozdulatokra oktatni, amelyekkel sikeresen elvégezheti a feladatot. Az oktatás gyakorlat centrikus legyen, alkalmazkodva a sokszor kevésbé művelt emberekhez. A fenti gondolatokkal tulajdonképpen a mai ergoterápia¹³⁶ céljait írta le 1916-ban.

Klebelsberg foglalkozott az ipari és mezőgazdasági irányú képzés kialakításával, valamint külön a vakok részére tervezett rokkant iskolákkal is. (Budapest Pozsonyi út, Kassa, Debrecen, Kolozsvár)¹³⁷ Szükségesnek tartotta az analfabéta rokkant katonák írás és olvasás tanítását. 1913-ban minden harmadik felnőtt írástudatlan volt az Osztrák-Magyar Monarchiában.¹³⁸

Javaslati alapján a katonákat csak utókezelés és oktatás után bocsátották el a hadseregből, és ekkor kezdődhetett a munkaközvetítésük. Emiatt a Rokkantügyi Hivatalban külön munkaközvetítő osztályt is szervezett. A rokkantak munkaközvetítése speciális feladat volt. Elsősorban a rokkant érdekeit próbálták szem előtt tartani, olyan állandó munkahely keresésével, amely az állapotukat is figyelembe vette. Kifejezetten tartós munkahelyet kerestek. A rehabilitációs folyamat kezdetén az orvosi, később a szociálpolitikai teendők domináltak. *„Idő multával azonban az akció orvosi és didaktikai részével szemben mindinkább előtérbe fog lépni a gazdasági és szociálpolitikai rész.”*- fogalmazta meg Klebelsberg Kunó 1916-ban.¹³⁹

Klebelsberg a Rokkantügyi Hivatal révén segítette kiépíteni a rokkant-tanácsadók hálózatát is. A rokkant-tanácsadók tanítók, mezőgazdák, iparosok voltak, akik a kórházakban és az utókezelő intézetekben előzetesen már tájékozódottak a rokkant családi, vagyoni helyzete, érdeklődési köre felől. Igyekeztek az érdeklődésnek és a társadalmi helyzetnek megfelelően

¹³⁶ Az ergoterápia olyan speciális kezelés, amelynek a célja különböző önellátási, munka és szabadidős elfoglaltságok ismételt megtanítása, főleg az ideg- és a mozgatórendszer károsodása után, azért hogy a beteg minél hamarabb önellátó legyen, és lehetőség szerint visszatérhessen a munkájához.

¹³⁷ Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete i. m. p. 14.

¹³⁸ Pik Katalin: Szociális munka a „békebeli háborúban” 1914-1920 In: Pik Katalin: A szociális munka története Magyarországon (1817-1990) Budapest, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2001. p.141.

¹³⁹ Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete i. m. p. 11.

olyan irányban felkelteni a rokkant tanulási vágyát, hogy később ebből a gyakorlatban használható, megélhetést biztosító szakma legyen. A rokkant-tanácsadók végezték azoknak a feladatoknak egy részét, melyeket a mai rehabilitációs teamekben részben a pszichológusok, részben a szociális munkások látnak el. Segítettek – mai szóhasználattal élve – az új énkép, az új élettervek kialakításában, a társadalomba történő visszatérésben.

Klebelsberg a művében az oktatás és a munkaközvetítés részletes megtervezése mellett, a szociális támogatási rendszer kidolgozására fektette a hangsúlyt. Megszervezte a rokkant katonákat életük végéig gondozó ún. rokkant gyámsági hálózatot.¹⁴⁰ Ez a szervezet az egész országot behálózta, és tulajdonképpen a rokkantak érdekképviselői szervezetének felelt meg. Fő feladata a szociális ügyintézés, a rokkantsági ellátások, sebesülési pótlékok, rokkantsági nyugdíjak intézése volt.

A dolgozni képes, de az életét szervezni (pl. a megtermelt árut eladni) nem tudó rokkantak és családjaik számára kereseti telepeket létesített. A telepeken dolgoztak a rokkantak, ehhez közel pedig egy kis házat is kaptak, ahol családjaikkal élhettek. A kereseti telepeken szerény, de biztos megélhetéshez és fedélhez jutottak. Akik dolgozni nem tudtak, kórházi ápolásra szorultak, hozzátartozóik nem voltak, „otthonszerű” kórházi elhelyezést kaptak.¹⁴¹

Klebelsberg Kunó: „*A magyar rokkantügy szervezete*” című munkájában, már 1916-ban megfogalmazta a modern, átfogó rehabilitáció alapelveit, az orvosi utókezeléstől kezdve, a szociális, foglalkozási, és pedagógiai rehabilitáción át, és kidolgozta a rendszer gyakorlati megvalósítási lehetőségeit is, az adott kor magyar viszonyai között.

¹⁴⁰ Klebelsberg Kunó: *A magyar rokkantügy szervezete* i. m. p. 15.

¹⁴¹ Klebelsberg Kunó: *A magyar rokkantügy szervezete* i. m. pp. 15-16.

2.6. ROKKANTAK LAPJA

A Rokkantak Lapját a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal Pozsonyi Intézete jelentette meg Kerntler Jenő szerkesztésében, először 1916. december 1-én. *”...(a lap célja) állandóan éberem tartsa rokkantjainkban azt a tudatot, hogy az akarat ereje legyőzhetetlen s mindig meghozza az eredményt”. „Az akarat a legjobb mankó.”*¹⁴² - írta Bakay Lajos a Pozsonyi Intézet vezetője a nyitó számban.

Az újság a rokkant katonákat érintő valamennyi témával egyszerűen és közérthetően foglalkozott. A jogszabályokat a fontos részek kiemelésével, közérthető magyarázatával hozták nyilvánosságra. Rendszeresen közöltek álláshirdetéseket, amelyek különböző munkaterületekre, különböző teherbírású rokkant katonáknak szóltak. Tanácsokat adtak abban is (a német iparvédő egyesület kimutatása alapján), hogy az egyes mesterségekre milyen rokkantak alkalmasak.¹⁴³

Valamennyi lapszámban tanfolyamokat, rokkantiskolákat, műhelyeket, különböző keresetforrásokat ismertettek. Tájékoztatták a katonákat a művégtagokról, segédeszközökről, a nyugdíjakról, segélyekről, utókezelésről, kereseti telepekről, rokkantházi elhelyezésekről, stb. Több alkalommal közölték a katonák - többnyire sikeres – élettörténeteit, rehabilitációjukat, sebesülésük utáni talpra állásukat. Lehetőséget adtak kérdések feltevésére, megválaszolására, panaszok közlésére is.

Az újság egy adott száma általában egy adott, sokakat érintő témát dolgozott fel részletesen, több oldalról megközelítve. Így külön tematikus lapszám jelent meg arról, hogyan lehet vakon vagy kar amputáció után élni. A vak katonák intézete című cikkében írta Dr. Cz. E.¹⁴⁴: *„A vakok intézete orvosi utókezeléssel kezdődik, iskolázással folytatódik és kereseti telepen végződik. A munka, mint gyógyító eszköz szerepel, majd pedig tartalmat ad és keresetet biztosít az élethez. Megoldja a sötétség birodalmába zuhant lélek egyensúlyát, sőt azzal hogy az időt hasznosan kitölti, még örömet és vigaszt is nyújt.”*¹⁴⁵

¹⁴² Bakay Lajos: Lapunk célja. Rokkantak Lapja, 1916. december 1. I. évfolyam, 1. szám

¹⁴³ Rokkantak Lapja 1916. december 15. I. évfolyam, 2. szám

¹⁴⁴ Dr. Cz. E. - a Rokkantak Lapjába írt cikkeit csupán nevének kezdőbetűivel írta alá

¹⁴⁵ Dr. Cz.E.: A vak katonák intézete. Rokkantak Lapja, Pozsony, 1917. február 1. II. évfolyam, 3. szám

A lap II. évfolyam, 5. száma (Pozsony, 1917. március 1.) főleg a felső végtag amputáltak életével foglalkozott. Gróf Zichy Géza korának legnagyobb zongoraművészei közé tartozott. Bal kézre átírt zongoradarabokat adott elő nagy sikerrel, miután gyerekkorában egy vadászbalesetben elvesztette a jobb karját. *Levél a rokkant vitézekhez* című írásában a következőket mondja: *”Ti tudjátok, hogy én is rokkant vagyok, 52 év óta félkezű és becsületszavamat adom, hogy az első évet leszámítva, sohasem éreztem szerencsétlenségem súlyát, sőt eszembe sem jut, hogy félkezű vagyok. Ti már most azt kérditek, hogy történhetett ez? Megmondom: Úgy történt, hogy dolgoztam és a munka által legyűrtem magyar módra nagy szerencsétlenségemet. Nem ástam, nem kapáltam, de zongoráztam, naponta nyolc óra hosszat, ...”*¹⁴⁶

Ugyanebben a lapszámban jelent meg Grosselfinger Károly, jobb karját elvesztett műépítész cikke is. Ő félkarú emberként nem csupán ügyesen rajzolt, és műépítész vált belőle, de később intézetet is nyitott félkarúak részére. A háborúban a végtagjukat elvesztett tanácstalan emberek számára ezek a példák utat mutattak, vigaszt nyújtottak.¹⁴⁷

A II. évfolyam 6. szám a kereseti telepekkel foglalkozott. Ezekben rokkant munkások dolgoztak, és a telephez kapcsolódó lakóházakban a rokkantak és családjaik laktak. Nagy kereseti telepeket alakítottak ki Kalocsán és Vácott. A II. évfolyam 7. szám részletesen foglalkozott az Országos Hadigondozó Hivatal felépítésével és feladataival. Fontos volt pontosan tájékoztatni a rokkantakat a sorsukat irányító rendszerről.¹⁴⁸

Szép példája a rehabilitációnak Dorka Béla honvéd története. Az I. évfolyam 2. számában (Pozsony, 1916. december 15.) jelent meg Dorka Béla I. honvéd gyalogezredbeli rokkant, nyomdagépmester írása, Doberdótól – Rokkantügyi Hivatalig címmel. Doberdónál medencesérülést szenvedett. Négy hónapig kezelték kórházi osztályokon (Doberdó, Zágráb, Kaposvár), ez idő alatt a sebei begyógyultak, és két mankóval nagy nehezen járni is megtanult. Ezután került a Pozsonyi Rokkant Intézetbe. *„Kezelésem elég szépen haladt, kiállították a tornalapomat, volt rajta Fischer-, lábnyújtó-, egyenesítő-, stb. gép, aztán légfürdő és torna. Ez a torna nem tetszett, de később belenyugodtam, ”* – írja. Majd így folytatja: *„... egy hónap múlva már csak egy mankóval és egy bottal jártam” „... két bottal*

¹⁴⁶ Zichy Géza: *Levél a rokkant vitézekhez*. Rokkantak Lapja, Pozsony, 1917. március 1. II. évfolyam, 5. szám

¹⁴⁷ Grosselfinger Károly: *Az egykarúak iskolája*. Rokkantak Lapja, Pozsony, 1917. március 1. II. évfolyam, 5. szám

¹⁴⁸ Rokkantak Lapja Pozsony, 1917. II. évfolyam, 6. és 7. szám

jártam két hónap alatt,” „Ma már a nyomdában régi hivatásomat, a gépmesterséget tovább folytatom.”¹⁴⁹

Minden egyes lapszámban a tömegek számára is érthetően fogalmazva hétköznapi egészségügyi tanácsokat is adtak, étkezés, tisztálkodás, alkoholfogyasztás, tbc. elleni küzdelem, stb. területén. A rokkantak életét érintő valamennyi kérdésben, legyen az jogi vagy a hétköznapi életet érintő, egyszerűen megfogalmazott tájékoztatást, a sikertörténetekkel vigaszt nyújtott a lap ezeknek az embereknek.

Pozsony évszázadokon át a magyar királyok koronázó városa volt. Az Antant jegyzék alapján 1918. december 31-én a Károlyi-kormány kivonta a magyar csapatokat a Pozsony környéki felvidéki területekről. 1919. január 1-én a Csehszlovák Légiónak elkezdte Pozsony megszállását. Ekkor a város lakosságának 40 %-a magyar volt. A Szlovák Teljhatalmú Minisztérium 1919. február 4-én Pozsonyba tette át a székhelyét. A Rokkantak Lapja 1919. április 15-én jelent meg utoljára Pozsonyban. Az utolsó lapszámokban már szlovák nyelven is szerepeltek cikkek, és így a politikai változások hatása világosan követhető volt.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Dorka Béla: Doberdótól – Rokkantügyi Hivatalig. Rokkantak Lapja I. évfolyam, 2. szám, Pozsony, 1916. december 15. pp. 6-7.

¹⁵⁰ Rokkantak Lapja. Szerkesztette: Kerntler Jenő. Megjelent: 1916. december 1 - 1919. április 15. Kiadta: Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal Pozsonyi Intézete; Az 1919-es pozsonyi sortűz <http://uj szo.com/cimkek/kozelet/2007/10/27/az-1919-es-pozsonyi-sortuz> Letöltve: 2016. június 12.

2.7. A FÉLKEZŐ EMBER

Gróf Zichy Géza (1849-1924) író, zeneszerző, zongoraművész, politikus, tizenöt évesen 1863-ban egy vadászbalesetben elvesztette a jobb karját. Az addig ígéretes zongoristának induló gyerek később így emlékezett vissza: „*Gyámoltalanságom az élet mindennapi szükségleteivel szemben kétségbeejtett; úgy bujdokoltam, mint egy megsebzett őz s azt gondoltam: <<Így tovább nem mehet>>*”.¹⁵¹ Óriási akarata és kitartása győzött, önálló ember lett belőle.

Tapasztalatait akkor írta és jelentette meg könyv formájában, amikor az első világháborús hadszínterekről elkezdtek hazatérni a csonkolt katonák. Az akkori egészségügyi ellátási szinten nem sok választási lehetőség maradt. Vagy csonkolják a végtagsérülést a fronthoz közel, vagy meghal a sebesült. Nem volt még olyan rekonstrukciós sebészeti ellátás, mint ma, megközelítőleg sem volt olyan szintű sürgősségi kimentés, nem volt antibiotikum, nem voltak meg a shocktalanítás, a fájdalomcsillapítás modern lehetőségei. Tehát nem volt a hadszínterek közelében az életben maradásnak más lehetősége nagyobb végtagsérülés esetén, csupán a csonkítás.

Zichy gróf a könyvében részletesen elmeséli elkeseredését, a kezdeti tehetetlenséget, azt az utat, ahogyan kikerült ebből az állapotból.

„*Én halálosan fáradt és szomorú voltam, irtózva kerültem a zongorát; azok a fehér billentyűk úgy vigyorogtak reám, mint egy csontváz fogai.*” Bal kézzel írt első levelét nevelőjének címezte. „*Ha én egy év lefolyása után nem leszek képes mindent – mit eddig két kézzel végeztem – egy kézzel megtenni, főbe lövöm magamat.*” Állandóan a megoldáson gondolkodott. „*... s felöltöztem egyedül. Másfél óráig tartó munka volt, de sikerült. Az ajtókilincs, a bútorok, lábam, fogaim mind segítségül szolgáltak.*” „*... nem ettem olyan ételből, melyet magam felválni nem bírtam s a legcsekélyebb szolgálatot sem fogadtam el.*”¹⁵²

Grófként minden lehetősége adott lett volna ahhoz, hogy egész életében kiszolgálják, hogy önállóan semmit se kelljen tennie. Mégis keserves, kitartó munkával, a saját elgondolásai

¹⁵¹ Zichy Géza: A félkezű ember könyve. Utasítások, miként lehetsz fél kézzel önálló. Budapest, Franklin-Társulat, 1915. pp.10-11.

¹⁵² Zichy Géza: A félkezű ember könyve. i. m. pp. 11-12.

alapján, minden tevékenységet fokozatosan megtanult egy kézzel elvégezni. *„Az ember fél kézzel is lehet független, csak tudni kell, hogyan.”* – fogalmazta meg.¹⁵³

Pontos útmutatást adott a napi teendők félkezes elvégzéséhez, azért hogy a kísérletezéstől megkímélje sorstársait. A mosakodás, öltözködés, étkezés, írás, de neveltetése miatt a sportolás, vadászat, úszás témakörökben is, részletesen elemezte az egykezes lehetőségeket. Könyve a modern ergoterápia egyik alapművének tekinthető.

*„Néhány hét múlva már a zongorához merészkedtem” „Rövid idő múlva becsuktam a zongorát; a dolog sehogy sem ment.” „Egy új zongoramestert kaptam, kemény, irgalmatlan embert: a kényszerűséget, mely nem csak törvényt bont, de néha zongorákat is rombol. Karom megerősödött, ujjaim megacélosodtak, én mindenáron zongorázni akartam s hüvelykujjamat használtam jobbkezem helyett. Én voltam a feltaláló, kezdeményező, azon nem törtem a fejemet, miként lehet egy kézzel zongorázni? Egyáltalán nem tudtam, miként fogjak hozzá, csak zongoráztam.”*¹⁵⁴

Balkezes zongoravirtuózzá képezte magát. Első koncertje 1866-ban Pozsonyban volt, három évvel a balesete után, majd 1867-ben Pesten. Később szinte egész Európát bejárta a hangversenykörútjain. Az ebből származó jövedelmet jótékonyági célokra fordította. Liszt Ferenc tanítványaként, az ő biztatására fejlesztette tovább balkezes zongorajátékát, és több alkalommal léptek fel együtt is. A balkezes zongorázásról szóló szakírásai mind a mai napig kivételesek. A Magyar Királyi Operaház intendánsa, zeneszerző, író, közéleti ember vált belőle. Az első világháború rokkantjai számára biztatásként, gyakorlati útmutatóként írta meg *„A félkezű ember könyve”* című művét.

*„Ismétlem: félkézzel mindenre képes vagy, csak tudnod kell a módját. És emberfölötti türelmed legyen, hogy mindent megtanulj. Zongorázni nem tanítlak. Fontosabb, hogy be tudjad gombolni a nadrágodat.”*¹⁵⁵

¹⁵³ Zichy Géza: A félkezű ember könyve. i. m. p. 12.

¹⁵⁴ Zichy Géza: A félkezű ember könyve. i. m. pp. 12-13.

¹⁵⁵ Zichy Géza: A félkezű ember könyve. i. m. p. 33.

2.8. ÖSSZEOMLÁS

A háború végére az ország anyagilag összeomlott, lélekben pedig tönkrement. 1918-ban a megélhetés több mint nyolcszor annyiba került, mint 1913-ban. A létminimum alatt élők száma megsokszorozódott. A falvakban a munkák jelentős részét nők és gyerekek végezték. Nyomor, infláció, áruhiány jellemezte a háború utáni országot. A magyar lakosság általánosan rossz egészségi állapotát mutatja, hogy csupán 1918 októberében spanyolnáthában 44 000 ember halt meg. Ugyanakkor a hátszói hadigazdálkodáson, feketézésen meggazdagodott új réteg, a „hadimilliomosok”, fényűző életmódot folytattak.¹⁵⁶

Járványok - kolera, hastífusz, kiütéses tífusz, himlő, tbc., spanyolnátha - ismét nagy számban jelentkeztek. 1914-ben Budapesten tízezer lakosra 28 tbc-s halálest jutott, 1918-ban 42 halálest. A katonák között igen nagymértékben nőtt a tbc-s fertőzések száma. A rossz harctéri viszonyok miatt legyengült szervezetük még kevésbé volt képes ellenállni a Mycobacterium tuberculosisnak. A tbc. miatt leszerelt katonák kezelését a Rokkantügyi Hivatalon belül külön központ irányította. Megnőtt a csecsemőhalálozás is. Ezer elveszülöttre 1911-ben 38,7 halálozás, 1918-ban 53,3 jutott. A csökkenő születésszám, a növekvő csecsemőhalandóság vezetett 1915-ben az Országos Stefánia Szövetség megalakulásához, amely feladatának az anya- és csecsemővédelmet, tanácsadást, csecsemőotthonok létesítését, és a védőnői hálózat kiépítését tekintette.

Az első világháború alatt az egészségügynek főleg a sebesültek ellátásával és a járványok megfékezésével kellett foglalkoznia, de az egyéb betegségek aránya is nőtt. A szívbetegség okozta halálozás a fővárosban 1917-ben csaknem kétszeresére nőtt 1913-hoz képest. Az egészségügyi helyzet a háború vége felé egyre csak romlott, nem csupán a polgári lakosság körében, hanem a tömegesen leszerelő krónikusan beteg katonák között is. Emiatt hívták össze 1917. október 25-én az Országos Népegészségi Nagygyűlést, ahol a téma az egészségügyi problémák számbavétele és a megoldási lehetőségek keresése volt. 1918 nyarára készült el egy kormánytervezet az egészségügyi közigazgatási reformról.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. pp. 33-34.

¹⁵⁷ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 79-81.

Az 1918. október 28-tól október 31-ig tartó magyarországi polgári demokratikus forradalom gyökeresen megváltoztatta a korábbi egészségügyi elképzeléseket. A front felbomlott, a katonák a tisztek ellen fordultak, őszirózsával a sapkájukon hazaözönlöttek. Tisza Istvánt meggyilkolták. A feszült politikai, társadalmi helyzetet a polgári demokrata Nemzeti Tanács nem tudta kezelni, 1919. március 21-én kikiáltották a Magyar Tanácsköztársaságot. Megszűnt a magántulajdon. Elkezdődött a nagyüzemek és nagybirtokok államosítása, elrendelték az általános munkakötelezettséget, a munkához való jogot, megkezdődött a munkások élet- és munkakörülményeinek javítása. A betegségi és baleseti biztosítást kiterjesztették minden munkásra, alkalmazottra (a mezőgazdasági munkásokra is), megkezdték a munkások üdültetésének szervezését, anya- és gyermekvédelmi intézkedéseket tettek, elkezdték az egészségügyi ellátás fejlesztését. A Tanácsköztársaság ideje alatt az egészségügy állami feladat lett, az egészségügyi intézmények köztulajdonba kerültek, az irányításuk egységes volt. Emelték a kórházi ágyak számát, növelni tervezték a szanatóriumi helyek arányát, a tbc. és nemi beteg gondozás hálózatát akarták kiépíteni. A kórházi ellátást mindenki számára ingyenessé tették. Bakteriológiai diagnosztikai állomások felállítását, köztisztasági és felvilágosító intézkedések egész sorát tervezték. A Tanácsköztársaság 133 napot élt. Az egészségügyben és a szociális ellátás területén a reformtörekvéseik vitathatatlanul pozitívak, jövőbe mutatók voltak, jelezték a fejlődés útját. Ugyan közvetlenül a Tanácsköztársaság leverése után valamennyi egészségügyi és szociális intézkedést eltörölték, ezek azonban a későbbi évtizedekben társadalmi igényként fokozatosan újra és újra felbukkantak.

„... a Magyar Tanácsköztársaság kezdte meg a magyar egészségügy történetében először olyan egészségügyi hálózat megszervezését, amely a lakosság túlnyomó részének ingyenes, hozzáférhető ellátást biztosíthatott. A Magyar Tanácsköztársaság egészségügyében érvényesült először a megelőzés, mint széleskörű intézkedéseket átható elv.”¹⁵⁸

A Tanácsköztársaság alatt született elképzelések a szegényebb rétegek szociális és egészségügyi helyzetének javításáról vitathatatlanul pozitívak, előremutatók voltak. Ezek megvalósításával párhuzamosan azonban megjelentek a túlkapások, a felesleges rombolás, a magántulajdon megszüntetése címén a rablások, betörések is.

A sérült katonák sebészeti ellátásának és utókezelésének folytatása nem az egészségügyi személyzet akaratán múlt. *„... végeztük a klinikán a gyógyító munkánkat. Onnan is a katonák, akik csak némileg mobilak voltak, engedélyt sem kérve, csomagoltak és hazasiettek,*

¹⁵⁸ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p. 94.

a rokkantügyi intézmény ápolottjai és iskoláinak tanulói pedig nagyobbára eltűntek. A klinika munkája eközben majdnem zavartalanul folyt.”- emlékezik vissza erre az időszakra Dollinger Gyula.¹⁵⁹

A hadirokkantak gondozási rendszere felbomlott. Ugyan egyes elemei tovább éltek a két világháború között is, de a korábbi átfogó rendszerhez képest ez csupán a töredékét jelentette. Folytatódott bizonyos anyagi támogatási formák nyújtása, vidéken például törpebirtokokhoz, a városokban dohányboltokhoz, italmérésekhez juthattak a rokkantak. De ez csak csepp volt a tengerben.¹⁶⁰

Hiába írta Petri Pál a hadigondozásról szóló művében:

„... lehetőleg minden intézménynek, minden alkotásnak olyannak kell lenni, hogy az ne csak a jelen háború áldozatai javára működjék, hanem általában országunk boldogulásának elősegítésére és kultúrájának növelésére szolgálhasson.”¹⁶¹

Az első világháború után a világszinten is elsőként megalkotott, páratlan és átfogó - ugyan csak a rokkant katonákra érvényes - rehabilitációs rendszer széthullott. A következő néhány évtizedben a fejlett nyugati országokban ugyanezekre az elvekre épülve létrejött a rehabilitációs ellátás. Magyarországon hetven év kellett ahhoz, hogy hasonló jellegű átfogó – ekkor már a lakosság egészére érvényes – rehabilitációs rendszert sikerüljön kiépíteni.

¹⁵⁹ Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929. i. m.

¹⁶⁰ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i.m. p. 93.

¹⁶¹ Petri Pál: A magyar hadigondozás történetének vázlatja. Budapest, Kiadja: Az Országos Hadigondozó Hivatal, Fritz Ármin könyv- nyomdája, 1917.

2.9. ÖSSZEFOGLALÁS

A XIX. század utolsó harmada és a XX. század első másfél évtizede (1867-1914) a boldog békeidők jelzőt kapta. A háború nélkül eltelt évtizedek alatt megindult a gazdasági fejlődés, az urbanizáció, nőtt az ipari munkások aránya, megváltozott a társadalom rétegződése. Ugyanakkor egyre nagyobb lett a szakadék a társadalmi rétegek között, a nyomorgó városi szegények és a nincstelen parasztok száma nőtt. A nyomorral együtt járt a fertőző betegségek terjedése, főleg a morbus hungaricus-nak is nevezett tuberkulózisé. Az 1876. évi XIV. törvény a közegészségügy rendezéséről állami kötelezettséggé tette a tömegeket érintő egészségügyi problémák kezelését. Az 1891. évi XIV. törvény pedig az ipari munkások esetében előírta a kötelező betegségbiztosítást. A törvények hatására a századforduló után megindult a közegészségügy-járványügy és a kórházak fejlődése is. Közben az európai fegyverkezés fellendülése már előre jelezte egy háború kitörésének a lehetőségét.

Az I. világháborúnak több mint 37 millió áldozata volt, beleértve a sebesülteket, az eltűnt és fogságba esett embereket is. Mivel a békére tervezett egészségügyi ellátás ezt a terhelést nem bírta, szükségkórházakat és lábadozó otthonokat nyitottak. Az 1927-es utólagos statisztika szerint összesen 743 ezer súlyosan sérült magyar katonát gondoztak a Nagy Háború alatt.

A háború az előzetes várakozásokkal ellentétben elhúzódott. A gyors győzelem helyett 1915 januárjában már 32 ezer sérült katonát ápoltak Budapesten, akik között igen sok volt az amputált végtagsérült. A hirtelen szinte mindenütt felbukkanó csonkolt katonák látványa sokkolta az embereket. A társadalmi nyomás hatására hamarosan megszületett az 1915. évi XV. törvény és végrehajtási rendeletei a rokkant katonák ellátásáról. Az 1915. évi 3300. számú rendelet a sérült katonák orvosi utókezeléséről, mesterséges testrészekkel való ellátásáról és gyakorlati oktatásáról szólt. Utókezelést egy évig a háború miatt sérült katonák közül azok kaphattak, akiknél a kezeléssel remény volt a keresetképességük teljes vagy részleges visszanyerésére. Mind a kezelés, mind a szükséges művégtagok ingyen álltak a sérült katonák rendelkezésére. Az 1915. évi 3301. számú rendelet az utókezelés intézményi hátteréről, a Rokkantügyi Hivatal feladatairól rendelkezett. A törvény és a végrehajtási rendeletei az első magyarországi átfogó rehabilitációs rendszer jogi kereteit biztosították.

Dollinger Gyula sebész a magyarországi ortopédia megalapítója volt az, aki a háború kezdetén megszervezte a tömeges ápolónőképzést. Néhány hónap alatt 7000 ápolónő állt

munkába. Dollinger Gyula fiatal kora óta tervezett új típusú művégtagokat, amelyeknél a teherviselő felszín a csonk fölé került. Ennek haszna főleg akkor jelentkezett, amikor a háború kitörése után a csonkolt katonák tömegét kellett művégtaggal ellátni. A frontok közelében végzett amputálások mindig életmentő műtétek voltak, így a csonk kialakítására kevesebb idő jutott, a protézis viselése gyakran nehézkes volt. Dollinger hadikórházat, majd utókezelőket is szervezett a sérült katonáknak. Napi tapasztalatai alapján 1915 januárjában a hadisebészeti értekezleten feltette a kérdést: Mi történjék a rokkant katonákkal? Helyes utókezeléssel sok embert megmenthetünk a rokkantságtól - válaszolta. Az utókezelés célja, hogy a sérült a munkaképességét részben vagy teljesen visszanyerje, és ismét képes legyen magáról és a családjáról gondoskodni. Mivel a sérült katonák nagy része csonkított volt, külön rehabilitációs eljárást dolgozott ki a részükre. Ezen belül megkülönböztetett felső és alsó végtag amputáltakat, valamint figyelembe vette a foglalkozásukat is. Művégtaggyárat rendezett be, ahol fokozatosan megkezdte azoknak a rokkant katonáknak a betanítását, akik eredeti foglalkozásukat nem tudták végezni. Hamarosan a csonkolt katonák készítették a művégtagokat. Dollinger művégtaggyára alapján az ország több városában is hasonló műhelyeket nyitottak. Az utókezelőkben egyedi méretvétel után, gipszminta segítségével készültek a művégtagok és járásgyakorlatokkal készítették fel a betegeket a viselésükre. Minden amputált ingyenes kozmetikai és munkaprotézist is kapott. Dollinger Gyula a magyarországi orvosi és foglalkozási rehabilitáció egyik megteremtője lett.

Klebelsberg Kunó belügyminiszter, majd vallás- és közoktatásügyi miniszter az 1915. évi XV. törvény kidolgozásában, és a Rokkantügyi Hivatal irányításában is jelentős szerepet vállalt. „*A magyar rokkantügy szervezetéről*” írott munkájában már 1916-ban kidolgozta a komplex rehabilitáció alapelveit, főleg a foglalkozási, pedagógiai és szociális területeken. Részletesen foglalkozott a sérültek eredeti foglalkozásra való visszaképzésével, új foglalkozásra való átképzésével. Ehhez speciális iskolatípust javasolt, amely figyelembe veszi a különböző képességeket, a különlegesen átalakított eszközök igényét, a segédeszközök használatát. Külön ipari és mezőgazdasági jellegű képzést és vakok részére is külön iskolákat tervezett. A sérült katonákat csak az utókezelés és az oktatás után hagyta elengedni a hadseregből. A Rokkantügyi Hivatal munkaközvetítő részlege révén segített tartós munkahelyet keresni, a rokkant tanácsadók és a rokkant gyámsági hálózat létrehozásával pedig a szociális ügyintézkést irányította. Klebelsberg megszervezte a rokkant katonák oktatását, munkaközvetítését, szociális támogatási rendszerét. Munkássága eredményeként létrejött a rokkant katonák rehabilitációjának szociális, foglalkozási és pedagógiai oldala is. A

Rokkantak Lapja, amely 1916. december 1. és 1919. április 15. között jelent meg, egyszerűen, közérthetően közvetítette a rokkantaknak az őket érintő jogszabályokat, iskolákat, képzéseket, álláshirdetéseket, segédeszközöket, egészségügyi tanácsokat. Rendszeresen jelentettek meg történeteket olyan rokkant katonákról, akik később sikeresen megállták a helyüket a társadalomban, így sokaknak reményt, útmutatást adtak. Gróf Zichy Géza egy vadászbalesetben 15 évesen elvesztette a jobb karját. Korábban tehetségesen zongorázott, és a baleset után nem csupán önellátóvá vált, hanem bal kezes zongoravirtuózzá képezte magát. Egész Európában sikeres koncerteket adott, és „A félkezű ember könyve” című önéletrajzában megírta a történetét. Mindez 1915-ben történt, így útmutatást, biztatást tudott nyújtani a rokkant katonáknak.

A háború végére tönkrement az ország. A nyomor súlyosbodásával párhuzamosan a fertőző betegségek terjedése ugrásszerűen megnőtt. 1918. október 31-én a polgári demokratikus forradalom, majd öt hónappal később a Tanácsköztársaság mindent megváltoztatott. A rokkant katonákat gondozó rendszer összeomlott. Az 1915. évi. XV. törvény és végrehajtási rendeletei a csonkolt és béna katonákról, egy átfogó rehabilitációs rendszer jogszabályi hátterét teremtették meg. A sérült katonáknak joguk volt az utókezeléshez, a kenyérkereső foglalkozás vissza/megszerzéséhez, a szociális támogatáshoz. A rehabilitációs folyamat egy évig ingyenes volt a számukra, a hadügyi tárca állta a költségeket, beleértve a segédeszköz ellátást is. A törvényalkotók a végrehajtási rendelkezésekben részletesen kidolgozták az intézményi hátteret, a rendszer működésének irányelveit, az egész folyamatot a katona sérülésétől a rendszerből történő elbocsátásáig. A gyakorlatban is jól működő orvosi, pedagógiai, foglalkozási és szociális rehabilitációs hálózatot alkottak meg. Az I. világháború alatt Magyarországon megszületett a rokkant katonák átfogó rehabilitációs rendszere. Valamennyi sérült katonáról az élet minden területét tekintve gondoskodtak, az érintett aktív részvételével. Kritikaként lehet megfogalmazni, hogy ez a rendszer a lakosság egésze helyett, csupán az I. világháború rokkant katonáira vonatkozott. Azonban - mint sok más újításnak is az egészségügyben - az átfogó rehabilitációs rendszernek a katona-egészségügyből történő kiindulása vitathatatlan. Az I. világháború alatt országunkban dolgozták ki és a gyakorlatban is bevezették, azt a páratlan, átfogó rehabilitációs rendszert, amely követendő példa, mind a mai napig.

3. REHABILITÁCIÓ A KÉT VILÁGHÁBORÚ KÖZÖTT MAGYARORSZÁGON

3.1. MAGYARORSZÁG TRIANON UTÁN

Az első világháború utáni időszak társadalmi, politikai jellemzőit döntően meghatározta a Tanácsköztársaság létrejötte, majd bukása (1919. március 21 - 1919. augusztus 1.), Horthy Miklós kormányzóvá választása (1920), és a trianoni békeszerződés (1920. június 4.). Az ország elvesztette területe 2/3-át, magyar nemzetiségű lakosai kb. 1/3-át, ipari, oktatási, egészségügyi intézményei, piacai jelentős részét. (9. sz. kép) Romániához került 1,6 millió magyar ember, Szlovákiához 1 millió, Jugoszláviához fél millió, Ausztriához 70 000. Zűrzavar uralkodott az államigazgatásban, a gazdaságban, gyakorlatilag az egész országban.¹⁶²

A háború után óriási méreteket öltött a szegénység. Egyre nőtt az infláció, súlyosbodtak az adók, a bérek vásárlóereje csökkent. A kormány külföldi kölcsönökkel (Népszövetség) próbálta enyhíteni a helyzetet. Azonban az 1929-1933 közötti gazdasági válságban ez a segítség kevés volt. Tömeges lett a munkanélküliség, ez mintegy 3 millió embert érintett az országban, a mezőgazdasági munkásokkal együtt. Uralhatatlan volt a lakáshiány, a legszegényebbek nyomortelepeken éltek. A szociális gondok leginkább a fővárosban csapódtak le. A kilakoltatások mindennaposak voltak, tömegek nyomorogtak. A diplomás munkanélküliek idénymunkáknak is örülhettek, sokan utcát separtek közülük. A gazdaság élénkülése csupán 1933-tól volt érezhető, de ez sajnos főleg a fellendülő fegyverkezésnek tulajdonítható.¹⁶³

¹⁶² KollegaTarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. p. 53.; Matus János: Bűn és megbocsátás - Emlékezés az első globális háborúra. Collegium Doctorum, 2015. (11) Évközi szekcióülés anyaga, pp. 97-102.

¹⁶³ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 90-95.; Pik Katalin: A szociális munka története Magyarországon (1817-1990) Budapest, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2001.



9. sz. kép Magyarország a trianoni szerződés előtt és után¹⁶⁴

„Pincében és alagsorban lakott 1920-ban 8283, 1930-ban 14 182, 1941-ben 17 546 személy. 1938-ban a munkáslakásokban átlagosan 6,5 lakos jutott egy szobára.” A „Manchester Guardian” című angol újság 1931-ben azt írta: „A munkanélküliek düledező ólakban laknak, amelyek még az állatoknak sem felelnének meg.”¹⁶⁵ Dr. Végh János Budapest tisztifőorvosa 1924-es jelentése szerint: „Szociális szempontból a székesfőváros sohasem volt még oly szomorú helyzetben, mint aminőben most van.”¹⁶⁶

A Tanácsköztársaságot követő Horthy-kormány egyik célja a munkásság és parasztság politikai befolyásának a csökkentése, korlátok között tartása volt. Ezt a megrendült polgári rendszer a régi módszereivel nem tudta megoldani, ezért olyan új szociálpolitikai intézkedéseket vezettek be, amelyekkel legalább csökkenteni tudták valamennyire a tömegek elégedetlenségét. Ugyanakkor vitathatatlanul észlelhető volt az uralkodó rétegek szociális

¹⁶⁴Draveczki-Ury Ádám: Kilencvenöt éve írták alá a trianoni békeszerződést.

http://www.honvedelem.hu/cikk/51396_kilencvenot_eve_irtak_ala_a_trianoni_bekeszerzodeset Letöltve 2016. október 13. <http://www.honvedelem.hu/files/9/51396/trianon1.jpg> Letöltve 2016. október 13

¹⁶⁵ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 97-98.

¹⁶⁶ Ságvári Ágnes (szerkesztő): Források Budapest múltjából III. Tisztifőorvosi jelentés a főváros 1924. I. félévi egészségügyi helyzetéről Budapest, 1972. pp. 119-120.

érzékenységének növekedése is. A szociálpolitikai intézkedések közül az 1920-as földreformmal (Nagyatádi-Rubinek-féle földreformtörvény)¹⁶⁷ a parasztság tömegeit nyerte meg a kormány. A földreformtörvény, az 1920. évi XXXVI. törvény¹⁶⁸ alapján mintegy 300 ezer család kapott 1-3 holdnyi földet. A földreform során „*mintegy 60 ezer leszerelt katona, hadirokkant, hadiözvegy és hadiárva is földhöz jutott.*”¹⁶⁹ A kormány szociálpolitikai céljai közé tartozott a társadalombiztosítás kiterjesztése, a népbetegségek elleni küzdelem is.¹⁷⁰

1928-ban az iparban dolgozók 40%-ának a napi munkaideje több mint tíz óra volt. Elfogadott volt a kevésbé fizetett női és gyermekmunka is. Az 1928. évi V. törvénycikk¹⁷¹ a gyermek és női munkát szabályozta ugyan, de 1936. február 12-én az országgyűlési ülésen az iparügyi miniszter azt nyilatkozta, hogy „... *őszintén be kell vallanom, hogy a törvény teljes egészében tulajdonképpen még ma sincs végrehajtva.*”¹⁷² Csupán 1937-től vezették be a napi nyolc, illetve a heti 48 órás munkaidőt a városi munkásoknak.¹⁷³

¹⁶⁷ Nagyatádi-Rubinek-féle földreformtörvény: Az 1920. évi XXXVI. törvény tervezése Rubinek Gyula földművelésügyi miniszter, megvalósítása Nagyatádi Szabó István a következő földművelésügyi miniszter nevéhez fűződik. A nagybirtokoknak csupán elenyésző része került szétosztásra.

¹⁶⁸ 1920. évi XXXVI. törvénycikk a földbirtok helyesebb megoszlását szabályozó rendelkezésekről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7451> 2016. április 16.

¹⁶⁹ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. p. 54.

¹⁷⁰ Romsics Ignác: A Horthy-rendszer szociálpolitikája Rubicon, 1990/6

¹⁷¹ 1928. évi V. törvénycikk Az iparban, és némely más vállalatban foglalkoztatott gyermekek, fiatalok és nők védelméről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7416¶m=7720#> 2016. április 16.

¹⁷² Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i m. pp. 100-102.

¹⁷³ Romsics Ignác: A Horthy-rendszer szociálpolitikája Rubicon, 1990/6.

3.2. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY A KÉT VILÁGHÁBORÚ KÖZÖTT

Magyarországon 1918-ra a háború előtti szociálpolitikai eredmények összeomlottak, és az egészségügy is mélypontra került. Az elcsatolt területekről érkező menekültáradat, a növekvő munkanélküliség, a nyomorgók és fedélnélküliek arányának emelkedése sürgős állami beavatkozást követelő helyzetet teremtett. Az áremelkedések, a pénz vásárlóerejének csökkenése, a lakáshiány, mind-mind az elszegényedést fokozták. A nyomor a különböző fertőző betegségek fellobbanását, terjedését segítette elő. Az 1920-as évek első felében Magyarország volt az egyik legelmaradottabb európai ország a csecsemőhalálozás, a tbc., és a hastífusz megbetegedések tekintetében. 1921-1925-ben a csecsemőhalálozás tekintetében a halálozási átlag 19,9 ezrelék¹⁷⁴ volt, így Európában a legrosszabbak közé tartoztunk. A trianoni békeszerződés után a népegészségügy központi kérdéssé vált.¹⁷⁵

1912-től 1931-ig a fővárosban kiadott szegénységi bizonyítványok száma 442,3 % - os növekedést mutatott. 1912-ben 33.142, 1931-ben 140.506 vagyontalansági igazolást adtak ki.¹⁷⁶ Kevés volt a kórházi ágy, a kezelést megfizetni képes réteg, valamint alacsony volt a biztosítottak aránya is. A trianoni területi veszteségek miatt a kórházak száma is jelentősen megcsappant. Magyarország 56 közkórházat, 33 magánkórházat, 3 szemkórházat, egy elmeógyógyintézetet, egy országos kórházat és számos egyetemi klinikát veszített.¹⁷⁷ 1920-ban Magyarországon 183 kórház maradt, ami 26 ezer betegágyat jelentett. Ekkor 10 ezer emberre 11 kórházi ágy jutott.¹⁷⁸

Égető szükség volt új kórházak építésére. A kormány kórházépítési programja 1920-tól 1925-ig a háborús károkat pótolta, majd 1925-1930 között jelentős fejlesztések történtek.

¹⁷⁴ Bakács Tibor: Az Országos Közegészségügyi Intézet működése 1927-1957. Budapest, 1959. pp. 12-15.

¹⁷⁵ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. pp. 10-11.; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből, 1920-1945. i. m. pp. 11-12.; Kapronczay Károly: Johan Béla Magyar Epidemiológia, 2005. (2) 1. p. 5.

¹⁷⁶ Melly József: A kórházkultúra fejlődése és a hospitalizáció jelentősége Budapesten II., In: Városi Szemle, 1934.(20) 4. p. 563.

¹⁷⁷ Kiss László: Az ispotálytól a modern kórházig. Századvég 2005. (10) 37. pp. 49-82.

¹⁷⁸ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. p. 120.

Össességében 50 új kórház épült 10 év alatt, ebből 22 az első, 28 a második öt évben. Ez kórházi ágyszám tekintetében az első öt évben 3000, a második öt évben 10 000 új kórházi ágyat jelentett. Állami közkórházak fejlesztésére az állami beruházás 0,3-0,4 %-át fordították az első világháború után, az 1920-as évek végén, az 1930-as évek elején ez 1,5-2 % fölé ment.¹⁷⁹

Tekintve a háború utáni gazdasági helyzetet, a kórházfejlesztésre fordított összegek arányaikban igen jelentősek voltak, de még így sem tudták a szükségleteket kielégíteni. Főleg a világgazdasági válság alatt, - az elszegényedés növelte a betegségek számát, és a szociális problémák jelentős része is a kórházakon csapódott le, - nőtt a zsúfoltság, rosszabbodtak a kórházi körülmények. Így volt ez, annak ellenére, hogy 1930 és 1938 között újabb 9000 ágygal bővült a kórházi ellátás. Ez igen jelentős tény, ha figyelembe vesszük, hogy ebbe a világgazdasági válság időszaka is beleesett. (1., 2., és 3. sz. ábrák) Ekkor már sokkal nagyobb figyelmet kapott a kórházak felszerelésének modernizálása is. Azonban az összes kórházi ágy több mint 50 %-a Budapesten volt, és a tbc-s betegeket kiszolgáló ágyaknak legalább a duplájára lett volna szükség.¹⁸⁰

A tuberkulózis az egyik legrettegettebb népbetegség volt a XX. század első felében. Magyarországon nagyon magas volt a betegek száma, ezért a betegséget *Morbus hungaricus*-ként is emlegették. Minden 25. percben meghalt egy magyar ember tuberkulózisban. A magyar tbc. mortalitás 1,5 és 3,6 ezrelék között változott ebben az időszakban.¹⁸¹

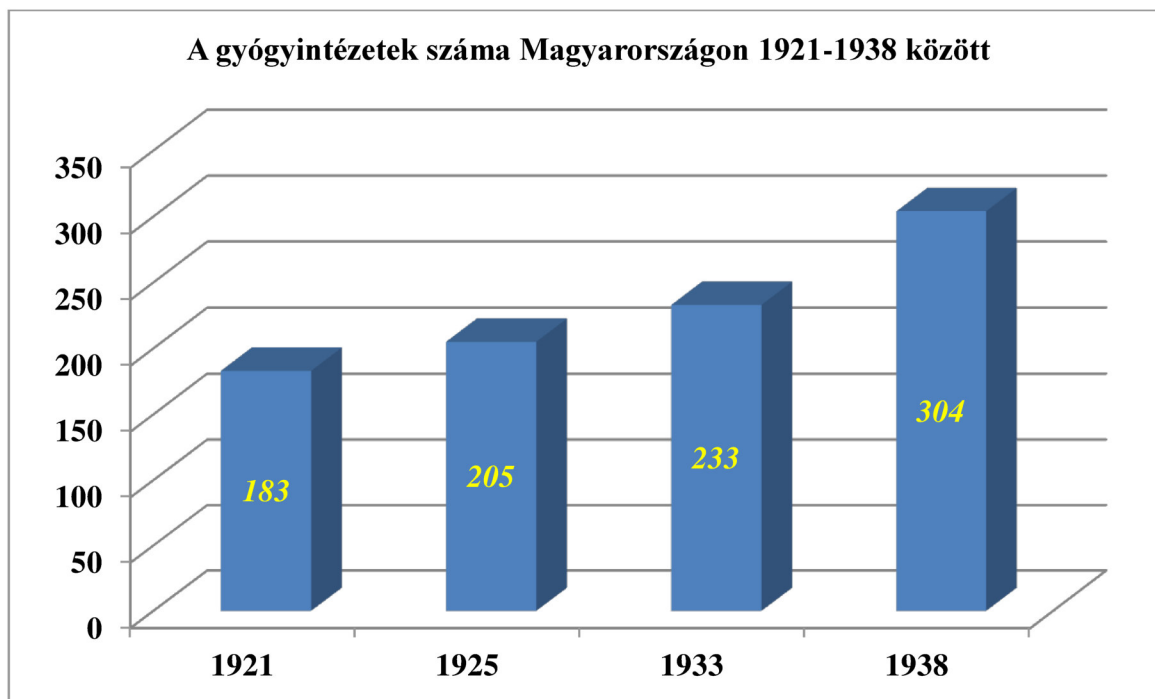
A tuberkulózis elleni védekezés kezdeti lépései az első világháború kitörésekor abbamaradtak. Önmagában a tuberkulózis nem volt sorozást kizáró ok. A rossz háborús körülmények, a fizikai leromlás, az összezártság, kedvezett a katonák közti fertőzések terjedésének. A tbc-s betegekkel foglalkozó orvosokat is a harcterekre irányították, és a tüdőszanatóriumokban pedig sebesült katonákat kezeltek.¹⁸²

¹⁷⁹ Kiss László: Az ispotálytól a modern kórházig i. m. p. 68.

¹⁸⁰ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i.m.; Kiss László: Az ispotálytól a modern kórházig i. m. p. 68.

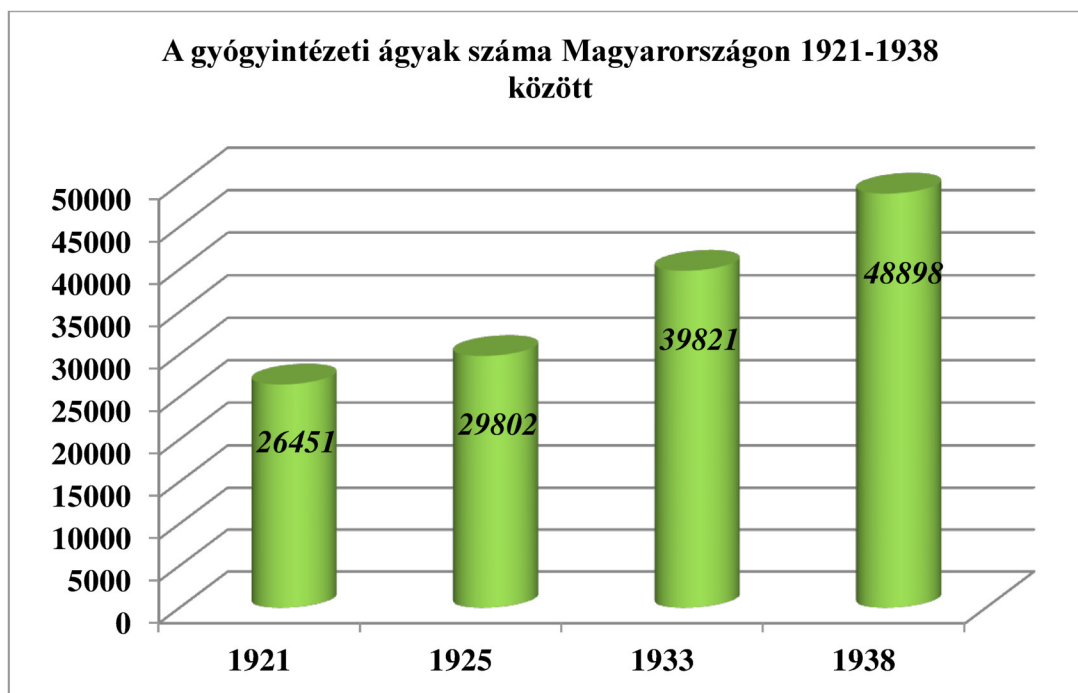
¹⁸¹ Kiss László: A tuberkulózis Magyarországon a 20. század első felében. Magyar Epidemiológia 2006. (3) 1. p. 23.

¹⁸² Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. p. 142.



1. sz. ábra A gyógyintézetek száma Magyarországon 1921-1938 között¹⁸³

(Szerkesztette: Dr. Weinhover Judit)

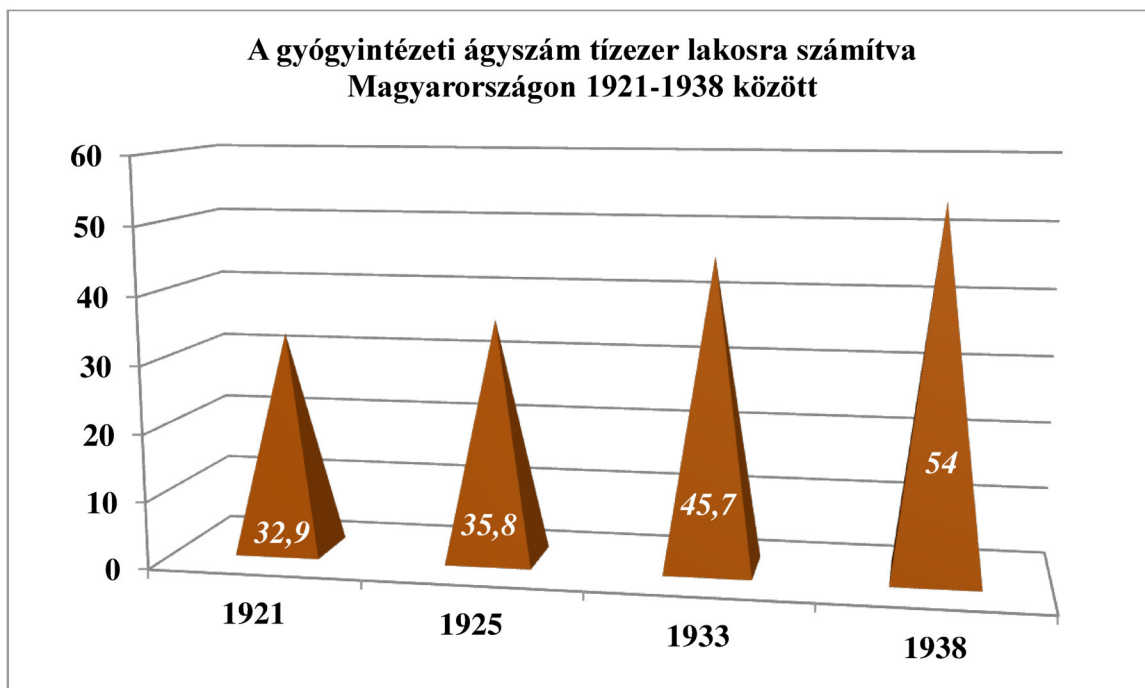


2. sz. ábra A gyógyintézeti ágyak száma Magyarországon 1921-1938 között¹⁸⁴

(Szerkesztette: Dr. Weinhover Judit)

¹⁸³ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p.113.

¹⁸⁴ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p.125.



3. sz. ábra

A gyógyintézeti ágyszám tízezer lakosra számítva Magyarországon 1921-1938 között¹⁸⁵

(Szerkesztette: Dr. Weinhover Judit)

A tuberkulózis a zsúfolt, rossz levegőjű nagyvárosokban, főleg Budapesten, a rossz szociális körülmények között élőknél aratott. Lakásbetegségnek is hívták, hiszen a koszos, dohos, kultúrátlan lakások a baktériumoknak jó életfeltételeket teremtettek. Az ott élők egymásnak adták át a betegséget, és sokszor egy beteg ember után az egész családja kihalt. Átlagosan egy beteg felnőtt mellett 50%-ban megbetegedtek a gyerekek. A trianoni menekültáradat, a főváros környékén a vagonlakók tömegei, a barakktelepek (4. sz. ábra) mind-mind melegágyai voltak a tbc-s fertőzésnek. Európában a húszas évek közepén csak Sevilla előzte meg a tbc. halálozási sorban Budapestet.¹⁸⁶

Az állam ugyan a nyomortelepek helyett a jobb minőségű szükséglakások kiutalásával próbált segíteni, de ez is csak csepp volt a tengerben. Még a harmincas évek végén is Budapesten, 21 szükséglakástelepen 31.218 ember élt.¹⁸⁷

¹⁸⁵ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p. 126.

¹⁸⁶ Kiss László: A tuberkulózis Magyarországon a 20. század első felében. i. m. p. 24-25.

¹⁸⁷ Schuler Dezső: Hatósági és társadalmi embervédelem Budapesten. Statisztikai Közlemények, 90.kötet, 1939.



4. sz. ábra Budapest barakktelepei az első világháború után¹⁸⁸

A harmincas évektől kormányprogram lett a tuberkulózis elleni védekezés. 1920-ban 37,7 volt Budapesten a tuberkulózis mortalitás tízezer lakosra számítva, 1938-ban 11 lett.¹⁸⁹ 1920-ban 5 tüdőgondozó volt a trianoni Magyarország területén, 1932-ben 73, 1940-ben 103, 1941-ben 141.¹⁹⁰ A tuberkulózis, mint egészségügyi probléma elleni védekezés a két világháború között jelentősen fejlődött, lényegesen csökkent a megbetegedettek száma. A tuberkulózis, mint szociális probléma azonban, megoldatlan maradt. A II. világháborúban ismét ugrásszerűen nőtt a betegek száma.¹⁹¹

Magyarországon a tuberkulózis szanatóriumi, rehabilitációs kezelése már a II. világháború előtt kezdett kialakulni, ami a fenti számok tükrében érthető is. A II. világháború után „szégyen” volt hadirokkantnak lenni, hiszen ők a vesztes oldalon harcoltak a háborúban.

¹⁸⁸ Barakk-telepek Pesten <http://egykor.hu/budapest/barakk-telepek-pest/3080#> Letöltés: 2016. április 16.

¹⁸⁹ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p. 106.

¹⁹⁰ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. pp. 144-145.

¹⁹¹ Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből, 1920-1945. i. m. p. 115.

Csupán megtúrték őket, a hadigondozás elsorvadt. Ekkor a magyar szanatóriumok nagy része tüdőgyógyászattal foglalkozott, és szinte csak a tuberkulózis rehabilitáció fejlődött tovább. Azonban ezen a területen is létrejöttek olyan értékek, amelyek később a komplex rehabilitációba beépültek.

Bethlen István miniszterelnök már a programadó 1921-es beszédében egyik legfontosabb céljának a társadalombiztosítási rendszer kiterjesztését jelölte meg. Az 1927. évi XXI. törvény¹⁹² a munkások betegségi és baleseti biztosítását szabályozta, rendelkezett az Országos Munkásbiztosító Intézet feladatköréről, valamint óvórendszabályok kiadására is kötelezte.¹⁹³

Az 1928. évi XL. törvény¹⁹⁴ az öregségi, rokkantsági, özvegyeségi, árvasági kötelező biztosítás bevezetéséről, az intézet megelőzésben végzendő fokozott szerepvállalásáról szolt. 1928-tól az Országos Munkásbiztosító Intézet, mint Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) működött tovább, és a biztosítottak kétharmadát látta el, 1938-ban 850 000 embert. Ezen kívül 50 betegbiztosító működött, különböző költségekkel. A harmincas évek közepére azonban az OTI-nak jelentős hátraléka keletkezett, főleg a gazdasági válság alatt a munkáltatók által be nem fizetett járulékok miatt. Elkezdtek emelni a befizetendő járadékok összegét, a táppénzt csökkentették, a kórházi kezelési költségek egy részét áthárították a fenntartó városokra. A harmincas évek közepére másfélmillió biztosított lett az országban. Ez az összlakossághoz képest kevés volt, főleg a városi lakosokat érintette, a mezőgazdasági munkásokat nem, de a korábbi időszakokhoz képest mégis nagy előrelépést jelentett. Összességében azonban a lakosság több mint kétharmada nem rendelkezett betegbiztosítással.¹⁹⁵ A két világháború között jelentős előrelépés történt az egészségvédelem területén. Ekkor kezdődött Magyarországon az országos szociális és egészségügyi hálózat kiépítése. De még így is tömegek éltek rendkívül rossz szociális körülmények között, orvosi, egészségügyi, szociális ellátás nélkül. Egyre éleződött a társadalmi rétegek közti különbség.

¹⁹² 1927. évi XXI. törvénycikk- A betegségi és baleseti kötelező biztosításról
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7416&s=275> Letöltés: 2016.04.16.

¹⁹³ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 130-132.; Romsics Ignác: A Horthy-rendszer szociálpolitikája Rubicon, 1990/6.

¹⁹⁴ 1928.évi XL. törvénycikk- Az öregség, rokkantság, özvegyesség és árvaság esetére szóló kötelező biztosításról
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7416&s=325> Letöltés: 2016.04.16.

¹⁹⁵ Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. pp. 130-132.; Kiss László: Az ispotálytól a modern kórházig i. m. pp.70-71.; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. pp. 46-47.; Romsics Ignác: A Horthy-rendszer szociálpolitikája Rubicon, 1990/6.

3.3. A MAGYAR KATONA-EGÉSZSÉGÜGY JELLEGZETESSÉGEI AZ ELSŐ VILÁGHÁBORÚ UTÁN

A trianoni békeszerződés szűk keretek közé szorította a magyar hadsereg létszámát és fegyvernemeit. Az országnak hadiipara nem lehetett, megszűnt az általános sorkötelezettség. Maximálisan 35 ezer katonát lehetett felszerelni, így ez a korábbi létszámhoz képest jelentős csökkenés volt. Ez arányaiban a katona-egészségügyi szolgálatnál is ugyanígy jelentkezett. Nem lehetett az országnak páncélos fegyverneme, légierije, légvédelmi egységei. A fegyverzet mennyiségét és minőségét is pontosan szabályozták. A békeszerződés vezérkar létesítését is tiltotta. Ezért ez rejtve, mint a Honvédelmi Minisztérium VI. Csoportfőnöksége működött, magába foglalva a hadsereg működtetéséhez szükséges osztályokat. A győztes hatalmak által felállított Katonai Ellenőrző Bizottság szigorúan betartatott minden előírást. A létszám rejtése 1921-től a csendőrség, rendőrség, vámőrség keretén belül történt. A Magyar Királyi Honvédség elnevezést 1922. január 4-én vette fel a megmaradt hadsereg. Az ellenőrzés 1927-ig tartott, ezért a Magyar Királyi Honvédség fejlesztése igazán csak a harmincas évek elejétől indulhatott meg.¹⁹⁶ Az úgynevezett győri program a hadsereg fejlesztésére egymilliárd pengőt szánt.¹⁹⁷ 1920-ban 35.000, 1928-ban 40.800, 1931-ben 57.648, 1935-ben 67.969 volt a magyar katonák száma.¹⁹⁸

A katona-egészségügyet a csökkentett, a tényleges katonai állomány méretéhez igazították. 1920-ig a Népjóléti Minisztérium, ezután a Honvédelmi Minisztérium irányította, de rejtve a Belügy- és Népjóléti Minisztérium keretében is voltak osztályai. Csupán így történhettek titkos próbálkozások a fejlesztésre. Honvéd-egészségügyet érintő szolgálati szabályzatot húsz éven át nem adtak ki. A honvédorvosok 1940-ig dolgoztak az 1913-as szervezési határozat

¹⁹⁶ Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. I. p. 53., pp. 321-323.; Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. pp. 93-100.; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 136.; Svéd László: Magyar katona-egészségügy a II. világháborúban Honvédorvos 2007. (59) 3-4. szám pp. 152-157.

¹⁹⁷ Győri program: a hadsereg egymilliárd pengős fejlesztési programja, amelyet Darányi Kálmán miniszterelnök 1938. március 5-én jelentett be Győrben. Tarján M. Tamás: 1938. március 5. Darányi Kálmán meghirdeti a győri programot

http://www.rubicon.hu/magyar/oldalak/1938_marcius_5_daranyi_kalman_meghirdeti_a_gyori_programot/
Letöltve 2017. január 27.

¹⁹⁸ Gosztonyi Péter: A magyar honvédség a második világháborúban. Budapest, Európa Könyvkiadó, 1992. pp.11-12.

szerint, és ez is csupán a régi kissé átdolgozott változata volt. A hivatásos katonatorvosi létszám 1940-ben 428 fő volt, mellettük szükség esetén a nyugállományú, a szolgálaton kívüli és a tartalékos orvosok is számításba jöhettek.¹⁹⁹

A szolgálati szabályzat elavult, a katona egészségügyi fejlesztések csak rejtve valósulhattak meg, így a honvéd-egészségügy szükségszerűen lemaradt, és ez egészen a második világháború végéig érezte a hatását. Míg a nyugati nagyhatalmak mindegyikében önálló, egyetemi szintű katonatorvosi képzés folyt, addig Magyarországon tanfolyam szinten, a Honvédorvosi Alkalmazó Iskolában történt a katonatorvosok képzése. Önálló, egyetemi katonatorvosi képzés nem volt.²⁰⁰

1920-ban született meg „a hadra kelt sereg” egészségügyi ellátásáról szóló rendelkezés, mely a sérültek ellátásának, szállításának, osztályozásának részleteit tartalmazta, az első világháborús tapasztalatok alapján. Ezek az elvi utasítások a katona-egészségügyi fejlesztések elmaradása miatt később, éles helyzetben, csak jelentős ellentmondásokkal valósulhattak meg.²⁰¹

„A kiképzettség, a szakértelem, a szervezettség és a felszerelés hiányát később a fronton csak a rögtönzés és a hősi helytállás kompenzálhatta, így még jobban felértékelődött az a hazai katonai egészségügyi oktatás, amely a nagyhatalmak és a környező államok ilyen irányú képzéséhez képest igen szerénynek volt mondható.”²⁰²

Katona-egészségügyi szempontból a két háború között főleg az első világháború tapasztalatainak értékelése zajlott. A második világháború kezdetén is több hasznos katonatorvosi írás született, de ezek szélesebb körű ismertetését éppen a háború akadályozta meg. *„Minden időben a hadisebészet legnagyobb és egyben legszigorúbb tanítómestere a háború, mint „traumás epidémia” volt.”* - írta Dr. Frank Richard.²⁰³

¹⁹⁹ Kiss Gábor: A Hadtörténelmi Levéltár katona-egészségügyi iratainak repertóriumja 1740-1980. Budapest, Signifer, 2003. p. 31. ; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 139.; Svéd László: Magyar katona-egészségügy a II. világháborúban. i. m. pp. 152-157.

²⁰⁰ Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 137.; Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései...i. m. pp. 22-23.

²⁰¹ Kiss Gábor: A Hadtörténelmi Levéltár katona-egészségügyi iratainak repertóriumja 1740-1980. i. m. p. 35. Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 138.

²⁰² Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 141.

²⁰³ Frank Richard előszava In: Dr. Lippay-Almássy Artúr: Tábori sebészet. Budapest, Honvédorvosok Tudományos Egyesületének kiadása, 1941. p. 3.

A napóleoni háborúkban ismerték fel a tüdőlövések konzervatív kezelésének helytelenségét. Az angol-búr háborúban a hasi sérülések sebészete, az első világháborúban a koponya- és végtag sérülések sebészete fejlődött sokat, és a korábban konzervatíván kezelt ízületi sérülések műtéti kezelése is előtérbe került. Az I. világháborúban tömegével keletkezett végtagcsonkolásos esetek indították el az alternatív sebészeti beavatkozások keresését. Rehabilitációs szempontból döntő volt az ekkor körvonalazódó funkcionális szemlélet. A háború kezdetén a végtag sérültek életben maradása volt az elsődleges szempont, és ennek súlyos esetben a sürgős végtagcsonkolás volt az egyedüli lehetséges módja. Azonban ezeket az embereket később rendkívül nehéz volt használható protézissel ellátni. Már a háború vége felé és a két háború között egy funkcionális szemlélet kezdett kibontakozni. Eszerint a sebészi beavatkozásnál a későbbi minél tökéletesebb működésre kellene törekedni. A lőfegyverek, repeszek okozta sérüléseket sokáig nem tartották fertőzésveszélyesnek, de ez az elgondolás az első világháborús tapasztalatok alapján szintén megváltozott. Az első világháborús sérülések döntő többsége lövési sérülés volt, sokszor vérmérgezéssel, elkerülhetetlen csonkolással.²⁰⁴

Éppen az első világháborús tapasztalatok mutatták meg, hogy az első műtéti beavatkozás eldönti a beteg további sorsát. 1915-től kötelező volt a katonák megelőző tetanusz védőoltása. Új sebfertőtlenítő szerek jelentek meg, így már az első világháború vége felé is csökkent a fertőzések és így az amputálások száma is. Ekkor kezdtek foglalkozni a katonák lelki kimerültségével, a harctéri pánikkal. Megjelent a polytraumatizáció fogalma. Megtörténtek az első próbálkozások a sebesültek légi úton történő szállítására, az angol, az amerikai és a francia hadseregnél. Magyarországnak tilos volt repülőgépeket hadrendbe állítani, így nálunk csak a II. világháborút közvetlenül megelőző időben kezdték a repülőgépeket beteg, illetve sérült katonák szállítására használni.²⁰⁵

„A harctéren támadt sebek másfajtaúak. Nemcsak a projektilek mások, ellenben óriási a fertőzésnek a lehetősége és más a sérülést elszenvedett egyén maga is. Rendszerint a teljes kimerülés, a legnagyobb testi és szellemi megerőltetés közepette éri a harcost sokszor a legsúlyosabb behatás, így reakciója az egyénnek homlokegyenest más. A legsúlyosabb shock

²⁰⁴ Révai Tamás: Ellátási hiányosságok hatásai a funkcionális vesebetegségek kialakulására a Magyar Királyi Honvédségben 1941-1945. PhD értekezés, Budapest, ZMNE, 2008. pp. 12-13.; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. pp. 142-144.

²⁰⁵ Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. pp. 142-144.

*állapotában tömegesen kerülnek azonnali beavatkozást igényelve a sebész elé. Ellátásuk olyan helyen történik, ahol a sebész is tűzben van, felszerelése, segédlete hiányos.”*²⁰⁶

Mint kiderült, a lőfegyver okozta sérülések első műtéti ellátása döntő a sebesült további sorsában. A később fellobbanó fertőzések esélyét jelentősen csökkenteni lehetett a megfelelő sebészeti ellátással. Ezért az első világháborús sebészeti eredmények lényegesen jobbak voltak, mint a korábbiak. A sebesültek 97%-a felépült (életben maradt), 3% meghalt, majd 75%-uk újra szolgálatképesé vált. Az első világháború utolsó csatáit a felgyógyult sebesültek vívták.²⁰⁷

Az I. világháborúban 1303 sebesült anyagából készült statisztika alapján 724 azonnal megkapta az első kötést, egy órán belül 220, 12 órán belül 264, 24 órán belül 53, 24 órán túl 42.²⁰⁸ Az időben érkezett segítség lényegesen jobb gyógyulási eredményeket adott, sőt később a katona képes volt újra visszatérni a harctérre is. Az első világháborús tapasztalatok alapján a betegszállítás módjait is megváltoztatták. Minél gyorsabban sebészhez kellett juttatni a hasi, a koponya, a gerinc és tüdő sérülteket. A vérzők csak a vérzés elállítása után szállíthatók, sokkos beteg nem szállítható, mutatták az eredmények.²⁰⁹

Tekintélyes volt a hadirokkantak, illetve hadigondozottak száma, akiknek a rehabilitációs kezeléséről és szociális ellátásáról a honvédségnek kellett gondoskodni. Emiatt 1915-től működött (ugyan különböző elnevezések alatt, de gyakorlatilag egyre bővülő funkcióval) az Országos Hadigondozó Hivatal. A hadirokkantak nyilvántartása 1918-ban megsemmisült, 1927-ben vették őket ismét nyilvántartásba.

Közel 1 millió volt az első világháborúban Magyarországon gondozott sebesült, illetve rokkant katonák száma összesen.²¹⁰ Dr. Melly József szerint 1930-ban is még 274.497 hadigondozott – hadirokkant, hadigyámolt, hadiözvegy, hadiárva, hadigondozott családtag - volt Magyarországon.²¹¹

²⁰⁶ Klimkó Dezső előszava In: Dr. Imreh Pál: A harctér sebészete. Budapest, 1943. p. 3.

²⁰⁷ Lippay-Almássy Artúr: Tábori sebészet. Budapest, Honvédorvosok Tudományos Egyesületének kiadása, 1941. p. 14.

²⁰⁸ Kiss Gábor: A Magyar Királyi Honvédség egészségügyi szervezete 1867-1918. PhD értekezés, Budapest, ZMNE, 2003. p. 98.

²⁰⁹ Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 146.

²¹⁰ Kiss Gábor: A Magyar Királyi Honvédség egészségügyi szervezete 1867-1918. i. m. p. 98.

²¹¹ Melly József: A hadigondozottak Budapesten. Budapest, 1932. In: Statisztikai Közlemények 65/1. sz.

Mivel a honvédség létszáma nagyon alacsony volt, a megmaradt egészségügyi intézményei képesek voltak a háborús rokkantak ellátására is. A katona-orvosok száma sem csökkent, 450 körül volt a harmincas évek elején. Ekkor a hadirokkantak gondozása is a honvédegészségügy feladata volt. Összesen, a helyőrségi és csapatkórházakkal és a rokkant intézményekkel együtt 5700 ágy állt a katona-egészségügy rendelkezésére a két világháború között. Speciális sebészeti és rehabilitációs részlegeket hoztak létre a rokkant katonáknak. A honvédegészségügy végezte a rokkantgondozást, és a rokkantházak fenntartását. A két világháború között ilyen rokkant intézmény volt a M. Kir. Honvéd József főherceg Szanatórium, amely Budakeszin volt, 400 ágygal, valamint a M. Kir. Gyógyfürdő Kórház (Bp., Zsigmond u. 62.) 150 ágygal. Az első világháború rokkantjainak gondozása során jelentős protetikai és rehabilitációs tapasztalatot szereztek.²¹²

Hévíz és Alsópáhok közötti Hévízdombon 1933-35-ben felépült a Honvédtiszti Gyógyház, amelyben a Horthy-hadsereg tisztjei és családjaik üdülhettek. Ez a tény később a magyar rehabilitációban jelentős szerepet fog játszani. (Továbbiak a 6.3.4. részben.) A hadsereg fejlesztése miatt, a harmincas évek második felétől, egyre zsúfoltabbak lettek a katona egészségügyi intézmények. A honvéd orvosi tisztikar főnökének 1936-os jelentése szerint kevés a honvédségi intézményekben a kórházi ágy, rosszak a körülmények, kevés a személyzet.²¹³

A második világháború közeledtét érezve, a harmincas évek végére, felfejlesztették a hadsereg létszámát (1938-ban 85 ezer lett), és bővültek a honvédegészségügy lehetőségei is. A honvédelmi tárca évi költségvetése 1934/35-ben 198,5 millió pengő volt. Majd 1937/38-ban 303,7 millió pengő lett. Darányi Kálmán miniszterelnök 1938-ban meghirdette az egymilliárdos beruházási programot, melyet hadfelszerelésre és az ország védelmi képességeinek növelésére fordítottak. A következő években folyamatosan további jelentős fejlesztések történtek. 1939. február 3-án a felsőház, 1939. február 4-én az országgyűlés is napirendre tűzte a katona-egészségügy fejlesztését, a Magyar Vöröskereszt támogatását.

²¹² Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. pp. 93-100. ; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 136., p. 150.

²¹³ HL VKF-1, 2511/el., „Eü. jelentés az 1936. évről”, 1937. jún. 30.

Részletesen kidolgozták a honvédegeszségügy és a Magyar Vöröskereszt együttműködését, feladatait háborús helyzetben.²¹⁴

1936-ban az addig bújtatva működő katonai egészségügyi intézmények ismét a honvédséghez kerülhettek. A katonai kórházi férőhelyek megállapításához a katonák 3%-át vették alapul. A hadseregben 1940-ben 428 orvos szolgált. A honvéd egészségügyi szolgálatot az orvosi tisztikar főnöke irányította. Hadműveleti szempontból a vezérkari főnöknek, egyébként a honvédelmi miniszternek volt az alárendeltje.²¹⁵

„A felkészülési tervben szerepelt azon vöröskeresztes kezelésben lévő ún. üdülőhelyek szervezése, amelyekben a tartós kórházi kezelést már nem igénylő sebesültek utókezelését, rehabilitáló gyógyítását végezték.”²¹⁶

²¹⁴ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. pp. 93-100.; Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből i. m. p. 136.; Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. i. m. II. pp. 329-330.

²¹⁵ Svéd László: Magyar katona-egészségügy a II. világháborúban. i. m. pp.152-157.

²¹⁶ Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. i. m. pp. 93-100.

3.4. A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY ÉS A REHABILITÁCIÓ KAPCSOLATA A KÉT VILÁGHÁBORÚ KÖZÖTT MAGYARORSZÁGON

Az első világháború után Magyarországon az egészségügyi és a szociális problémák különösen szembeszökően jelentkeztek a hadirokkantak és hadigondozottak (hadiözvegyek és hadiárvák) körében. Igen magas volt a háborús csonkoltak aránya, a hadirokkant munkanélküliek száma. Az orvostudomány fejlettsége eljutott odáig, hogy egyre több sérült katonát sikerült megmenteni, azonban ekkor még nem voltak antibiotikumok, és így az életük ára gyakran egy vagy több végtagjuk elvesztése lett. A régi munkájukat csonkoltan kevesen tudták csak folytatni. A hadirokkant képzés-átképzés a húszas évek derekára fokozatosan tönkrement. Rengeteg hadirokkant koldulásra kényszerült, vagy csekély segélyből élt. Az emberek becsapva érezték magukat, és tulajdonképpen be is csapták őket. Egészségüket áldozták a hazáért, és nem, vagy alig kaptak érte valamit. Csaknem megoldhatatlan volt a lakáshiány, főleg Budapesten. Az elcsatolt területekről beözönlő menekültek a munkanélküliek számát és a nyomortelepeket gyarapították.

Az I. világháború alatt a hadirokkantakra kidolgozott átfogó, emiatt páratlan rehabilitációs rendszer összeomlott, és ezzel párhuzamosan a hadigondozás is. Ennek több oka is volt. A trianoni békeszerződés után a hadirokkant utókezelő intézetek zöme területen kívülre került. Ugyanakkor a feladatok mértéke szinte semmit sem változott a beáramló menekültek miatt. A vesztes háború miatt nagyon elszegényedett az ország, és tény, hogy a szociális feladatokra nem jutott elég pénz. Míg a győztes országokban a háborús sérültek igen komoly erkölcsi és anyagi támogatást kaptak, ez a vesztes államokban egyre csökkent. A hadirokkantak ekkor megpróbálták saját maguk intézni a sorsukat, de így izgága, megbízhatatlan elemeknek minősítette őket a társadalom, elvesztették a korábbi tiszteletet, és fokozatosan részvétlenné váltak az emberek velük szemben.

A hadirokkant ellátás összeomlásának volt még egy igen jelentős társadalmi oka is. A Tanácsköztársaság győzelmét a szervezett munkásságon kívül csupán a hadirokkantak segítették. Így nem csupán a pénzhiány, hanem az ellenségessé vált közhangulat sem engedte

a támogatásukat. Míg az I. világháború alatt a hadirokkantak szinte külön privilegizált társadalmi osztályt alkottak, a háború után lenézték őket, és nem szívesen adtak munkát nekik. Végül 1933-ban megszületett a rokkanttörvény,²¹⁷ ekkortól ingyenes lett az egészségügyi ellátásuk. Számos foglalkozási rehabilitációt támogató rendeletet is hoztak, melyek bizonyos állásokat rokkantaknak tartottak fenn (jegyszedő, teremőr, parkfelügyelő, stb.).²¹⁸

Azonban ennek ellenére a két háború között is születtek katona-egészségüghöz köthető jelentős rehabilitációs eredmények. Az első világháború alatt Dollinger Gyula sebész főleg a protetizálás és az orvosi rehabilitáció megszervezésével, Klebelsberg Kunó a szociális rehabilitáció létrehozásával kitűnően megoldották a hadirokkantak komplex rehabilitációs ellátását. A két világháború között a megváltozott társadalmi, politikai helyzetben sok korábbi vívmány elveszett, így a rokkantak helyzetének javítása újra óriási kihívást jelentett. A megoldásban nagy szerepet vállalt Dr. Ertl János sebész és Dr. Teleki Pál. Munkásságuk jelentősen segítette a magyarországi rokkant ellátást. Előbbi az amputációs sebészet (és általában a sebészet) funkcionális szemléletének, utóbbi a rokkant emberekkel történő egyéni bánásmód fontosságának felismerésével járult hozzá a hazai rehabilitáció fejlődéséhez.

²¹⁷ 1933. évi VII. törvénycikk a hadirokkantak és más hadigondozottak ellátásáról
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7922> Letöltve 2016. július 31.

²¹⁸ Borsay János: A hazai rehabilitáció az első világháború után Balneológia, Rehabilitáció, Gyógyfürdőügy 1986.(4) pp. 261-266.; Kenyeres György: Hadigondozás-politika egy évtizeddel a háború után. Budapest. A szerző kiadása. 1928.; Kocsis Piroska: Hadirokkant sors a második világháború után
http://www.archivnet.hu/hadtortenet/hadirokkant_sors_a_masodik Letöltve 2016. augusztus 6.

3.4.1. Funkcionális szemlélet a sebészetben

A fogyatékoság fogalma és értelmezése a történelem során folyamatosan változott. Sokáig a biológiai állapot visszafordíthatatlan megváltozását értették alatta. A WHO még 1980-ban is irreverzibilis, egyirányú folyamatnak tartotta a fogyatékoságot a rokkantság felé. Bár ekkor már az emberi lét három dimenziójában - a biológiai, a speciálisan emberi és a társadalmi vonatkozásokban - külön foglalkoztak a fogyatékoság jellemzőivel.²¹⁹

Két évtized múlva a WHO kiadta „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” című munkát, amelyben a fogyatékoságot már teljesen más értelmezésben használták, függetlenítették a diagnózistól. Személyes és környezeti tényezők által meghatározott olyan élettapasztalatnak, élethelyzetnek tartották, amely reverzibilis is lehet. A fogyatékoság lényege tehát a funkció, a funkcióképesség zavara a lét három dimenziója közül bármelyikben. A funkcióképesség, a testi struktúrák és funkciók, a személyes tevékenység és a társadalom életében történő részvétel zavarmentessége.²²⁰

Dr. Ertl János sebész (1880-1951) munkássága elsősorban a funkcionális szemlélet miatt kapott igen nagy jelentőséget a rehabilitációban. Saját háborús tapasztalatai vezették a megfelelő működés, a funkció fontosságának felismeréséhez, már jóval a WHO megalakulása előtt. Katonaorvosként részt vett az első világháborúban, és már akkor foglalkozott a rendkívül súlyos, és a nem szokványos sérülések ellátási problémáival. Későbbi munkásságát is a nehéz, különleges sérülések megoldása jellemezte. Főleg a koponya-, az arc-, az állkapocs sérüléseinek ellátása terén vezetett be új megoldásokat. Csontátültetései, plasztikai műtétei külföldön is ismertté tették a nevét. Több mint 6 000 koponya-, arc-, állkapocs-sérült katonát és hadirokkantat operált meg (10. sz. kép), és 10 000 egyéb műtétet végzett. Az első világháborúban szerzett tapasztalatai alapján új plasztikai sebészeti, funkcionális sebészeti és regenerációs szövetkinövesztési eljárásokat dolgozott ki. A rákos daganatok és a

²¹⁹ World Health Organization. International Classification of impairments, disabilities and handicaps. WHO, Geneva, 1980.; <http://tinyurl.com/gor22aa> Letöltve 2016. október 18. ; <http://preview.tinyurl.com/gor22aa> Letöltve 2016. október 18.

²²⁰ WHO: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2004.

tuberkulotikus elváltozások műtéti kezelése területén is számos újítást vezetett be. Munkásságát külföldön, főleg a német nyelvterületeken, is elismerték.²²¹

Az első világháború alatt, mivel még antibiotikumok nem voltak, és a sürgősségi ellátás is kezdetleges volt, a végtagsérült katonák életben maradásához a csonkolás volt a rutin műtéti beavatkozás. Emiatt a háború után végtagscsonkolt hadirokkantak tömegeiről kellett gondoskodni. A harctér közelében, rossz körülmények között, sürgősen, csupán az életmentés szempontját figyelembe véve végzett csonkolások, később nem, vagy csak nehezen voltak protézisekkel elláthatóak. A sebészetben már a háború vége felé, a torz és a csonkolt katonák nagy száma miatt, a helyreállító műtétek igénye megnőtt. Dr. Ertl János sebész, aki sok koponya-, arc-, állkapocssérültet operált meg, azt írta: „... már az első beavatkozás minőségén dől el a hadirokkant sorsa s ezzel egész életre egy család szociális helyzete”²²²

A két világháború között az országnak megoldhatatlan szociális terhet jelentettek az első világháború rokkantjai. Ertl, mivel látta a hadirokkantak súlyos szociális gondjait, sebészként tapasztalta az egészségügyi problémáikat, megírta a „*Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása és e téren a helyreállító biológiai sebészet jelentősége. Hadirokkantak sebészi és szociális ellátása.*” című könyvét. Már a könyv alcímében is meglepően összekapcsolta a sebészeti és szociális ellátást. Véleménye szerint a sebészeti beavatkozásokkal közvetlenül az élet megmentése után a munkaképesség helyreállítására kell törekedni. „*A hadirokkantak sebészi helyreállítása tulajdonképpen a munkaképesség helyreállításának a sebészete,...*” – írta.²²³ Hiába marad életben a sérült katona egy sebészeti beavatkozás hatására, ha sem magát, sem családját eltartani nem képes, és emiatt előbb vagy utóbb teherrel válik. Az önellátáshoz vezető első lépcső az olyan sebészeti ellátás, amely a funkciókat szem előtt tartja. Ez adja meg az alapot a későbbi munkaképességnek is. Világosan felismerte: „*Az egyetemes hadirokkantügy terén két életbevágóan fontos munkakör adódik, úgymint a sebészi és a szociális. E két munkakör igen szoros összefüggésben van; mennél eredményesebb a sebészi ténykedés, annál jobban tehermentesül a szociális ellátás és fordítva.*”²²⁴

²²¹ Emlékezés dr. Ertl Jánosra (1880-1951) Orvosi Hetilap 1997. (138) 40. pp. 2541-2542.; Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása és e téren a helyreállító biológiai sebészet jelentősége. Hadirokkantak sebészi és szociális ellátása. Hadirokkantvédelem Közleményei I. Budapest, Stephaneum nyomda, 1943.

²²² Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása... i. m.

²²³ Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása... i. m. p.13.

²²⁴ Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása... i. m.

Az első világháború után több százezer hadigondozotról kellett a csonka, kirabolt országban gondoskodni. Ezért nem csupán az egyén ügye volt, hogy ismét munkába állítható legyen, hanem az egész ország szociális létét érintő feladat. Ertl János a hadirokkantak tömegeit operálta, így saját tapasztalatai alapján észlelte a helyzet súlyosságát.

„Ami a célszerű sebészi munkát illeti, úgy annak két korszerű feladatot kell megoldani, úgymint 1. a munkaképesség lehető legtökéletesebb helyreállítását, mégpedig oly eredményekkel, hogy a hadirokkantak mennél nagyobb számmal a legrövidebb úton térhessenek vissza régi foglalkozásukhoz s lehetőleg ne legyenek szociális gondozásra utalva, 2. a rokkantságok, illetve azok súlyosbodásának a megelőzését. A sebészi munka ezen kettős feladatán, úgymint a helyreállítás és megelőzés sikerén dől el a hadirokkantak sorsa, ...”²²⁵

Tehát már az első világháború után felbukkan a munkaképesség helyreállításának és a megelőzésnek a gondolata. A sebész Ertl János természetesen elsősorban a műtéti beavatkozások révén próbálta a funkcióképességet visszaadni. Minél sikeresebb a sebészi helyreállítás, annál kisebb a társadalomra háruló szociális teher:

„A sikeres sebészi helyreállításon nyugszik a rokkantügy hathatós megoldásának súlypontja s innen indul ki annak legelső lépése. Mennél több rokkantat állítunk helyre, annál kevesebb teher és felelősség hárul az államra és a társadalomra, s annál könnyebb lesz a szociális gondozás.”²²⁶

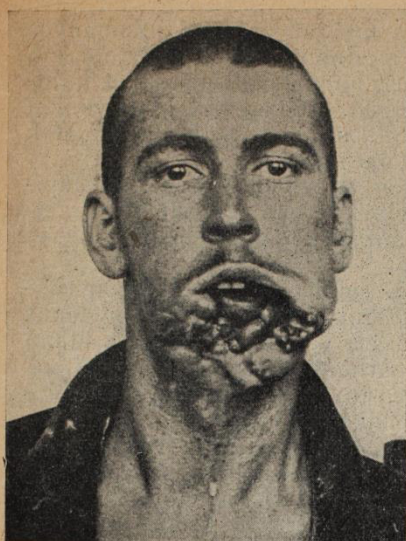
„Az iszonyú sérüléseken, melyek békében sohasem állottak rendelkezésünkre, mélyebben megfigyelhettük a szervezet gyógyulási, önreparálási törekvéseit...; ezeket igyekeztünk elősegíteni...a működési eredmények is jobbak lettek....Ily alapon igen sok esetben 100%-os rokkantságot is teljesen meg tudtunk szüntetni; átlagosan pedig minden javítható rokkantságot sikerült 40 % -al javítani.”²²⁷

Dr. Ertl János főleg az arc- és állkapocs-sérülések, a gennyedő csontsérülések, amputációk, csontpótlások területén ért el jelentős rehabilitációs vonatkozású eredményeket.

²²⁵ Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása... i. m.

²²⁶ Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása... i. m.

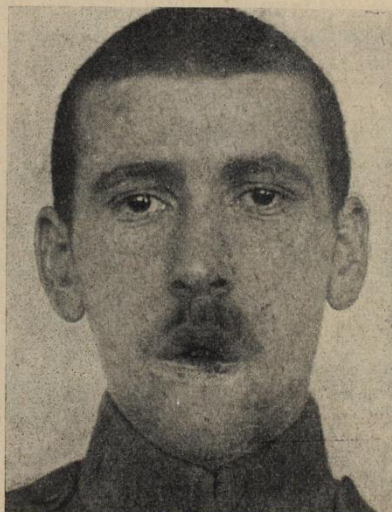
²²⁷ Ertl János: A plasztikai sebészet fejlődése a világháborúban és a rokkantkérdés... i. m. p.7.



Teljes állhiány műtét előtt.



Bőr, izomátültetés.



Műtét után.

10. sz. kép Teljes állhiány műtét előtt és után²²⁸

²²⁸ Ertl János: A plasztikai sebészet fejlődése a világháborúban és a rokkantkérdés, különös tekintettel a hazai viszonyokra. Budapest, Hadirokkantak Nemzeti Szövetsége, Stephaneum Nyomda, 1922. p.16.

3.4.2. Az egyéni bánásmód

A modern rehabilitáció egy olyan folyamat, amelyben minden egyes embert külön egyéni rehabilitációs terv alapján vezetnek a szakemberek. Ez a terv idővel változhat, és többnyire változik is. Megalkotásában messzemenően figyelembe kell venni a rehabilitálandó ember képességei mellett a vágyait is.

„Az első világháború utáni elesettség idején, valahányszor a fórumok a hadirokkantak sorsáról az ő meghallgatásuk nélkül intézkedtek, úgy ezen intézkedéseken nemigen volt áldás s mindezek szenvedő alanyai a meg nem értett hadirokkantak voltak.”²²⁹ – írta Ertl János sebész.

Az Országos Hadigondozó Hivatal vezetője 1917-től gróf Teleki Pál lett. Nem csupán irányított, személyesen is részt vett a Hivatal napi munkájában. Fokozatosan rádöbbsent, hogy a mindenkire egyformán alkalmazott sablonos eljárásokkal nem lehet igazán jól segíteni a hadirokkant embereknek. Minden ember sérülése, körülményei, munkája, családja, elvárásai mások. Amíg ugyanazt a sablont alkalmazták mindenkire, rendkívül sok volt az eljárással elégedetlen ember.

Az 1939. évi közigazgatási továbbképző tanfolyamon szenvedélyes előadásban fejtette ki tapasztalatait a rokkantak gondozásának egyénre szabott módjáról. *„Ekkor az a gondolatom támadt, hogy megkérdem magát a rokkantat.”*- mondta Teleki Pál. Hiszen *„... minden eset más, minden eset egyéni, nincs két eset, amely tökéletesen azonos lenne, ha van is hasonló eset. Ha az ember a jövő életet akarja megoldani és megalapozni, akkor nem lehet egy-két incidentális dolog alapján ítélni, hanem ki kell méríteni egy embernek összes körülményeit, az*

²²⁹ Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása... i. m.

összes vonatkozásokat, minden családi körülményét és ezeknek lehetőleg teljes ismeretében vezetni őt vissza valamelyik foglalkozásba.”²³⁰

Az Országos Hadigondozó Hivatalt ért sok panasz miatt átalakította az ellátási folyamatot. Először 10 embert kérdezett ki saját maga, utána a munkatársaival együtt 50 emberrel beszéltek részletesen. Ezután újabb 180 esetet dolgoztak fel. Három napon át mérlegelték a tanulságokat. Végül követendő mintának az alapos kikérdezésből, a kutatásból (család, lakóhely, körülmények) és a megoldási ajánlat megtételéből álló eljárást találták. Külön-külön hosszasan elbeszélgettek minden rokkant katonával, azt éreztetve, hogy az ő ügye a fontos, valamennyien érte vannak. Megnyerték a bizalmát, meghallgatták az elvárásait, vágyait, és közösen találták ki a megoldást.²³¹

„A cél tehát mindig az volt, hogy a kellő megoldást megkeresse az ember. Az első feladat a kikérdezés módja. Mindent meg kell kérdezni. Hosszas beszélgetéseket kell folytatni, ahol először meg kell győzni az illetőt arról, hogy vele, az ő ügyével törődik az ember és érdeklődik a család, a gyermekek, a rokonok, mindenki iránt. Barátságot kell kötni az ügyféllel. Amikor már ez a barátság félig-meddig létrejött és a bizalom megvan, akkor lehet azután azokra a pontokra rátérni, amelyek a megoldásra lényegesek.”²³²

Az Országos Hadigondozó Hivatal elé kerülő emberek már átéltek háborút, lövészárkot, sérülést, műtéteket. Már szembenéztek a ténnyel, hogy sohasem lesznek olyanok, mint a háború előtt voltak. Többségük lelkileg összetört, kilátástalannak tartja a jövőt, elvesztette a reményét és a tartását. Teleki Pál azt írta: *„önérzetes embert azzal termelek ki, ha egyszer rendezem ügyét, de úgy természetesen, hogy ebben ő is részes. Így az önállóság érzésével megy tovább az életben.”* „Az embereknél az a fontos, hogy az életlehetőségeket alapozzuk meg, mert az ember önérzete ezzel tér vissza!”²³³

²³⁰ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban In: A korszerű közszoigálat útja 10. kötet. A mai magyar szociálpolitika. Az 1939. évi közigazgatási továbbképző tanfolyam előadásai. Közzéteszi Dr. Vitéz Keresztes-Fischer Ferenc M. Kir. T.T., Belügyminiszter Szerk.: Mártonffy Károly, Budapest, 1939. Állami nyomda p. 229.

²³¹ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. pp. 230-232.

²³² Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. pp. 231-232.

²³³ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. pp. 233-234.

A modern rehabilitációban ugyanezekkel a megközelítési módokkal találkozunk. Minden rehabilitálandó ember más és más, nem lehet sablonok alapján visszavezetni a társadalom életébe. Meg kell nyerni a bizalmát, meg kell ismerni a családját, környezetét, régi munkáját, kedvteléseit, csak így ismerhető meg a személyisége, csak így alkotható meg az egyéni rehabilitációs terv. Amennyiben érzi a figyelmet, az egyéni bánásmódot, megnyerhető az együttműködése és az aktív részvétele is. A ráerőltetett, értelmetlenné tűnő procedúrákkal csak ellenállást lehet kiváltani. A beteg és a segítői így együttesen képesek egy új, reális, a betegnek is tetsző jövőképet kialakítani. Teleki Pál elképzelései nem csupán az egyéni bánásmód fontosságára hívták fel a figyelmet, hanem a későbbi rehabilitációs team munka lényegét is körvonalazták. A beteggel együtt kell dönteni, ő a team legfontosabb tagja.

*„Elvem az volt, hogy az embereknek nem egyforma pénzbeli ellátáshoz van joguk, hanem ahhoz, hogy az ember ügyükkel egyformán foglalkozzék és végleges megélhetéshez juttassa őket, hogy őket mindenben támogassa, mégpedig nem mint 4.318-as számú rokkantat, hanem mint Nagy Jánost és Kiss Pétert. Nagy különbségek lehetnek pénzbelileg ebben a tekintetben, de a jóakarattal tekintetében nem szabad különbségnek lennie.”*²³⁴

*„A pénzsegélynél drágább módszer nem létezik.”*²³⁵ - szögezte le Teleki Pál. Segélyek adása helyett munkahelyek keresését preferálta, vagy ha szükséges volt, akkor képzést, átképzést javasolt. *„Segíteni lehet azzal, ha az ember az illetőnek – ebben az esetben a rokkantokról van szó- munkaerejét és tudását fokozza. Nagyon sok esetben a taníttatáshoz is folyamodtunk.”* - írta.²³⁶ A jelenkori rehabilitáció célja a károsodott ember visszajuttatása a társadalom életébe, lehetőleg olyan módon, hogy képes legyen önmagát ellátni és eltartani. Már 1939-ben Teleki Pál is végleges megélhetéshez juttatásról beszélt, a drága segélyek helyett önálló munkáról. Világosan látta, hogy a képzés és az átképzés is járhatóbb út, mint a segély. A rokkantat a családjával egységben láttatta, nem elszigetelten, sorsukat összefonódva képzelte el a továbbiakban. Amikor magán a rokkant emberen nem tudott segíteni, a család helyzetét próbálta javítani, például másik családtagnak szerzett munkát.

Ezután *„mindenki életét valaki tovább figyelemmel kíséri, hogy legyen valaki, akihez fordulhat.”*²³⁷ Teleki elképzelése szerint olyan önkéntes segítőket, főleg iparos embereket

²³⁴ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 231.

²³⁵ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 232.

²³⁶ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 234.

²³⁷ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 230.

toboroztak, akik a rokkant közelében laktak, és ugyanabban a szakmában dolgoztak. Feladatuk a rokkant ember támogatása a civil életben, a munkában, a képzésben, az átképzésben. Ezek az úgynevezett szaktanácsadók szükség esetén folyamatosan elérhető segítséget nyújtottak.²³⁸

Egy év alatt - a Tanácsköztársaságig - 2.000 feletti egyéni esetmegoldást végeztek. A kommün alatt: *„Az egyéni iratok nagyrészét elégették. Mindennek következtében nem tudtam figyelemmel kísérni az egyéni eseteket, hiszen nem is tudtuk tovább gondozni rendesen az illetőket.”*²³⁹ A Tanácsköztársaság után azonban újra elkezdték a munkát.

Az egyéni bánásmód, a bizalmas légkör, a segélyezés helyett munkahely szerzése vagy átképzés, a felülről kényszerített sablonok helyett az egyén igényeiből kiinduló támogatási rendszer volt az elgondolásának a lényege. Ez a módszer a rokkant sorsát intéző hivatalnoktól önállóságot, lelkiismeretességet és felelősségvállalást követel meg. *„De felelősségvállalás és lelkiismeretesség nélkül egyéni elbánást nem lehet keresztülvinni.”* *„A sablon arra jó, hogy a felelősség alól mindenki mentesíthesse magát...”* - mondta.²⁴⁰ Amennyiben a hivatalnokot rehabilitációs szakorvossal, illetve a rehabilitációs team szakembereivel helyettesítjük, ma is szó szerint átvehetjük a Teleki Pál által felállított követelményeket. *„A saját népünket a saját népünk karaktere, jellege szerint kell kezelni és dolgait megoldani. És ha van nép, amelyre az individuális kezelés áll és szükséges, nem hiszem, hogy itt valaki legyen, aki ne mondja rá, hogy igen, az a magyar!”* Tehát *„... a megoldásnak magyar megoldásnak, a gondozásnak magyar gondozásnak is kell lennie. Nemcsak nemzeti érzésből, hanem egészen egyszerűen, praktikumból.”* - nyilatkozta.²⁴¹

Dr. Teleki Pál zseniálisan felismerte a rehabilitáció egyik alapelvét, az egyéni bánásmódot, amelyből szinte minden esetben egyenesen következett a hadirokkant jó együttműködése, aktív részvétele a reintegrációban. A közösen kialakított új jövőkép, az új életlehetőségek felfedezése, a képzés, átképzés kialakítása, a munkahely megkeresése, elvezet az önállóság, az önérzet és önbizalom visszaszerzéséhez, a lelki egyensúly helyreállításához is.

²³⁸ Teleki Pál: A rokkantak szaktanácsadói Népjóléti Közlöny 1918. (2) 1.; Pik Katalin: A szociális munka története Magyarországon (1817-1990) i. m. 157.

²³⁹ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 230.

²⁴⁰ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 231.

²⁴¹ Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban i. m. p. 236.

3.5. ÖSSZEFOGLALÁS

A trianoni békediktátum következményeként az ország elvesztette területe kétharmad részét, lakosai harmadát, ipari, oktatási, egészségügyi intézményei, piacai jelentős részét. Az 1929-1933 közötti gazdasági válság alatt tömeges lett a munkanélküliség, a legszegényebbek nyomortelepeken éltek. A nyomor a fertőző betegségek terjedését ugrásszerűen segítette. Az 1920-as években Magyarország volt az egyik legelmaradottabb ország Európában a csecsemőhalálozás, a tuberkulózis, a hastífusz tekintetében. A tuberkulózist ezért morbus hungaricusként (és lakásbetegségként) is emlegették. A trianoni területi veszteségek miatt csak 183 kórház maradt Magyarországon 1920-ban, így 10 ezer emberre 11 kórházi ágy jutott csupán. A két háború között jelentős kórházfejlesztés indult meg, 1930-tól kormányprogram lett a tuberkulózis elleni küzdelem. A tüdőszanatóriumok száma növekedett és munkájuk alapján indult meg a pulmonológiai rehabilitáció fejlődése. Később egy részükből mozgásszervi rehabilitációs osztály lett.

A trianoni békeszerződés a hadsereg létszámát 35 ezer főben határozta meg, korlátozta a fegyvernemeket, megszüntette a hadiipart az országban. A katonai egészségügy személyi, anyagi, tárgyi feltételeit a tényleges katonai állomány méretéhez igazították. Ez a lemaradás egészen a második világháború végéig érezte a hatását. A két világháború között összeomlott a rokkant katonák átfogó rehabilitációs rendszere, és vele párhuzamosan a hadigondozás is elsorvadt. Mégis születtek a későbbi rehabilitációban is jól alkalmazható új eredmények.

Az I. világháborúban tömegével keletkeztek a végtagok elvesztésével járó sérülések. Az akkori műtéti technika és sürgősségi ellátás csupán a sérült katonák egy részének az életét tudta megmenteni. Később derült ki, hogy az ilyen módon sürgősséggel végzett végtag amputációk jelentős része nem látható el olyan protézissel, amely funkcióban jól használható lenne. Ezek az emberek munkára képtelenek voltak, gondozásra, ellátásra szorultak. Gyakori volt az arc és az állkapocs sérülése is. Az eltorzult arc szociális kirekesztést, az állkapocs sérülése beszéd és étkezési zavarokat okozott. Ez indította el azoknak az alternatív sebészeti

beavatkozásoknak a keresését, melyek a funkció helyreállítását tartották céljuknak. Dr. Ertl János az I. világháborúban katonaeorvosként dolgozott, így közvetlen közlelről láthatta a sérült katonák ellátásának nehézségeit. Tapasztalatai alapján megalkotta a „Hadirokkantak sebészi és szociális ellátása” című írását, amelyben a sebészeti funkcionális szemlélet fontosságát elemzi a későbbi önellátás és keresőképeség szempontjából. Főleg koponya, arc, állkapocs és végtag sérülések helyreállító funkcionális sebészetében szerzett tapasztalatokat, elsősorban a torz és csonkolt katonák helyreállító sebészetét vállalta. Hangsúlyozta, hogy az első műtét, döntő fontosságú a hadirokkant sorsa és egész családja szociális helyzete szempontjából. A sebészi beavatkozás célja a funkció, a munkaképeség helyreállítása kellene, hogy legyen. Munkássága rehabilitációs szempontból igen nagy jelentőségű, a sebészeti funkcionális szemlélet megfogalmazása és elterjesztése miatt.

A két világháború közötti korszak másik nagy rehabilitációs eredménye gróf Teleki Pál nevéhez fűződik. Az Országos Hadigondozó Hivatal vezetőjeként felismerte, hogy a hadirokkantak sorsának rendezése csakis egyéni elbírálás alapján történhet. Minden ember sérülése, körülményei, elvárásai mások. Sok panasz érte a Hivatal munkáját, amíg sablonosan próbáltak emberi sorsok felett dönteni. A rokkant emberekkel történő egyéni bánásmód fontosságának felismerésével lényegesen csökkentek a Hivatalt érő kritikák. Teleki bevonta a rokkant embert a saját sorsának intézésébe. Míg a háborús hűsadarálóban csak egy sorszám volt, itt saját akarattal, vágyakkal rendelkező egyén lett. Kezdetben a családi, egészségi, munkahelyi körülményei részletes megbeszélése során megnyerték a hadirokkant bizalmát. Éreztették vele hogy ő a fontos, az ő egyéni sorsa a lényeges. Megpróbálták vele közösen megoldást találni a gondjaira, és megalapozni a további életlehetőségeit. Segély helyett közösen keresték meg a munka, a képzés, átképzés módjait. A cél a hadirokkant önértékelésének, önállóságának, keresőképeségének a visszanyerése volt. Teleki egyéni bánásmódja a hadigondozásban a mai modern rehabilitáció alaptétele lett. Minden ember egyéni terv alapján halad a rehabilitációs folyamatban. A tervet, az új jövőképet, közösen dolgozzák ki a szakemberek a rehabilitációs teamben a beteggel. Teleki gróf zseniálisan meglátta az egyéni bánásmód fontosságát, amivel elnyerhető a rokkant együttműködése, aktivitása, hiszen ezek nélkül a rehabilitáció csupán zsákutca lenne. A hadigondozásban kialakult egyéni bánásmód így járult hozzá a hazai rehabilitáció jelenleg alkalmazott módszereihez.

4. A HIDEGHÁBORÚS IDŐSZAK REHABILITÁCIÓS EREDMÉNYEI

A hidegháborús történelmi időszak (1947-1991) a második világháború utáni két nagyhatalom, az Amerikai Egyesült Államok és a Szovjetunió folyamatos fegyverkezési, gazdasági, politikai, ideológiai versengésével jellemezhető. Ugyanakkor a két nagyhatalom által támogatott több kisebb, főleg harmadik világbeli országban, véres harcok dúltak, sok millió áldozattal. A hidegháború 1991-ben a Szovjetunió széthullásával zárult le.

A harmadik generációs hadviselést a hadtörténészek az első világháború végétől számítják, és főleg a második világháborúban, valamint az ezt követő helyi háborúkban volt megfigyelhető. Harcászatilag a villámháborúk, a váratlan irányokból történő támadások, a háterszág bombázása jellemezték. A polgári sérültek nagy száma miatt a katonai-polgári egészségügyi együttműködés jelentősége megnőtt.²⁴² A katonai-egészségügyre a gyors szervezések, a sürgős átcsoportosítások, a járványok arányának csökkenése, a polgári áldozatok számának növekedése volt jellemző. A második világháború volt az első olyan háború a történelemben, amelyben a sérültek aránya meghaladta a betegekéét. A technika fejlődése és a sérültek növekvő száma miatt a kiürítésben a légi szállítás egyre inkább előtérbe került. Igazolódott a sérülés és az ellátás között eltelt idő fontossága.²⁴³

²⁴² Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései... i.m. pp. 20-21.

²⁴³ Svéd László: Aktualitások és tények a katonai-egészségügy történetéből. i. m. pp. 143-151.; Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... pp. 8-9.; Svéd László: Magyar katonai-egészségügy a II. világháborúban. i. m. pp. 152-157.

4.1. A KOREAI HÁBORÚ ÉS AZ ÉGETT SÉRÜLTEK REHABILITÁCIÓJA

4.1.1. A koreai háború katona-egészségügyi jellegzetességei

A koreai háború a hidegháborús időszak első fegyveres konfliktusa volt. Észak- és Dél-Korea, valamint szövetségeseik (Szovjetunió, Kína, ENSZ-koalíció) között robbant ki a háború 1950-1953 között. A második világháború végén a Koreai-félszigeten az északi részt a szovjetek, a déli részt az amerikaiak szállták meg. A választóvonal a 38. szélességi fok volt. A szovjetek kommunista rezsimet, az amerikaiak egy nyugat-barát kormányt juttattak hatalomra. Észak-Korea 1950-ben váratlanul megtámadta Dél-Koreát, célja az ország egyesítése volt. Hamarosan a szövetségeseik is bekapcsolódtak a harcba. Három év alatt az ország egésze romba dőlt, tönkrementek az ipari létesítmények, a közlekedési hálózat, az egészségügyi intézmények. A háború alatt és utána is, a Szovjetunió és a népi demokratikus országok jelentős támogatást nyújtottak Észak-Koreának. Ez volt az első háború, amelyben a lökhajtásos harci repülőgépek döntő szerephez jutottak. Elterjedt a napalm alkalmazása is. Lángszórókban és gyújtóbombák alapanyagaként használva robbanásakor szétszóródott, rátapadt a környezetre, és rettenetes égési sérüléseket okozott. Ha túléltek a sérültek, borzalmas hegekkel gyógyultak. Felvetődött atomfegyver alkalmazásának lehetősége is. Mivel ez a háború viszonylag kevés média figyelmet kapott, elfeledett háborúként vagy ismeretlen háborúként is szoktak hivatkozni rá.

*„A városok teljesen felégetve, a lakosság lakás, ruha, cipő és gyógyszer nélkül van. A középületek, gyárak lebombázva... Korea lakott területei romhalmazzá váltak. Állatállományuk nincs, aprójószág nincs. A lakosság a földbeásott vermekben lakik. ... hastífusz, vérhas, disenteria rettenetes méreteket fog ölteni.”*²⁴⁴

A koreai háborúban (1950 -1953) 3 millió katona halt meg, 1,25 millió civil pusztult el.²⁴⁵ Az Egyesült Államok egészségügyi biztosítása Koreában mozgó sebészeti tábori kórházakat

²⁴⁴ Simics Sándor koreai követ jelentése Korea helyzetéről, a háború pusztításairól 1950.december 31. MOL XIX-J-14-a-153/Biz. Pol.-1950. 12. doboz

²⁴⁵ Weiszár Attila, Weiszár Balázs: Háborúk lexikona. Budapest, Athenaeum Kiadó, 2004. p. 268.

(Mobil Army Surgical Hospital, MASH) alkalmazott. Ezekben a fronthoz közel végeztek életmentő sebészeti beavatkozásokat, így növelve a sebesültek túlélési esélyeit. Igyekeztek az összes idegrendszeri sérültet valamelyik MASH-ben elhelyezni, mivel ezekben az idegsebészeti ellátás igen magas színvonalú volt. Ahogy gyűltek a tapasztalatok, egyre több sérültet láttak el, egyre közelebb a frontvonalhoz, egyre rövidebb telepítési idővel. A koreai háborúban 7 MASH-t használtak. Igen nagy mennyiségű ismeret gyűlt össze a kiürítéssel kapcsolatban is. Kezdetben főleg vasúti (kórházvonatok) és vízi utat (Maine kórházhajó), később légi kiürítést is alkalmaztak. Kifejlesztettek egy vasúti síneken és közúton egyaránt közlekedni képes betegszállító járművet is. (11. sz. kép)



11. sz. kép A 765. Vasúti Szállító Zászlóalj autó-vonat egészségügyi busza a frontvonal közelében.

U.S. Army Signal Corps Collection, U.S. National Archives²⁴⁶

Akiket lehetett, Koreában láttak el véglegesen, a többieket Japánba evakuálták, majd állapotuktól függően hazaszállították. Koreában kezdték a helikopterek alkalmazását a súlyos sebesültek frontvonalból MASH-be történő gyors szállításához, amely átlagosan a sérülés után 1-3 órán belül megvalósult. 10 hónap alatt 254 súlyos beteget evakuáltak helikopterrel, csupán a brit frontvonalról. A MASH-ek alkalmazása és a kiürítés hatáskörének helikopteres

²⁴⁶ Sibul E.A.: Medical Railroading During the Korean War 1950-1953 Railroad History Spring-Summer 2011. p. 60.

javítása jelentősen megnövelte, a második világháborúhoz viszonyítva, a súlyos sérültek túlélési esélyeit. Főleg a has és a dura áthatoló sérülései utáni gyógyulási arányok javultak ugrásszerűen.²⁴⁷

A koreai háborúban a speciális körülmények – bizonytalan frontvonalak, gyors katonai helyzetváltozások, az ellenség felbukkanásának állandó lehetősége, a szélsőséges klimatikus viszonyok - miatt, kezdetben igen magas volt a pszichiátriai esetek száma. Ez rákényszerítette a hadvezetést a megoldás keresésére, amelyet a katonapszichológia módszereinek felhasználásában találtak meg. A harctérhez közeli akut pszichiátriai intervenciók kezeléseinek első alkalmazása ekkor történt. Azonban a gyorsan változó frontvonalak és a szélesen szétterülő harcmező miatt a korai intervenciók pszichiátriai kezelés nehezen terjedt el. Ennek ellenére, a program bevezetése után, a pszichés sérültek több mint 80 %-a rövid időn belül újra tudott harcolni.²⁴⁸ A DEROS (Date Eligible for Return from Overseas – a tengerentúlról történő visszatérés várható időpontja) rendszer bevezetését is ebben a háborús helyzetben kezdték el. Ez egy olyan pontrendszer volt, amelynek teljesítésekor a katona hazautazhatott. Az akut harctéri összeomlást ez a lehetőség látványosan csökkentette ugyan, de a késői károsító pszichés hatásai igazán csak a vietnami háború után bontakoztak ki. (Erről részletesen „A vietnami háború és a pszicho-szociális tényezők rehabilitációs jelentősége” 4.2. fejezetben írok.)

A koreai háború igen jelentős magyar katona-egészségügyi tapasztalatszerzésre nyújtott lehetőséget. A magyar állam a háború kitörése után felállított egy hadikórházat (Rákosi Mátyás Kórház) Koreában, amelyet a háború után még négy évig polgári kórházként működtetett. A Magyar Országos Levéltár dokumentumai szerint a kórház 1950 júliusa és 1953 júliusa között működött, mint hadikórház, majd 1957 júliusáig polgári kórházként funkcionált. A hadikórházat az Országos Béketanács, a polgári kórházat a magyar Egészségügyi Minisztérium finanszírozta. Ez a kórház jelenleg is áll, működik, a koreai állam fenntartásában.²⁴⁹ A Rákosi Mátyás Hadikórházban nyolc magyar egészségügyi csoport dolgozott egymás után. Az utazás kitüntetésnek számított, az itthon jól dolgozó egészségügyi

²⁴⁷ A MASH-ek alkalmazásával kapcsolatban lásd az alábbi forrásokat: Sibil E.A.: Medical Railroading... i. m.; Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései... i. m. pp. 29-30. ; Correspondent: The Medical Services in the Korean War. From a Correspondent. The Lancet London, 1953, 1: 134-135.

²⁴⁸ Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. The US Psychiatric Response in the 20th Century American Journal of Public Health. 2007 December; 97 (12):2132-2142.

²⁴⁹ Az észak-koreai Rákosi kórház titkai. Dokumentumfilm: http://tv2.hu/tv2klasszikusok/44850_az_eszak-koreai_rakosi_korhaz_titkai.html Letöltve: 2016. augusztus 9.

szakemberek közül az Egészségügyi Minisztérium válogatott. Arra törekedtek, hogy politikailag is megbízható, jó fizikai állapotú embereket küldjenek. A kiutazáshoz az ÁVH jóváhagyása kellett. Minden csoporttal a szakmai vezető mellett párttitkár is utazott. A háború alatt főleg sebészekre volt igény, később egyéb szakmák képviselői - belgyógyász, szemész, gyermekgyógyász - is kiutaztak, összesen több mint 100 egészségügyi dolgozó. A csoportokkal egyidejűleg értékes magyar egészségügyi szállítmányok is indultak Koreába, főleg vasúton.

Rendkívül rossz közegészségügyi, megterhelő klimatikus és életveszélyes háborús körülmények között dolgoztak a magyarok. A harcok miatt több alkalommal költöznie kellett a kórháznak. Miután a bombázások teljesen tönkretették a felszerelést, az 1950. év végén a magyar állam egy újabb, teljes 400 ágyas kórház felszerelését küldte ki Koreába. 1952-ben további fejlesztések - 1000 ágyas kórházra - történtek. A sorozatos bombázások és költözések miatt azonban állandóan nehéz körülmények között folyt a munka. Azt nyilatkozta az egyik dolgozó: *”... kórházunk a mintakórház szerepét a közeljövőben nem fogja tudni betölteni a kórházi feltételek hiánya miatt, annak ellenére, hogy mi olyan műtéteket is végzünk, melyekre a többi kórház nem képes.”*²⁵⁰

A körülmények ellenére a magyar egészségügyi csoport kitűnően dolgozott. Részt vettek a sérültek mellett a polgári lakosság ellátásában és egészségügyi felvilágosításában is, sőt képzésre és tudományos munkára is futotta az energiájukból.²⁵¹ A háború vége felé még egy 500 ágyas mobil kórházat is felszerelt a magyar állam. Az igazsághoz tartozik, hogy a kórház telepítése és fenntartása jelentős anyagi terhet jelentett Magyarországnak. A kórház 1955-re egy 630 000 fős tartomány teljes egészségügyi ellátását végezte. A gyógyszerellátást, a felszerelést és ennek pótlását, a dolgozók ellátását, a magyar Egészségügyi Minisztérium biztosította. 1957-ben adták át a kórházat a koreai kormánynak, amely azt a mai napig működteti.²⁵² A koreai háborúban dolgozó magyar orvosok között volt Dr. Zoltán János is, aki később a magyar rekonstrukciós plasztikai sebészet alapjait teremtette meg. Tudományos munkái jelentős részében a koreai tapasztalataira támaszkodott.²⁵³

²⁵⁰ Szarvas Pál nagykövet 1954.07.02. Jelentés a koreai magyar kórház építéséről MOL XIX-J-14-a-46/3-1954. 5. doboz (Magyar Országos Levéltár Külügyminisztérium Phenjani Követség TÜK iratok)

²⁵¹ Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései... i. m. pp.27-29.

²⁵² Kocsis Piroska: Magyar orvosok Koreában (1950-1957) In: ArchívNet XX. századi történeti források, 2005. 5. évfolyam 6. szám http://www.archivnet.hu/politika/magyar_orvosok_koreaban_19501957.html Letöltve 2016. augusztus 12.

²⁵³ Zoltán János: Add vissza az arcomat. Egy plasztikai sebész a Koreai háborúban DNM Kiadó, 1996.

4.1.2. A koreai háború és az égési sérülések kezelése

A koreai háború orvostörténeti jelentőségét az égési sérültek kezelésének és rehabilitációjának forradalmi megújítása adja.

Az égési sérüléseket egészen a II. világháborúig világszerte, így Magyarországon is, konzervatívan kezelték. A legkülönbözőbb kenőcsöket, oldatokat, lemosásokat, borogatásokat használták, de a lényeg, hogy csak és kizárólag konzervatív kezelés jöhetett szóba. Különösen népszerűek voltak a tannin tartalmú készítmények, amelyek például az úgynevezett Davidson-terápia lényegét képezték. A tannin elősegítette a pörk képződését, így a seb fedését, védelmét, gyógyulását. A visszamaradó durva, torzító hegeket Dupuytren²⁵⁴ már az 1800-as évek első harmadában műtéttel és rögzítésekkel kezelte.²⁵⁵

Az égéskezelés „első forradalma” a XIX. században játszódott le, az aszepszis, antiszepszis alapelveinek, a folyadékpótlás fontosságának felfedezésével. A II. világháborúban még mindig a konzervatív égési sebkezelés dominált, de már megindult az új utak keresése is. Az égettek sebészeti ellátása látványosan jobb túlélési eredményeket hozott. Az égett betegek kezelésének „második forradalma” a II. világháború utáni időszakban zajlott, főleg a koreai háború tapasztalatai alapján, amikor az égés elsősorban sebészeti betegséggé vált.²⁵⁶

Az első napalmnak nevezett anyagot 1942-ben fejlesztették ki, és már a II. világháborúban használták. Később a továbbfejlesztett változatai a koreai, majd a vietnami háborúban terjedtek el. Lángszórókban és gyújtóbombákban alkalmazva a bőrre tapadt, és súlyos égési sérüléseket okozott. Használata miatt az égési sérülések gyakorisága egyre nőtt a II. világháború után kirobbant fegyveres konfliktusokban.²⁵⁷

A napalmnak különböző típusait kísérletezték ki, amelyek mind-mind nagyon durva égési sérüléseket okoztak. Eleinte zsír- és olajsavakat keverték alumíniumsókkal, benzinnel, palmitinsavval. A később kifejlesztett napalm-B benzol, benzin és polisztirol keveréke volt.

²⁵⁴ Guillaume Dupuytren (Pierre-Buffière, 1777. október 5. – Párizs, 1835. február 8.) báró, francia sebész

²⁵⁵ Czirer László: Égési sebek kezelése. Orvosi Hetilap 1937. (81) 23. pp. 591-594.

²⁵⁶ Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. III. rész: Égéskezelés a XX. században Sebkezelés- Sebgyógyulás 2005. (8) 1. pp. 20-27.

²⁵⁷ Correspondent: The Medical Services in the Korean War. From a Correspondent. The Lancet, 1953, 1: 134-135.

Az újabb fejlesztésűek egyre jobban tapadtak a bőrhöz, és így a hatásuk is egyre súlyosabb lett. A napalmnak nem csupán a fizikai hatása volt rettenetes, pszichésen is borzasztóan demoralizáló volt. Rettegtek tőle az emberek. Főleg a koreai háborúban észlelték, hogy a napalmot szóró gépeknek már a megjelenésekor megadták magukat a katonák. (12. sz. kép)



12. sz. kép Napalmbomba által megcsönkített kamasz teteme²⁵⁸

A napalm alkalmazása miatt a koreai háborúban jelentősen megnövekedett az égési sérültek aránya. Ekkor kezelésük már rutinszerűen a károsodott bőr sebészeti kimetszésén alapult. Mivel ez a szállítást nehezítette, Koreából csak Japánba vitték át ezeket a sebesülteket, és ott megpróbálták minél korábban graft (bőr vagy bőrpótló anyag) beültetéssel pótolni a károsodott bőrt.²⁵⁹

²⁵⁸ Napalmbomba által megcsönkített kamasz teteme

<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/564x/c7/0b/29/c70b29c045271049fd44512a6788944a.jpg> Letöltve:2016. augusztus 8.;<https://hu.pinterest.com/pin/401946335471130147/> Letöltve: 2016. augusztus 8.

²⁵⁹ Correspondent: The Medical Services... i. m.

Az égési sérülések növekvő száma jelentős tapasztalatszerzésre adott lehetőséget. Az évszázadokig változatlan égési sebkezelés fejlődésnek indult. Korszerűsödött, hatásosabbá vált az égettek intenzív ellátása, sebészeti kezelése és rehabilitációja is. *„Az óriási mennyiségű tapasztalat robbanásszerűen kialakította a ma égéskezelésének alapjait. A világháború után, annak tapasztalatai alapján (kiegészülve a néhány éven belül bekövetkezett koreai háború súlyos, napalm-bomba sérültjeinek kezeléséből származó újabb adatokkal) bekövetkezett a „második forradalom”.”*²⁶⁰

Az ötvenes évek elejére így vált az égés a katona-egészségügy aktív közreműködésével sebészeti betegséggé, ekkor alakultak meg világszerte az önálló égési osztályok. Az égett betegek akut kezelése a modern fájdalomcsillapítás, az életfunkciók fenntartása mellett, az egyre korábbi műtéti beavatkozások irányába tolódott el.²⁶¹

²⁶⁰ Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. III. rész i. m. pp. 20-27.

²⁶¹ Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. IV. rész: Égéskezelés Magyarországon. Sebkezelés- Sebgyógyulás 2005. (8) 2. pp. 22-43.

4.1.3. A koreai háború és az égett betegek rehabilitációja

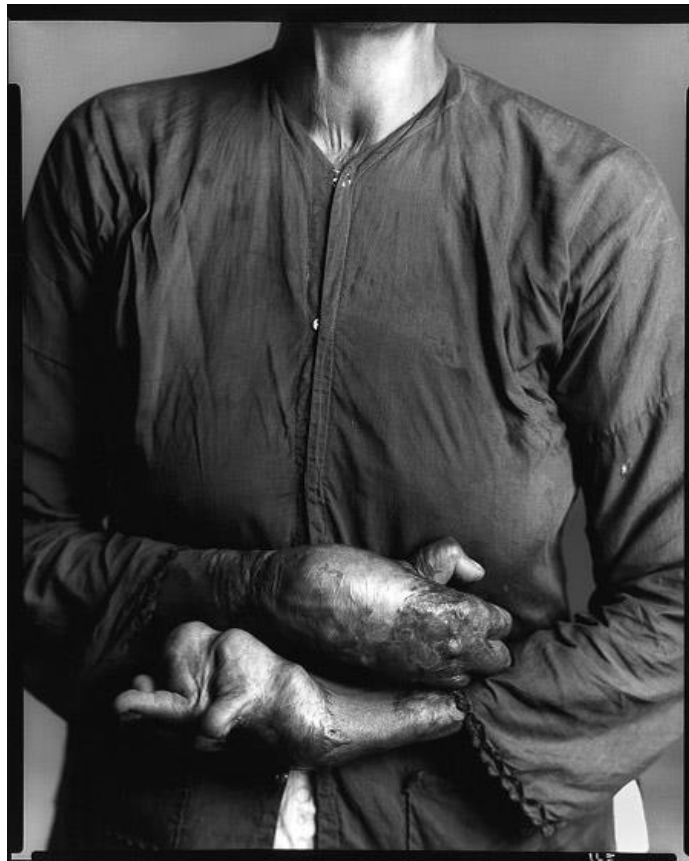
Az ötvenes évektől kezdődően szerte a világban különálló égési osztályokat hoztak létre, amelyekben multidiszciplináris teamek segítségével történt a sérültek gyógyítása. Az intenzív terápia, a fájdalomcsillapítás, a gépi lélegeztetés fejlődése, a megfelelő folyadékpótlás, a parenterális táplálás modern elveinek kialakulása, mind-mind jelentősen növelték az égett betegek életben maradási esélyeit. A lokális antimikróbás kezelések, a széles spektrumú új antibiotikumok, a sepszis kezelésének átalakulása szintén javította az égettek túlélését. Új plasztikai sebészeti eljárásokat és bőrpótló anyagokat fejlesztettek ki. A korai, sőt egyre korábbi necrectomia, és az azonnali fedés, jelentősen növelte az égett betegek életkilátásait, és jobb minőségű, kevesebb heg maradt vissza. Így a rehabilitációjuk, a társadalomba való visszaillesztésük, nagyobb eséllyel indulhatott. A fluidizációs ágyak alkalmazása is jelentős előrelépés volt. A homokot tartalmazó, szilikonnal fedett, állandó meleg levegőt áramoltató ágyakban szinte lebegett az égett beteg. A fentiek és a „... *modern fizioterápia és rehabilitáció, beleértve annak szociológiai és pszichológiai hátterét, és lehetne folytatni a felsorolást – mind-mind annak az interdiszciplináris csapatmunkának a részei, melynek eredménye az, hogy egyre több égési sérült gyógyul meg, funkcionálisan, esztétikailag jobban, elfogadhatóbban.*”²⁶²

A koreai háborúban sebészként dolgozó Dr. Zoltán János írta a visszaemlékezéseiben, hogy rengeteg napalmtól megégett, bombaszilánk és lövés okozta sérülést láttak el. A napalm hatására az emberek reflexesen az arcuk elé kapták a kezüket, hogy a szemüket védjék. Emiatt a túlélők között főleg az arcokon és a kezeken keletkezett égési sérülések okozták a későbbi panaszokat és jelentettek új rehabilitációs feladatokat. „*Nem voltak a küllemükre hiúak. Általában megelégedtek azzal, ha a működési zavar, amelytől szenvedtek, megszűnt; tehát szemüket be tudták csukni, jól tudtak enni és beszélni, szabadon tudták használni a kezüket – és nem törődtek azzal, hogy milyen színű az átültetett bőr, mennyire illeszkedik bele környezetébe.*”²⁶³ Tehát főleg a funkció visszanyerése volt a lényeges a számukra.

²⁶² Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. III. rész i. m. pp. 20-27.

²⁶³ Zoltán János: Add vissza az arcomat. Egy plasztikai sebész a Koreai háborúban. DNM Kiadó, 1996.

A mindennapi életben a kéz és az arc funkciói, az arc megjelenése, rendkívül nagy jelentőségű az önellátásban, munkában, emberi kapcsolatokban. A kéz szenzomotoros egység, szinte külön érzékszervnek tekinthető, használata az egyik legjellemzőbb emberi megnyilvánulás. Nem nehéz elképzelni, hogy a hegekkel mozdulatlaná merevedett kezekkel a napi önellátási feladatokat sem lehet elvégezni, a kenyérkereső munkát pedig egyáltalán nem. (13. sz. kép) A hegekkel eltorzított arc és kéz látványa a környezetet undorítja, szociálisan izolálja a sérültet. A heges szemhéjak a látást, a heges orr és száj a légzést, beszédet, étkezést akadályozza. (14. sz. kép) Rehabilitációs szempontból az életminőségben mindezek döntő szerepet játszanak. A kéz és az arc plasztikai, rekonstrukciós műtéti eljárásait Dr. Zoltán János a koreai háborús tapasztalataiból merítette. Visszatérve Magyarországra, ő hozta létre a magyar plasztikai és égési rekonstrukciós sebészet alapjait, tanítványai lettek az ország több nagyvárosában később létrehozott plasztikai és égési osztályok vezetői.



13. sz. kép A napalm áldozata²⁶⁴

²⁶⁴ A napalm áldozata

<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/564x/29/28/b2/2928b2498c916d25737001d36d7ed900.jpg>
2016. augusztus 08.; <https://hu.pinterest.com/pin/401946335471130147/> Letöltve: 2016. augusztus 8.



14. sz. kép Napalm miatt eltorzult nő²⁶⁵

Magyarországon a Kun-utcai Kórház volt sokáig az egyetlen, égettek ellátására szakosodott hely, amelyet 1953. január 1-én alapítottak, Dr. Frank György vezetésével. Ez az égési osztály Európában a negyedik volt. Eleinte az égés 20. napja körül javasolták a korai plasztikai műtét elvégzését, de ez az időpont egyre inkább előre tolódott. 1975-től Dr. Ménesi László – Zoltán János tanítványaként az égett kezek rekonstrukciójának nagy mestere – vezette az osztályt. Egyre korábban és egyre több műtéti beavatkozást végeztek az égett betegeken, egyre jobb gyógyulási adatokkal. A liofilizált sertésbőr, a fasciocután és musculocután lebenyek első hazai alkalmazása, az egyre korábbi necrectomiák végzése - melyek csökkentették a súlyos hegeseést - jellemezték munkásságát.

*„Az égett kéz kezelésének nem volt elismertebb ismerője hazánkban, fantasztikus türelemmel és fantáziával készített használható kezeket ronccsá dermedt, hegtömegbe zárt kezekből.”*²⁶⁶

A második magyarországi égési osztály 1962-ben a MH Központi Katonai Kórházában alakult meg, Dr. Novák János vezetésével. E két osztály tapasztalatai alapján, ezt követően az ország több kórházában is létrejöttek önálló égési osztályok, kis kórtermekkel, izolálási

²⁶⁵ Napalm miatt eltorzult nő

<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/b7/b1/94/b7b194ec9dfe4534b22d04fdd5152ca8.jpg>

Letöltve 2016. augusztus 8.; <https://hu.pinterest.com/jwrplumber/lest-we-forget/> Letöltve 2016. augusztus 8.

²⁶⁶ Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. IV. rész i. m. pp. 22-43.

lehetőséggel, külön műtőblokkal, gépi lélegeztetési lehetőségekkel a légúti égettek részére, fluidizációs ágyakkal, bőrpótló anyagok használatával.²⁶⁷ Mindez a túlélés mellett a késői eredmények, a durva, izületi mozgásokat korlátozó és esztétikailag taszító hegek elleni küzdelmet is szolgálta.

A mentés, az intenzív és a sebészeti ellátás fejlődése egyre súlyosabb égési sérült betegek túlélését tette lehetővé. Azonban ez az eredmény új kérdéseket is felvetett. A durva, torzító, mozgáskorlátozást és ijesztő megjelenést okozó hegekkel hogyan lehet élni? Hogyan lehet dolgozni, emberi kapcsolatokat létesíteni, hogyan lehet visszailleszkedni a társadalomba? A rehabilitáció új területe jött létre, az égett betegek rehabilitációja.

Mint kiderült, a legjobb eredmények akkor születtek, amikor az égettek sebészeti ellátása és rehabilitációja tartósan átfedést mutatott, gyakorlatilag egy időben és egy helyen zajlott. Gyakran a sebészeti ellátás több lépésből álló műtéti sorozatot jelentett. A rehabilitációt az életfunkciók stabilizálása után azonnal kezdeni szükséges, a későbbi minél jobb eredmények eléréseért. Miben rejlik az égettek rehabilitációjának különlegessége? Ezt egy szóval lehetne tömören leírni: heg. A felületes égések (elsőfokú és másodfokú/a)²⁶⁸ után nem marad heg, de gyakori a színében eltérő bőr. Az ennél mélyebb égések után hegek maradnak vissza. A necrotikus területek korai kimetszésével és fedésével nem csupán a beteg életesélyei nőnek meg, hanem csökkenthetők a durva, merev, torzító hegek is. Ezek főleg az arc, a kéz és a nagyizületek esetében döntő fontosságúak a későbbi életminőség szempontjából. A korai sebészeti beavatkozásokkal a későbbi hegek minősége és iránya is befolyásolható, így ha marad is heg, az a funkciót és az esztétikumot kevésbé rontja. Mind a sebészeti beavatkozásokat, mind a rehabilitációt a funkció és az esztétikum együttes szempontjai vezérlik. A sebészeti beavatkozás után azonnal kezdődhet a rehabilitáció a tehetetlenül fekvő beteg végtagjainak megfelelő pozicionálásával, a contracturák elkerülésére. A korai gyógytorna célja szintén az ízületek berögzülésének, a felfekvéseknek, a hegek letapadásának elkerülése. A fluidizációs ágyak, minden előnyük mellett, mivel beesüllyed a beteg, a kontraktúrák megelőzését nehezítik. A rehabilitációban kezdetben az izületi mozgástartományok megtartása a cél, akár altatásban is, gyógytornával valamint rögzítők és

²⁶⁷ Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. IV. rész i. m. pp. 22-43.

²⁶⁸ Az égési sérülések osztályozása: elsőfokú égésnél a felhám (epidermis) károsodik; másodfokú égésnél az irha (dermis) felső rétege károsodik (a), vagy az alsó rétegig hatol (b) a károsodás; harmadfokú égésnél az irha teljes mélységéig elég; negyedfokú égésnél a bőr alatti szövetek is megégnek.

sínek alkalmazásával. Csupán így védhető ki, illetve csökkenthető a súlyos kontraktúrák és torzító hegek keletkezése.

Később a rekonstrukciós beavatkozások és a pszichoterápia kerülnek előtérbe. A váll, könyök és csípő ízületek környékén kialakult hegek főleg flexiós kontraktúrákat okoznak. Ezek műtéti oldása az önellátást jelentősen javíthatja. A kéz funkcióinak megtartása gyakran csak műtéti sorozattal, korai aktív mozgatással, pozicionálással érhető el. Legfontosabb feladat a MCP (metacarpo-phalangealis) ízületek mozgásának megtartása. (15, 16 és 17. sz. képek)



15. sz. kép Betegünk keze égési sérülés után. Az MCP ízület felett lévő behúzó heg az ujjak extenzióját gátolja. Saját felvétel.



16. sz. kép Fenti betegünk keze. Az ökölképzés, az ujjak hajlítása is akadályozott. Saját felvétel.



17. sz. kép Betegünk- M.B.- keze égési sérülés után. Az MCP ízület felett – a tenyéri oldalon lévő - behúzó heg az ujjak nyújtását is korlátozza. (2015.04.10.) Saját felvétel.

Az arc égése esztétikai és funkcionális problémát egyaránt okozhat. A szemhéjak hegesedése a szem károsodását, az orr hegesedése a légzés nehezítettségét, az ajkak hegesedése az evés és a beszéd akadályoztatását is okozhatja az esztétikai elváltozások mellett.

Amint képes a beteg kommunikálni, azonnal kezdődhet a pszichoterápia is. Fel kell készíteni a megváltozott testképre, a hónapokig-évekig tartó műtéti sorozatra, a megváltozott családi, társadalmi szerepeire, kapcsolataira, majd a hogyan tovább kérdéseire.

„Az égési sérült végső gyógyulása, a „funkcionális outcome” sok összetevő eredménye. A legfontosabb befolyásoló tényező: a sérülés kiterjedése, a szociális háttér, a család támogatása, a beteg gyógyulási motivációja.”²⁶⁹

²⁶⁹ Csorba Éva: Égett betegek rehabilitációja In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna(szerk.): Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2010. pp. 583-591.

4.1.4. Napalm Girl

Ha szigorúan ragaszkodnék az időbeli sorrendhez, Kim Phúc esetét később, a vietnami háborúról szóló részben kellene említenem. Azonban a napalm alkalmazásának elterjedése, az égéskezelés és rehabilitáció fejlődése olyan mértékben összefonódott a koreai háborúval, hogy az alábbi történet a témája szerint ide kívánkozik.

Kim Phúc története iszonyatos példája a napalm alkalmazásának, ugyanakkor szép példája az emberi segítőkészségnek, és jól mutatja az égéskezelés és égés-rehabilitáció fejlődését. A vietnami kislány faluját a dél-vietnami erők napalmmal bombázták 1972. június 8-án. Nick Út az amerikai AP hírügynökség fotósa éppen a helyszínen tartózkodott, és ekkor készítette az egész világon ismertté vált, később Pulitzer díjat nyert képét. (18. sz. kép) Ezen a felvételen a kilenc éves gyerek éppen akkor látható, amint az égő ruháit leszaggatva, meztelenül, megégyve, üvöltve fut a világba. „A napalm a legszörnyűbb fájdalom, amit el lehet képzelni. A víz 100 C-on forr. A napalm 800-1200 C-ot hoz létre” – mondta később a már felnőtt Kim Phúc egy visszaemlékezésében.²⁷⁰



18. sz. kép Kim Phúc 1972. június 8.²⁷¹

²⁷⁰ Omara-Otunnu, Elizabeth: Napalm Survivor Tells of Healing after Vietnam War. <http://www.advance.uconn.edu/2004/041108/04110803.htm> Letöltve 2016. szeptember 24.

²⁷¹ Kellerhoff, Von Sven Felix: Die ganze Story um das Foto vom Napalm-Madchen <http://www.welt.de/geschichte/article114225870/Die-ganze-Story-um-das-Foto-vom-Napalm-Maedchen.html>

A képet készítő fiatal fotóriporter ezután rögtön kórházba vitte a sokkos állapotban lévő lányt, ezzel megmentve az életét. Ha Nick nem segített volna, már halott lennék- nyilatkozta Kim. Naponta kötéscserét, többszörös necrectomiát, bőr transzplantációt végeztek rajta, majd 14 hónapos kórházi tartózkodás és 17 műtét után a lány hazatért. Történetét ezután a vietnami kommunista kormány propaganda célokra használta fel. Kim továbbra is szorgalmasan tanult, bár életét roppant módon nehezítették az égési sérülés durva hegei. A vietnami miniszterelnök – valószínűleg a propaganda szerep vállalásáért cserében – lehetővé tette, hogy Kubába utazzon, és átmenetileg ott folytassa a tanulmányait. Ekkor ismerkedett meg a jövő férjével is. Égési sérülései a műtétek ellenére erős fájdalmakkal, és súlyos kontraktúrákkal jártak. Egy nemzetközi segélyszervezet és a német Stern magazin segítségével 1984-ben találkozott Peter Rudolph Zellner plasztikai sebész professzorral, akinek a vezetésével a ludwigshafeni baleseti sebészeti klinikán többször is megoperálták. A bal hónaljárokban lévő nagy heg oldását Z plasztikával végezték, és a bal gluteális régióból ültettek át ide bőrt. A rehabilitáció során derült ki, hogy ez a transzplantátum nem elégséges, ezért újabb műtétet végeztek, és a bal combról is vettek még le átültethető bőrt. A nyak bal oldalán lévő heget két ellentétesen futó Z plasztikával korrigálták. Húzóadásmentes transzplantátumokkal tökéletesen kiigazították a hegeket, így biztosították Kim számára a teljes élet lehetőségét. (19. sz. kép) Kim 1997-ben létrehozta a háborús gyerekek rehabilitációjával foglalkozó alapítványát,²⁷² és az UNESCO Jószolgálati Nagykövete lett. Később több egyetem díszdoktori címet ajándékozott neki. Jelenleg férjével és két gyermekével Kanadában él.²⁷³



19. sz. kép. Kim Phúc az égés után 43 évvel²⁷⁴

Letöltve 2016. augusztus 8. ; <https://tinyurl.com/gkrcddz> Letöltve 2017. február 7.

²⁷² The Kim Foundation International, <http://www.kimfoundation.com> Letöltve 2016. szeptember 24.

²⁷³ Kiefer J., Daigeler A., Lehnardt M.: Die Behandlung von Kim Phúc an der BG Unfallklinik Ludwigshafen. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2012.44(4):259-62.

²⁷⁴ <http://cdn.inquisitr.com/wp-content/uploads/2015/10/Kim-Phuc.jpg> Letöltve 2016.szeptember 24.

4.1.5. Összefoglalás

A hidegháborús időszak első fegyveres konfliktusa a koreai háború volt, 1950 és 1953 között. A kommunista Észak-Korea és a kapitalista Dél-Korea, valamint szövetségeseik harcában 3 millió katona, 1,25 millió civil ember vesztette életét, az ipar, a gazdasági élet, az oktatás, az egészségügy romokban hevert az országban.

A háborúban katona-egészségügyi szempontból az amerikaiak által bevezetett mozgó sebészeti tábori kórházak (MASH) jelentették a legeredményesebb újítást. Ezeket a frontvonalhoz egyre közelebb telepítették, így a sérülést követően rövid időn belül képesek voltak nagy, életmentő sebészeti beavatkozásokat végezni. Koreában kezdték alkalmazni először a helikopteres légi kiürítést, így gyorsan szakszerű segítséget kaphattak a sérültek. Főleg az áthatoló hasi és koponya sérültek túlélési aránya javult jelentősen a második világháborúhoz képest. A háború speciális körülményei, a folyamatosan változó frontvonalak, az ellenség állandó felbukkanásának veszélye, az állandó bizonytalanság, a szélsőséges klimatikus viszonyok hatására az első években nagyon magas volt a pszichés károsodások száma. A harctérhez közeli akut pszichiátriai intervenciók kezelése első alkalmazása ebben a háborúban történt, és ez lényegesen csökkentette is a pszichés összeomlások arányát.

Magyarország a háború kezdetétől jelentős egészségügyi támogatást nyújtott Észak-Koreának. A magyar állam által alapított és működtetett Rákosi Mátyás Kórház a háború alatt hadikórházként, utána 1957-ig polgári kórházként funkcionált. Ezt követően a koreai állam vette át, és a kórház mind a mai napig működik. Az ottani magyar szakorvosok között volt Dr. Zoltán János is, aki a koreai tapasztalatai alapján teremtette meg a magyar rekonstrukciós plasztikai sebészet alapjait.

A koreai háború orvostörténeti jelentőségét az égéskezelés világméretű megreformálása, valamint az égett betegek rehabilitációjának megteremtése adja. A napalmot már a második világháborúban is kezdték használni, de ebben a háborúban vált szokásossá az alkalmazása. A bőrre tapadva borzasztó égési sérüléseket, a túlélőknél rettenetes hegeket okozott. A napalm

Hazen, Shelley: After 43 Years, 'Napalm Girl' Kim Phuc's Painful Scars are being Treated – for Free. <http://tinyurl.com/z7wgah7> Letöltve 2016. szeptember 24.

miatt jelentősen megnőtt a sérültek között az égettek aránya. Az égéskezelés első forradalma a XIX. század végén volt az aszepszis, antiszepszis elveinek, és a folyadékpótlás fontosságának felismerésével, de a második világháborúig szigorúan konzervatívan kezelték az égetteket. Az égéskezelés második forradalma a második világháború után, főleg a koreai háború tapasztalatai alapján, a sebészi kezelések bevezetésével zajlott. A korai (és egyre korábbi) sebészeti beavatkozásokkal látványosan javult az égett emberek túlélési aránya, és a későbbi rekonstrukciós lehetőségeik is. A katonaegészségügyön belül így kialakult új égéskezelési eljárások tapasztalatai alapján épültek ki világszerte az önálló égési osztályok, fejlődött ki az égett betegek intenzív ellátása, kezelése és rehabilitációja. Az intenzív ellátás fejlődése, az egyre újabb antibiotikumok alkalmazása, a fluidizációs ágyak, a modern sebészeti technikák elősegítették az égett betegek túlélési esélyeinek javulását. Kezelésük interdiszciplináris csapatmunkává vált, amelyben kezdetől iránymutatóan érvényesülnek a rehabilitációs szempontok is.

Dr. Zoltán János a koreai háborús tapasztalatai alapján, Magyarországon elsőként rekonstrukciós plasztikai sebészeti iskolát teremtett. Tanítványai lettek a későbbi önálló égésplasztikai osztályok vezetői. Magyarországon elsőként a Kun-utcai Kórházban, majd a MH Központi Katonai Kórházában volt önálló égési osztály.

A modern égéskezelés eredményeként egyre súlyosabban égettek maradtak életben. A rehabilitáció egy új területe fejlődött ki, az égett betegek rehabilitációja, amelyet egy szóval lehetne legjobban jellemezni: heg. Az égett betegek társadalmi visszailleszkedése akkor a legsikeresebb, amikor az akut kezelés és a rehabilitáció egy időben, praktikusán egy helyen zajlik. A gyakran több műtétből álló sorozatos beavatkozás és a rehabilitáció is, a hegek elleni küzdelemről szól, mind a funkció, mind az esztétikum figyelembe vételével. Legfontosabb az arc, a kéz és a nagy ízületek rekonstrukciója, funkcionális és esztétikai szempontból is. Funkcióik visszaadása, így az önellátás és önálló életvitel alapjainak biztosítása, a munkához való visszatérés lehetőségének megteremtése az egyik rehabilitációs cél. Másrészt főleg az arc esztétikai rekonstrukciója az emberi kapcsolatok létesítéséhez, a társadalom életébe történő visszakapcsolódáshoz nélkülözhetetlen.

4.2. A VIETNAMI HÁBORÚ ÉS A PSZICHO-SZOCIÁLIS TÉNYEZŐK REHABILITÁCIÓS JELENTŐSÉGE

„Azóta is úgy vélem, hogy az a katona, aki hiszi, hogy jó ügy érdekében harcol, könnyen nótára fogható. Így volt ez az első világháború elején is. A második világháborúban hasonlóan sok háborús nóta született, a koreai háborúban kevesebb, a vietnami háborúban már egyetlen egy sem”²⁷⁵ - Király Béla

4.2.1. A vietnami háború katona egészségügyi jellegzetességei

A történészek tágabb értelemben a második indokínai háborút (1955-1975), szűkebb értelemben a közvetlen amerikai beavatkozást (1965-1973) nevezik vietnami háborúnak. A háború, tömören összefoglalva, a kettéosztott Vietnam – északi kommunista, déli kapitalista – újraegyesítéséért folyt. A háborúban közel 2 millió vietnami (közel felerészben polgári) áldozat halt meg, az USA 58 000 halottat, 2257 repülőgépet veszített.²⁷⁶

Más források is hasonló adatokat jelölnek meg. 1973. január 27-ig, a fegyverszünet időpontjáig, több mint 800 000 polgári, és majdnem 1 millió katona áldozat volt a vietnamiak közül. Az amerikai katonák közül 56 000 halt meg, és több mint 300 000 megsebesült. A harcokban összesen 2,5 millió amerikai katona vett részt.²⁷⁷

1973. január 27-én Párizsban Henry Kissinger és a Vietnami Demokratikus Köztársaság képviselője aláírták a békeszerződést. A vietnami tűzszünet betartását, a leszerelés részleteit a Nemzetközi Ellenőrző és Felügyelő Bizottság kontrollálta, amelynek Magyarország is tagja

²⁷⁵ Király Béla: Amire nincs ige. Visszaemlékezések, 1912-2004. Budapest, HVG Kiadói Rt. 2004. p. 33.

²⁷⁶ Weiszhar Attila, Weiszhar Balázs: Háborúk lexikona. i. m. p. 528.

²⁷⁷ Szabó József (főszerkesztő): Hatstudományi lexikon. Budapest, Magyar Hatstudományi Társaság, 1995. p. 1432.

volt. A következő két és fél évben összesen 636 magyar - 524 katona, 112 polgári alkalmazott és diplomata - szolgált békefenntartóként Vietnamban. Ez idő alatt két magyar katona halt meg, helikopterüket rakétatalálat érte.²⁷⁸

A vietnami háború (1955-1975) lényegesen különbözött a két világháborútól. Nem volt meghatározott frontvonal, a harcok helye állandóan változott, hullámzott az országon belül. Az ellenséget gyakran nem lehetett az egyszerű polgári lakosoktól vagy parasztembereként megkülönböztetni. Az ellenfél következő lépése teljesen kiszámíthatatlan volt, a terrorakciók, és gerillaharcok miatt. Az állandó bizonytalanság, a megterhelő klimatikus körülmények, a jelentős kábítószer fogyasztás, hihetetlen mértékben megviselték az amerikai katonák fizikai és lelki erejét. Az egészségügyi intézmények nagy részét letelepítették, így a jobb felszereléssel magasabb színvonalú, modernebb ellátást tudtak nyújtani. Emellett itt alkalmazták először azokat a mobil egészségügyi konténereket, amelyeknek saját turbináról önálló elektromos áramfejlesztése volt (Medical Unit Self-Contained Transportable, MUST). Egészségügyi ellátásra a katonák nagyobb hányada, 69%-a betegség miatt, 17%-a harci sérülés miatt került. A neuropszichiátriai betegségek (nem az akut harctéri összeomlás) aránya két és félszeresére emelkedett 1968 és 1970 között, majd a második leggyakoribb oka lett a szolgálat alóli felmentésnek.²⁷⁹ A megbetegedések között jelentős volt a fertőző betegségek, főleg a malária, a bélrendszeri infekciók, és a vírus hepatitisek száma.²⁸⁰

A sürgősségi ellátásban a lényeges változást a mentőhelikopterek rutinszerű alkalmazása jelentette, amelyekkel a frontvonalból közvetlenül a végleges ellátó helyre juttatták a sérülteket.²⁸¹ Ezt az egy-szakaszos ellátást már a koreai háborúban kipróbálták, de rendszeres alkalmazása csupán a hatvanas években kezdődött. 1962-től egyre többet használtak belőlük, és hat év múlva száznál több mentőhelikopter segítette az egészségügyi biztosítást. A helikopteres légi-kiürítést rutinszerűen tehát Vietnamban vezették be, és később már rendszeresen alkalmazták. Közvetlenül a végleges ellátó helyre került a sérült katona a frontról, így viszonylag rövid időn belül a legmagasabb szintű ellátást kapta. Ez az egyszakaszos kiürítés az itteni tapasztalatok alapján kezdett később elterjedni, azonban ehhez

²⁷⁸ Botz László: Küldetés a békéért- harmincöt éve ért véget a vietnami háború. Felderítő Szemle, 2010. (9) 2. pp. 5-16.

²⁷⁹ Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései... i.m. pp. 35-37.

²⁸⁰ Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i. m. p.19.

²⁸¹ Svéd László: Aktualitások és tények a katonáorvoslás történetéből. i. m. pp.143-151.

nélkülözhetetlen volt a szállítóeszközök jelentős fejlesztése. A légi kiürítés fejlődése lehetővé tette, hogy a megszabott időhatárokon belül a szomszédos országok háború által nem érintett területeinek polgári egészségügyi intézményeit is felhasználják. Közben újabb tábori diagnosztikai és terápiás eljárások jöttek létre, amelyek egyre inkább a békében alkalmazotthoz közelítettek. A végtagsérülések ellátásánál a sürgősségi érsebészeti módszerek bevezetése csökkentette az amputációk számát. A különböző eredetű sokkos állapotok helyszíni ellátásánál a parenterális folyadékpótlásra helyezték a hangsúlyt, és a modern parenterális készítmények (FFP, teljes vér, dextrán, stb.) alkalmazása a sokk terápiájában lényegesen csökkentette a halálozást. A modern sokktalanító eljárásokkal, és a legújabb légi kiürítő eszközök használatával alig maradt szállíthatatlan sérült.²⁸²

Az igazi kihívást nem a fizikai sérülések ellátása és a harctéri összeomlás kivédése, hanem - már a háború alatt, de főleg utána - a tömegesen jelentkező poszttraumás stresszbetegség tünetei jelentették.

²⁸² Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései i. m. p. 38. ; Farádi László: Diagnózis az életemről i. m. p. 296.

4.2.2. A poszttraumás stresszbetegség

Hogyan érinti a katonát az a rengeteg szörnyűség, amit átél? Az elmúlt századokban már többször írtak a katonák harctéri lelki kimerüléséről, de ezt még az I. világháborúban is pusztá gyávaságnak tartották. (Utalok az 1.2. részben említettekre.) A katonák is szégyelltek az összeomlásukat, hiszen az erős férfi, különösen a katona mítoszába ez semmiképpen sem illett bele. Azonban az amerikai veterán kórházakban fekvő első világháborús katonák 58%-át még 1924-ben is pszichés tünetek miatt kezelték.²⁸³

A II. világháborúban háromszor-négyszer annyi pszichés sérült keletkezett, mint az I. világháborúban. A tömegpusztító fegyverek alkalmazása, a hadifogoly és koncentrációs táborok sok tízmillió ember fizikai és lelki épségét veszélyeztették. A pszichés tüneteket mutatók száma ugrásszerűen megnőtt. Az orvosi szakirodalomban a II. világháború után jelentek meg az ún. nagy stressz reakció, a koncentrációs tábor szindróma, a túlélő szindróma fogalmak is.²⁸⁴

Az Amerikai Egyesült Államokban a katonai alkalmassági vizsgálatokból az I. világháború alatt kezdett kialakulni a katonapszichológia. A II. világháborúban már új, továbbfejlesztett képességvizsgáló tesztekkel használtak, az Army General Classification Test-et (AGCT) és a Navy General Classification Test-et (NGCT).²⁸⁵ Az USA-ban 1940-1944 között 20 millió újonc sorozásánál használták a képességvizsgáló kérdőíveket.²⁸⁶

A katonapszichológia fokozatos kibontakozása ellenére, a II. világháborúban még mindig gyávaságnak tartották a katonák lelki összeomlását. Az európai hadszíntereken átlagosan három sérültre jutott egy pszichés összeomlás, a csendes-óceáni hadszíntéren egy-egy arányban fordultak elő. Az akut harctéri összeomlás átlagosan a második világháborúban 23%

²⁸³ Makrai Tibor István: A harci stressz hatása a harcteljesítményre... i. m. pp.141-162.

²⁸⁴ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders in: Williams, T. (ed.): Post-Traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians, pp.1-18. Published in Cincinnati, Ohio by Disabled American Veterans National Headquarters 1987.; Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok In: Pavlina Z., Komar Z.(szerk.):Katonapszichológia II. kötet pp. 318-347. Budapest, Zrínyi Kiadó, 2007.

²⁸⁵ History of Military Testing http://official-asvab.com/history_coun.htm Letöltve 2016. szeptember 26.

²⁸⁶ Pavlina Z., Komar Z., Knezovic Z., Filjak T.: Bevezetés a katonapszichológiába. In: Pavlina Z., Komar Z. (szerk.): Katonapszichológia I. kötet, i. m. pp. 14-43.; Andó Sándor: A pszichológia érvényesülése a katonai alkalmasságvizsgálatok kezdetétől 1945-ig. i. m.; Thorne, Michael B., Henley, Tracey B.: A pszichológia története. i. m. pp. 520-549.

volt. A világháborús tapasztalatokat felhasználva, a koreai háborúban egy azonnali, egyénre szabott, helyben végzett pszichés támogató kezelést alkalmaztak, amelynek az volt a célja, hogy minél hamarabb visszatérhessen a katona a harctérre. Így a koreai háborúban 6%-ra csökkent a pszichés okok miatt akutan evakuáltak aránya. A módszert továbbfejlesztve, a vietnami háborúban még alacsonyabb lett a harctéri pszichés összeomlások száma.²⁸⁷

A vietnami háború kezdetétől kiterjedt és jól felszerelt pszichiátriai szolgálat állt a katonák rendelkezésére. A harctéri pszichés összeomlás előfordulása alacsony volt, kevesebb mint 5%-a az akut egészségügyi eseteknek. Felhasználva a II. világháború tapasztalatait, a katonáknak általában 1 évre limitálták a szolgálati idejét, rendszeresen kaptak pihenő időt. A vietnami háborúban vált a harcoló egységek részévé a mentális egészség team, vagy más néven a háborús stresszt kezelő team. Feladatuk a megelőzés volt, a helyszíni rövid idejű kezelés azért, hogy a katona minél hamarabb visszanyerje a harcképességét. Azonban egyéb támogató szolgáltatást is nyújtottak ezek a teamek. Vizsgálatokat végeztek az egységeken belüli hangulat javításáról, az interperszonális kapcsolatok minőségének fejlesztéséről. A vezetőknek irányítási és indulatkezelési javaslatokat adtak. Öngyilkossági prevenciót végeztek, otthoni visszaintegrálódási tanácsokat adtak, és stressz helyzetben közvetlenül támogatták a katonákat.²⁸⁸

A fenti tapasztalatok alapján katonai alkalmazásra fejlesztették ki később a Kritikus Események Stresszkezelő modelljét, a Mitchell modellt. Lényege a pszichológiai debriefing, az érzelmek katartikus ventilációja. A katonai alkalmazásból átkerült a módszer a civil életbe is, és kiterjedten használták tömegszerencsétlenségek után. Azonban a kilencvenes évek közepétől sok kritika jelent meg róla, amelyek szerint nem csökkenti a stresszel kapcsolatos korai és késői tünetek kifejlődését. Helyette a XX. század végére már inkább a rugalmas ellenállóképesség, a reziliencia fejlesztése, a megküzdés támogatása vált a pszichológiai elsősegély céljává. A coping, tehát a megküzdési mechanizmusok, a személyiség érettségétől, problémamegoldó képességétől, önértékelésétől, kreatív képességeitől függenek elsősorban, amelyek preventíve is fejleszthetőek, így bizonyos foglalkozási területeken – katonaság,

²⁸⁷ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

²⁸⁸ Pals H., Oak S.: War and Military Mental Health. i. m. pp. 2132-2142.; Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

tűzoltóság – a kiképzésbe illeszthetők.²⁸⁹ A felkészítő speciális pszichológiai ismeretek, a stressz leküzdésének, a konfliktusok kezelésének oktatása nemcsak a harcképességet javítja, hanem az egyén regenerációs képességeit is fejleszti.²⁹⁰

Átmenetileg úgy tűnt, sikerült megoldani a katonák akut lelki összeomlásának kérdését. Azonban már a második világháborút követő években is írtak le veterán katonákon megjelenő krónikus pszichés tüneteket. A vietnami háború után, főleg 1973-tól, azonban kifejezetten megnőtt a krónikus pszichés tüneteket mutatók száma, és egészen 1985-ig jelentősen emelkedett. Ez különösen ahhoz képest volt meglepő, hogy a harctéri akut összeomlás rendkívül alacsony maradt a korábbi háborúkhöz viszonyítva. Hosszú ideig nem is fordítottak kellő figyelmet a katonák háború utáni pszichés állapotára. Úgy gondolták, aki felépült egy harctéri idegösszeomlásból, annál hosszú távú következmények nem lesznek. Ez a vélemény a vietnami háború után gyökeresen megváltozott. 15 évvel az amerikaiak Vietnamból történő kivonulása után, az ott szolgált 3 millió 150 ezer katona közül nagyjából 15% szenvedett poszttraumás stresszbetegségtől, és még körülbelül 1 millió volt, aki korábban átmenetileg mutatta a tüneteket.²⁹¹

A hetvenes években a természeti katasztrófák, repülőgép-balesetek, terrorakciók után az áldozatokon a támogatásban résztvevő mentálhigiénés szakemberek hasonló reakciókat észleltek, mint amelyeket a vietnami veteránok mutattak. Ez a megfigyelés további lendületet adott a kutatásoknak.²⁹² Ekkor definiálták a poszttraumás stresszbetegséget (PTSD), pontosították a tüneteket, a kiváltó okokat, a körlefolyást, és elkezdték részleteiben is vizsgálni. Kezdetben még vietnami szindrómának nevezték, jelenlegi elnevezését később nyerte el. Hosszú folyamat volt, amíg a PTSD fogalma kialakult és elterjedt a szakirodalomban. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1980-ban jegyezte be önálló tünetcsoportként²⁹³ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III.),

²⁸⁹ Urbán Nóra: Pszichológiai elsősegély. Honvéderorvos. 2009.(61) 3-4. pp. 182-192.; Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. J. Psychiatric Res. 2006. 40(1): 1-21.

²⁹⁰ Bolgár Judit, Sztternák György: A válságreagáló műveletek végrehajtására történő felkészítés. Nemzetvédelmi Egyetemi Közlemények, 2005. (9) 2. pp.75-105.

²⁹¹ Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Jordan B.K., Marmar Ch.R., Weiss D.S.: Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study New York, Brunner/ Mazel 1990.; Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. i. m.

²⁹² Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

²⁹³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Szerző: Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) Kiadó: American Psychiatric Publishing 1980. ISBN 0890420416, 9780890420416 A könyv 1952 óta jelenik meg. Utolsó módosítása 2013-ban a DSM-V.

elfogadva, hogy a kiváltó trauma után még évek múlva is jelentkezhetnek súlyos pszichiátriai tünetek.²⁹⁴

Rehabilitációra általában drámai események után kerül sor, így az egész folyamatban kiemelt jelentősége van a PTSD-nek. A pszichés és a fizikai állapotot nem lehet szétválasztani; a rehabilitálandó ember lelkiállapota döntő jelentőségű a rehabilitáció eredményességében.

A poszttraumás stresszbetegség (PTSD) olyan pszichés reakciók összessége, amelyek traumatikus eseményeknek és helyzeteknek kitett, egyébként egészséges emberek körében fordul elő, több héttel vagy hónappal a kiváltó esemény után. Súlyos testi és lelki megrázkódtatások, fizikai és pszichés traumák hatására kialakult, tartósan fennálló, szorongásos kórképet jelent. Abnormális ingerre adott normális emberi reakció.²⁹⁵

Háborús körülmények között ugrásszerűen megnő az előfordulása, de békében is találkozunk vele. Nagyobb számban tömegszerencsétlenségek, természeti csapások után fordul elő, de a hétköznapi életben sem ritka. Nem csupán fizikai károsodás (sérülés, betegség), hanem lelki hatások (válás, bukás) - vagy többnyire egyszerre mindkettő - okozhatják. Akut, krónikus és késleltetett formái ismereteseek, a tünetek fellépésének idejétől függően. Kialakulásának elengedhetetlen feltétele valamilyen stressz, de létrejötte függ az egyén megelőző tapasztalataitól, személyiségétől, a traumatikus esemény utáni körülményektől is, a család és a tágabb társadalmi közösség véleményétől, az elhallgatástól vagy korrekt terápiától is.²⁹⁶

Egyes vizsgálatok szerint békében a PTSD átlagos előfordulása 1%, a teljes lakosságra vetítve. A civil életben, fizikai károsodás után, és azoknál a vietnami veteránoknál, akik nem sérültek meg 3,5%. A Vietnamban megsérült katonák között átlagosan 20 % volt az előfordulási gyakorisága.²⁹⁷

²⁹⁴ Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. i. m.; Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.; Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L.: Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. The New England Journal of Medicine 317., 1630-1634. (1987)

²⁹⁵ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok i. m. pp. 318-347.

²⁹⁶ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok i. m.; Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L.: Post-traumatic stress disorder in the general population i. m.; Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

²⁹⁷ Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L.: Post-traumatic stress disorder in the general population i. m.

Közvetlenül a háború után vizsgálva, tömegesen fordult elő a PTSD; a vietnami háború amerikai katonáinak 50 % - a is súlyos pszichés károsodásokkal küzdött.²⁹⁸ Egy 1986 és 1988 között készült felmérés szerint a vietnami veterán férfiak 15,2%-a a háború után még évekkal később is PTSD-ben szenvedett.²⁹⁹ 1988-ban még mindig 472 500 PTSD-ben szenvedő vietnami veterán katonát tartottak nyilván az USA-ban.³⁰⁰

A kilencvenes évek végén egy nagy amerikai, 5877 személyt vizsgáló tanulmány 7,8% PTSD előfordulási gyakoriságot talált az átlagnépességben, tehát lényegesen magasabbat, mint korábban hitték.³⁰¹

A különböző tanulmányok igen tág határok között adták meg a vietnami háború után a PTSD előfordulási gyakoriságát. Ennek oka, hogy idővel a tünetcsoport kritériumai és vizsgálati módszerei is változtak, és a tanulmányok a háború után különböző időszakokban készültek. PTSD nem alakul ki szükségszerűen minden súlyos traumát elszenvedő embernél. De ennek a fordítottja is igaz, néha a külső szemlélőnek nem is tűnik olyan súlyosnak a kiváltó ok. A tünetcsoport kialakulása függ a megelőző élettapasztalatoktól, betegségektől, genetikai és családi háttértől, az esemény utáni támogatástól, az egyén kapcsolatrendszerétől, a megküzdési mechanizmusaitól, de leginkább az élmények feldolgozatlansága játszik szerepet a tünetek kialakulásában.

Tartós PTSD-ben kimutathatók a szimpatikus idegrendszer, a hipofízis, a hipotalamusz, a mellékvesék funkcionális, sőt organikus eltérései is. A katekolaminok szintjének ingadozása főleg a depresszív tünetekért, a szerotonin szint ingadozása az (ön)agresszív tünetekért lehet felelős. PTSD-ben kimutatták a talamusz, hippokampusz, amygdala, a cinguláris, parietális és motoros kéreg, a mediális prefrontális kéreg, az orbitofrontális és a szubkallózus gyrus komplex működési eltérését. A PTSD neurobiológiai lényege úgy is megfogalmazható, hogy

²⁹⁸ Figley R. C.: Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder. New York, Brunner-Mazel Publishers. 1985.

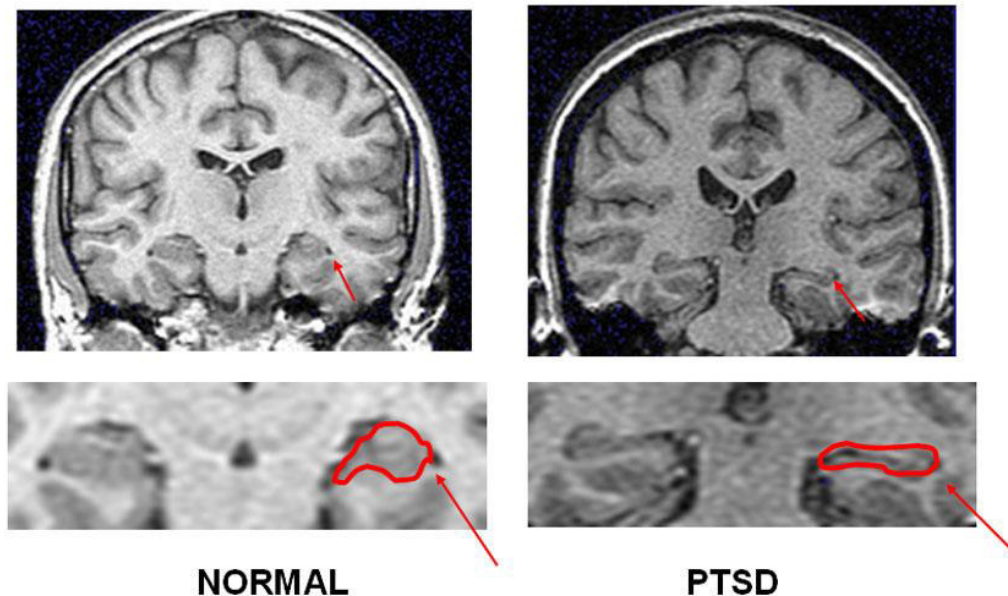
²⁹⁹ Kulka R. A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Jordan B.K., Marmar Ch.R., Weiss D.S.: Trauma and the Vietnam War Generation i. m.

³⁰⁰ Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. i. m. ; Goodwin,J.:The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³⁰¹ Kessler R.C., Sonnega A, Bromet E, et al.: Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12):1048-1060.

a stressz által kiváltott nagymértékű szubkorticális (ősi, vegetatív) reakciók kortikális felülírása, elnyomása sikertelen.³⁰²

A hippocampus méretének csökkenése MRI felvételeken látványosan mutatja az organikus eltérések kialakulását. (20. sz. kép)



20. sz. kép A hippocampus térfogat csökkenése PTSD-ban MRI képfeldolgozással. Kisebb a hippocampus térfogata a PTSD-ben szenvedő betegben (jobb), összehasonlítva a kontrollal (bal).³⁰³

A diagnózis felállítása három tünetcsoport alapján történik:³⁰⁴

1. utólagos átélés - a traumatikus történet ismételt újraélése
2. menekülés - a hasonló helyzetek tartós kerülése
3. túlérzékenység - tartósan fokozott készenléti állapot

³⁰² Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder i. m.

³⁰³ Bremner J.D.: Brain Imaging Handbook Fig.1.3.p. 101. New York, W.W. Norton & Co. Inc, 2005.; Bremner J.D.: Neuroimaging in Posttraumatic Stress Disorder and Other Stress-related Disorders Neuroimaging Clin N Am. 2007. 17(4):523; Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder i. m.

³⁰⁴ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. p. 328.

A PTSD tünetei a hétköznapi életet, a kapcsolatokat, a társadalmi beilleszkedést súlyosan akadályozhatják. Ezek az emberek újra és újra átéli a traumatikus eseményeket, ébren és álmaikban is. Bármit megtennének, csak menekülhessenek az emlékek elől, állandóan félnek, szoronganak, tehetetlenségi érzésük van. Gyakori az alvászavar, az irritabilitás, a pánik szindróma, és a depresszió. Nem képesek koncentrálni az ismételt feltörő emlékek miatt. Sokan alkohol, gyógyszer vagy drog függőségbe esnek.³⁰⁵ Azoknál, akiknél az elkerülő magatartás, az elmagányosodás, az elidegenedés, az érzelmi bénultság, a perspektívavesztés jelentkezik, 94%-os esély van a PTSD kialakulására. A PTSD hatása nem korlátozódik az adott egyénre. Érintetté válik a közeli vagy távoli szociális környezet (horizontális hatás), és az utódok is (vertikális, transzgenerációs hatás).³⁰⁶

³⁰⁵ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. pp. 328-331.

³⁰⁶ Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder i. m.

4.2.3. A poszttraumás stresszbetegség és a rehabilitáció

A vietnami háború utáni magas PTSD előfordulásnak számos oka volt. A legnagyobb háborús terhelés elviselői között volt a legtöbb akut pszichés összeomlás. Emiatt már a koreai háborúban is egy pontrendszer alapján szerelték le a katonákat, tekintet nélkül a harcok állására. Ezt a pontrendszert továbbfejlesztve, Vietnamban is alkalmazták. A DEROS rendszer (Date Eligible for Return from Overseas, a tengeren túlra való visszatérés várható dátuma) egyénileg pontosan meghatározott volt.³⁰⁷

Ez ugyan átsegítette a katonát sok akut nehéz helyzetben, de a rendszernek hátrányai is voltak, amelyek csak később derültek ki. A pontrendszer személyes ügy volt. Mindenkit a pontjai alapján utaztattak haza. Bourne írja: A háború személyes és elzárt eseménnyé vált. Az egyén háborúja azon a napon kezdődött mikor megérkezett az országba (Vietnamba), és azon a napon végződött, mikor elhagyta ezt.³⁰⁸ „A katona nem érzett folytonosságot, kapcsolatot azokkal, akik megelőzték és azokkal, akik követték őt.³⁰⁹ A háború ezen egyéni látásmódja jelentősen károsította az egységek morálját, és a csoportkohéziót. A vietnami katona magányos katona volt. A háború után magányosan repült haza, tele feldolgozatlan traumás élményekkel. Magányos veterán lett belőle.³¹⁰

A DEROS rendszer szerinti leszerelési dátum állt a fantáziájuk középpontjában. Azon a napon, amikor majd visszatérnek az Államokba, megszűnik minden rossz, az élet gondtalan és szép lesz. Százak és ezrek éltek napról-napra ebben a fantáziavilágban. Ezek az elképzelések profilaktikusak voltak egy akut harctéri összeomlás ellen, ezt egyértelműen mutatta az akut pszichés reakciók alacsony aránya. A DEROS rendszer pótolta a háború ideológiájának, a hitnek és a csoport összetartásnak a hiányát is. A csoportkohézió eltűnését mutatja, hogy ellentétben a második világháborús veteránokkal, a vietnami veteránok ritkán írtak egymásnak és otthon is ritkán keresték egymás társaságát. A DEROS pontrendszer szerint

³⁰⁷ Kormos, H. R. : The Nature of Combat Stress. In. : Figley, C.R. (Ed.): Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Treatment and Research. New York: Brunner-Routledge, 1978. 3-23.; Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³⁰⁸ Bourne, P.G.: Men, Stress and Vietnam. Boston: Little, Brown, 1970.p.12.

³⁰⁹ Bourne, P.G.: Men, Stress and Vietnam. Boston: Little, Brown, 1970.p.40.

³¹⁰ Kormos, H. R. : The Nature of Combat Stress. i. m.

hazautaztatott katona boldog volt, de erős büntudata is volt a hátrahagyottak miatt. Később megrémítette a kapcsolatfelvétel gondolata is. Ki tudja mi történhetett a másikkal?³¹¹

Míg a második világháborúban egyértelmű volt az ideológiai háttér, az ellenség, a frontvonal, Vietnamban semmi sem volt biztos. A katonák nem a saját országukat védték, bizonytalan ideológiával küldték őket a harcba. A háború a katona túlélésért folytatott privát küzdelmévé vált. A hazautazás magányosan, és túl gyorsan zajlott. Napok alatt egy teljesen más értékrendű világban találták magukat. A háborút az amerikai közvélemény egyre nagyobb része nem támogatta, így a hazatérő katonákban nem hősokeket, hanem háborús bűnösöket láttak.³¹²

Szenvedtek a stigmatizációtól, a magánytól, a magas munkanélküliségtől, nem ritkán gyógyszer-, alkohol-, drog- függőségtől. A PTSD krónikussá válását a negatív otthoni fogadtatás jelentősen elősegítette, így a szociális környezet döntő hatása a kórfolyamatra főleg a háború utáni években vált nyilvánvalóvá. A vietnami veteránok többségénél a civil életbe való visszailleszkedés lényegesen több problémával járt, mint akár a második világháború, akár a koreai háború veteránjainál.³¹³

A poszt-traumás stressz zavar amúgy egészséges emberek reakciója, szélsőséges környezeti hatásokra. Harci tevékenységek után a PTSD létrejötte függ a harctéri, a személyes és a közösségi tényezőktől is. A meglepő helyzetek, a kevés információ, a homályos célok, a bizonytalan utasítások, a szélsőséges környezeti hatások, az összeadódó stressz, a gyenge csapatmoralitás mind – mind növelhetik a pszichés károsodás lehetőségét.³¹⁴

A PTSD a vietnami veteránok többségénél súlyos tehetetlenség érzéssel, szuicid késztetésekkel párosult. Amikor a bajtársaik haláláról kérdezték a veteránokat, válaszaik döntően azt mutatták, hogy a harctéren a lehető leghamarabb túl akartak lenni a megrázkódtatáson, hiszen ott életveszélyes volt búsulni. Később is próbálták elnyomni az ezekkel az eseményekkel kapcsolatos érzelmeiket, hiszen senki nem érthette meg az otthoni környezetükből. Gyakran jellemezték magukat érzelmileg halottaknak. Közömbössé váltak az

³¹¹ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³¹² May Lai Massacre <http://www.history.com/topics/vietnam-war/my-lai-massacre> Letöltve 2016. szeptember 27.

³¹³ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³¹⁴ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. pp. 333-339.

élet örömei és szenvedései iránt is. Ez a harctéren életmentő volt, de később elidegenítette őket a környezetüktől. Volt, aki úgy fogalmazott, ha ismét megengedi magának, hogy érezzen, többé nem tudja abbahagyni a sírást.³¹⁵

Fokozatosan egyre jobban izolálódtak. Egyikük azt mondta, öregember lett, egy fiatal férfi testében. Nem kedvelték, ha az emberek túl közel lépnek hozzájuk, nyílt színre pedig szinte sohasem álltak ki. Ez is az állandó fenyegetettség érzést jelezte. Gyakori volt a költözés, éppen a megértést és a biztonságot keresve. Emiatt csak tovább fokozódott az izolációjuk, és a családjukat is folyamatos stressznek tették ki.³¹⁶

Gyakoriak voltak a hirtelen, ok nélküli erős dühkitörések, amelyek leginkább a közvetlen környezetüket, főleg a családot érintették. A düh mellett gyakran számoltak be bizalmatlanságról is, a hatalommal, a rendszerrel, a környezetükkel szemben. Úgy érezték, kihasználják, kizsákmányolják őket. Ez is egyik oka volt a gyakori munkahely változtatásoknak. Ismert egy olyan eset is, mikor egy vietnami veteránnak 10 év alatt közel 80 munkahelye volt.³¹⁷

Jellemző volt a túlélő büntudat megjelenése, főleg a heves harcokban résztvevők és az egészségügyi katonák között. Gyakran kérdezték, miért éppen ők maradtak életben? Vagy úgy érezték, többet tehettek volna a másikkért, a saját tehetetlenségüket hibáztatták a másik haláláért. Az emiatt érzett büntudatuk, sokszor önsorsrontó viselkedésben nyilvánult meg. Némelyek állandóan közlekedési balesetet szenvedtek, mások alkoholizáltak, drogoztak. Többen lettek büntudatból megszállott veradók. Ismert egy veterán története, aki egy hatvan főből álló egységből a 13 életben maradt között volt, ráadásul az egyetlen sértetlen. Mániákus veradóvá vált. A PTSD-ben szenvedő veteránok mindegyike súlyos alvászavarokról számolt be.³¹⁸ A fenti tünetek állandóan, egymást váltva, egy ördögi körben jelentek meg, teljesen felőrölték az egyén pszichés energiáit. A krónikusan fennálló PTSD személyiségváltozáshoz vezetett.³¹⁹

³¹⁵ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³¹⁶ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³¹⁷ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³¹⁸ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³¹⁹ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. p. 328.

A PTSD kezelésében a korai megelőzésnek, tehát a szűrésnek, és az akut stressz kezelési módszerek alkalmazásának van a legnagyobb jelentősége. Ezeket akkor tudjuk használni, amikor a foglalkozás alapján előre várható extrém stressz hatás, mint például a katonáknál, vagy a sürgősségi betegellátásban dolgozók esetében. A traumás élmény után az azonnali „elébe menő” pszichodiagnosztika és terápia a legfontosabb.³²⁰

A már kialakult PTSD kezelése pszichoterápiából és kiegészítő gyógyszerek adagolásából áll. A pszichoterápia egyéni és csoportos módon történhet. Utóbbi a vietnami veteránok öngyógyító csoportjaiból nőtte ki magát. Kezdetben az amerikai veterán centrumokban – amelyeket kifejezetten a veteránok rehabilitációjára hoztak létre - a leszerelt katonák egymás közt beszélgetve cserélték ki a tapasztalataikat, majd később csatlakozott hozzájuk moderátorként a terapeuta. A csoportos terápia igen sikeresnek bizonyult, hiszen eleve segített már önmagában az a felismerés is, hogy mások is küzdenek hasonló gondokkal.³²¹ A csoportos pszichoterápiák alkalmazása a két világháború között kezdődött, majd a második világháború, de főleg a vietnami háború után bontakozott ki és terjedt el. Csökkenti az elszigeteltség, a reménytelenség érzését, a csoport tagjai segítik egymást, hasznos információkat cserélnek, szocializációs technikákat tanulnak. A csoportkohézió és a katarzisz megtapasztalása segíti őket egy magasabb szintű önmegismeréshez, problémamegoldáshoz.³²²

Az eredmények a veteránokból álló terápiás csoportot mutatták a legsikeresebbnek, a PTSD-ben szenvedő vietnami veteránoknál. Az addig izolációban élő emberek találkoztak ugyanolyan gondokkal küzdő társakkal. Ebben a közegben el tudták és merték végre mondani a történetüket, hiszen végre érdeklődő és értő hallgatóságot találtak. Általában mire a veteránok a csoportba bekerültek, már sokat veszítettek a szociális jártasságukból. A csoport egy külön kis világ, egy mikrokozmosz, ahol újra tanulhatták a kapcsolatteremtést. Egymástól sokkal inkább elfogadták a racionális megoldási lehetőségeket. Sokan a terápiás ülések között is tartották a kapcsolatot, támogató háttérrel nyújtva egymásnak. A családban élőknel a társat is érdemes volt a veterán partner csoportba bekapcsolni.³²³

Természetesen párhuzamosan foglalkozni kellett a gyógyszer-, az alkohol-, a drog-függőség megszüntetésével is. Az egyéni és csoportos pszichoterápiák külön-külön és együttesen is

³²⁰ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. pp. 339-343.

³²¹ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

³²² Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. pp. 342-343.

³²³ Goodwin, J.: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders i. m.

alkalmazhatók, gyógyszeres kezeléssel kombinálva is. A gyógyszerek közül a paroxetine bizonyult az egyik leghatásosabbnak, de a benzodiazepinek és a lítium is jó eredményeket nyújtott. Különösen hatásosak voltak a traumára fókuszált kognitív viselkedésterápiák. Jó eredményeket értek el az ingerelárasztásos terápiával, de az interperszonális pszichoterápiákkal is, a SIT (Stress Inoculation Training), a PE (Prolonged Exposure),³²⁴ az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), és a REBT (Rational Emotional Behavior Therapy) használatával. A PTSD-ben használt pszichoterápiás eljárások közül többről is igazolódott, hogy evidence-based kezelések, tehát bizonyítékokon alapulóak. Ilyenek a kognitív viselkedésterápia, a stressz inokulációs tréning, a szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás, a prolonged exposure terápia is.³²⁵

Amerikában a vietnami háború után a veterán központok hálózatában kifejlesztették a PTSD pszichoszociális gondozási modelljét. A veterán centrumokban pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások segítettek, veteránokkal együttműködve, a leszerelt katonákat. A veteránok a saját tapasztalataik révén hiteles és könnyebben elfogadható útmutatást adtak a további élethez, a társadalomba való visszailleszkedéshez.

A PTSD esetében is a tünetek megelőzése lenne a legideálisabb. A megelőzési lehetőségek megismeréséhez jelentősen hozzájárultak az amerikai veteránok tapasztalatai, a vietnami háborúban végzett megfigyelések. A katona-egészségügyben a harci tevékenység előtt a megfelelő fizikai és pszichés felkészítés, a pozitív célok, a támogató szűkebb és tágabb környezet lényegesen csökkentik a PTSD előfordulását.³²⁶

A hajlamosító okok és körülmények feltárása a megelőzés miatt rendkívül fontos, és nem csupán a katona-egészségügyön belül. Az így feltárt bio-pszicho-szociális hajlamosító tényezők kiiktatása csökkentheti az előfordulási gyakoriságot a mindennapokban is.

A poszt-traumás stressz betegség leírása, a kiváltó okok felismerése, a kritériumok megalkotása, a kezdeti kezelési lehetőségek, mind a katona-egészségügyben, a katona-

³²⁴ Yoder M., Tuerk P.W., Price M., Grubaugh A.L., Strachan M., Myrick H., Acierno R.: Prolonged Exposure Therapy for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Comparing Outcomes for Veterans of Different Wars Psychol. Serv. 2012. 9(1):16-25.

³²⁵ Pals H., Oak S.: War and Military Mental Health.i.m.; Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder i. m.; Urbán Nóra: A poszttraumás stresszbetegség kezelésében alkalmazható pszichoterápiás intervenciók. Honvéddorvos, 2008.(60) 3-4. pp. 124-131.

³²⁶ Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. i. m. pp. 339-343.

pszichológia eredményeiből születtek meg. A vietnami veteránok között a tömeges előfordulás teremtette meg a lehetőséget a tünetcsoport felismerésére és leírására. A katonaegészségügyből a fogalom fokozatosan került át a polgári szférába, egyre-másra fedezték fel, nem csupán háborús események, hanem tömegszerencsétlenségek, természeti csapások után is. Az egészségügyi információs adatbázisokban (Cochrane Library, MedLine, stb.) 1980-tól hirtelen óriási számban jelentek meg a PTSD-el foglalkozó cikkek. A rehabilitációs team kibővült pszichiáterekkel, pszichológusokkal, szociális munkásokkal.

Az ember, test és lélek egybefonódó, egymással kölcsönkapcsolatban lévő rendszere. Valamennyi beteg ember, bárhol is induljon ki a betegsége, akár a testből, akár a lélekből, hordoz pszichés terheket. Nincs orvosi rehabilitáció a páciens lelki támogatása, pszichés rehabilitációja nélkül. Baleseti sérülteknél a fizikai trauma mellett egyértelműen van különböző súlyosságú lelki megrázkódtatás is. De nem csupán a sérülésekhez, hanem minden betegséghez kapcsolódhat lelki megrázkódtatás, sőt krízis állapot. Krízis helyzetben komplex pszichoszociális egyensúlyvesztés jön létre, probléma megoldási képtelenséggel. Szinte kivétel nélkül kíséri poszt-traumás stressz zavar. Az alapbetegség gyógyítása és a krízis megoldása mellett a PTSD megelőzésére vagy kezelésére is figyelmet kell fordítani, mert később ez lehet a legnagyobb akadálya a társadalom életébe való visszatérésnek.

A PTSD vizsgálata hívta fel a figyelmet a család, a szűkebb és a tágabb szociális környezet meghatározó szerepére. A tünetcsoport kialakulását és kezelését is a bio-pszicho-szociális komplexitás jellemzi. Egy embert nem lehet csupán biológiai lénynek tekinteni. A gyógyításához, illetve a társadalmi visszailleszkedéséhez, legalább ennyire figyelembe kell venni lelki tényezőket és a szociális kapcsolati hálót is. Mindezek a PTSD kezelése során különösen hangsúlyozottan jelentek meg, innen terjedtek el az átfogó rehabilitáció minden területére. A sorstársi tanácsadók, segítők jelenléte és jelentősége is a vietnami veteránok kezelése során jelent meg először az amerikai szakirodalomban. A súlyos, tartós károsodás után a betegek leginkább a sorstársak képesek hatni, ők tudnak leginkább példát és reményt nyújtani. Ők ismerik leginkább a gyakorlatban is az akadályokat és ezek leküzdési lehetőségeit.

A rehabilitáció ma már nem képzelhető el a pszichológiai és a szociális aspektusok figyelembevétel nélkül. A rehabilitációs team tagja a pszichológus, sőt ha szükséges, a szakpszichológus, a pszichiáter, a szociális munkás és a sorstársi segítő is.

A PTSD leírása ugyan vietnami veterán katonák tüneteinek alapján történt, de később közlekedési balesetek, természeti katasztrófák, terrorakciók után is észlelték, tömegméretekben is. A kezelésében szerzett tapasztalatokat sajnos hamarosan tömegesen is alkalmazni kellett, a 2001. szeptember 11-i merényletet túlélő embereknél. A hétköznapi életben is egyre többször fedezték fel, a legkülönbözőbb korosztályokban, sokféle pszichés tünet háttérében. A rehabilitáció folyamatába szinte nem is kerül olyan ember, akinek enyhébb-súlyosabb PTSD-ja ne lenne.

Feldmár András pszichológus írja: „És mi az? ...tulajdonképpen azt jelenti, bántották. Az szenved, akit bántottak. Akit nem bántottak az nem szenved.”³²⁷

A PTSD ilyen széles értelmezése a pszichológiában és a pszichiátriában egészen új területeket nyitott meg. Jelentősége már réges-régen túlnőtt a katona-egészségügy határain. Nincs még egy ennyire egyértelműen a katona-egészségüghöz köthető, innen származtatható, és ennyire széles értelmezést nyert tünetegyüttes.

„... minden ún. elmebetegség, minden baj onnan származik, hogy az illető PTSD-től szenved.” – írja Judith Lewis Herman pszichiáter.³²⁸

³²⁷ Feldmár András: Most vagy soha. Budapest, HVG Kiadó Zrt. 2014.

³²⁸ Herman, Judith Lewis : Trauma és gyógyulás – Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig. Budapest, Háttér - Nane, 2011.

4.2.4. Összefoglalás

A húsz évig tartó vietnami háborúnak 2 millió vietnami, és 58 ezer amerikai áldozata volt.³²⁹
A harcokban több mint 2,5 millió amerikai katona vett részt.³³⁰

Az állandóan változó frontvonalak, az ellenség folyamatos, kiszámíthatatlan felbukkanása, a szokatlan klimatikus körülmények, felemésztették a katonák erejét. Ebben a háborúban már rutinszerűvé vált a mentőhelikopterek használata. A sürgősségi ellátás diagnosztikus és terápiás eljárásai a békében alkalmazotthoz közelítettek. A modern sokk terápia mellett szinte alig volt szállíthatatlan sérült.

Az első világháború alatt létrehozott katonai alkalmassági vizsgálatokból fokozatosan fejlődött ki a katonapszichológia. A koreai háborúban a frontvonalhoz közel azonnali, egyénre szabott pszichés támogató kezelést nyújtottak. Ennek hatására lényegesen csökkent az akut harctéri összeomlás. A tapasztalatokat a vietnami háborúban felhasználva, a háborús stressz kezelő teamek alkalmazásával, az akut harctéri összeomlás a korábbi háborúkhoz viszonyítva jelentősen alacsonyabb lett. Azonban a krónikus pszichés tünetek, főleg a háború után, meglepően megszorodtak. Az amerikaiak Vietnamból történő kivonulása után átmenetileg 1 millió ember, 15 évvel később pedig még a veteránok 15%-a mutatta tartósan a kezdetben vietnami szindrómának, később poszttraumás stresszbetegségnek nevezett kórkép tüneteit.³³¹

A vietnami háború speciális körülményei, az állandó bizonytalanság, a pontrendszer alapján történő leszerelés, emiatt a magányos és gyors hazautaztatás, a csoportkohézió hiánya, megteremtették az alapot a későbbi pszichés tünetek létrejöttéhez. A vietnami háború amerikai katonája magányos volt a harcok alatt, és otthon is magányos maradt. A háború zavaros ideológiai háttere, a hősnek járó ünneplés helyett a háborús bűnös bélyeg, a feldolgozatlan negatív élmények, mind-mind kedveztek a lelki tünetek tömeges kialakulásának. Ezek a veteránok egyre jobban izolálódtak, gyakori volt az önsorsrontó viselkedés, sokan közülük alkohol-, gyógyszer-, drogfüggők lettek. Egy ördögi körbe belekerülve, menekülni próbáltak az emlékeik elől, de ezeket apró hétköznapi helyzetek is

³²⁹ Weiszhar Attila, Weiszhar Balázs: Háborúk lexikona i. m. p.528.

³³⁰ Szabó József (főszerkesztő): Hadtudományi lexikon. i. m. p. 1432.

³³¹ Pals H., Oak S.: War and Military Mental Health. i. m.

újra és újra felidéztek. Gyakoriak voltak a dühkitörések, a szuicid megnyilvánulások, az alvászavarok. Bizalmatlanok voltak mindenkivel szemben. Többségüket pedig állandó bűntudat gyötörte, a túlélők bűntudata. A tömeges előfordulás miatt részletesen vizsgálták a tüneteket, a lehetséges kiváltó rizikó faktorokat, az okokat, kórlefolyást, és a kezelési lehetőségeket. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1980 óta önálló kórképnek ismerte el, és poszt-traumás stressz betegségnek nevezte el a tünetek együttesét. Kezelésében pszichoterápia, főleg a veteránokból álló pszichoterápiás csoport, kiegészítő gyógyszeres kezelés és az önsegítő csoportok voltak a leghatásosabbak. Az amerikai veterán centrumokban komplex pszichoszociális gondozási modellt dolgoztak ki. A modell szerint pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, a régi veteránok és a családtagok együttműködve segítették a PTSD-től szenvedő katonát.

Később békeidőszakban is egyre többször fedezték fel a tünetcsoportot, természeti katasztrófák, tömegszerencsétlenségek után, de a hétköznapi élet megterheléseinek hatására is. A PTSD lényege, hogy az egyébként egészséges embereknél testi/lelki traumatikus események hatására tartós, kóros szorongásos tünetek jelentkeztek. A tünetek nem annyira egy adott konkrét fizikai vagy pszichés hatásra, hanem sokkal inkább az élmények feldolgozatlansága miatt jöttek létre. A tartós PTSD organikus idegrendszeri és mellékvese elváltozásokat okozhat. Diagnózisához három jellemző vonását használják, a kiváltó szituáció utólagos kényszeres átélését, a menekülést a hasonló helyzetek előtt, és a túlérzékenységet, amely egy tartósan fokozott készenléti állapotot jelent. A PTSD a hétköznapi életet, a kapcsolatokat, a társadalmi beilleszkedést súlyosan akadályozza, a benne szenvedő ember megkeseríti a környezete életét is, és ezek a hatások transzgenerációs is kimutathatóak.

A vietnami háború után tömegesen jelentkező PTSD adott lehetőséget a kórkép definiálására, a tünetek leírására, az okok felismerésére és a terápiás lehetőségek kialakítására. Mindezek a katona-egészségügyből kerültek át fokozatosan a civil egészségügybe. Rehabilitációs jelentősége az, hogy ráirányította a figyelmet az emberi lélekre, mint a gyógyulás döntő fontosságú tényezőjére. Egyértelművé vált, hogy a pszichés állapot regenerálása nélkül nem képesek a veteránok a társadalomba visszailleszkedni. Tulajdonképpen ekkor döbrentek rá igazán a kutatók, az ember bio-pszicho-szociális összetettségére. „*A rehabilitáció történetileg*

alakult komplex folyamattá, amelyben megjelentek a fizikai állapot javítása mellett a pszichológiai és a szociális összetevők is.”³³²

A hétköznapi, civil életben is egyre többször találkozunk a PTSD tüneteivel küzdő emberekkel. Judith Lewis Herman pszichiáter szerint a pszichés problémák mind PTSD-re vezethetők vissza. A PTSD fogalma a katona-egészségügyből elindulva, az egészségügy egész területére elterjedt. A rehabilitációra kerülő emberek szinte mindegyike – hiszen fizikai és/vagy lelki trauma után vannak - enyhébb vagy súlyosabb PTSD tünetekkel küzd. Mivel a pszichés és fizikai állapot szoros kölcsönkapcsolatban vannak, addig nincs lényeges fizikai javulás sem, amíg a lelki hátráltató tényezőkkel nem foglalkozunk. A rehabilitáció nem éri el a célját, az ismételt társadalmi részvételt, ha a pszichés és a szociális tényezőket elhanyagoljuk. Ettől az időtől számítható a rehabilitációs team kibővülése pszichológussal, pszichiáterrel, szociális munkással, valamint a sorstársi segítők szerepének a felismerése is. A PTSD kutatása során vált világossá, hogy az embert a maga bio-pszio-szociális egységében lehet csupán sikeresen rehabilitálni. Ennél a tünetcsoportnál derült ki, mennyire nem lehet szétválasztani - főleg a rehabilitációban nem lehet - a testi és lelki felépülést, milyen nagy jelentősége van a szűkebb (család) és tágabb szociális környezetnek és a sorstársi támogatásnak a társadalomba való visszatéréshez.

³³² Weinhoff Judit: A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai sérült katonák ellátása során Honvédorvos, 2011.(63) 3-4. pp.183-194.

5. AZ ASZIMMETRIKUS KIHÍVÁSOK IDŐSZAKA ÉS A REHABILITÁCIÓ

A Szovjetunió felbomlása a hidegháború végét jelentette. De a valóságban sohasem ilyen élesek a történelmi határok. A XX. század utolsó harmadától kezdve fokozatosan – az 1972. évi müncheni nyári olimpiai játékok óta - alakult ki az aszimmetrikus kihívások időszaka. Ekkor már nem az államok között folyt a harc. A támadó fél nem rendelkezett megfelelő katonai erővel, ezért egyszerű, de szokatlan eszközöket alkalmazott, lesből támadt, felrúgva a szokásos katonai normákat, figyelmen kívül hagyva morált, szabályokat, szokásokat.³³³

Az Öböl-háború még a harmadik generációs hadviselés jellemzőit mutatta, de már ugyanabban az időben másutt megjelentek a negyedik generációs hadviselés jellegzetességei. Korunk fegyveres konfliktusaira, a kétpólusú világrend megszűnése óta, főleg a negyedik generációs hadviselés jellemző. Az állam elvesztette hadviselési monopóliumát, etnikai, vallási, politikai csoportok harca kezdődött el. Az aszimmetrikus hadviselést terrorizmus, zavargások szítása jellemzi. A harc társadalmi, politikai, gazdasági, katonai téren egyaránt zajlik. Cél a tömegek manipulatív megnyerése. A hidegháború után a NATO-ban önkéntes, képesség alapú, expedíciós jellegű haderőt alakítottak ki. Multinacionális, egészségügyi ellátást szerveztek meg, amelyben az otthoni, tehát békében az országukban nyújtott minőség a mérvadó.³³⁴

³³³ Resperger István, Túri Viktória: A terrorizmus és az aszimmetrikus hadviselés pszichológiai aspektusai Repüléstudományi Közlemények, Különszám, 2010. április 16.

³³⁴ Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései... i.m. p.9., pp. 45-48.

5.1. AZ ÖBÖL-HÁBORÚ HATÁSA A XX. SZÁZADI REHABILITÁCIÓS SZEMLÉLETRE

5.1.1. Az Öböl-háború és a katona-egészségügy

1990. augusztus 1-én az iraki csapatok megtámadták Kuvaitot. A háborúnak számos oka volt, így többek között a szomszédos olajmezők kitermelése körüli vita és Irak súlyos gazdasági helyzete is szerepet játszott benne. Ráadásul Irak a területet, történelmi okokra hivatkozva, a sajátjának tekintette. Mivel az ENSZ BT többszörös felszólítása és szankciói ellenére sem távoztak az iraki csapatok, ezért nemzetközi katonai fellépésre került sor. A „Sivatagi Pajzs” (Desert Shield) hadművelet során a térségben a szövetséges csapatok felfejlesztése két fázisban történt. Először eljuttatták az amerikai és a velük szövetséges katonai erőket a hadszíntérre. Ez részben Szaúd-Arábia védelmét, részben az iraki erők elrettentését szolgálta. A második fázisban olyan mértékű katonai erőt telepítettek a térségbe, amely megteremtette a sikeres támadó hadművelet lehetőségét. Az USA-ban a második világháború óta ekkora mozgósításra még nem volt példa. 1991. január 17-én a szövetséges erők a „Sivatagi Vihar” (Desert Storm) hadművelet során megtámadták Irakot. A 34 napig tartó légi hadművelet az első fázisa volt a támadásnak, amely során iraki kulcsfontosságú célpontokat támadtak, mint például a repülőtereket, rakétaindító állásokat, légvédelmi rendszereket. Második fázisként 1991. február 24-én megindult az összehangolt szárazföldi, légi, tengeri támadó hadművelet, amely zömében megsemmisítette a Kuvaitban lévő iraki csapatokat, a maradék pedig menekülésre kényszerült. A hadviselés átalakulásának, az alkalmi összhaderőnemi expedíciós katonai erők alkalmazásának lehetőségét világosan mutatta az Öböl-háború sikeressége.³³⁵

A Perzsa-öböl felőli robotrepülőgépekkel történő támadásban a bombák 10 %-a lézervezérelt „intelligens bomba” volt. A robotrepülőkre szerelt kamerák segítségével a világ egyenes adásban láthatta az eseményeket a CNN közvetítése révén. A háborúban a lezárt Baszra-

³³⁵ Csabai György: Visszatekintés az 1990-1991-es Öböl-háború tapasztalataira Nemzetvédelmi Egyetemi Fórum 2003. (7) 3.; Weiszár Attila, Weiszár Balázs: Háborúk lexikona. i. m. p. 393.

Kuvait autópályán több ezren haltak meg. Egyre több volt a civil áldozat is, mivel Szaddam Husszein gyakran élőpajzsként használta a lakosságot a fontosabb létesítmények védelmékor. A visszavonuló irakiak által felgyújtott több száz olajkút (727) hihetetlen környezeti katasztrófát idézett elő. 500 millió liter olaj folyt a tengerbe. Óriási károk keletkeztek a tengervíz a sótól mentesítő üzemekben. 1991. február 28-tól életbe lépett a tűzszünet. 70 000 főnyi iraki veszteség mellett a koalíció 240 embert veszített.³³⁶ 147 amerikai katona halt meg közvetlenül harci cselekményekben.³³⁷ A halottak/sérültek aránya 1:3 volt.³³⁸

Az amerikai hadsereg az egészségügyi biztosítás tervezésénél a várható egészségügyi veszteség számvetése alapján, a hadsereg 4,6-5 % -val számolt. Ez körülbelül 25 000 embert jelentett, akiket 18 469 kórházi ágygal szolgáltak ki. A zászlóaljkat ellátó segélyhelyek 10 km-re, a dandárokot biztosítók 15-20 km-re, a hadosztályokat ellátók 35-45 km-re, a hadtesteket ellátók pedig 170-190 km-re települtek. A főbb alkalmazási jellemzőik alapján megkülönböztették a MASH-t (Mobile Army Surgical Hospital), amely mozgó katonai sebészeti kórház volt, főleg az életfunkciók fenntartására. CSH (Combat Support Hospital) a harci támogató kórház, általános betegellátó funkcióval, EH (Evacuation Hospital) a kiürítő kórház, sérültek állapotának stabilizálására, GH (General Hospital) az általános kórház, FH (Field Hospital) a tábori kórház, az időleges csapatösszevonások egészségügyi ellátására. Az úgynevezett rövid kiürítési politikát alkalmazták, amely kevesebb hadszíntéri és több hátországi ágyat jelentett. Ebből viszont az következett, hogy a légierőre nagyobb terhelés jutott. Tehát az amerikai hadsereg egészségügyi szolgálata rövid kiürítési politikát alkalmazva, 64 telepített (vagy készenlétben lévő egészségügyi intézménnyel), 18 469 ágygal, 41 000 fő egészségügyi dolgozóval készült a háborúra.³³⁹

Irak hadserege 1990-ben a negyedik legnagyobb volt a világon, amikor megtámadta Kuvaitot. Az ENSZ BT felszólítására sem távozott, ezért Nemzetközi Katonai Koalíció szerveződött ellene. A Magyar Kormány már 1990 szeptemberében kinyilvánította a Koalícióban való részvételi szándékát. Az egyeztetések alapján, a magyar támogatás formáját egészségügyi kontingens kiküldésében állapították meg. A 37 főből álló magyar csoportban 23 orvos, 5

³³⁶ Weiszhar Attila, Weiszhar Balázs: Háborúk lexikona. i. m. p.393.

³³⁷ Writer J.V, DeFraités R.F, Brundage J.F. Comparative mortality among US military personnel in the Persian Gulf region and worldwide during operations desert shield and desert storm. J. Am. Med. Assoc. 1996; 275:118–121.

³³⁸ Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öböl-háborúban. II. rész, Katonai Logisztika, 1995. 3 (1):115-136.

³³⁹ Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öböl-háborúban. I. rész, Katonai Logisztika, 1994. 2 (4): 139-167.

műtősnő, 5 altatónővér, 1 bel-toxikológus szakápoló, 2 tolmács, és 1 ügykezelő volt. Az orvosok 37 szakterületet képviseltek. A Magyar Katonaorvosi Kontingens nemzetközi egészségügyi csapattal együttműködve Szaúd-Arábiában, Dhahran városában dolgozott. Dhahran hatalmas tengeri és légi kikötővel, közúti és vasúti csomópontokkal rendelkező város. Optimális elhelyezkedése miatt itt rendezték be a harcoló alakulatok utánpótlási bázisait, logisztikai parancsnokságait, technikai és egészségügyi támogató központjait. Ebből következett, hogy a város és környéke, mint a háború logisztikai ellátó központja, az iraki támadások egyik célpontja lett.³⁴⁰

A háborúban Irak föld-föld típusú rakétákkal lőtte a szomszédos Szaúd-Arábiát, és távolabbi izraeli célpontokat is. Dhahrant kitüntetett helyzete miatt 42 alkalommal támadták meg. Emiatt itt keletkezett a szövetségesek teljes háborús veszteségének (halottak és sebesültek) fele, dominálónan fej- és végtagsérültek. Ellátásukban a kitűnően helytálló magyar orvosoknak és egészségügyi személyzetnek jelentős szerep jutott.

„Az egészségügyi biztosításra a személyi, anyagi és technikai túlbiztosítottság volt a jellemző.”³⁴¹ Az amerikai hadseregben zászlóaljszinten is működtettek szakorvosi műtőt (FAST- Forward Airbone Surgical Team), hadosztály, néha ezred szinten CSH-t (Combat Support Hospital, Harctámogató Kórház) is. A sérültek átlagosan másfél órán belül elsődleges ellátást kaptak, 3 órán belül műtőben és 6 órán belül kórházban voltak. Harci körülmények között először alkalmaztak CT-t, nem filmes leképező rendszereket, folyékony oxigént előállító készülékeket.³⁴²

A sérültek és betegek ellátásának gyorsasága és hatékonysága minden korábbi háború, vagy katonai művelet egészségügyi színvonalát jelentősen felülmúlta.

³⁴⁰ Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öböl-háborúban. I. rész i. m.

³⁴¹ Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öböl-háborúban. II. rész i. m.

³⁴² Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öböl-háborúban. II. rész i. m.

5.1.2. Az öbölháború-szindróma és a rehabilitáció

5.1.2.1. Az öbölháború-szindróma (Gulf War Syndrome)

Az Öböl-háborúban a szövetségesek vesztesége, a sérültek és betegek aránya az előzetes várakozásokhoz képest lényegesen alacsonyabb volt. Azonban a háború után néhány hónappal az amerikai, a kanadai és az angol katonák közül is egyre többen fordultak orvoshoz különböző, nehezen meghatározható tünetekkel. A korábban teljesen egészséges katonák, és a polgári alkalmazottak is, rendkívül sokféle, bizonytalan tünetre panaszkodtak, amelyeket egyetlen ismert betegséghez sem lehetett besorolni. Sokáig a tünetek valóságát is megkérdőjelezték, inkább lelki eredetűnek, vagy előny szerző ügyeskedésnek tartották. A panaszos katonák egyre növekvő száma miatt mégis szembe kellett nézni a problémával. Az Öböl-háborúban szolgálatot teljesített veteránok 33,8 %-a³⁴³ számolt be különböző diffúz tünetekről. Azok a katonák, akik ugyanezen idő alatt aktív katonaként szolgáltak, de nem a Perzsa-öbölben, hasonló tüneteket 11,7 %-ban panaszoltak. Az öbölháború-szindróma a megbetegedett katonák 75 %-nál 1991 és 1995 között kezdődött. A veteránok több mint fele sokféle tünetet mutatott, de a hangulati és a kognitív zavarok közül legalább egy, mindenkinél megjelent.³⁴⁴ A pontos előfordulási gyakoriság megállapítását nagyon megnehezítette, hogy a különböző szerzők más-más csoportosítást, betegségfelosztást és kritériumokat használtak. Emiatt, és a tünetek bizonytalansága miatt is, az előfordulási arányszámok még ma is vitatottak. Fukuda és munkatársai³⁴⁵ kritériumai szerint: az Öböl-háborúban részt vett veteránoknál krónikusan, legalább 6 hónapig jelentkezzenek a tünetek. Egy-egy tünet mutakozzon az alábbi leggyakoribb tünetcsoportok közül legalább kettőből: fáradékonyság, hangulati - kognitív nehézség, izom - ízületi panaszok. Fukuda és munkatársai kutatása szerint az enyhe-mérsékelt esetek előfordulási gyakorisága 39 % volt, a súlyosaké 6%.³⁴⁶

³⁴³ Smith B.N., Wang J.M., Vogt D., Vickers K., King D.W., King L.A.: Gulf War Illness. Symptomatology Among Veterans 10 Years After Deployment. JOEM 2013. jan., Vol. 55., 1., 104-110.

³⁴⁴ Smith B.N., et al.: Gulf War Illness. i. m.

³⁴⁵ Fukuda K., Nisenbaum R., Stewart G., Thompson W.W., Robin L., Washko R., Noah D., Barrett D., Randall B., Herwaldt B., Mawle A., Reeves W.: Chronic Multisymptom Illness Affecting Air Force Veterans of the Gulf War JAMA, 1998., 280(11): 981-988.

³⁴⁶ Fukuda K. et al.: Chronic Multisymptom Illness Affecting i. m.

Ezek a tünetek tehát szignifikánsan gyakrabban jelentkeztek az Öböl-háborúban járt veterán katonáknál, bár észleltek hasonlóakat más katonákon is, csak sokkal kisebb arányban. A panaszok többsége már a háború alatt, vagy közvetlenül a hazaérkezés után kezdődött. Súlyosságuk független volt a Perzsa-öbölbe telepítés időtartamától, évszakától, a katonai tevékenység aktivitásától is. Leggyakrabban állandó fáradtságot, alvászavarokat, depressziót, fejfájást, memória- és koncentrációzavart, hányingert, hasmenést, ízületi fájdalmakat, izomfájdalmakat, impotenciát, bőrkiütést, köhögést, mellkasi fájdalmat panaszoltak.³⁴⁷

A legújabb kutatások több XX. századi háború vagy katonai konfliktus után is hasonló tünetek megfigyeléséről számoltak be, és ezzel általában kiélezett tudományos és politikai vitákat provokáltak. Ugyanez észlelhető az öbölháború-szindróma léte, kezelése és rehabilitációja körül is. Sokan ezeket a tüneteket a XX. századi háborúk általános, tipikus következményeinek tartják, amelyek a fizikai, a pszichikai és a szociális traumák összességéből jönnek létre. Az öbölháború-szindróma tünetei nem kivételesek, de úgy tűnik, az Öbölben kialakult speciális körülmények miatt nagyságrendileg különböznek a korábban észleltektől.³⁴⁸

Az eredményekből nyilvánvaló, hogy az Öböl-háborút követően a veteránok diffúz panaszai és tünetei gyakoribbak voltak, de az általános egészségügyi ellátó rendszert megvizsgálva, minden ötödik beteg hasonló okok miatt kereste fel orvosát. Közülük csak 10-15 %-nál igazolódott később organikus háttér. Lee és munkatársai 3000 brit katonát vizsgálva, a veteránok morbiditását és mortalitását nem találták gyakoribbnak, mint az átlag populációét. A veteránok 75%-a jól érezte magát, több mint 10 évvel az Öböl-háború befejezése után is. A panaszos 25 %-ot alkotók döntően PTSD-ben szenvedtek. A megvizsgált 3000 veterán eredményei alapján kijelentették, hogy nem voltak az átlag populációnál súlyosabb állapotban. Tehát ezek a kutatók nem találták bizonyítottnak az öbölháború-szindrómának,

³⁴⁷ Smith B.N., et al.: Gulf War Illness. i.m.; Fukuda K., et al.: Chronic Multisymptom Illness i. m.; Lee H.A., Gabriel R., Bolton J.P.G., Bale A.J., Jackson M.: Health status and clinical diagnoses of 3000 UK Gulf War veterans Journal of the Royal Society of Medicine 2002. Oct. 95(10):491-497.; Proctor S.P., Heeren T., White R.F., Wolfe J., Borgos M.S., Davis J.D., Pepper L., Clapp R., Sutker P.B., Vasterling J.J., Ozonoff D.: Health status of Persian Gulf War veterans: self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress. International Journal of Epidemiology 1998., 27. pp. 1000-1010.

³⁴⁸ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes: international lessons and new models of care Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences Apr 29, 2006; 361(1468):707-720.; Fukuda, K. et al.: Chronic multisymptom illness i. m.

mint önálló tünetcsoportnak, a létét.³⁴⁹ Más tudósok lehetségesnek tartották a funkcionális eredetet, vagy a szomatizációt is.³⁵⁰

A tüneteket kiváltó lehetséges környezeti okok között szerepelnek a kémiai fegyverek, biológiai fegyverek, rovarirtó szerek, az égő olajból származó vegyületek, a sátrak fűtéséből származó égéstermékek, a robbanótöltetekben az amerikaiak által használt gyengített urán is. A kémiai fegyverek elleni védekezésésként az amerikai katonák piridosztigmin tablettát szedtek. Ez utóbbi is szóba került kiváltó ágensként. Szignifikáns kapcsolatot találtak a sátrak fűtése és a kardiopulmonális megbetegedések, a rovarirtószerek, valamint a biológiai-vegyi ágensek és a muszkuloszkeletális elváltozások között. Szintén szignifikáns kapcsolatot fedeztek fel a Scud rakéták törmeléke, a biológiai-vegyi ártalmak és a neurológiai, neuropszichiátriai és pszichológiai elváltozások között. A gasztrointesztinális és dermatológiai tünetek és a környezeti hatások között egyértelmű kapcsolatot nem találtak.³⁵¹

Minden Öböl-háborúba menő amerikai katonát beoltottak anthrax ellen. Ez felvetette a vakcinában lévő adalékként használt alumínium-hidroxid kóroki szerepét is.³⁵² A később jelentkező tüneteknél nem zárható ki a kémiai vagy biológiai fegyverek késői, vagy lassan kibontakozó hatásaként létrejövő neurotoxicitás sem. Részletesen megvizsgálták a fertőző ágensek lehetséges szerepét is. Közülük a leishmaniasis endémiás a régióban, és kb. 5 %- a az öbölháború-szindrómás betegeknek antigén pozitív is volt. Ez az érték azonban a máshol dolgozó többi katonánál is hasonlóan alakult. Egyéb fertőző ágensek – vírusok, paraziták, baktériumok- elleni antigének vizsgálata nem mutatott összefüggést a tünetcsoporttal. A súlyos esetek 77%-nál találtak krónikus hasmenést, de semmiféle kórokozót nem sikerült kimutatni a háttérben, ezért döntően IBS-t (Irritábilis Bél Szindróma) vélemeztek. A tünetekkel egyértelműen kapcsolatba hozható fizikális és laboratóriumi eltéréseket sem találtak.³⁵³

³⁴⁹ Lee H.A., Gabriel R., Bolton J.P.G., Bale A.J., Jackson M.: Health status and clinical diagnoses of 3000 UK Gulf War veterans *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002. Oct. 95(10):491-497.

³⁵⁰ Auxéméry Y.: The Gulf War Syndrome twenty years on. *L'Encéphale* 2013.Oct; 39 (5):332-8.

³⁵¹ Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. i. m.; Wolfe J., Proctor S.P., Erickson D.J., Hu H.: Risk factors for multisymptom illness in US Army veterans of the Gulf War. *J Occup Environ Med.*2002.44 (3):271-281.

³⁵² Shaw C.A., Tomljenovic L.:Aluminum in the central nervous system (CNS): toxicity in humans and animals, vaccine adjuvants, and autoimmunity. *Immunologic Research* 2013 Jul; 56 (2-3):304-316.

³⁵³ Fukuda K. et al.: Chronic Multisymptom Illness i.m.; Proctor S.P., Heeren T., et al.: Health status of Persian Gulf War veterans i. m.

Az Öböl-háború ideje alatt, ténylegesen az Öbölben szolgáló katonák között a mentális betegségek szignifikánsan gyakoribbak voltak (18,1%), mint azok között, akiket ebben az időszakban nem az Öbölbe irányítottak (8,9%).³⁵⁴ A depresszió és a szorongásos kórképek egy 10 évvel későbbi felmérés szerint csökkentek ugyan mindkét csoportban, de az Öbölben járt katonák között ekkor is magasabbak maradtak. Ezek a veteránok több tünetről számoltak be, és az életminőségük is alacsonyabb volt. Tehát az Öböl-háborúban való részvétel a mentális betegségek, a pszichológiai tünetek növekvő számát, az életminőség csökkenését okozta, már a háborús években és utána is. A PTSD esetek száma háromszorosa volt az Öbölben szolgáltak között, mint a másik csoportban.³⁵⁵ Közismert a testi és lelki állapotok, betegségek, kölcsönös egymásra hatása. A pszichés állapotnak biztosan jelentős szerepe volt abban, hogy az Öböl-háború után a fizikai tünetek ilyen magas arányban manifesztálódtak. A tünetek kialakulásáért egyetlen ágens sem tehető egyértelműen felelőssé. Azonban az októl, a tünetek milyenségétől és objektív súlyosságától függetlenül is, az életminőség vizsgálatok jelentős rosszabbodást mutattak. A fenti fizikai és lelki károsító hatások összeadódva, egyéb eddig esetleg még fel nem tárt környezeti és pszichés tényezőkkel együtt, provokálhatták a tünetek létrejöttét, amelyek valószínűleg csak nagyságrendileg különböznek az egyéb fegyveres konfliktusok után, vagy akár a civil életben észleltektől is.³⁵⁶

Terápiája - éppen a tünetek sokfélesége miatt – rendkívül változatos. Nagy jelentősége van a különböző tüneti gyógyszereknek, de legnagyobb jelentősége a pszichoterápiás módszereknek van. Mivel a tünetek tartósak, még mindig sok embert érintenek, a kiváltó okokat sem sikerült megnyugtatóan tisztázni, ráadásul súlyos életminőség romlással járnak, ezért még évtizedekkel a háború után is számos tanulmány foglalkozik vele.³⁵⁷

Az öbölháború-szindróma vizsgálata ismét felhívta a figyelmet az általános egészségügyben is gyakran előforduló bizonytalan panaszok kutatására. Ezek jellegének, gyakoriságának, súlyosságának vizsgálata az általános orvosi gyakorlatban a házi orvosok számára fontos iránymutató lehet.

³⁵⁴ Toomey R., Kang H.K., Karlinsky J., Baker D.G., Vasterling J.J., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war *The British Journal of Psychiatry* 2007, 190(5)385-393.

³⁵⁵ Toomey R., Kang H.K., Karlinsky J., Baker D.G., Vasterling J.J., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war. i. m.

³⁵⁶ Fukuda K. et al. : Chronic Multisymptom Illness i. m.

Lee H.A., Gabriel R., Bolton J.P.G., Bale A.J., Jackson M.: Health status and clinical diagnoses of 3000 UK Gulf War veterans *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002. Oct. 95(10):491-497.

³⁵⁷ Lee H.A., Gabriel R., Bolton J.P.G., Bale A.J., Jackson M.: Health status and clinical diagnoses of 3000 UK Gulf War veterans. i. m.

5.1.2.2. Az öbölháború-szindróma és az új gondozási modellek

Az amerikai egészségügy az Öböl-háborúra hihetetlen mennyiségű egészségügyi felszereléssel és hatalmas egészségügyi személyzettel készült. A háború előtt számítottéhoz képest lényegesen kevesebb sérült keletkezett, nagy részük fej- és végtagsérült volt. Akut ellátásuk, majd rehabilitációjuk, a már korábban kialakult rendszer szerint történt. Az Öböl-háború után is jelentős volt a PTSD gyakorisága. Előfordulását 15,6%-tól 17,1 %-ig találták. A figyelem azonban ekkor inkább már a tömegesen jelentkező, változatos tünetekkel járó öbölháború-szindrómára fókuszálódott.³⁵⁸

A XX. század második felében egyre növekedett a harci cselekmények és környezeti katasztrófák után jelentkező krónikus egészségügyi panaszok aránya. Az Öböl-háború után már 1993-ban és 1994-ben is jelentős tudományos kutatási programok indultak az Amerikai Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában is, az öbölháború-szindróma tanulmányozására. Kanada 1995-ben csatlakozott a programhoz, kiterjesztve a kutatást a veteránok családjára és munkahelyi környezetére is. Kanadában több olyan multidiszciplináris centrumot is nyitottak, ahol a veteránokat a családjukkal együtt részesítették komplex kezelésben. A fenti országok együttműködtek a háborúban, majd később az öbölháború-szindróma vizsgálatában is. Amerikában ezek a kutatási programok a veterán egészségügyi szolgálatok további fejlesztéséhez, speciális elektronikus regisztrációs rendszer kialakításához vezettek.³⁵⁹

Az USA-ban egy 1998-as rendelet alapján a háborús veteránok az aktív katonai szolgálat után két évig ingyenes egészségügyi ellátást kaptak a Veteránügyi Minisztériumtól, valamint a civil életbe történő visszatérést támogató programokban is részt vehettek. A többi fenti ország szintén működtetett hasonló támogató programokat. Azonban hiába volt az ingyenes ellátás, az általános egészségügy a leszerelt katonák gondjaival nem tudott mit kezdeni. Sem az általános civil, sem a magán egészségügy nem volt felkészülve a veteránok speciális ellátására.³⁶⁰

³⁵⁸ Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. i.m.

³⁵⁹ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i.m.

³⁶⁰ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.

A változatos tüneteket mutató veteránok növekvő száma miatt az amerikai, angol, kanadai és ausztrál védelmi minisztériumok 100 000 veterán részvételével átfogó felmérést végeztek. Amerikában több mint 250 millió dollárt költöttek erre a programra, és a Medline³⁶¹ egészségügyi adatbázisban 2006-ban több mint 1300 cikk foglalkozott a témával. Sokféle szempont szerint történtek a vizsgálatok, de minden vizsgált kóros tünet gyakoribb volt az Öböl-háborús veteránoknál. Köztük, összehasonlítva más háborús veteránokkal, a depresszió és a PTSD előfordulása is jelentősebben nőtt, az egészséggel kapcsolatos életminőség kifejezettebben csökkent.³⁶²

Mivel az öbölháború-szindróma kiváltó okai még ma sem ismertek pontosan, így oki kezelése és az okokra fókuszáló rehabilitációja sem volt lehetséges. A sokféle tünet közül mindenkinél más-más dominált, ezért a gondozás során az egyéni megközelítés különösen fontossá vált. Más kezelést igényelt a főleg gasztrointesztinális és mást a főleg neuropátiás, vagy egyéb tünetekkel bíró beteg. A rehabilitáció egyre inkább egyedi lett, egyre összetettebb, és a tünetcsoport megismerésével párhuzamosan folyamatosan változott. A tünetek életminőségre gyakorolt negatív hatása nem csupán a veterán, hanem a családja, és a tágabb környezete számára is komoly kihívást jelentett.

Az öbölháború-szindróma kezelése és rehabilitációja területén is sok ellentmondás volt, így a tünetekre alapozott rehabilitáció mutatkozott a legésszerűbbnek. Engel és munkatársai öbölháború-szindrómás veteránok részére kidolgoztak egy komplex rehabilitációs programot. Három hétig 4-8 fős csoportokban, ambulánsan, intenzív rehabilitációs kezelést nyújtottak. Mindenkire külön, egyéni, tünet orientált rehabilitációs tervet dolgoztak ki. A munkát interdiszciplináris team végezte, amely általában belgyógyászból, pszichológusból, szociális munkásból, és fizioterapeutából állt. A veteránokkal folyamatosan, személyesen vagy telefonon, tartották a kapcsolatot. A program egészségügyi felmérést, fokozatosan nehezített fizikai terhelést, egészségnevelést, táplálkozási tanácsokat és felvilágosítást tartalmazott. A betegtájékoztató kiterjedt az Öböl-háború lehetséges hatásaira, a betegséggel kapcsolatos káros hiedelmekre, és az aktív copingra, tehát a megküzdési lehetőségekre is. 109 veteránt vizsgáltak, a program kezdetén, végén, egy és három hónappal később. A kezelést „tünet

³⁶¹ Medline <http://www.medline.com/home.jsp> Letöltve 2016. október 29. ;

Medline <https://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html> Letöltve 2016. október 29.

³⁶² Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.

orientált terv” alapján építették fel. Az eredmények valamennyi vizsgált területen – amelyeket nemzetközileg elfogadott tesztekkel végeztek - mérsékelt, de következetes javulást tükröztek.³⁶³

Mind a fizikai tünetekben, mind a pszichoszociális kérdésekben, mind az életminőség területén mérhető javulás volt. Eredményeik jelentőségét főleg az adta, hogy bebizonyították, még ismeretlen kiváltó ok esetén is érdemes rehabilitációs kezelést végezni, amelyet ilyen esetekben a tünetekre kell felépíteni. A program másik tanulsága, hogy a kezelések ambulánsan is hatásosak voltak. A követési idő alatt minden vizsgált időpontban mérsékelt, de egyértelmű volt a javulás. A szindróma pontos oka és definíciója nem elég a hatásos gondozási program felépítéséhez, de a hiánya sem nélkülözhetetlen ehhez – írta Engel.³⁶⁴ A komplex rehabilitációs kezeléssel, nagy valószínűséggel megelőzhető az állapot súlyosbodása, hosszabb távon a rokkantság kialakulása is, ezáltal a veteránok esélyt kapnak a társadalomba való visszatéréshez. A program nem csupán az Öböl-háborús konfliktus utáni helyzetben használható. Alkalmazható egyéb későbbi háborús vagy terrorcselekmény után is, sőt a civil életben a krónikus – akár ismeretlen eredetű betegségeknel is – a társadalmi reintegráció segítésére. Erre a vizsgálatra, és hasonló tapasztalatokra alapozva, újabb multicentrikus klinikai vizsgálatok kezdődtek, és újabb multidiszciplináris gondozási programok indultak.³⁶⁵

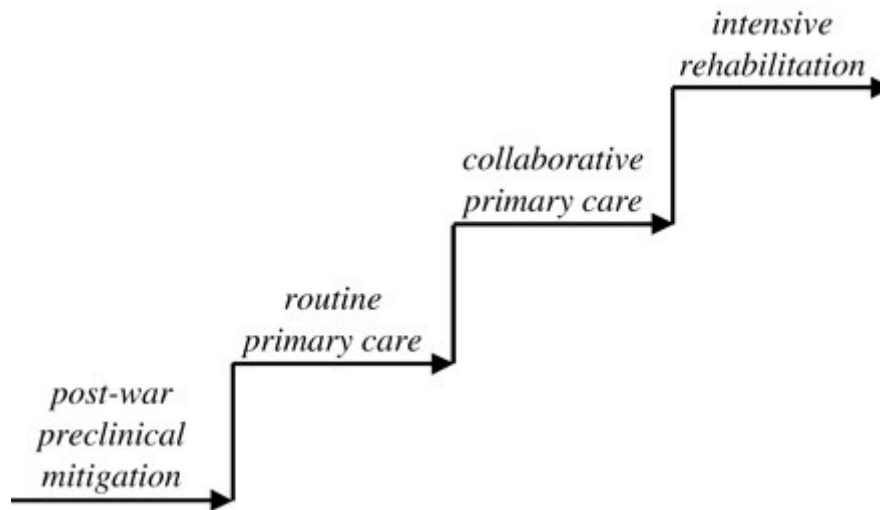
Engel később továbbfejlesztette a fenti elképzeléseit és kidolgozott egy többszintű egészségügyi gondozási modellt, az öbölháború-szindróma tapasztalataiból kiindulva. Javasolta, hogy ezt a modellt az általános egészségügybe illesztve, az egészségügyi rendszer szerkezetét alakítsák át. A javaslat lényege az volt, hogy az általános egészségügy a hétköznapiakban használható útmutatót kapjon a krónikus tünetekkel élő veteránok gondozásához. Ezen kívül ez a modell alkalmazható az egyéb súlyos stressz szituációk után a krónikus tünetekkel élő, és más idült betegségekben szenvedő emberek általános gondozásához is.³⁶⁶ (5. sz. ábra)

³⁶³ Engel, C.C., Liu, X., Clymer, R., Miller, R. F., Sjoberg, T., Shapiro, J.R.: Rehabilitative Care of War-Related Health Concerns *Journal of Occupational and Environmental Medicine*: April 2000, Vol 42, Iss 4, pp 385-390.

³⁶⁴ Engel, C.C., Liu, X., et al.: Rehabilitative Care of War-Related Health Concerns i. m.

³⁶⁵ Engel, C.C., Liu, X., et al. : Rehabilitative Care of War-Related Health Concerns i. m.

³⁶⁶ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.



5. sz. ábra

Az általános egészségügyi ellátás sémája a háború utáni krónikus idiopátiás tünetek és kapcsolódó károsodások esetében³⁶⁷

Post-war preclinical mitigation – a háború után, a klinikai megjelenés (felismerés) előtti bizonytalan panaszok enyhítése; megelőzés

Routine primary care - rutin alapellátás

Collaborative primary care – a rutin alapellátás bővítése különböző szakemberekkel

Intensive rehabilitation – komplex rehabilitáció speciális szakemberekkel, multidiszciplináris team révén

A rendszer két legfontosabb elemének a megelőzést és az intenzív rehabilitációt jelölte meg, a kettő közé helyezte a rutin alapellátást és a különböző szakemberek bevonásával kibővített alapellátást. A megelőzés lehetőségei közül négy módszert emelt ki, amelyeket mind a katonai, mind a civil életben jól használhatónak tartott a traumát követő krónikus tünetek megelőzésére.

Ezek a következők:

1. szűrés,
2. felvilágosítás és oktatás,

³⁶⁷ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.

3. preventív pszichológiai beavatkozások,
4. családi és munkahelyi pszichoszociális védőháló.

A rendszerben a megelőzést szükség esetén követheti az alapellátás, majd egy kibővített ellátás, végül a rehabilitáció. A modell a háború utáni krónikus, idiopáthiás tünetek kezeléséhez egy olyan többlépcsős gondozási rendszert vázolt fel, amelynek csúcsát az intenzív rehabilitációs ellátás jelentette. Utóbbi gyakorlati végrehajtása ambuláner vagy kórházi körülmények között is történhetett. Az ambuláns formánál hetente 1-2 alkalommal 10-15 héten át javasolták a kezelést, a kórházi fekvő ellátásnál 3-4 hétig. A kezelés összetett, több irányból közelítette meg az adott egyént. Pszichoterápiából, fizikai és pszichológiai reaktiválásból, a munkába történő fokozatos visszasegítésből, team által végzett követésből állt. Az orvosi és pszichoszociális megközelítést fokozatosan nehezített fizikai aktivitással kombinálták. A kulcs-terápiás elemek a fokozatosan nehezített fizikai aktivitás, a kognitív-viselkedés terápia, és a folyamatos gondozás voltak. A kognitív viselkedés terápia a legtöbb esetben hatásos volt, részleges tünetcsökkenést, és életminőség javulást nyújtott. A rehabilitációs program során a kognitív viselkedésterápia, a fizikai tréning és a munkába történő fokozatos és korai visszatérés hatására jelentkezett a legnagyobb javulás.³⁶⁸ A fenti intenzív rehabilitációs program hatására enyhültek azoknak az Öböl-háborús veteránoknak a tünetei, akik a rendszerben lévő korábbi gondozási fokozatokra nem reagáltak.

Engel véleménye szerint az öbölháború-szindrómával kapcsolatban nem az okokat kell keresni, hanem a megoldást. Az Engel modell lényege, hogy a specialisták helyett - akik csak egy adott tünetcsoportra koncentrálnak, és elveszhet a beteg, mint egész ember-, az alapellátásban jelenjen meg a veterán, lehetőleg itt oldják meg a panaszait, progresszív ellátási szinteken. Ebben a folyamatban a páciens személye kerül előtérbe, és nem a tüneteire fókuszálnak csupán. Egy adott háborús konfliktus után alkalmazni lehet a veteránoknál különböző prevenciós lehetőségeket. Ha ez nem elég és tünetek jelentkeznek, a rutin alapellátás módszerei következnek. Amennyiben ez sem hoz eredményt, a kibővített alapellátási lehetőségekkel – más szakterületekkel együttműködve – kell a fogyatékoság prevencióját végezni. Az intenzív rehabilitációra speciális beavatkozásokkal, csak abban az esetben kerül sor, ha súlyos fogyatékoság veszélye áll fenn. Utóbbi ellátás ambuláner is

³⁶⁸ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.

működtethető, alkalmazásával kivédhető a túlzott medikalizáció, a hospitalizáció, és csökkenthető a betegszerep elmélyülésének lehetősége.

A modell Kanadában kipróbált verziójában két évig havonta követték a betegek állapotát. Multidiszciplináris team végezte a munkát, amelyet főleg belgyógyászok irányítottak, de a pszichiátriai eseteknél pszichiáterek vették át a team vezetését. A munkacsoport pszichológusokból, szociális munkásokból, lelkészekből, és nővérekéből állt még. Az eredmények bebizonyították a rendszer hatásosságát. A kutatásban résztvevő valamennyi ország védelmi minisztériuma megvalósíthatónak és megvalósítandónak ítélte a modellt.

Az Öböl-háborús veteránok megoldatlan egészségügyi helyzete indította el a fent leírt kutatási, kezelési és rehabilitációs programokat. Ugyanakkor a civil lakosság körében is egyre több a krónikus beteg. Ezt részben az átlagéletkor növekedése okozza, részben pedig az, hogy az egészségügy fejlődésével egyre több súlyos beteg a korábbinál hosszabb ideig életben tartható. Közülük sokan összetett, vagy ismeretlen etiológiájú tünetektől szenvednek. Gondozásuk komoly népegészségügyi probléma. Az ő esetükben is jól alkalmazható lenne a fenti egészségügyi ellátási modell, mivel szerencsésen hangolja össze az általános ellátás lehetőségeit az egyéni speciális igényekkel. Íme, ismét egy példa arra, hogy a katona egészségügyből kiinduló kezdeményezést később a civil életben is eredményesen lehet alkalmazni.³⁶⁹

A programba később bevonták az Öböl-háború veteránjai mellett a boszniai, koszovói veteránokat, a 2001. szeptember 11-e sérültjeit, majd az afganisztáni és iraki konfliktusban sérült katonákat is. Ez az egészségügyi gondozási rendszer a jövőbeli esetleges további háborúk után szintén jól alkalmazható az egészségügyi ellátás felépítéséhez. Végeredményben az Öböl-háború tapasztalatai alapján olyan többlépcsős gondozási, rehabilitációs rendszer született meg, evidence-based guideline-okkal (bizonyítékokra alapozott irányelvekkel) alátámasztva, amely háború, terror, vagy környezeti katasztrófák után, vagy akár krónikus betegségek esetében is jól alkalmazható egészségügyi gondozási útmutatót ad.

Csupán speciális gondozási stratégiákkal lehet megoldani a háborúk vagy terrortámadások után tömegesen kialakuló egészségügyi problémákat. A fenti új gondozási modell jól

³⁶⁹ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.

megvalósítható, fokozatosan felépíthető, interdiszciplináris, sokoldalú. Egymásra épülő szintjei progresszív ellátást tesznek lehetővé, csúcán a részletesen kidolgozott intenzív rehabilitáció áll. Használata egyre gyakoribbá válik Amerikában, Kanadában, és más országokban, főleg a katonák és háborús veteránok gondozásában. Optimálisan kombinálja az általános egészségügyi lehetőségeket az egyedi szükségletekkel, az egyes páciensekre centralizált gondozással. Közelíti egymáshoz az általános egészségügyi ellátás és az egyedi gondozás szempontjait.³⁷⁰

³⁷⁰ Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes i. m.

5.1.2.3. Az öbölháború-szindróma hatása az életminőség kutatásokra

A rehabilitáció legfontosabb, központi kérdése az életminőség. Az orvostudomány fejlődésével egyre több súlyos sérült és krónikus beteg marad életben, egyre hosszabb ideig. Emiatt a mortalitási és morbiditási mutatók mellett jelentős hangsúly került a meghosszabbított évek minőségére, élhető, emberi voltára. A kezeléseknél már nem csupán a költséghatékonyságát vizsgálják, hanem az emberi élet minőségére gyakorolt hatásait is. Az öbölháború-szindróma tömeges jelentkezése ebből a szempontból is új kérdéseket vetett fel, és nagy lendületet adott az életminőség kutatásoknak, főleg az életminőség egészséggel és a társas-szociális viszonyokkal kapcsolatos területein. Ezek a tapasztalatok segíthetik az Öbölháború - és valamennyi esetleg a jövőben kialakuló fegyveres konfliktus - után a veteránok társadalmi beilleszkedését, és a krónikus betegek tartós ellátását.

Az életminőség fogalmát Arthur Cecil Pigou angol közgazdász használta először 1920-ban a *The Economics of Welfare* című művében.³⁷¹ Majd filozófusok, később társadalomkutatók és a szociológusok kezdtek a témával foglalkozni. A politikusok közül elsőként Lyndon B. Johnson amerikai elnök említette a kifejezést az egyik 1964-es választási beszédében.³⁷² A hetvenes években az életminőség kifejezést inkább a gazdaság, a társadalom, a filozófia, a szociálpolitika területein alkalmazták. Értelmezésének története is jelzi az összetettséget és sokoldalúságot. Az életminőség komplex, multidimenzionális, objektív és szubjektív tényezők által befolyásolt fogalom. Definíciója és a mérésére használt skálák jellemzői is attól függenek, melyik területen vizsgálják. Az alábbi meghatározások is érzékeltetik a bonyolultságát:

*„Az életminőség fogalomnak jelenleg két jelentése van: azon feltételek megléte, amelyeket szükségesnek tartunk a jó élethez, és a jó élet, mint olyan gyakorlata.”*³⁷³

*„Életminőségen először is jó életfeltételeket értünk, amelyek összefüggenek a pozitív szubjektív közérzettel. Az egyének és csoportok életminőségét az egyes életfeltételek és a szubjektív közérzet komponenseinek összessége határozza meg.”*³⁷⁴

³⁷¹ Pigou, A.C.: *The Economics of Welfare* Macmillan and Co., Limited St. Martin's Street, London, 1932. Fourth Edition

³⁷² Rescher, N.: *Welfare: The Social Issues in Philosophical Perspective* University of Pittsburg Press 1972.

³⁷³ Veenvhoven, R.: *The study of life satisfaction*. In: Saris et al.: *A comparative study of satisfaction with life in Europe* Chapter 1. Eötvös University Press, Budapest, 1996. pp. 11-48.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint, „*az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.*”³⁷⁵

A fogalom használata a múlt század hetvenes éveitől rohamosan elterjedt a gazdasági, társadalmi, politikai életben és az egészségügyben is. A Medline elektronikus adatbázisban, az életminőség témakörben 1973-ban 5, 1993-ban 1252 cikk jelent meg. 2003-ban az életminőség kulcsszóra 46204, az egészséggel összefüggő életminőségre pedig 4979 hivatkozást lehetett találni.³⁷⁶ Maslow és Rahman modelljei szemléletesen érzékeltetik a fogalom összetettségét. (6. és 7. sz. ábrák)



6. sz. ábra

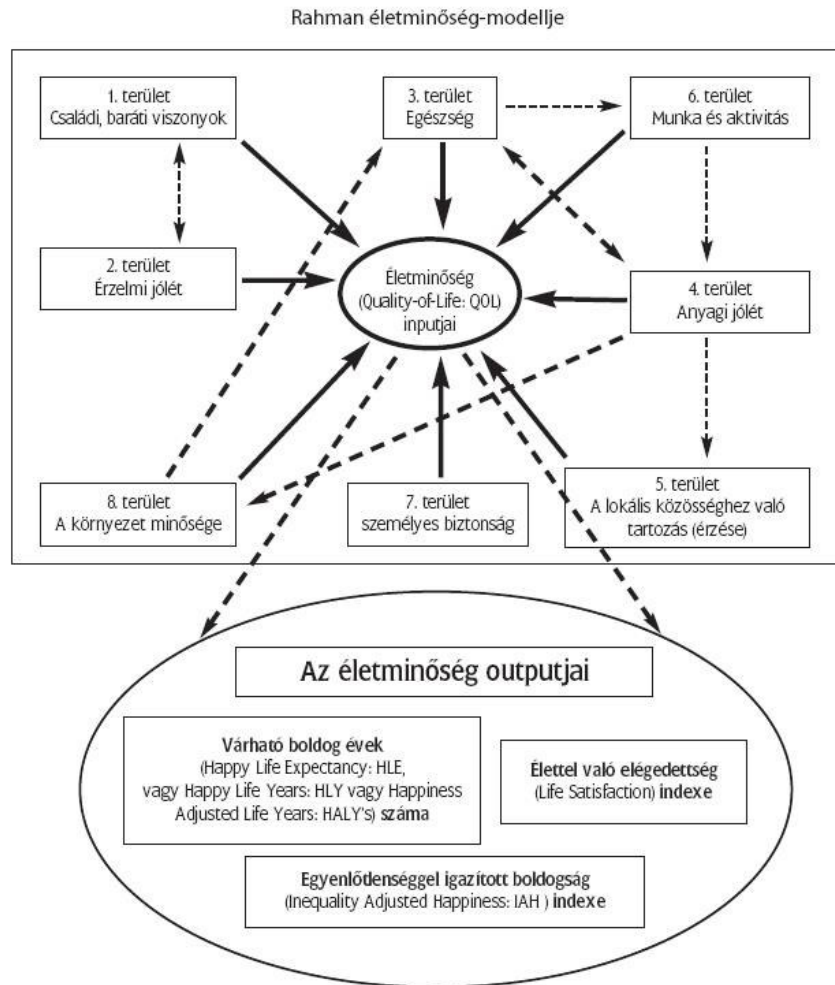
Az életminőség Maslow modellje³⁷⁷

³⁷⁴ Glatzer, W., Zapf, W.: Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Campus Frankfurt/New York, 1984. pp.58.

³⁷⁵ World Health Organization: WHOQOL; Measuring quality of life. WHO, Geneva, 1997. <http://tinyurl.com/ha28967> Letöltés 2016. október 29.

³⁷⁶ Novák Márta, Stauder Adrienne, Mucsi István: Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai. Orvosi Hetilap 2003. (144.) 21. pp. 1031-1038.

³⁷⁷ Maslow, Abraham: A lét pszichológiája felé, Budapest, Ursis Libris, 2003. p. 376.



Forrás: Sebestyén 2005

7. sz. ábra Az életminőség Rahman szerinti modellje³⁷⁸

A globális életminőségen belül az egészségügyben elsősorban az egészséggel kapcsolatos életminőség (Health-Related Quality of Life - HRQOL) kérdéseit vizsgálják. Az Egészségügyi Világszervezet alapító okiratában (1948) szereplő meghatározás szerint, az egészség a teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy rokkantság hiánya.³⁷⁹ Ez a meghatározás egyértelműen kimondja, hogy az egészségnek a biológiai mellett lelki, szellemi és gazdasági összetevői is vannak. Ebből következik, hogy az egészséggel kapcsolatos életminőségnek is három - fizikai, mentális és társadalmi - vetületét

³⁷⁸ Sebestyén Tibor: Életminőség és boldogság Polgári Szemle 2005. I. évfolyam, 5. szám

³⁷⁹ WHO: Constitution of WHO: principles <http://www.who.int/about/mission/en/> Letöltve 2016. október 29. „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

különítik el a kutatók, ezeken belül objektív és szubjektív oldalt is. A szubjektív véleményt befolyásolják a páciens tapasztalatai, hiedelmei, elvárásai, értékítéletei, sőt a támogató rendszere és a megküzdési képessége is.³⁸⁰

Két hasonló fizikai állapotban lévő ember tehát teljesen más életminőségről számolhat be. Ennek főleg a rehabilitáció sikerességében van igen nagy jelentősége. Sohasem csupán a fizikai teljesítőképesség alapján dől el, hogy ki az, aki képes visszakerülni a társadalomba és teljes életet élni. A rehabilitációs team feladatai közé tartozik megtalálni és megváltoztatni az életminőséget negatívan befolyásoló tényezőket is.

Az életminőség vizsgálatok során gyakori a különböző általános-generikus, specifikus, moduláris-kombinált kérdőívek használata, az önbecslés, kiegészítő kérdőívek használata, mint a Beck-skála,³⁸¹ vagy a vizuális analóg skála, valamint a megfigyelés alkalmazása. A generikus kérdőívek közé tartozó SF-36,³⁸² WHOQOL-100,³⁸³ WHOQOL-BREF³⁸⁴ magyarországi használata az elmúlt húsz évben terjedt el.

Az életminőség kutatások a múlt század nyolcvanas éveitől lendültek fel. Mivel az öbölháború-szindróma pontos okát nem ismerjük, ezért oki terápiája sincsen, így kezelésében a rehabilitáció, ezen belül is főleg az életminőség kérdése került előtérbe. A tünetcsoportban szenvedők életminősége rosszabb, mint a kor- és foglalkozási csoport átlaga. Az öbölháború-szindróma életminőségre gyakorolt hatását évtizedekig vizsgálták és még jelenleg is kutatják. Ezek a kutatások egybeestek az amúgy is fellendülő életminőség kutatásokkal, és főleg az életminőség egészséggel kapcsolatos területén nyújtottak újat. A PubMed adatbázisban 2015. szeptember 3-án az életminőséggel 252 004 cikk foglalkozott.

³⁸⁰ Novák Márta, Stauder Adrienne, Mucsi István: Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai. i. m. pp. 1031-1038.

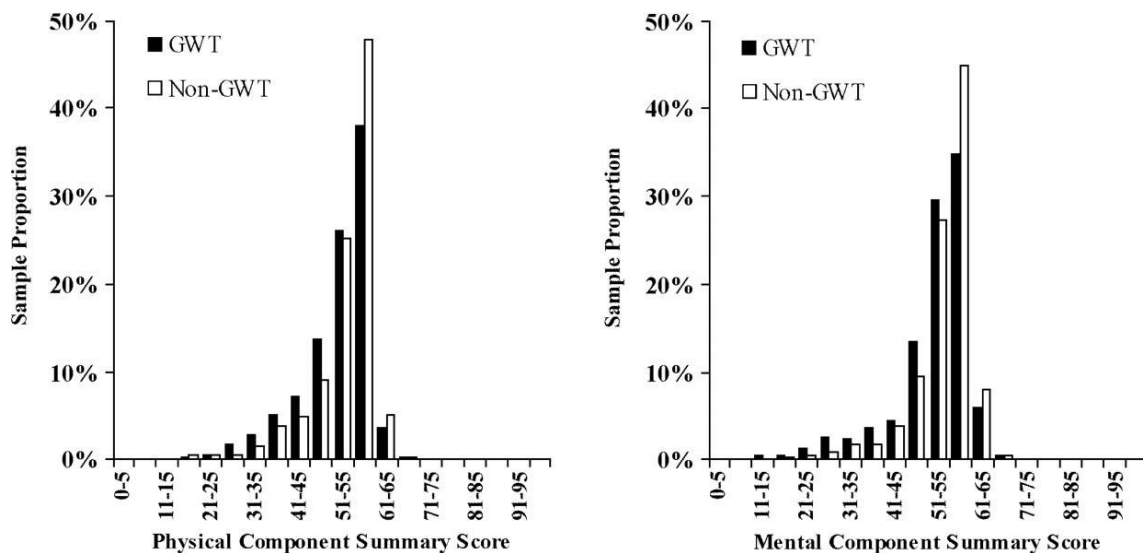
³⁸¹ Beck- skála <http://tinyurl.com/h36rzd7> Letöltés 2016. október 29.

³⁸² SF-36 <http://tinyurl.com/jeena65> Letöltés 2016. október 29.

³⁸³ WHOQOL-100 <http://tinyurl.com/h3e4zzh> Letöltés 2016. október 29.

³⁸⁴ WHOQOL-BREF <http://tinyurl.com/jyma5oa> Letöltés 2016. október 29.

Voelker és munkacsoportja³⁸⁵ öt évvel az Öböl-háború után több ezer katona egészséggel kapcsolatos életminőségét vizsgálta meg SF-36 kérdőív segítségével. Az SF-36 kérdőívet világszerte elterjedten alkalmazzák az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálatoknál. A megfigyelt katonák az Öböl-háború ideje alatt teljesítettek szolgálatot, részben az Öbölben, részben egyéb helyeken. Az életminőség egészséggel kapcsolatos összes vizsgált területén, az Öböl-háborús hadszíntéren járt katonák rosszabb eredményeket mutattak, mint ugyanakkor az egyéb helyeken szolgálatot teljesítők. (8. sz. ábra)



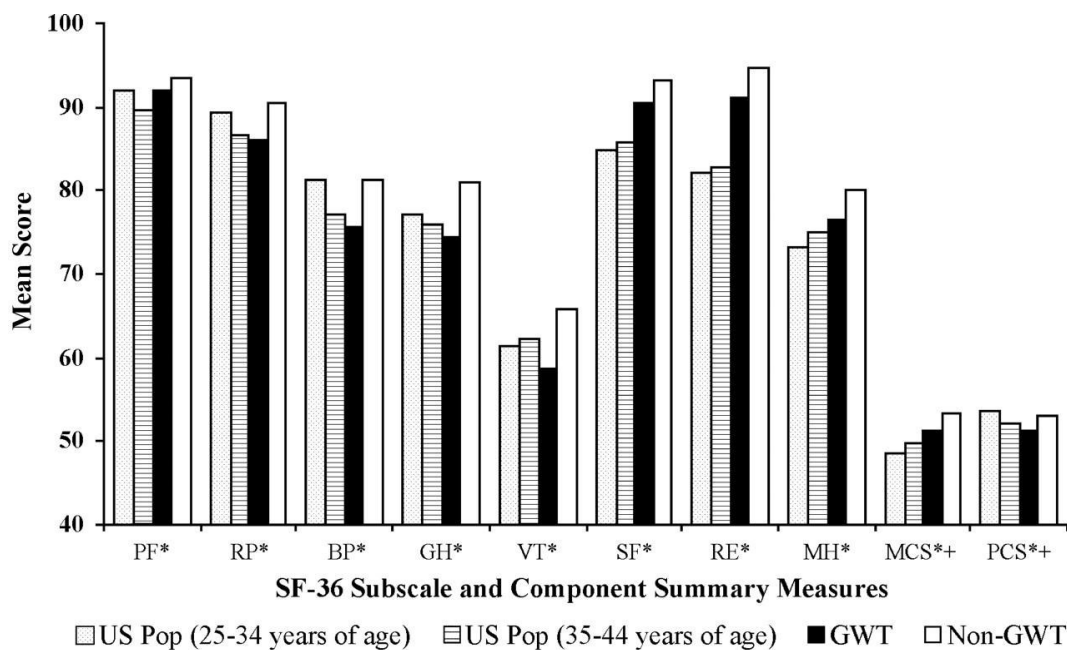
8. sz. ábra

Az Öböl-háború után 5 évvel az SF-36 összesített eredménye, a fizikai és a mentális összetevők, az Öbölben (GWT- Gulf War Theater) és másutt, nem az Öbölben (Non-GWT) szolgálatot teljesített veteránok között.³⁸⁶

³⁸⁵ Voelker M.D., Saag K.G., Schwartz D.A., Chrischilles E., Clarke W.R., Woolson R.F., Doebbeling B.N.: Health-related Quality of Life in Gulf War Era Military Personnel American Journal of Epidemiology (2002) 155 (10): 899-907.

³⁸⁶ Voelker M.D., Saag K.G., et al.: Health-related Quality of Life in Gulf War Era Military Personnel i.m.

A vizsgálat szerint, 5 évvel az Öböl-háború után, a katonai szolgálatot nem az Öbölben teljesítő veteránok életminősége minden korcsoportban és területen magasabb szintet ért el.



9. sz. ábra

SF-36 alegységei és az összetevők összefoglaló mérése³⁸⁷

Az Öböl-háború után 5 évvel, az átlag amerikai népesség két korcsoportjának (25-34, 35-44 év közöttiek), az Öbölben szolgálatot teljesített és ugyanakkor másutt katonaként szolgált emberek SF-36 pontjainak súlyozott átlagát mutatja a grafikon. A kérdőív 10 területet vizsgált. (9. sz. ábra)

Ezek a következők:

1. PF - physical functioning, fizikai működés
2. RP - role-physical, fizikai szerep

³⁸⁷ Voelker M.D., Saag K.G., et al.: Health-related Quality of Life in Gulf War Era Military Personnel i. m.

3. BP - bodily pain, testi fájdalom
4. GH - general health, általános egészség
5. VT - vitality, vitalitás
6. SF - social functioning, szociális működés
7. RE - role-emotional, emocionális szerep
8. MH - mental health, mentális egészség
9. MCS - mental component summary, összesített mentális tényezők
10. PCS - physical component summary, összesített fizikai tényezők.

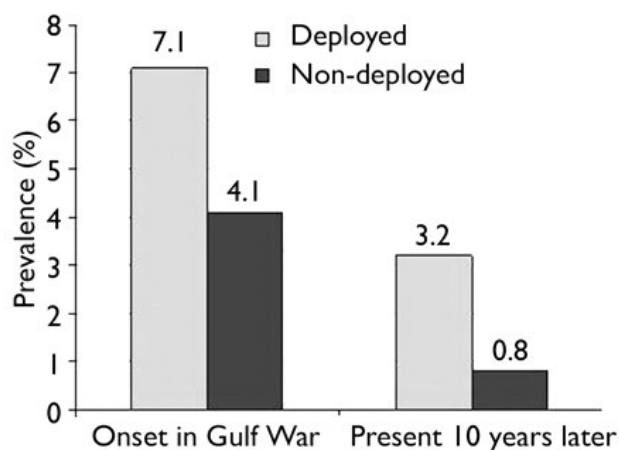
Látható, hogy az Öbölben szolgálatot teljesített katonák az életminőség vizsgálat minden területén némileg alacsonyabb értékeket mutattak, mint azok, akik ugyanakkor nem az Öbölben dolgoztak. Mivel válogatottan jó egészségi állapotú emberekről van szó, az amerikai korcsoportonkénti átlagot egyes területeken még így is meghaladták.³⁸⁸

Toomey és munkatársai³⁸⁹ 10 évvel a háború után vizsgálták az Öböl-háborús veteránok életminőségét a pszichés állapottal összefüggésben. A depressziót (10. sz. ábra), a szorongásos kórképeket (11. sz. ábra), a PTSD-t (12. sz. ábra), mind-mind magasabb arányban találták az Öbölben harcolt veteránok között, az életminőségüket pedig csökkent értékűnek, összehasonlítva az Öbölben nem járt katonákéval. Az SF-36 mentális összetevőjét szignifikánsan alacsonyabbnak, de az általános életminőségüket, az étellel való elégedettségüket is szegényesebbnek írták le. Utóbbit 16 részterületen vizsgálták, közülük 7 területen szignifikánsan volt alacsonyabb az Öböl-háborúban részt vett veteránok életminősége. Ezek az egészséggel, önbecsüléssel, célokkal és értékekkel, játékkal, tanulással, szerelemmel és a gyerekekkel kapcsolatosak voltak.³⁹⁰

³⁸⁸ Voelker M.D., Saag K.G., et al.: Health-related Quality of Life in Gulf War Era Military Personnel i. m.

³⁸⁹ Toomey R., Kang H.K., Karlinsky J., Baker D.G., Vasterling J.J., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war *The British Journal of Psychiatry* 2007, 190(5)385-393.

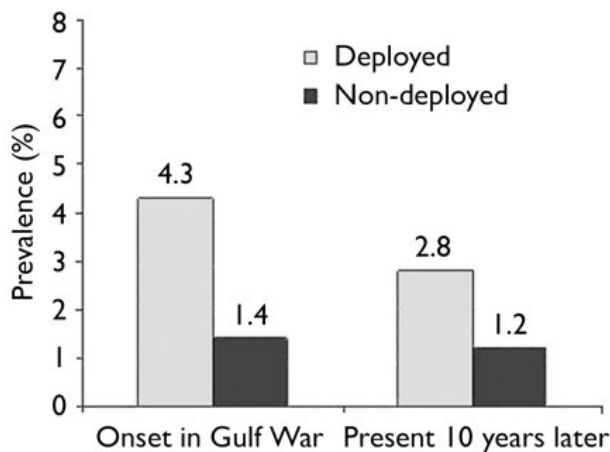
³⁹⁰ Toomey R., Kang H.K., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after i. m.



10. sz. ábra

Depresszió: Az Öböl-háborúval kapcsolatos súlyos depresszió előfordulása az Öböl-háború alatt és 10 évvel később.³⁹¹

Deployed- az Öbölben szolgálatot teljesített katonák; Non-deployed- nem az Öbölben szolgálatot teljesítő katonák

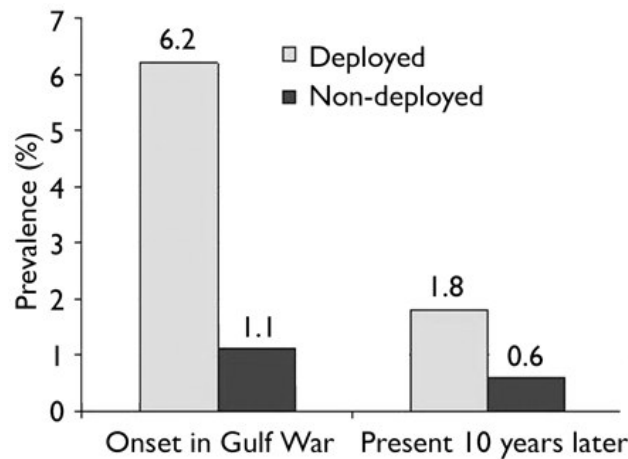


11. sz. ábra

Szorongásos kórképek: Az Öböl-háborúval kapcsolatos szorongásos kórképek (nem a poszt-traumás stressz betegség) előfordulási gyakorisága az Öböl-háború ideje alatt és 10 évvel később.³⁹²

³⁹¹ Toomey R., Kang H.K., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war i. m.

³⁹² Toomey R., Kang H.K., et al.:Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war i.m.



12. sz. ábra

PTSD: Az Öböl-háborúval kapcsolatos PTSD előfordulási gyakorisága az Öböl-háború alatt és utána 10 évvel.³⁹³

Az Öböl-háború hatását rengeteg kutatás vizsgálta, éppen az érintettek nagy száma miatt. Közülük például Proctor és munkatársai a vizsgálataikkal szintén a fentiekhez hasonló következtetésekre jutottak.³⁹⁴

Mindezek a tanulmányok elősegítették az öbölháború-szindróma jobb megismerését, a benne szenvedő emberek életminőségét jellemző tényezők feltárását, a javítási lehetőségek felismerését. Megkönnyítették az érintettek visszatérését a társadalomba, az életminőségük jobbá tételét. Hozzájárultak a krónikus betegek életminőségének vizsgálatához, az általános életminőségi és az egészséggel, valamint az emberi kapcsolatokkal összefüggő életminőség kutatások fejlődéséhez.

³⁹³ Toomey R., Kang H.K., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war i.m.

³⁹⁴ Proctor S. P., Harley R., Wolfe J., Heeren T., White R.F.: Health-related quality of life in Persian Gulf War Veterans. *Mil.Med.* 2001.jun 166 (6):510-519.; Proctor S.P., Heeren T., White R. et al.: Health status of Persian Gulf War veterans: self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress. *Int. J. Epidemiol.* 1998, 27: 1000-1010.

5.1.3. Összefoglalás

A „Sivatagi Vihar” hadművelet során 1991. január 17-én a szövetséges csapatok támadást indítottak Irak ellen. Az akció sikeres példája volt a nemzetközi, alkalmi, összhaderőnemi kötelék fellépésének.

Az Öböl-háborúban a katonákat a legmodernebb felszereléssel látták el, mind a fegyverek, mind a védőfelszerelések tekintetében. Az egészségügyi ellátás szervezésére a rövid kiürítési politika, a több hátszági kórházi ágy, a jelentős egészségügyi túlbiztosítottság volt jellemző. A 37 főből álló magyar egészségügyi kontingens kiemelkedő munkát végzett a legtöbb sérültet ellátó helyen. A sérültellátás gyorsasága és hatékonysága felülmúlta az összes korábbi háborúét. A vártnál kevesebb lett a fizikai sérülés, ezek ellátásában a legkorszerűbb és leggyorsabb eszközöket alkalmazták, így a súlyos sérültek nagy része is túlélte a károsodást. Ezek az esetek rehabilitációs szempontból a továbbiakban új kihívást nem jelentettek. Ami váratlan, és döbbenetes volt, hogy a háború után az Öbölben szolgálatot teljesített emberek közül egyre többen kezdtek különböző, nagyon változatos tünetekre panaszkodni, amelyek öbölháború-szindróma néven váltak ismertté.

Az öbölháború-szindróma egyik kritériuma, hogy a tünetek krónikusan, legalább 6 hónapig jelentkezzenek. Főleg fáradékonyság, hangulati/kognitív nehézségek, izom és ízületi panaszok, hasmenés, fejfájás, alvászavar, köhögés, mellkasi fájdalom, bőrtünetek, depresszió voltak jellemzőek. A tünetek pontos kiváltó oka ismeretlen maradt. Az esetleges kiváltó okok között szerepeltek a kémiai és biológiai fegyverek, a rovarirtószerek, az égő olajkutakból származó vegyületek, a sátrak fűtéséből adódó égéstermékek, a robbanótöltetekben alkalmazott gyengített urán, a piridosztigmin tabletták, az anthrax védőoltásban lévő alumínium hidroxid is. Mint a részletes kutatások igazolták, a fenti tüneteket más XX. századi háborús konfliktus után is észlelték a katonákon, de lényegesen kisebb számban. Valószínűleg az Öbölben kialakult speciális körülmények, és több egyéb környezeti és pszichés tényező összeadódó hatása eredményezhette a tünetcsoportot.

Az Öböl-háborús veteránok gyakori egészségi problémái az Amerikai Egyesült Államokban, Nagy-Britanniában és Kanadában új egészségügyi kutatási programokat indítottak el. Az

öbölháború-szindróma pontos oka nem ismert, így oki terápiája sem létezik, ezért a kutatások egyre inkább a rehabilitációja irányába tolódtak el. A tünetcsoport körüli bizonytalanság és a tünetek komplexitása jelzi a rehabilitáció nehézségeit. Nem csupán a sokféle fizikai tünet, de a pszichés tünetek vezetése is nagy problémát jelentett. Még most, évtizedekkel az Öbölháború után is, sorozatban jelennek meg bulvárcikkek a veteránok beilleszkedési nehézségeiről, agresszív konfliktuskezeléséről, kriminális cselekményeiről.

Engel és munkacsoportja új, tünetekre alapozott rehabilitációs ellátást dolgozott ki. Ambulánsan, kis csoportokban, három hét intenzív rehabilitációs kezelést nyújtottak. Ez egyéni, tünetorientált rehabilitációs tervre épült, kivitelezését egy interdiszciplináris team végezte. Az eredmények világosan mutatták, hogy akkor is érdemes rehabilitációs kezelést végezni, ha a kiváltó ok ismeretlen. Ekkor a tünetek alapján kell felépíteni a rehabilitációs tervet. Tünetekre épülő, összetett, egyedi rehabilitációs modell jött létre. Mivel az általános, polgári egészségügyben egyre nagyobb a krónikus betegek és az ismeretlen etiológiájú betegségekben szenvedők aránya, az öbölháború-szindróma tünetorientált rehabilitációs modellje nagyon jól alkalmazható a civil egészségügyben is.

Az öbölháború-szindróma esetében még hangsúlyosabban jelentkezett a rehabilitáció komplexitása, átfogó voltának, a családi, szociális, munkahelyi vetületeinek, és egyediségének jelentősége. Ezek az eredmények a polgári egészségügybe átkerülve ott is ráirányították a figyelmet a rehabilitáció pszichoszociális összetevőinek súlyára.

Az Öböl-háború tapasztalatai nem csupán a rehabilitáción belül, hanem az általános egészségügyben is, új gondozási rendszerek létrejöttét inspirálták. Engel egy olyan többszintű egészségügyi ellátási modellt is megalkotott, amelynek alapját a megelőzés különböző lehetőségei, csúcspontját pedig az intenzív rehabilitációs kezelés alkotják. A rendszer többlépcsős, progresszív ellátást nyújt. Az általános egészségügybe illesztve segítheti a speciális egyéni igények – például a veteránok, krónikus betegek, súlyos sérültek - és az általános ellátási lehetőségek összehangolását.

Az átfogó rehabilitáció végső és legfontosabb célja mindig az adott ember életminőségének javítása. A XX. század utolsó harmadában kezdett elterjedni az életminőség fogalmának használata a politikában, filozófiában, szociálpolitikában, és az egészségügyben is. Az életminőség fogalma, dimenziói a vizsgált területtől függően nagyon különbözőek. A

tudomány fejlődése lehetővé tette egyre súlyosabb sérültek életben maradását és a krónikus betegek élettartamának növekedését. Az egészséges emberek átlagéletkora is folyamatosan növekszik. Azonban nem csupán a nyert évek száma, hanem legalább annyira a minősége is fontos. Így került egyre inkább előtérbe az egészséggel összefüggő életminőség kérdése.

Az öbölháború-szindróma vizsgálata jelentősen hozzájárult az egészséggel összefüggő életminőség kutatásokhoz is. Mivel a tünetek kiváltó oka nem pontosan ismert, így az oki terápia helyett a rehabilitáció, ezen belül is főleg az életminőség kérdése került a középpontba. A hangsúly elsősorban az egészséggel kapcsolatos életminőségre helyeződött, de egyre nagyobb teret kapott a társas-szociális kapcsolatok életminőségre gyakorolt hatása is. Mind az életminőség jellemzőinek vizsgálatához, mind a vizsgálati tesztek kidolgozásához, alkalmazhatóságához, számos eredménnyel járultak hozzá ezek a kutatások. A szociális kapcsolati háló rehabilitációs jelentőségének felismerése szintén ehhez az időszakhoz köthető. Ezeket az eredményeket főleg a krónikus betegek kezelésénél, életvezetésének támogatásánál lehet sikeresen alkalmazni.

A fenti tapasztalatok jól felhasználhatók a későbbiekben a krónikus betegek, az esetleges újabb háborús-, terror-, vagy környezeti katasztrófák sérültjeinek gondozásához és rehabilitációjuk felépítéséhez. Sajnos az élet ezt már igazolta is 2001. szeptember 11, az iraki és az afganisztáni harcok után.

5.2. A SIERRA LEONE-I POLGÁRHÁBORÚ ÉS AZ ÚJ TÍPUSÚ MŰVÉGTAGOK

5.2.1. Amputálások a Sierra Leone-i polgárháborúban

Sierra Leone, amely Nyugat-Afrikában, az Atlanti-óceán partján fekvő trópusi éghajlatú ország, már az őskorban is lakott hely volt. Az 1400-as évek közepétől portugál térképészeti leletek, majd a XVI. században főleg a rabszolga-kereskedelemmel kapcsolatos írások említik ezt a területet. A XVIII., de főleg a XIX. században több ezer felszabadított rabszolgát irányítottak ide vissza. Az ország tulajdonképpen a felszabadított rabszolgák részére született meg. A brit gyarmatbirodalom része volt; 1961. április 27-én lett független ország. Az ezt követő 30 év politikai életét választások, korrump kormányok, egymást érő puccsok jellemezték. Momoh elnököt 1985-ben ugyan népszavazással választották elnökké, de ő volt a választás egyetlen jelöltje. Több puccskísérlet után a Forradalmi Egyesült Front (Revolutionary United Front - RUF) nevű szervezet 1991-ben polgárháborút robbantott ki a kormány megdöntésére, a hatalom átvételére. A harcok változó intenzitással, több mint egy évtizedig, 2002-ig tartottak. Közben több katonai puccs is történt, újra és újra leváltva az éppen kormányon lévő vezetőket. A polgári lakosságból ezrek menekültek a szomszéd országokba, főleg Guineába.

Az 1996-ban tartott demokratikus választásokon Ahmed Tejan Kabbah lett az ország elnöke. A választási győzelme ellenére hamarosan őt is elűzték a lázadók. Kabbah elnök azonban a nyugat-afrikai békefenntartó erők támogatásával visszatért. Ezután is tovább folytatódott ugyan a polgárháború, de a lázadók jelentős eredményeket már nem tudtak elérni. Kabbah a békére törekedve, megállapodást írt alá a RUF-al, így ez az ellenzéki szervezet legálisan is helyet kapott a kormányban. 2002-ben a választásokon Kabbah és pártja ismételt jelentős győzelmet aratott. Azóta tartós béke van Sierra Leonében.

A harcok után az ország újjáépítése, a sérültek – főleg a sok amputált – ellátása és társadalmi reintegrálása mellett, az egyik legfontosabb megoldandó problémájuk a gyerekkatonák helyzete volt. Korábban a lázadók oldalán harcolni kényszerített, elállatiasodott, ártatlan civilek ezreit megcsonkító és meggyilkoló gyerekkatonák további sorsa súlyos kérdéseket vetett fel.³⁹⁵

Szerény becslések is több mint 400 000 menekültről és több ezer halottról számoltak be 1991-től 1999-ig. Nagyon sok volt a civil áldozat, a katonák gyakran védőpajzsként használták őket, a saját veszteségeik csökkentésére. Minél tovább húzódott a háború, annál szélsőségesebb lett az erőszak. Egyre gyakoribbá vált az ártatlan polgárok elrablása, a kínzás, az erőszak legkülönbözőbb formái, a kivégzések. A lázadók célja a lakosság önbecsülésének, moráljának, családi és kulturális kapcsolatainak aláaknázása volt. Szinte az ország egész területe háborús zónává vált. A polgári lakosság folyamatosan szemtanúja volt a lövöldözéseknek, a gyilkosságoknak, az erőszaknak, a családtagjaik halálának. Ezek a drámai események aláásták a társadalom stabilitását.

Amikor a demokratikusan megválasztott Kabbah elnök ellen harcoló lázadók 1999 januárjában megtámadták a fővárost, Freetown-t, január első három hetében 6000 halottja volt a harcoknak és 150 000 embernek kellett elhagynia az otthonát. Ezután az Orvosok Határok Nélkül Szervezet (Médecins Sans Frontières, MSF) pszicho-szociális gondozási programot szervezett Freetownba. A programot egy felméréssel indították, amelyben 245 helyi lakos vett részt. Közülük csaknem mindenki érintett volt valamilyen háborús eseményben. 43%-uk számolt be arról, hogy elrabolták, és ezeknek az embereknek csaknem felét több alkalommal is. A csoport 50 % - a vesztette el közeli hozzátartozóját, 41 % szemtanúja volt a haláluknak is.³⁹⁶

Az erőszakos cselekmények, kínzások, amputációk látványa igen erős rizikófaktora a mentális károsodásoknak. 54% szemtanúja volt kínzásnak, 41% kivégzésnek, 32% amputációs próbálkozásnak. A tesztek 99 %-ban találtak náluk súlyos pszichés károsodást. 78 %-uk számolt be különböző, nem specifikus testi tünetekről is. Hiába lett vége a háborúnak, ha az emberek lelkében tovább folytatódott. Az Orvosok Határok Nélkül Szervezet felmérésének

³⁹⁵ Weiszhar Attila, Weiszhar Balázs: Háborúk lexikona. i. m. p. 439.

³⁹⁶ Kaz de Jong, Maureen Mulhem, Nathan Ford, Saskia van der Kam, Rolf Kleber: The trauma of war in Sierra Leone Health and human rights The Lancet 2000; 355: 2067-68.

következtetése az volt, hogy a lelki károsodások ellen tenni lehetne és kellene is. A traumás élmények feldolgozásához, a PTSD leküzdéséhez, az életben az új utak kereséséhez fontos eszköz volt a különböző pszicho-szociális és mentális egészség programok alkalmazása, amelyekhez jelentős segítséget nyújtott az országban az Orvosok Határok Nélkül Szervezet. Sierra Leonében ebben az időben 14 000 emberre jutott 1 orvos! ³⁹⁷ (Hasonló adatok szerepelnek internetes adatbázisokban is.)³⁹⁸

A háború több mint egy évtizede alatt a halottak száma összességében meghaladta a 20 000-t, és legalább 1 millió embernek kellett elhagynia az otthonát. Katasztrófális egészségügyi helyzet alakult ki. Az országban a felnőttek 70 %-a írástudatlan, a csecsemőhalandóság 133 ezrelék, az átlagéletkor 39 év volt 1996-ban.³⁹⁹

2015-ben az írástudatlanság 51,9 %, a csecsemőhalandóság 71 ezrelék, az átlagéletkor 57,8 év volt.⁴⁰⁰

A háború alatt borzalmas éhínség szakadt az országra. A menekültek egyre növekvő áradata zúdult át a határokon a szomszéd országokba. Számptalan civileket érő erőszakos cselekményről, tömegmészárlásokról, csonkításokról, kínzásokról, gyerekek kikényszerített katonai besorozásáról szóltak a hírek. Az egészségügyi rendszert hamarosan túlterhelte a háború. A civil lakosság segítség nélkül maradt. A túlélők többsége kizárólag a nemzetközi humanitárius segélyszervezetek tevékenységére volt utalva. A harcoló felek gyakran együtt használták a modern (géppuska, kézigránát) valamint a tradicionális fegyvereket, főleg a machetét.⁴⁰¹

A halottak és menekültek tömegei mellett az egyik legszomorúbb következménye ennek a háborúnak az amputáltak nagy száma volt. Pontos adatok máig sem ismeretesek. Sokan el sem jutottak az egészségügyi ellátásig. Ismeretlen azoknak a száma is, akik a távolság vagy a

³⁹⁷ Jong de K., Mulhem M., Ford N., van der Kam S., Kleber R.: The trauma ... i. m.

³⁹⁸ Physicians (per 1;000 people) in Sierra Leone <http://www.tradingeconomics.com/sierra-leone/physicians-per-1-000-people-wb-data.html> Letöltve 2017. január 29.

³⁹⁹ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure: a surgical option for the treatment of double hand amputees in Sierra Leone Lancet 2000; 356: 1072-75.

⁴⁰⁰ The CIA World Factbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sl.html> Letöltve 2016. szeptember 21.

⁴⁰¹ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.

közbiztonság hiánya miatt a segítségtől elzártan, fertőzésben, vagy valamilyen más amputációs szövődményben meghaltak.⁴⁰²

Freetown központi kórházában csupán 1999 januárjában 97 döntően machetével (néhányukat fejszével) megcsonkított áldozatot kezeltek. (21. és 22. sz. képek) Ugyanekkor az MSF egy másik kórházban 40 olyan esetet gyógyított, akiknél súlyos zúzott-szakított végtagi sebzést találtak, amputációs kísérlet miatt.⁴⁰³

Miért kezdődtek az amputálások? Többféle magyarázat létezik. Néhány beszámoló szerint, a RUF így akart a civil lakosság felett nagyobb befolyásra szert tenni. Egy ember megcsonkításával a környéken az összes embert megfélemlítették. A megfélemlített ember szavazni sem megy el. Egy másik vélemény szerint, az ország demokratikusan megválasztott elnöke Ahmad Tejan Kabbah a választási hadjárata során állítólag a következőket mondta: *„Használjátok arra a kezeteket, hogy rám szavaztok.”* Sok ember emlékezett arra, hogy a csonkítás után a kezeiket egy zsákba tették, és azt közölték velük, hogy elküldik az elnöknek. Mások szerint, egy politikai csoport - a „Szeretet egységes” nevű - jele volt a zárt ököl, és a felfelé mutató hüvelykujj. Gyakori volt az olyan amputáció, amikor csupán a hüvelykujjat hagyták meg. Ez utalhat ezen politikai csoport elleni fellépésre is.⁴⁰⁴

A Nemzetközi Vöröskereszt freetowni kórházában ellátott háborús sérültek 48 %-a machetétől sérült. A lázadók váratlanul ütöttek rajta a falvakon, és az ártatlan civil emberek orrát, fülét, kéz és lábujjait, alkarjait vágták le. Az áldozatok az erdőben kerestek menedéket, és ha túléltek a sérülést, 2-3 hónap bujkálva vándorlás után végre kaphattak valamilyen egészségügyi ellátást. A legtöbb lábszár amputált esetében később a protézis jelentette a megoldást. Így önellátóvá váltak.⁴⁰⁵

⁴⁰² Lacoux P., Ford N.: Treatment of neuropathic pain in Sierra Leone. Lancet Neurology 2002; 1:190-95

⁴⁰³ Lacoux P., Ford N.: Treatment of neuropathic...i. m.

⁴⁰⁴ Lacoux P., Ford N.: Treatment of neuropathic...i. m.

⁴⁰⁵ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.



21. sz. kép Sierra Leone. Freetown. Amputáltak tábora.⁴⁰⁶



22. sz. kép Sierra Leone-i futball⁴⁰⁷

⁴⁰⁶ Sierra Leone. Freetown. Amputáltak tábora.

http://cdn.c.photoshelter.com/img-get/I0000tDtHM3gXB_8/s/850/850/026-SierraLeone-2002-Ruef.jpg Letöltve 2016. augusztus 9.

⁴⁰⁷ <http://ecosalon.com/wp-content/uploads/lynnarticle5.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 9.

Morris, Lynn: Operation Rise: Hope from the Ashes for Amputees

<http://ecosalon.com/operation-rise-hope-from-the-ashes-for-amputees-217/> Letöltve: 2016. augusztus 9.

Az egy kar amputáltak kompenzálták a hiányt, a másik kéz használatával. A kéz szinte önálló érzékszervnek, szenzomotoros egységnek tekinthető. A mindkét kar amputáltaknál az öt érzékelés egyike, a tapintás, szinte teljesen elvész. A testséma felépítéséhez szükséges propriocepció is eltűnik, és ezt semmiféle protézissel nem lehet pótolni. A túlélő és a környezete között mintegy vákuum keletkezik.⁴⁰⁸(23. sz. kép)



23. sz. kép Tamba Ngaujah: ex-katona Sierra Leone Katonai Erők (Standard Times Press, Freetown, Sierra Leone)⁴⁰⁹

A mindkét kéz amputáltak számát Sierra Leonében még mindig nem lehet pontosan tudni. Mindkét kéz levágása megszegyenítő életre, gyakran lassú és kegyetlen halálra ítélte az áldozatokat. Nem tudtak enni, öltözni, WC-re menni segítség nélkül. Teherré váltak a környezetüknek, mély depresszióba süllyedtek. (24. és 25. sz. képek) A Nemzetközi Vöröskereszt kiemelten kezelte a dupla kéz amputáltak sebészi ellátásának ügyét Sierra Leonében.⁴¹⁰

⁴⁰⁸ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.

⁴⁰⁹ <http://www.worldpress.org/images/20070329-amputee-7.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 9.

Marke, Roland Bankole: No Compassion for Sierra Leone's Amputees
<http://www.worldpress.org/africa/2733.cfm> Letöltve: 2016. augusztus 9.

⁴¹⁰ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.



24. sz. kép Az élet amputáltaként Freetownban.⁴¹¹



25. sz. kép Kép Sierra Leonéból⁴¹²

⁴¹¹ <http://www.poyi.org/63/photos/19/01.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 9.
Pictures of the Year, First Place, Yannis Contos Polaris „Life as an Amputee”
<http://www.poyi.org/63/19/01.php> Letöltve: 2016. augusztus 9.

⁴¹² Kép Sierra Leonéból
<http://solomonmoriba.com/wp-content/uploads/2015/08/Waramputee1.png> Letöltve: 2016. augusztus 9.

5.2.2. A Krukenberg csont

A mindkét felső végtag amputáltaknál az életminőség szempontjából csekély eredményt adó, drága, és viszonylag lassan megoldható protézis helyett, ismét alkalmazni kezdtek egy, az első világháborúban kidolgozott, átmenetileg elfelejtett úgynevezett Krukenberg megoldást. Hermann Krukenberg német katonai sebész találmánya volt ez a műtési technika. Elsőként ő végezte az első világháború alatt, 1917-ben. Eredetileg aknarobbanásban sérült vak és két kéz amputált katonák számára dolgozta ki ezt az operációs megoldást. A műtét kritériumai: olyan alkar amputáltaknál lehet alkalmazni, akiknél több mint 10 cm-s csont marad vissza az olecranon csúcsától, nincs contractura a könyökizületben, és pszichésen jó a műtési előkészítés. Tehát a felvilágosított beteg elfogadja a nem éppen esztétikus, de használható végeredményt. Az ulna és a rádus között nyílást képeznek, a csontokat szeparálják egymástól. A csontokat főleg a megmaradt pronator teres izom (amely fő működéseként pronálja az alkart, de részt vesz a könyök hajlításában is⁴¹³) mozgatja. Mellette kisebb szerepe van a m. flexor carpi radialisnak és a m. extensor carpi unarisnak is az addukcióban. A csipesz-szerűen kiképzett csontok nyitását a m. brachioradialis, a m. extensor carpi radialis longus és brevis, és a m. flexor carpi ulnaris végzik. A két csont-csonttal csipesz-szerűen lehet tárgyakat megragadni, ezt elsősorban a fő mozgató izma, a m. pronator teres végzi. A szétválasztott csontokat bőrrel fedik. A műtét sikerességét a m. pronator teres izomereje, a csont bőrének érzékenysége, a proximális radio-ulnaris ízület mozgékonyága mind-mind befolyásolják. Azonban az eredmény megítélésében legnagyobb szerepe a páciens elvárásainak és motiváltságának van.⁴¹⁴

A műtét rizikója alacsony, de a pszichés hatásai nem elhanyagolhatóak. Sokan csúnyának, sőt undorítóknak tartják, főleg a nyugati világban. Ennek ellenére többet nyújt, mint egy protézis, és eredményesebben is használható. A protézisek alkalmazásakor minden mozdulatot mérlegelni kell, állandó szemkontroll szükséges a tapintás érzés pótlására. A megoldás kozmetikai szempontból primitív, de funkcionálisan igen jól használható. Megmarad a tapintás és a tér érzékelésének képessége is. Az önellátás visszanyerése, különösen a szegény,

⁴¹³ Musculus pronator teres. Az izom fő működése a tenyér lefelé fordítása (pronatio), de egyéb izmokkal együtt segít a könyök hajlításában (flexio) is.

⁴¹⁴ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.

elmaradott országokban, akkora haszon, amely felülírja az esztétikai szempontokat. (26. sz. kép)

A fejlett országokban főleg vak, két alkar amputáltaknál (27. sz. kép) alkalmazzák ezt a módszert, a taktilis ingerek megtartására, így a műtét után a Braille írást ismét használni tudják ezek az emberek. Ma inkább a fejlődő országokban végzik ezt a műtétet, ahol a drága végtagprotézisekkel történő ellátás tömegméretekben nem oldható meg. Főleg a Sierra Leone-i polgárháború után jelentkeztek tömegesen mindkét alkar amputáltak. Náluk egy vagy két oldalon célszerű volt ezt a műtéti eljárást alkalmazni, főleg az érzékelés megtartása érdekében. (26. sz. kép) Egy svájci orvoscsoport 15 Krukenberg műtétet végzett Freetownban és 10 betegnél, három hónappal a műtét után, megvizsgálták a csont fogó erejét, a páciens önellátó képességét, tehát az étkezést, a személyi higiénét, az öltözködést, és a kezűgyességet. Valamennyi beteg önállóan evett, ivott, öltözködött. A betegek 75%-a visszanyert valamennyit a kezűgyességéből.

A műtét után valamennyi páciensnél betanító fizioterápiát alkalmaztak. Ezt a műtét utáni 10. naptól kezdték el. A betegeket 3 hónapig követték, de közben a biztonsági helyzet annyit romlott a háború kiterjedése miatt, hogy abba kellett hagyni a vizsgálatot. A betegek követése során vizsgálták a csont szorítóerejét, az önálló étkezést, tisztálkodást, öltözködést, és egyéb manuális tevékenységeket is.⁴¹⁵

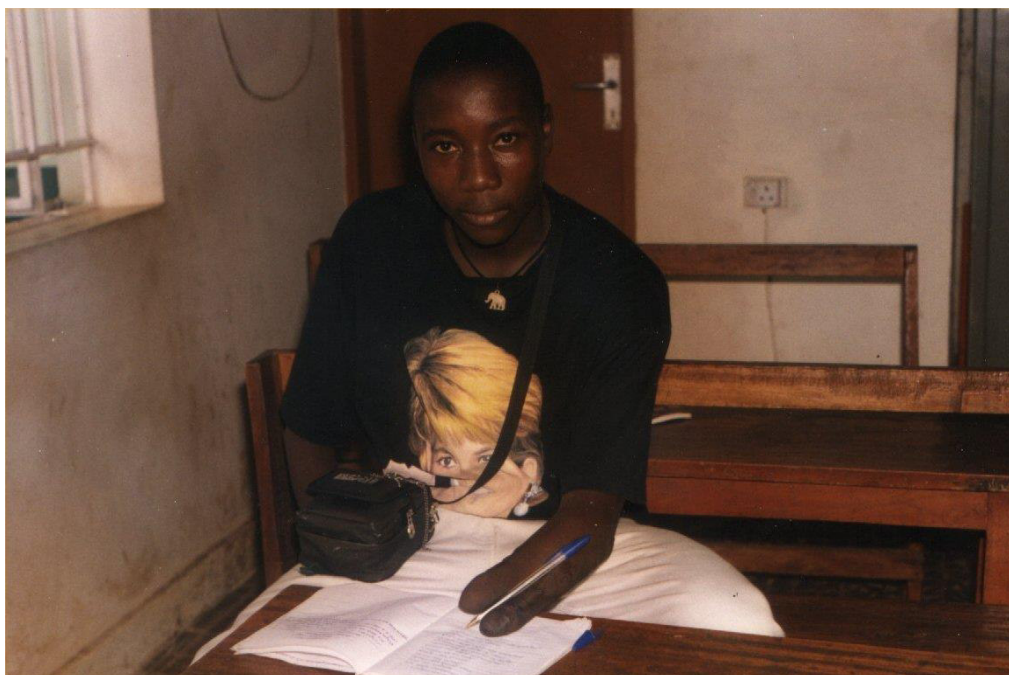
A páciens motivációja a műtét utáni hosszú rehabilitációs folyamatban is alapvető szerepet játszott. A műtéti előkészítés fokozatosan történt. A betegeknek elmondták, hogy mire lesznek képesek a műtött csonttal, fotókat és videókat is bemutatott arról, hogyan fognak kinézni, valamint találkoztak korábban műtött betegekkel is. Valamennyi így megoperált betegnél elérte a műtét a célját, azt az önellátási szintet, amely lehetővé tette a további túlélést.⁴¹⁶

A végtagok csontkolása után általában a leggyakoribb szövődmények a fertőzések, az állandóan kiújuló sebek, a csonton lévő durva, behúzó hegek, a csontfájdalmak és a fantomfájdalom. Lacoux orvoscsoportja 40 amputált ember anyagát dolgozta fel Sierra Leonében. Azonban az újra fellobbanó harcok elől menekülniük kellett, ezért a többi eset elemzése elmaradt. A vizsgálatok azt mutatták, hogy az amputáltak valamennyien csont

⁴¹⁵ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.

⁴¹⁶ Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure...i. m.

fájdalommal éltek. Közülük 33%-nak volt fantom-fájdalma, tehát a már nem létező végtagjában érzett igen heves, alig csillapítható fájdalmakat. Lacoux vizsgálatai alapján, a gyógyszerelés – az antidepresszáns amitriptyline és az antikonvulzív carbamazepine –, a felvilágosítás és a pszichoterápia kombinált hatására lényegesen csökkentek az amputáció utáni fájdalmak, javult az amputáltak életminősége.⁴¹⁷



26. sz. kép Bambe Sawaneh mindkét kéz amputált 1998-ban Sierra Leonéból.⁴¹⁸

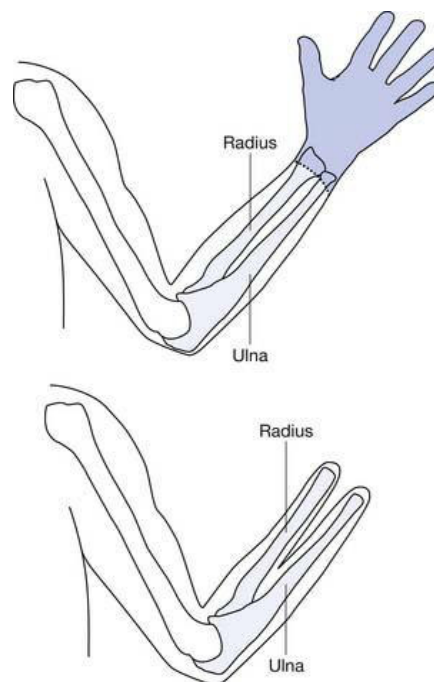
⁴¹⁷ Lacoux P., Ford N.: Treatment of neuropathic...i. m.

⁴¹⁸ Pictures from Sierra Leone <http://www.mom.org.au/wp-content/gallery/pictures-from-sierra-leone/image9.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 9.
<http://www.mom.org.au/category/projects/africa/sierra-leone/page/2/> Letöltve: 2016. augusztus 9.



27. sz. kép A vak amputált a fazekasságban talált reményt⁴¹⁹

A Sierra Leone-i amputáltak gondozása rendkívül értékes rehabilitációs tapasztalatokat nyújtott, részben a csonkok és az amputációs szövődmények, az újra felfedezett Krukenberg csonk (13. sz. ábra), valamint a protetizálás területén, másrészt a súlyos, illetve többszörösen amputáltak pszicho-szociális reintegrációjával kapcsolatban.



13. sz. ábra A Krukenberg csonk vázlata⁴²⁰

⁴¹⁹ Neha Aziz: A vak amputált a fazekasságban talált reményt
<http://www.austinchronicle.com/imager/b/original/1528690/a8dd/potter.jpeg> Letöltve: 2016. augusztus 9.
<http://www.austinchronicle.com/daily/screens/2014-04-04/blind-amputee-finds-hope-in-pottery/> Letöltve 2016. augusztus 9. Megtekintésre érdemes videót tartalmaz. Ugyan nem Sierra Leonében sérült, de a video a Krukenberg csonk használhatóságát jól megmutatja.

⁴²⁰ A Krukenberg-csonk vázlata
http://clinicalgate.com/wp-content/uploads/2015/06/B9781437708844100126_f12-05-9781437708844.jpg
 Letöltve: 2016. augusztus 9.

5.2.3. A művégtaggyártás forradalma

A BBC News 1999-ben közölte, hogy az USA és Norvégia segélycsomagot küldött a polgárháború végtagcsonkolt áldozatainak megsegítésére Sierra Leonéba. A tervek szerint az áldozatok ezreiről akartak mesterséges végtagokkal és rehabilitációs ellátással gondoskodni. Az amerikai elnök, Bill Clinton és a norvég miniszterelnök Kjell Bondevik, együtt hozták nyilvánosságra a tervet Oslóban. Clinton elnök nyilatkozata szerint azt tervezték, hogy végtagprotézisekkel látnak el *„olyan sok embert, amennyit csak lehetséges, köztük sok gyereket, akiknek szándékosan vágták le a végtagjait a kegyetlen polgárháború során Sierra Leonében”*.⁴²¹

Kezdeményezték azoknak a szervezeteknek a támogatását is, amelyek már eddig is segítették az áldozatokat. Ártatlan civilek végtagjainak szándékos amputálásával a lázadók ezreket nyomorítottak meg, a családjaikat nélkülözésbe döntötték. Ráadásul túl a fizikai elváltozásokon, az áldozatoknak súlyos problémákkal kellett szembenézni az alkalmazkodás és a közösségbe történő beilleszkedés területén is.

A polgárháború nyolc éve alatt (1999-ig) machetéket használva a lázadók több ezer férfit, nőt, és gyereket csonkítottak meg, nyilvánvalóan az emberek megfélemlítésére törekedve. A New York-ban alapított Human Rights Watch (a továbbiakban HRW) azt állította, hogy a békekötés ellenére folytatódott az erőszak az országban, - beleértve a nemi erőszakot, kínzást, fosztogatást, és csonkítást - és ezt dokumentumokkal is tudják igazolni. A HRW bírósági eljárást követelt a bűntettek elkövetői ellen.⁴²²

Sierra Leonében a harcok befejezésekor több ezer ember élt csonkolt végtagokkal. A primitív afrikai körülmények között a maguk fabrikálta eszközökkel próbálták a hiányokat pótolni, hasonlóan a középkori európai egyszerű végtagpótlásokhoz. Nemzetközi segélyszervezetek, emberjogi szervezetek, az Orvosok Határok Nélkül Szervezet, igyekeztek külföldön készített végtagprotézisekkel ellátni legalább egy részét ezeknek az embereknek.

⁴²¹ BBC News. World: Africa. Help for Sierra Leone Amputees <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/502884.stm> Letöltve 2016. augusztus 12.

⁴²² BBC News. World: Africa. Help for Sierra Leone Amputees <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/502884.stm> Letöltve 2016. augusztus 12.

A végtagprotézisek fejlesztése és gyártása fellendülőben volt a XX. század utolsó évtizedeiben. Világszerte egyre több lett a sikeresen életben tartott végtagcsontolt balesetes és daganatos ember. Az életkörülmények javulásával nőtt az igény az egyre „többet tudó” protézisek kifejlesztésére. A balesetes amputáltak között nagy számban voltak olyan fiatalok, akik vissza akartak térni a korábbi munkájukhoz. A Sierra Leone-i események óriási sajtó visszhangja is jelentősen hozzájárult a művégtagok gyártásának fellendüléséhez és megújulásához. Azonban a protézisek gyártásánál nem csupán mennyiségi fellendülés volt észlelhető, kutatási programok indultak, és hatalmas minőségi fejlődés is végbement a század végére. A speciális új anyagok és az informatikai lehetőségek alkalmazása révén a protézisek új nemzedéke jött létre.

Könnyű, de stabil, teherbíró, bőrbarát új műanyagokat, szilikont, karbont, titánt, kevlárt kezdtek használni a protézisek gyártásához. A szilikont kis súlya, könnyű formálhatósága, alaktartása teszi alkalmassá kozmetikai pótlások (orr-, fül-, arc-, ujjpótlások), protézisek, ortézisek készítésére. A karbonszálas anyagokat a pille súlyuk és óriási terhelhetőségük miatt használják a protézisgyártásban. A titánt főleg implantátumokban, műizületekben alkalmazzák, mert kitűnően befogadja az élő szervezet. A kevlárt, mivel erős, sav- és hőálló anyag, eleinte golyóálló mellények gyártásához használták. Később a golyóálló mellények mellett tűzoltók ruhájába, majd hajók és űrhajók szerkezetébe is beépítették, és jól bevált a protézisgyártásban is. A fenti anyagok közül többnek a kifejlesztésében katonai kutatólaboratóriumok is részt vettek, és az első felhasználásuk is katonai védőfelszerelésekben történt.

A számítástechnika alkalmazása nélkülözhetelenné vált a végtagprotézisek tervezésében, gyártásában, működtetésében is. A mintavétel egyedileg, egyre pontosabban, sokszor CT segítségével történik. A számítógépes mintaletapogatás és tervezés a CAD-CAM (computer-aided design, computer-aided manufacturing) technika révén egyre pontosabb, egyedi végtagpótlások készíthetők. (28. sz. kép) A CT szkennelés és a 3D nyomtatás a protézisek gyártásában végtelen sok új lehetőséget rejt. Szerves anyagokkal dolgozó 3D nyomtatóval élő szövetet is sikerült már előállítani, bár ez az alkalmazás jelenleg még igen távolinak tűnik a gyakorlatban. A 3D nyomtatás alkalmazása viszont nagyon ígéretes a protézisgyártásban. Pontosan illeszkedő, a másik végtaggal nagymértékben egyező protéziseket lehet vele létrehozni. A 3D-vel gyártott protézis burkolatok látványra olyanok, mint az élő szövet, így lényegesen javítják viselőjük életminőségét



28. sz. kép 3D technológia a protézistervezésben⁴²³

A mikroprocesszor által vezérelt ízületek beépítése a protézisekbe már világszerte elterjedt. Főleg a térdízületekben alkalmazzák. (29. sz. kép)

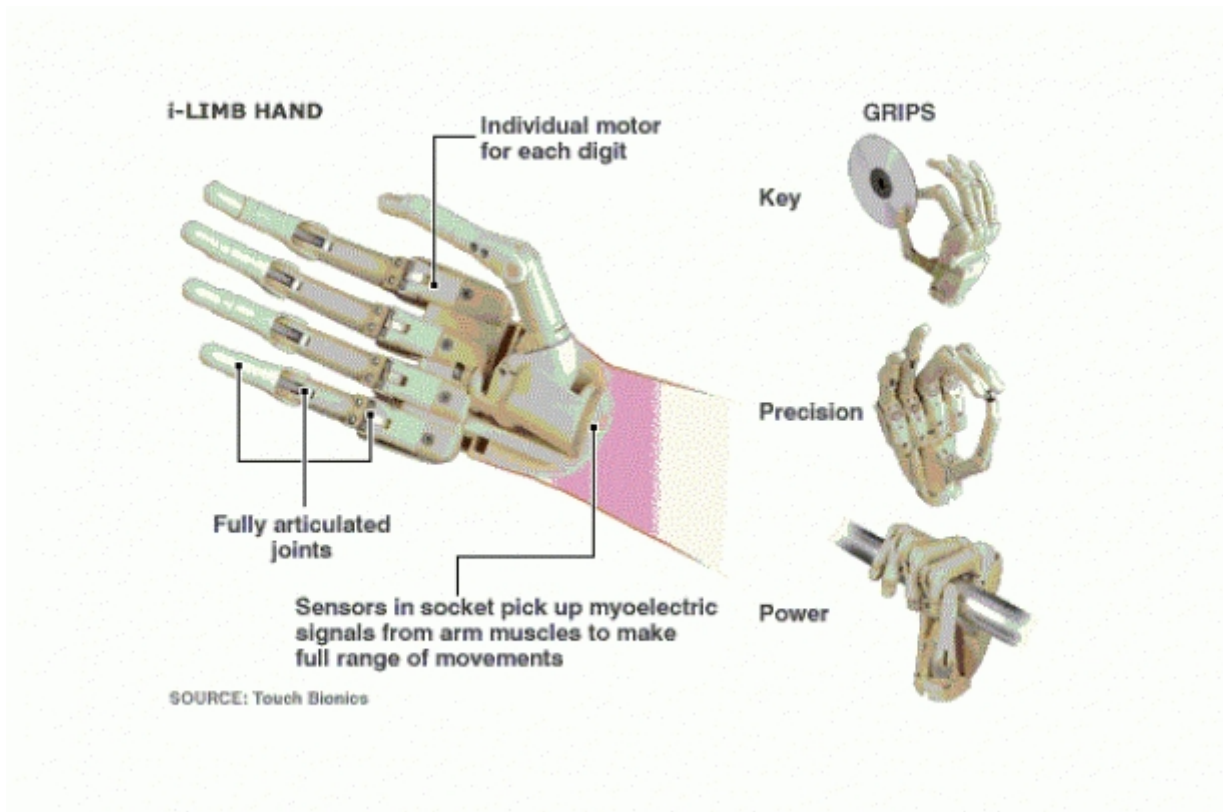
⁴²³ B. Szabó Edina: 3D technológia a protézistervezésben
http://www.innoteka.hu/cikk/3d_technologia_a_protezistervezesben.1218.html Letöltve: 2016.augusztus 11.



29. sz. kép Mikroprocesszor vezérelt térdízületek⁴²⁴

Az informatika és a biológia eredményeinek összeadódásából létrejött a protézisek egy egészen új generációja a bionikus protézisek. Ezekkel az eredeti végtag fő funkciói jó hatásfokkal visszaadhatók. A bionikus lábnál a számítógép összehangolja a protézis mozgását az ép lábbal. Az i-Limb nevű bionikus kéz a világon az első olyan kéz protézis, amelynek mind az öt ujja külön-külön is mozgatható. (30. sz. kép) A rendszer a nyomásértékek érzékelésével a törékeny tárgyak fogását is lehetővé teszi. A kéz valamennyi lényeges feladatát teljesíteni képes. Az első betegek, akik 2006-ban és 2007-ben ezeket a műkezeket kapták, az iraki háború amerikai veteránjai voltak. Magyarországon elsőként egy sérült katona kapott bionikus kezet 2008-ban.

⁴²⁴ Mikroprocesszor vezérelt térdízületek http://media.ottobock.com/prosthetics/knees/c-leg/images/c-leg_massimo_24_9_page.jpg Letöltve 2016.augusztus 12.; <http://tinyurl.com/juleetc> Letöltve 2016. szeptember 17.

30. sz. kép Bionikus kéz⁴²⁵

A bionikus protézisek fejlesztése nagy ütemben folytatódik.⁴²⁶ Az elmúlt években pedig már az érző bionikus kéz előállítás is megvalósult, hő és tapintás érzékelő szenzorokkal. 2014-ben egy nemzetközi munkacsoport megalkotta a valós idejű érzékelésre képes bionikus kezet is. Egy új elektronika és szoftver kifejlesztésével az agy értelmezni tudja, amit a protézis a szenzoraival érzékel. A szenzorok jeleit alakítja át egy számítógépes rendszer olyan impulzusokká, amelyeket az érzőidegek vezetni tudnak.⁴²⁷

⁴²⁵ Fieldes, J.: Bionic hand wins top tech prize BBC News 2008.06.09.

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/science/nature/7443866.stm> Letöltve: 2016.05.01.

http://newsimg.bbc.co.uk/media/images/44729000/gif/44729938_i_limb_hand_466x289in.gif Letöltve: 2016. augusztus 12.

⁴²⁶ Bionikus kéz tesztelése <http://videa.hu/video/origo/tudomany-technika/bionikus-kez-tesztelese-teszt-gNc5AFkbbKwuTKOT> Letöltve 2016. augusztus 12. ; <https://www.youtube.com/watch?v=HIm0xpLPq0> Letöltve 2016. augusztus 12.

⁴²⁷ Raspopovic S., Capogrosso M., Petrini F.M. et al: Restoring Natural Sensory Feedback in Real-Time Bidirectional Hand Protheses Science Translational Medicine 5 Febr.2014. 6(222):222ra19.doi:10.1126/scitranslmed.3006820; Magyar Tudomány <http://www.matud.iif.hu/2014/03/17.htm> 2014. (175) 3. pp. 373-375.; http://epa.oszk.hu/00600/00691/00126/pdf/EPA00691_mtud_2014_03_373-375.pdf Letöltve 2016.augusztus 11.

5.2.4. Összefoglalás

A Sierra Leonében 1991 és 2002 között a polgárháború tönkretette az országot. Több mint 20 ezer halálos áldozat volt, több százezer menekült áramlott a szomszédos országokba. A háború az idő múlásával egyre brutálisabb lett, szélsőségesen kegyetlen cselekedetekkel, rengeteg civil áldozatot követelve.

Freetown 1999. januári megtámadása után az Orvosok Határok Nélkül Szervezet pszichoszociális felmérést és gondozási programot szervezett. Az áldozatok és szemtanúk 99%-nál találtak maradandó pszichés károsodást, 78%-nál nem specifikus testi tüneteket is. A harcok megszűnése után a háború a lelkekben folytatódik. Az Orvosok Határok Nélkül Szervezet által kidolgozott és bevezetett pszicho-szociális gondozási program eredményes volt és a jövőben máshol is jól hasznosítható tapasztalatokat adott.

A háború az ország egész területére kiterjedt. Tönkrement az egészségügy, a gazdaság, éhínség dúlt. Előkerültek a tradicionális fegyverek, főleg a macheték. Mikor és miért kezdődtek az amputálások? Több okkal is lehet magyarázni. Benne volt a civil szavazóképes lakosság megfélemlítése, a hivatalosan választott Kabbah elnök elleni bosszú és egyéb politikai csoportosulások elleni akció is megbújhatott mögötte. A háború végére amputáltak tömegei maradtak az országban, és a csonkolásokba egészségügyi ellátás nélkül belehalt emberekről becslések sincsenek.

Sokszor nem csupán egy alsó vagy egy felső végtagot vágtak le, de nem volt ritka a többszörös végtag amputáció sem, és füleket, orrokat is csonkoltak. Legsúlyosabb helyzetbe a két kar amputáltak kerültek.

A kéz külön érzékszervnek tekinthető, annyira fontos szenzomotoros funkciója van. Akiknek mind a két karját amputálták, a tapintás érzés jelentős részét elvesztették, a testsémájuk eltorzult, megváltozott. Képtelenek lettek arra, hogy egyedül életben maradjanak. Nem tudták

ellátni magukat, sem enni, sem tisztálkodni nem tudtak. A mélységes kiszolgáltatottság súlyos depressziót okozott.

Nemzetközi segélyszervezetek már a háború vége felé megpróbálták megszervezni a Sierra Leone-i amputáltak művégtagellátását. Ez a folyamat nehézkes, lassú, és drága is volt. A két kar amputáltak esetében az életminőséget sem javította lényegesen, a tapintásérzést nem adta vissza. Ekkor vetődött fel a Krukenberg műtét lehetősége. Hermann Krukenberg német katonai sebész a vak és két kar amputált katonák számára az első világháború alatt kidolgozott egy speciális műtéti megoldást. Ez a műtét funkcionálisan jó eredményt ad, de esztétikailag annyira ijesztő, hogy lehetőleg kerülik az alkalmazását. Az alkarcsontokat szétválasztják, bőrrel beborítják. A fő mozgató izom a musculus pronator teres marad. A csontok csipeszként működnek, és így a beteg visszanyeri a tapintásérzést, a propriocepciót, az önellátási és néha a munkaképességét is. A siker azon múlik, hogy az amputált képes-e így elfogadni önmagát. A fejlődő országokban az önellátási képesség visszanyerése – és így az életben maradás lehetősége – általában felülírja az esztétikai szempontokat.

A Sierra Leone-i amputáltak akut ellátása, a rehabilitációjuk, benne a segédeszköz ellátás, a protetizálásuk, rengeteg új tapasztalatot nyújtott. Ismét „felfedezték” az első világháborúban, a katonai sebészetben kikísérletezett Krukenberg csont rehabilitációs használhatóságát, igen jelentős funkció, ezen keresztül életminőség javító szerepét. A tömeges amputálások világszerte nagy felháborodást keltettek, és a meginduló nemzetközi segítségnyújtás óriási lendületet adott a művégtagok fejlesztésének és gyártásának.

A protetizálás területén hatalmas változások kezdődtek, mind mennyiségi, mind minőségi téren. Az új, könnyű és szövetbarát anyagok (szilikon, karbonszálas anyagok, titán, kevlár) használata is már nagy előrelépést jelentett. Azonban az informatika alkalmazása robbanásszerűen újította meg a protetizálást. A mintavételeknél a CT használata, a tervezésnél és a gyártásnál a CAD- CAM technológia jelentősen meggyorsította és nagyon pontosá tette a folyamatot. A mikroprocesszoros ízületek – főleg a térdízület helyettesítésére – néhány éven belül világszerte elterjedtek. A biológia és az informatika eredményeinek felhasználásával készült bionikus művégtagok az eredeti végtagok fő funkcióit igen jó határfokkal adják vissza.

A Sierra Leone-i polgárháború közvetetten, a közvélemény nyomása révén, jelentősen meggyorsította a végtagprotézisek fejlesztését.

6. A MAGYARORSZÁGI REHABILITÁCIÓ ÉS A KATONA- EGÉSZSÉGÜGY KAPCSOLATA A MÁSODIK VILÁGHÁBORÚTÓL NAPJAINKIG

6.1. SZOCIÁLPOLITIKA ÉS EGÉSZSÉGÜGY A MÁSODIK VILÁGHÁBORÚ UTÁN MAGYARORSZÁGON

A második világháború végére az ország romhalmaz lett. „*Minden szétesik. Állam nincs. Adott szó, írott szó, törvény, amely érvényes lenne, nincs.*”⁴²⁸ írta Márai Sándor. 830-950 ezer ember halt meg, a nemzeti vagyon 40%-a elpusztult.⁴²⁹ Budapesten az ostrom alatt 30 ezer lakás vált lakhatatlanná. Hihetetlen infláció szabadult el, nagyon megélénkült a cserekereskedelem.⁴³⁰ A háborúban az 1938. évi nemzeti jövedelem kb. ötszöröse, a nemzeti vagyon majdnem fele megsemmisült.⁴³¹

A szovjet megszállás és az úgynevezett népi demokratikus forradalom után, állami tulajdonba kerültek a gyárak és az ipari üzemek. A földreform megszüntette a nagybirtokrendszert. 650 ezer mezőgazdasági munkás és családja jutott földhöz, de csupán átmenetileg. Az ötvenes évek elején az erőszakos téeszesítés során elvették tőlük ugyanezeket a birtokokat. A nehézipar fejlődése ugrásszerűen megindult. Az ipari termelés az 1938. évi termeléshez képest három és félszeresére, a széntermelés csaknem háromszorosára, a villamos energia termelése ötszörösére nőtt 1958-ra.⁴³²

Megszűnt a munkanélküliség, bővültek a szociális juttatások, jelentősen nőtt a lakásépítések száma, megindult a közművek fejlesztése, lassan emelkedni kezdett az életszínvonal. A Munka Törvénykönyve (1951. évi 7. törvényerejű rendelet) jogszabályban határozta meg a

⁴²⁸ Márai Sándor: Napló 1945-1957. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1990. p.23.

⁴²⁹ Kolléga Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. I. i.m.

⁴³⁰ Pik Katalin: A szociális munka története Magyarországon (1817-1990) Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, 2001. p.311., pp. 313-318.

⁴³¹ Benda Kálmán (szerk.): Magyarország történeti kronológiája. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1982. p.1018.

⁴³² Hahn Géza: A magyar egészségügy története. i. m. p.144.

dolgozók munkaidejét és munkakörülményeit. A munkaidő általában nyolc óra, vagy nehéz munkakörülmények esetében ennél kevesebb lett. Előírta a kötelezően kiadandó éves szabadságot, a táppénzt, a szülési szabadságot, megtiltotta a 14 év alattiak foglalkoztatását, szabályozta a női munkát, foglalkozott a munkavédelem kérdéseivel, összességében tehát a dolgozók érdekvédelmével.⁴³³

Az egészségügyi intézmények államosítása, a biztosítási rendszer átdolgozása, a társadalombiztosítás kiterjesztése, megteremtette az alapját az egész országot lefedő egységes orvosi, egészségügyi ellátásnak.⁴³⁴

A 139/1950. (V.14.) M.T. számú rendelet szerint a biztosítottak egészségügyi ellátása és a gyógyító és megelőző egészségügyi szolgálat fenntartása állami feladat.⁴³⁵ Tehát az egészségügy állami feladattá vált, a biztosítottak ellátása ingyenes lett.

A Magyar Népköztársaság Alkotmánya⁴³⁶ (47.§) kimondta:

„(1) A Magyar Népköztársaság védi a dolgozók egészségét és segíti a dolgozókat munkaképtelenségük esetén.

(2) A Magyar Népköztársaság ezt a védelmet és segítséget széleskörű társadalombiztosítással és az orvosi ellátás megszervezésével valósítja meg.”

Fokozatosan bővült a társadalombiztosításba bevontak köre. A termelészövetkezeti parasztság és a mezőgazdasági idénymunkások egyre nagyobb részét vonták be a társadalombiztosításba. A biztosítottak orvosi ellátása ingyenes lett. Míg 1938-ban a lakosság 31 %- a, 1959-ben a lakosság 75 % - a volt biztosított.⁴³⁷

Az állam támogatta az orvosképzést, így az orvosok száma is nőtt. Míg 1938-ban egy orvosra 862 lakos jutott, 1959-ben 673, bár 44%-uk a fővárosban dolgozott.⁴³⁸

⁴³³ Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. pp.148-149.

⁴³⁴ Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. p.161.

⁴³⁵ 139/1950. (V.14.) M.T. számú rendelet a dolgozók egészségügyi ellátása tárgyában <https://www.opten.hu/ugyved/light/torvtar/torvlist.php?&twhich=58055&tsindex=18241&teindex=18260&tpar=> Letöltve 2016. augusztus 26.

⁴³⁶ 1949. évi XX. törvény A Magyar Népköztársaság Alkotmánya <http://www.rev.hu/sulinet45/s> Letöltve 2016. augusztus 7.

⁴³⁷ Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. p.154.

⁴³⁸ Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. p.161.

A második világháború után jelentős kórházépítési program indult meg. 1949 végére 49 981 volt a kórházi ágyak száma, 1959 végén 68 493 volt a polgári lakosságot ellátó ágy. 1938-ban tízezer lakosra összesen 54,0 ágy, 1959 végén csak a polgári lakosságot ellátó intézményekben 68,6 ágy jutott. Az ágyszám növelése mellett a területi egyenlőtlenségek csökkentése is cél volt. A tuberkulózis osztályok ágyszáma megduplázódott az ötvenes évek végére. 1948-ban megszervezték az Országos Mentőszolgálatot, 1949-ben megalakult az Országos Vérellátó Szolgálat. Nem csak a biztosítottak köre nőtt jelentősen, hanem az emberek kórházi ellátás iránti igénye is. 1959-ben a kórházból elbocsátott betegek száma meghaladta az 1 300 000-t, mely az 1938. évi forgalom két és félszerese volt. Azonban a kórházi osztályok személyi-tárgyi fejlesztése elmaradt az ágyszám bővítése mögött, így a betegellátási körülményeket gyakran érte súlyos, valós kritika.⁴³⁹

A lakosság általános egészségügyi állapotának javulását mutatják a csecsemőhalálozás, a tbc-s, és egyéb fertőző betegségek (diftéria, hastífusz, pertussis) okozta halálozások jelentős csökkenése. 1947-ben ezer élveszülettre 106,7, 1954-ben 60,7, 1959-ben 52,5 halálozás jutott. A tbc halálozás tízezer lakosra 1938-ban 14,0, 1958-ban 3,1 volt. A várható átlagos élettartam férfiaknál 1941-ben 54,92 év, 1955-ben 64,96 év lett, a nőknél 58,22 évről, 1955-ben 68,87 évre emelkedett.⁴⁴⁰

A tuberkulózis elleni küzdelem Magyarországon az ötvenes években teljesebben ki. Létrehozták a tbc-gondozó intézetek országos hálózatát, melyek 1958-ban négy és félmillió embert vizsgáltak meg. A vizsgálatok fele szűrés volt. A tuberkulózis megelőzésére az újszülötteknél alkalmazott BCG-oltást a 60/1953. MT számú rendelet⁴⁴¹ kötelezővé tette. Ugyanez a rendelet szabályozta a kombinált védőoltások beadási rendjét is. Azonban még így is 30 586 új tbc-s beteget vettek gondozásba 1958-ban. Az országos szűrés, gondozás, az új gyógyszerek hatására a betegek korábbi fázisban, eredményesebben voltak kezelhetők. Nagyobb részük maradt életben, és rehabilitációjuk kifejlesztése jelentős egészségügyi kihívás lett az ötvenes években.

⁴³⁹ Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. pp.166-169.

⁴⁴⁰ Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. pp.153-154.

⁴⁴¹ 60/1953. (XII.20.) M.T. számú rendelet a védőoltásokról

<https://www.opten.hu/ugyved/light/torvtar/torvlist.php?&twich=58055&tsindex=18241&teindex=18260&tpar=>
Letöltve 2016.október 21.

Az onkológiai, az ideg- és elmebeteg, a nemibeteg gondozók, a közegészségügyi–járványügyi állomások hálózata az ötvenes évek végére az egész országban elérhetővé vált. 1958-ban az országban 24 közegészségügyi–járványügyi állomás működött. Magyarország világviszonylatban is az elsők között vezette be a járványos gyermekbénulás elleni tömeges védőoltást. A diftériás megbetegedések száma a háború előttihez képest 1958-ban a hetedére csökkent, a maláriát felszámolták, a tetanusz az 1950-ben számolt esetekhez képest felére csökkent. Az anya-, csecsemő-, és gyermekvédelem területén szintén óriási előrelépés történt (terhesgondozás, tanácsadás, védőnői hálózat kiépítése, gyermek szakorvosi körzetek kialakítása, iskolaorvosi hálózat kiépítése).⁴⁴²

A háború után a szociális munka fokozatosan az egészségügybe integrálódott, majd a hetvenes évektől kezdett ismét leválni. Csak 1989-től indult meg a szociális munkások képzése.⁴⁴³

⁴⁴² Hahn Géza: A magyar egészségügy története i. m. pp.179-182.

⁴⁴³ Pik Katalin: A szociális munka története Magyarországon (1817-1990) i. m. p.310., p. 354.

6.2. A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY MAGYARORSZÁGON A MÁSODIK VILÁGHÁBORÚ UTÁN

A debreceni ideiglenes kormány 1945. január 20-án aláírta a fegyverszüneti szerződést. Megkezdődött a szovjet oldalon bevetni tervezett magyar hadosztályok szervezése, és ezek egészségügyi ellátásának a megtervezése. Lépések történtek a szovjet hadifogságba került magyar egészségügyi személyzet elengedésére, vöröskeresztes hadikórházak felállítására. Ezek a Nemzetközi Vöröskereszttől kapták az ellátást. 1945 tavaszától megindult a megmaradt egészségügyi kapacitás felmérése, valamint a nyugatra került felszerelések hazaszállítása. Utóbbiak töredéke került csupán vissza. 1945 végén nyolc katonai kórház működött Magyarországon.

Dr. Svéd László a magyar katona-egészségügy második világháború utáni történetében négy szakaszt különít el.⁴⁴⁴ Az első, 1945-től 1956-ig tartó szakaszban a tömeghadsereg kialakítása, a szovjet típusú vezetés kiszolgálása, a katona-egészségügyre is rányomta a bélyegét. Létrejött az egészségügyi csoportfőnökség, amelynek első vezetőjét Dr. Merényi Gusztáv orvos vezérőrnagyot egy év múlva koncepció perben elítélték és kivégezték.⁴⁴⁵

1948-tól indult meg a hadsereg, és ezen belül az egészségügyi szolgálat fejlesztése is. Megalakult a Honvéd Közegészségügyi Intézet (1948), a Honvéd Központi Rendelőintézet (1949), a Honvéd Vérellátó Intézet (1951), a Honvédorvosi Szemle folyóirat (1949), amely 1959 óta Honvédorvos címen a mai napig is megjelenik.

1950. január 1-én 3570 volt a szervezetszerű ágyak száma a honvédegészségügyben, 1955-ben az átszervezések után 2500. A honvédegészségügy igyekezett a polgári egészségüggyel szoros kapcsolatot kialakítani. A honvédkórházak egyre jobban bekapcsolódtak a sürgősségi ellátásba, és 1952-ben már az ágyak 30 %-át polgári betegek foglalták el. A negyvenes évektől hiány volt katonaorvosokból. Az ötvenes években a csapatorvosi munka ténylegesen

⁴⁴⁴Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i.m. p. 25.

⁴⁴⁵Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i.m. p. 25.

életveszélyes beosztás volt. Ismert egy történet, katonák ételmérgezése miatt kivégzett ártatlan csapatorvosról is.⁴⁴⁶

A katonaegészségügy világháború utáni történetének második szakasza 1957-től 1974-ig tartott.⁴⁴⁷ A hadseregben lassú minőségi javulás indult meg. Ekkor még mindig nagyon népszerűtlen volt a katonaeorvosi pálya. Medikus ösztöndíjakkal, illetve a polgári orvosokra gyakorolt nyomással próbálták feltölteni az állásokat. Az orvosi egyetemeken a végzés után kötelező lett az egy éves kiképzés, ahol csapatorvosi munkát végeztek a kezdő orvosok, később pedig tartalékosként behívhatók voltak. 1968-ban a katonaeorvosi ösztöndíjrendszer kedvező alakításától várták a pálya népszerűbbé válását.⁴⁴⁸ 1969-ben megalakult a Honvédelmi Egészségügyi Tanszék az Orvostovábbképző Intézetben. Ez jelenleg a Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar (ÁOK), Honvéd-, Katasztrófa- és Rendvédelem Orvostan Tanszék néven működik, a Szenátus 40/2014.(III.27.) határozata alapján.⁴⁴⁹

Az 1975-től 1989-ig számított harmadik szakaszban a katonaeorvosok száma átmenetileg jelentősen megnövekedett a megreformált képzési és ösztöndíj rendszerek miatt. Azonban az elvándorlás később újra megindult, emiatt női egészségügyi tiszthelyettesekkel és női orvostanhallgatókkal kötött szerződésekkel próbálták az egészségügyi létszámot biztosítani. 1977-ben létrehozták Balatonfüreden a szív- és érbetegek utókezelésére szolgáló intézetet, 120 ágygal bővítették a Hévízi Szanatóriumot, Pécsen megindult az égési osztály, Győrben az új Honvédkórház működése. A nyolcvanas években megtörtént a Budai Katonai Kórház és a Központi Katonai Kórház felújítása, létrejött (az azóta 2013-ban bezárt) Verőcei Betegotthon. Közben folyamatosan változott a szervezeti struktúra. Új technikai elemek is megjelentek,

⁴⁴⁶Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i.m. p. 28.

⁴⁴⁷Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i. m. pp. 28-29.

⁴⁴⁸Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i. m. pp. 28-29.; Farádi László: Diagnózis az életetről. i. m.

⁴⁴⁹ 40/214. (III.27.) sz. hat. a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Honvéd-, Katasztrófa-orvostani Tanszékének névváltozásáról <http://semmelweis.hu/jogigfoig/dokumentumtar/szenatusi-hatarozatok/2014-marcius-27/> Letöltve 2016. augusztus 26.

mint az új kötöző gépkocsik, műtőkonténerek, labor- és epidemiológiai konténerek, fertőtlenítő eszközök, laparoscop-ok, és CT berendezés.⁴⁵⁰

1986-tól jelentős átszervezés indult a hadseregben, inkább a nyugati katonai kulturális minták alapján. A katonai egészségügyi intézetek megmaradása érdekében 1989-ben aláírták az Országos Egészségpénztári finanszírozás bevezetéséről szóló szerződést. Ezt követően elsősorban gazdasági szempontok határozták meg az egészségügyi szolgálat működését.⁴⁵¹

Az 1990-től elkezdődött negyedik szakaszt főleg a megújulásra törekvés, és a változások jellemzik. Megváltoztak a hadseregek és az egészségügyi szolgálatok feladatai is. Megjelentek a békefenntartó, béketeremtő, humanitárius műveletek.⁴⁵² Míg korábban a sérült katona minél gyorsabb, tökéletesebb gyógyulása és visszatérése volt a cél, ehelyett a károsodás kivédése, az élőerő megőrzése lett a feladat. Létrehozták 1992-ben az első speciális mobil orvoscsoportot,⁴⁵³ 1995-ben pedig az első ROLE-1⁴⁵⁴ segélyhelyet. 1998-ban az Öbölháborúban részt vett magyar orvoscsoport már nemzetközi szinten is bizonyította a felkészültségét. 1999 tavaszán, a NATO csatlakozást követően, mobil, modern, nagy teljesítményű közegészségügyi-járványügyi laboratóriumot telepítettünk Albániába. A Magyar Honvédség, és ezen belül a katona-egészségügyi szolgálat munkáját nemzetközileg is elismerik és folyamatosan igénylik a NATO műveletekben.⁴⁵⁵

⁴⁵⁰Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i. m. pp. 30-32.

⁴⁵¹Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i.m. p. 32.

⁴⁵² 114/1995 (XII.12.) Országgyűlési Határozat a délszláv válság békés rendezésének végrehajtását biztosító erők (IFOR) kötelékében korlátozott létszámú magyar műszaki kontingens részvételéről

⁴⁵³ T-10/274/1996 HVK Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnökség állománytábla

⁴⁵⁴ Role = feladat, funkció, szerep; ROLE-1-4 NATO műveletek egészségügyi ellátási szintjei; egymásra épülő, egyre specializáltabb ellátást nyújtó egészségügyi rendszerek.; 114/1995 (XII.12.) Országgyűlési Határozat az első ROLE-1 segélyhelyről.

⁴⁵⁵ Juhász Zsolt: A magyar katonák külszolgálati tevékenysége <http://tinyurl.com/hwwnu9s> Letöltve 2016. szeptember 11.; Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai... i. m. pp. 33-34.

6.3. A REHABILITÁCIÓ ÉS A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY KAPCSOLATA A XX. SZÁZAD MÁSODIK FELÉBEN MAGYARORSZÁGON

A II. világháború után a rokkant katonák gondozása fokozatosan elsorvadt, elsősorban politikai okok miatt. A rendszer nem tűrte, hogy ezek az emberek bármiféle érdemleges támogatást kapjanak. A rokkant katonákat gondozó rendszer háttérbe kerülésével, a rehabilitáció mozgásszervi része is elmaradt a fejlődésben. Mozcásszervek utókezelésével csupán néhány szanatóriumban foglalkoztak, amelyekbe hadirokkantak elvértve jutottak csak el. Az ötvenes években elsősorban a tuberkulózisos, kisebb mértékben a Heine-Medin betegek utókezelésére került a hangsúly. Ezeken a területeken viszont olyan eredmények születtek, amelyek később beépültek a modern átfogó rehabilitációba.

6.3.1. A hadirokkantak sorsa a második világháború után

A második világháborúban összességében majdnem egymillió magyar katona halt meg a frontokon, az egyéb harci cselekményekben, a koncentrációs táborokban, a különböző hadifogoly és munkatáborokban.⁴⁵⁶ A hadigondozottak száma 1945 után 800 ezer körül volt.

A hadirokkantakról történő gondoskodást az 1933. évi VII. törvény, a hadirokkantak és más hadigondozottak ellátásáról,⁴⁵⁷ állami feladatnak tekintette. A törvény részletesen foglalkozott a hadigondozottak igényjogosultságával, a járadékokkal, a támogatásokkal. „*A hadigondozási törvényt a második világháború befejezéséig alkalmazták, vissza ugyan nem vonták, de*

⁴⁵⁶ A következő igaz történet meghatóan mutatja be milyen volt az élet a második világháború alatt, de utána is, a fogoly- és munkatáborokban. Siposné Kecskeméthy Klára: Mohay Károly – az utolsó recski foglyok egyike http://mhtt.eu/hadtudomany/2011/2011_elektronikus/2011_e_2.pdf Letöltve 2017. február 8.

⁴⁵⁷ 1933. évi VII. törvénycikk. A hadirokkantak és más hadigondozottak ellátásáról. <http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7813¶m=7916#> 2016. április 25.

*különböző politikai megfontolásokból az állam évtizedekig nem rendezte egységesen a hadigondozottak helyzetét. A törvény 1945 után is érvényben volt, de évről évre fokozatosan szűkítették a hatályát.”*⁴⁵⁸

1949-ben minden hősi halottat és minden hadirokkantat bűnösnek kiáltottak ki, a Szovjetunió elleni harcban való részvételük miatt. A teljes jogfosztottság állapotába kerültek. Az özvegyeiket is vétkesnek nyilvánították, mert úgymond *„nem akadályozták meg, hogy férjeik kimenjenek a frontra.”*- írta Kocsis Piroska, aki a Magyar Országos Levéltár főlevéltárosa volt.⁴⁵⁹

A Népjóléti Minisztérium Hadigondozási főosztályának iratai között található egy hadirokkantáról szóló, névtelen szerző által írt levél. Eszerint a hadirokkantak a *„nemzet lelkiismeretének élő, tragikusan vonagló és vádoló jelképei”*, akik vádolják *„két nemzedék állami életének, szellemi életének irányítóit, a haladás, az emberiség, a közjólét ellenségeit, e romlott képzeletű, rögeszmékbe zavarodott politikusokat, akik két világháborúba taszították a békés, munkás és emberi életet szomjazó népeket”*. A hadirokkantak akkoriban hozzátartoztak a főváros képéhez, hiszen az utcákon mindenütt megjelenve kísérték az emberek napi életét. A *„háborús felelősség megtestesült vádjai”*, amikor a *„megrázó, hátunkat viszolyogtató emberroncsok reszketve, fél karral, fél lábbal vagy fehér botra támaszkodva a város mind több pontján láthatóak”* – szólt a levél. Megjelenésükkel a nemzet lelkiismeretét akarták felrázni, amikor reszkető kezekkel koldultak és roncs végtagjaikkal alamizsnáért könyörögtek. Ugyanakkor arra figyelmeztettek, hogy elvett és tönkretett életükért az *„egyetlen és igazi kárpótlás az, hogy a hadiárvák nemzedékét megmentjük a tudomány és a politika árulóinak újabb háborújától.”*⁴⁶⁰

A népjóléti miniszternek írt levelükben, a Hadirokkantak, Hadiözvegyek és Hadiárvák Országos Nemzeti Szövetsége debreceni csoportja panaszt emelt. Felsorolták járadékaik késedelmes kifizetését, adókedvezményeket, kamatmentes kölcsönöket, a nyugdíj meghagyását kérték, mivel a hadigondozottak tömegei *„irtózatossá nyomorban és rettenetes ínségben tengődnek”*. A nyugdíjról azt írták, *„vérrel szerzett és megszolgált nyugdíj”*, *„vérrel*

⁴⁵⁸ Kocsis Piroska: Hadirokkant sors a második világháború után ArchívNet, 10. évf.(2010) 4.

http://www.archivnet.hu/hadtortenet/hadirokkant_sors_a_masodik_vilaghaboru_utan.html

Letöltve 2016. augusztus 22.

⁴⁵⁹ Kocsis Piroska: Hadirokkant sors a második világháború után i. m.

⁴⁶⁰ Névtelen szerző: Egy névtelen szerző véleménye 1946-ban a hadirokkantakról. Magyar Országos Levéltár Népjóléti Minisztérium Hadigondozási főosztály MOL XIX-C-1-i-6. t-szám nélkül-1939-1947.

szerezett jog címén” járjon. Kérték, hogy a szociális ügyosztályokon dolgozók hadirokkantak legyenek, mivel a jelenlegi tisztviselőktől a *„rideg mellőzésen kívül semmit sem kaptunk”* – szólt a levél.⁴⁶¹

Szinte naponta érkeztek hasonló levelek a minisztériumba, de semmi lényeges változás nem történt a hadirokkantak ellátásában. Lengyel Simon Polgárdiban élő hadirokkant magához Rákosi Mátyáshoz fordult *„esendő kérelemmel”*, mivel *„használható műlábaim nincsenek”*-írta. A minisztérium rendkívül lassan intézte a hadigondozottak ügyeit, és mesterséges indokokkal utasította el őket. A művégtagellátás akadozott, sokáig kellett várni a protézisekre, a Művégtaggyár kapacitása kicsi volt.

Bíró Kálmán 100%-os hadirokkant a köztársasági elnöknek írt 1946 októberében: *„Ügyemmel bárhová fordultam, még meghallgatásra nem találtam. [...] 1946. évi július havi fizetésem nem kaptam meg, hogy miért, azt sem tudom, ha kérem, gúnyolódva elutasít az elöljáróság.”* *„Alázatos tisztelettel kérem, mi jár egy hadirokkantnak?”* - teszi fel a kérdést a levelében.⁴⁶²

A második világháború után a hadirokkantak, illetve a hadigondozottak helyzete, állami, társadalmi megítélése megváltozott, sorsuk nyilvánvalóan rosszabbra fordult. Főleg az ideológiai okok miatt negatívvá vált társadalmi megítélés okozott hatalmas károkat. A második világháborúban a magyar katonák a vesztes oldalon harcoltak. Hiába áldozták fel életüket, egészségüket a hazáért, a háború utáni megváltozott társadalmi rendben nem tekintették őket hősöknek. Sőt. Közülük kevesen, ők is szinte csak véletlenül juthattak el valamelyik szanatóriumba. Ellentétben a győztes, de több vesztes országban szokásos eljárással is, hazánkban a hadisérültekről való gondoskodás, és a mozgásszervi kezelésük elsorvadt. Más – főleg nyugati – országokban a mozgásszervi rehabilitáció éppen ekkor, a II. világháború sérültjeinek ellátásával kapcsolatban lendült fejlődésnek.⁴⁶³

1945-től már a Hősök Napját sem tartották meg, csupán a rendszerváltoztatás után kezdték újra ünnepelni. Az ünnepet 2001-ben törvénybe foglalták, kiterjesztve azokra az emberekre, *„akik a vérüket ontották, életüket kockáztatták vagy áldozták Magyarországotért.”*⁴⁶⁴

⁴⁶¹ Kocsis Piroska: Hadirokkant sors a második világháború után i. m.

⁴⁶² Bíró Kálmán nagyvíváni hadirokkant panasza.1946.október 14. (MOL XIX-C-1-n-1215-1946)

⁴⁶³ Borsay János: A hazai rehabilitáció az első világháború után. pp.261-266.

⁴⁶⁴ 2001. évi LXIII. törvény a magyar hősök emlékének megőrkítéséről és a Magyar Hősök Emlékünnepéről <https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=A0100063.TV> Letöltve 2017. február 8.

A hadigondozottak helyzetén csak az 1994. évi XLV. törvény a hadigondozásról⁴⁶⁵ és módosításai (utoljára 2016. jan. 25-én, T/4972.)⁴⁶⁶ javítottak jelentősen. A korábban politikai okok miatt kizárt emberek előtt is megnyitották a járadék igénylésének lehetőségét.

Magyarországon az ötvenes–hatvanas években elsősorban a tuberkulózisos betegek rehabilitációja fejlődött. Ezen a területen több olyan említésre méltó eredmény született, amely sokat jelentett a későbbi modern, átfogó rehabilitációs szemlélet kialakításában. A Heine-Medin betegek rehabilitációja már lényegesen több ambivalenciát mutatott. A hadirokkantak gondozásának elsorvasztása pedig a mozgásszervi rehabilitáció lemaradását okozta a nyugat-európai országokhoz viszonyítva.

⁴⁶⁵ 1994. évi XLV. törvény a hadigondozásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99400045.TV
Letöltve 2016. április 25.

⁴⁶⁶ B. Müller Tamás: Hadigondozás 2. infojegyzet 2015/32.
http://www.parlament.hu/documents/10181/303867/2015_32_hadigondozas_2/62eea526-e941-4884-b2b2-96665dd70815 Letöltve 2017. február 3.

6.3.2. A tuberkulózisos betegek rehabilitációja

A tuberkulózis (tbc.) a múlt század első felében Magyarországon népbetegség volt. A tbc-mortalitás az összlakosságra vetítve 1,5-3,6 ezrelék volt, így a leggyakoribb halálozási ok volt. Ekkor Magyarországon minden 25. percben meghalt egy ember tbc-s megbetegedés miatt.⁴⁶⁷

A két világháború között az egészségügyi intézkedések hatására csökkent a tbc-morbiditás és mortalitás, de még 1938-ban is minden tizedik haláleset tbc-vel volt kapcsolatos. Egy-egy fertőzött ember a két világháború között akár hét évig is élt, közben sokakat megbetegített a környezetében. Az ötvenes évektől az új gyógymódok hatására meghosszabbodott a túlélés. A betegség lefolyása többnyire krónikus lett, és a rendszeres gondozás és gyógykezelés mellett általában hosszú ideig, akár évtizedekig is elhúzódhatott. Ezért rehabilitációjában előtérbe került a munkaképesség megőrzése, és a szanatóriumokban végezhető munkaterápia.

Dr. Vas Imre tüdőgyógyász (1898-1966)⁴⁶⁸ elsősorban a tuberkulózis megelőzésével, gyógyításával és rehabilitációjával foglalkozott. Kandidátusi értekezésében 1956-ban kidolgozta a tbc-s betegek rehabilitációját.⁴⁶⁹ Főleg a társadalomba, a munkába való visszatérésükre helyezte a hangsúlyt. Elképzelései megalapozták a krónikus betegek ma is alkalmazott foglalkozási rehabilitációját.

„A csökkent, illetőleg megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának kérdése ma fokozottan időszerű. Indokoltá teszi az a körülmény, hogy jelenleg nagyobb százalékban tudjuk a betegeket meggyógyítani, illetőleg életüket meghosszabbítani, de ezek az eredmények egyeseknél a munkaképességnek átmeneti vagy állandó csökkenésével járnak együtt. E kérdés

⁴⁶⁷ Kiss László: A tuberkulózis Magyarországon a 20. század első felében. i. m. p.23.

⁴⁶⁸ Vas Imre (1898-1966) tüdőgyógyász, csaknem húsz évig volt a Szabadság-hegyi Állami TBC Gyógyintézet igazgató főorvosa. Munkásságának legfontosabb eredményei a tüdőbetegségek korai időszakban történő diagnosztizálása, a tbc-s betegek rehabilitációjának megalkotása, a betegek visszavezetése a termelő munkába. Kenyeres Ágnes (főszerkesztő) Magyar Életrajzi Lexikon <http://mek.oszk.hu/00300/00355/html/> Letöltve 2017. január 30.

⁴⁶⁹ Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. 1956. Kandidátusi értekezés tételei. Tudományos Minősítő Bizottság Budapest, Akadémiai Nyomda

megoldását kötelességünké teszi Alkotmányunk, amely biztosítja a munkához való jogot nemcsak a teljes, de a csökkent munkaképességűek részére is.” – írja kandidátusi értekezésében 1956-ban.⁴⁷⁰

Véleménye szerint: *„A csökkent, illetőleg megváltozott munkaképességű dolgozóknak számos olyan fizikai és szellemi képessége van, illetőleg maradt meg, amely alkalmassá teszi arra, hogy jól kiválasztott munkakörben, a teljes munkaképességűekkel egyenértékű munkát végezzenen.”*⁴⁷¹

A háború utáni újjáépítés és a szocialista emberideál miatt, ekkor a munka amúgy is centrális helyet foglalt el a társadalom gondolkodásában. Részben ez, részben az új kezelésekkel meghosszabbított élettartam magyarázzák, hogy a tbc-s betegek rehabilitációnak a célját a *„beteg munkájának jobbá és egészségesebbé”* tételében határozta meg Vas Imre. Megkülönböztetett gyógyintézetben belüli, gyógyintézettel kapcsolatos, és gyógyintézetben kívüli rehabilitációt. Mindhárom fontos eleme a munka volt. A munka, mint terápia, átképzéssel végezhető kereső foglalkozás, és az életnek értelmet adó tevékenység. Az intézetben belüli eredményes munkaterápia – természetesen a gyógykezelés, a fekvőkúrák, a gyógytorna mellett, a gyógykezelés részeként, - csak regresszív fázisban, orvosi ellenőrzéssel, megfelelően adagolva, erre a célra beállított munkahelyeken volt lehetséges. Ezt a folyamatot a későbbi, otthoni életre is jó előkészítésnek találták. *„Az egészségügyi személyzetet ki kell egészíteni gyógytornással, műszaki oktatóval, szociális nővérrel”* - írta már 1956-ban Vas Imre. Mivel Magyarországon akkor ilyen munkakörök nem voltak, külföldi tapasztalatok alapján javasolta a szakemberek képzésének megszervezését.⁴⁷² A hosszabb időt igénylő tüdőbeteg-otthonokban történő kezeléseknél a lehető legnagyobb munkaképesség elérése, és ha szükséges, az átképzés volt a cél. *„Az intézet munka- és házirendjének alapja a foglalkoztatás legyen.”* – javasolta Vas Imre.⁴⁷³

A beteg otthonában a területileg illetékes gondozó orvosa fogta össze a rehabilitációt, és praktikusán ugyanez az orvos irányította az üzemi rehabilitációt is. *„A gyógyintézetben elért eredmények tartósságát nagyrészt a beteg további életmódja, foglalkoztatása biztosítja.”* –

⁴⁷⁰ Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. i. m. p.3.

⁴⁷¹ Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. i. m. p.3.

⁴⁷² Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. i. m. p.5.

⁴⁷³ Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. i. m. p.5.

mondta Vas Imre.⁴⁷⁴ Az üzemi rehabilitáció feladata volt a munkába lépés előtti vizsgálat, a munkába való visszahelyezés, az üzemi gondozás. A gondozó döntött a munkaképességről, a betegek foglalkoztatására alkalmas munkahelyekről, ha szükséges speciális foglalkoztatók szervezéséről, vagy otthonról végezhető munka biztosításáról.

Összefoglalva, az ötvenes években Vas Imre tüdőgyógyász által kidolgozott tuberkulotikus betegekre vonatkozó átfogó rehabilitáció - de ezen belül hangsúlyozottan a foglalkozási összetevőkre fókuszáló - hazai modelljében, a munkaterápia, az ismételt munkába állítás, az átképzés, a speciális munkahelyek teremtése, a gondozás kapták a fő hangsúlyt. Az orvos és a nővér mellett több szakember tudását is igénybe vették, tehát már a team munka is körvonalazódott. Felbukkant az ergoterápia alkalmazása is, bár ezt az elnevezést nem használta Vas Imre, de a gondolatiságát igen. Disszertációjában azt írta: *„Ezek a megállapítások minden baleset utáni állapotra, krónikus betegségre, és így a tbc-s megbetegedésekre is jellemzőek.”*⁴⁷⁵ Alapvetően tehát a tbc-s betegek rehabilitációjával foglalkozott, de észrevette, hogy elképzelései egyéb betegségcsoportokra is kiterjeszthetők. Hetven év távlatából visszatekintve azt mondhatjuk, úttörő volt egy átfogó rehabilitációs folyamat modelljének megalkotásában.

A katona-egészségügy és a tbc-s betegek rehabilitációja szorosan összefonódott. Az első világháborúból hazatért katonák között rendkívül sok volt a tbc-vel fertőzött. A tuberkulózis a besorozásnál nem volt kizáró ok, és a rossz körülmények, valamint az összezárttság a fertőzés fellobbbanását és terjedését elősegítették. A jelenlegi Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 1918-ban nyílt meg, „K.u.K. Erzhr. Josef Heilstaette für Lungenkranken Soldaten Budakeszi” néven. (31. sz. kép) A tüdőbeteg katonák ápolására épített intézetben 36 tiszti és 250 legénységi hely volt. Az intézet erdőben épült, tiszta, jó levegőn gyógyulhattak a tüdőbetegek, a kúrafolyosókat délnyugatra tájolták, hogy sok napfény érje őket. (32. sz. kép)

⁴⁷⁴ Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. i. m. p.6.

⁴⁷⁵ Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. i. m. p.6.



31. sz. kép

József főherceg tüdőbeteg katonák otthona, Budakeszi, díszkapus bejárata 1918. május 1-én, a megnyitó napján.⁴⁷⁶



32. sz. kép

Kúrafolyosó. József főherceg tüdőbeteg katonák otthona, Budakeszi⁴⁷⁷

A két világháború között Fodor József Szanatórium, Budakeszi Tüdőszanatórium, Honvéd Szanatórium elnevezések alatt működött tovább, tbc-s katonákat gyógyítva. A második világháború után két évig szovjet hadikórház volt. Egészen 1950-ig katonai kórházként működött, majd átkerült a Népjóléti Minisztérium irányítása alá. Továbbra is tbc-s betegeket kezeltek, de a tüdő tbc. mellett 1952-től az extrapulmonális tbc. kezelését is vállalták.

⁴⁷⁶ József főherceg tüdőbeteg katonák otthona, Budakeszi <http://www.rehabint.hu/images/2.jpg> Letöltve 2016. augusztus 23.

⁴⁷⁷ Kúrafolyosó. József főherceg tüdőbeteg katonák otthona, Budakeszi. <http://www.rehabint.hu/images/5.jpg> Letöltve 2016. augusztus 23.

Már ebben az évben megindult a műszerészképzés, a foglalkozási rehabilitáció egy lehetőségeként. (33. sz. kép) Ily módon 1987-ig általános műszerész végzettséget 800 sérült ember szerzett.⁴⁷⁸



33. sz. kép

Műszerészképzés 1952-ben az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet elődjében⁴⁷⁹

Az intézet tevékenysége és Vas Imre elképzelései szerencsésen összetalálkoztak. 1961-től elkezdődött az intézet átalakítása, elsőként a paraplég osztály, majd a többi mozgásszervi osztály kialakításával. 1975-ben létrejött az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, amely tulajdonképpen egy katonai tüdőgyógyászati intézetből nőtt ki.⁴⁸⁰ A tüdőbetegek rehabilitációja során szerzett tapasztalatokat igen jól lehetett hasznosítani később az egyéb krónikus betegek rehabilitációjában.

Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága 1985 óta évente egy fő részére Vas Imre Emlékérmeket adományoz. A kitüntetett lehet a rehabilitációs teamben, vagy a fogyatékosok érdekvédelmi szervezeteiben dolgozó olyan személy, aki a rehabilitáció területén kiemelkedő munkát végzett. Az Emlékérem tisztelgés Vas Imre és a kitüntetett életműve előtt is.

⁴⁷⁸ Almásyné Kovács Éva: Intézetünk története - A régmúlttól napjainkig <http://www.rehabint.hu/oldal/tortenet> Letöltve 2016. augusztus 23.

⁴⁷⁹ Műszerészképzés 1952-ben az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet elődjében <http://www.rehabint.hu/images/8.jpg> Letöltve 2016. augusztus 23.

⁴⁸⁰ Almásyné Kovács Éva: Intézetünk története - A régmúlttól napjainkig <http://www.rehabint.hu/oldal/tortenet> Letöltve 2016. augusztus 23.

A pulmonológiai rehabilitáció magyarországi létrejötte elválaszthatatlan Levendel László tüdőgyógyász tevékenységétől. Ő már a hetvenes-nyolcvanas években holisztikus szemlélettel, betegközpontúan gyógyította a tüdőbetegeket. A teljes embert kezelte, a társadalmi beilleszkedési zavaraival együtt. Míg korábban a két világháborúban a nyomorral, a szocializmusban főleg az alkoholizmussal kapcsolódott össze a tbc-s fertőzés. Levendel a kezelés céljaként már ekkor a társadalmi reszocializációt jelölte meg, és kiemelten foglalkozott az alkoholizmus és az öngyilkosság kérdésével. Levendel László a magyarországi pszichoszomatikus orvoslás egyik megalapítója volt, abban a korban, amikor az orvosok csupán biológiai lénynek tekintették az embert. Eretnek, holisztikus gondolatait nehezen fogadta el a szocialista elveken nevelkedett orvostársadalom. Átfogó szemlélete, a társbetegségek kezelése, a lelki tényezők figyelembe vétele, a család szerepének, a társadalmi beilleszkedés fontosságának hangsúlyozása, a beteg partnerként történő kezelése, szokatlan, merész és teljesen új volt a szocialista magyar egészségügyben. Elgondolásai a rehabilitáció mai alapelveivel teljesen szinkronban vannak.⁴⁸¹

Mivel a tbc-s betegek száma csökkent, a tuberkulózis leküzdésére épített tüdőszanatóriumok fokozatosan egyéb krónikus tüdőbetegekkel, majd később egy részük mozgásszervi betegekkel telt meg. Kialakult a pulmonológiai rehabilitáció, és eredményeivel hozzájárult az átfogó rehabilitáció magyarországi létrejöttéhez.

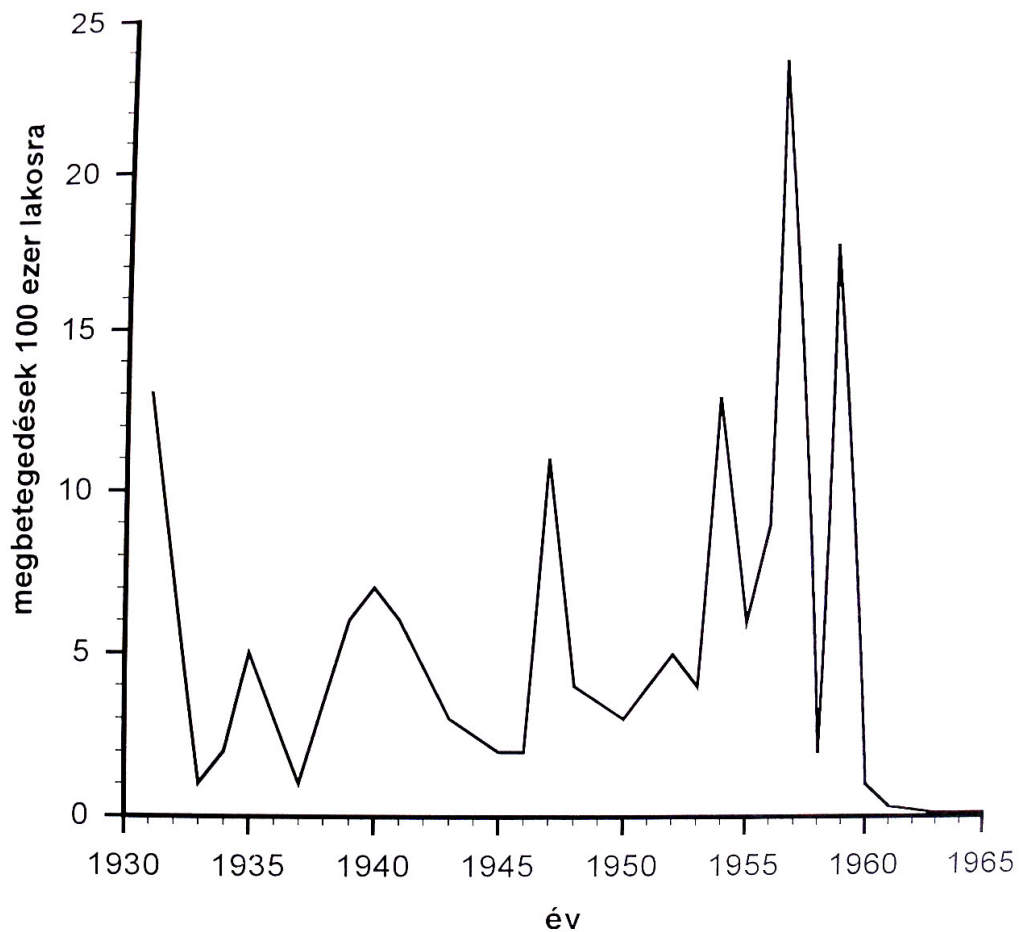
⁴⁸¹ Levendel László: A humanista orvoslás. Budapest, Szépirodalmi Könyvkiadó 1988.;
Pléh Csaba: A lélektan története. Osiris Kiadó, 2010. 20. fejezet. A szovjet-orosz pszichológia.

6.3.3. A Heine-Medin betegek sorsa Magyarországon a XX. század második felében

A gyermekbénulás betegségről (poliomyelitis anterior acuta, Heine-Medin-kór) ókori egyiptomi, i.e. 1400-ból származó emlékeink is vannak,⁴⁸² de a kórokozó, a Poliovírus hominis, igazán nagy járványokat a XX. században okozott. A Picornaviridae családba tartozó, egyszálú RNS-t tartalmazó vírusnak három szerotípusa van. Feco-orális úton fertőz, és a fertőzések döntő többsége (95%) észrevétlenül, vagy minimális atípusos tünetekkel zajlik le. A súlyos eseteknél a vírus a központi idegrendszeri mozgató idegsejteket megtámadva, bénulásokat okoz. A vírust 1949-ben sikerült először izolálni. A nyugat-európai fejlett országokban főleg az ötvenes években szaporodtak meg a gyermekbénulás járványok. Magyarországon 1930-ban kötelezően bejelentendő betegséggé nyilvánították. A harmincas években már egyre súlyosabb népegészségügyi problémát jelentett, a járványok egyre kiterjedtebbé váltak. A megelőző intézkedéseknek köszönhetően Magyarországon 1959-ben volt az utolsó járvány. Hazánkban 1931 és 1960 között 16 500 bénulással járó Heine-Medin esetről tudunk, közülük 1345 halt meg az akut szakaszban. A két legnagyobb járványban 1957-ben 2334, 1959-ben 1830 új megbetegedés fordult elő. (14. sz. ábra) A két utóbbi járványban összesen 196 beteg halt meg. A Salk, majd a Sabin vakcináció bevezetésével a betegség Magyarországon sporadikussá vált.⁴⁸³

⁴⁸² Hargitai Rezső: Adatok a gyermekbénulás leküzdésének hazai történetéből. Orvosi Hetilap 1994. (135) 28. pp. 1539-1541.

⁴⁸³ Dömök István: Gyermekbénulás elleni védőoltások: magyarországi és nemzetközi fejlemények. Infektológia, 1994, I. pp. 9-16.; Kertai Pál: Közegészségtan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1982. pp. 126-129. ; Dr. Hargitai Rezső: Adatok a gyermekbénulás leküzdésének hazai történetéből. Orvosi Hetilap 135.évf., 28. pp. 1539-1541.



14. sz. ábra

A poliomyelitis morbiditása Magyarországon (OKI)⁴⁸⁴

A szaporodó gyermekbénulás járványok magyarázzák, hogy főleg az ötvenes években került az érdeklődés előterébe a Heine-Medin betegség kezelése és rehabilitációja. Ekkor alakultak meg Magyarországon az első Heine-Medin utókezelő osztályok is. A vírus a gerincvelői és az agytörzsi mozgató idegsejteket megtámadva, különböző súlyosságú és eloszlású petyhüdt jellegű bénulásokat okozott. Az alsó végtagok érintettsége a helyváltoztatást, a felső végtagoké az önellátást nehezítette. Az akut szakaszt túlélő betegeknél a következő hónapokban fokozatosan csökkent a bénulás mértéke. Az egy év után is fennálló bénulások

⁴⁸⁴ Kertai Pál: Közegészségtan. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1982. p. 127.

már maradandóak voltak. Ezek az emberek változatos súlyosságú és eloszlású petyhüdt jellegű bénulásokkal éltek tovább. Sok volt a vastüdőre szoruló, légzésbénulásban szenvedő beteg. (34. sz. kép) Érdekes módon főleg a húszas évektől váltak gyakoribbá a légzésbénulásos esetek. Amerikában Philip Drinker 1929-ben elsőként alkotta meg a légzést segítő készüléket, a tankrespirátort, amely vastüdő néven vált ismertté. (35. sz. kép) Magyarországra 1948-ban jutott el először. Mivel egyre nagyobb volt az igény a készülékekre, az ötvenes években itthon is elkezdtek a gyártásukat. A vastüdők továbbfejlesztése révén, évtizedek alatt fokozatosan alakult ki az intenzív osztályokon ma is alkalmazott tartós gépi lélegeztetés módszere. Magyarországon a heveny szakban általában a Szent László Kórházban kezelték a betegeket, később a Török utcai utókezelőbe, majd az 1956-ban létesült Baba utcai utókezelőbe kerültek. Az életük végéig lélegeztető géphez kötött betegek emberhez méltó életének biztosítása súlyos etikai kérdéseket vetett fel, és nagyon komoly rehabilitációs kihívást jelentett. Ezeket a tapasztalatokat ma már főleg az egyéb okok (például baleset, myelitis, stb.) miatt tartósan lélegeztetett betegeknél tudjuk használni.⁴⁸⁵



34. sz. kép

Vastüdő osztály, Rancho Los Amigos Hospital, Kalifornia, 1953.⁴⁸⁶

⁴⁸⁵ Hargitai Rezső: Adatok a gyermekbénulás leküzdésének hazai történetéből. i. m. pp. 1539-1541

⁴⁸⁶ Ipolyi-Topál Gitta: Vakcinával az emberiségért

http://www.hetek.hu/arcok/201411/vakcinaval_az_emberiseget Letöltve 2016. augusztus 24.

<http://tinyurl.com/g56l7ys> Letöltve 2016. szeptember 11.

A betegség a légzésben részt vevő izmokon kívül a felső és alsó végtagok és a törzs izmait is érinthette. Így ezeknek a betegeknek a legkülönbözőbb segédeszközökre volt szükségük, a kerekesszéktől a járógépig, gyógycipőig, mankóig, stb. Kezelésük során rengeteg tapasztalat gyűlt össze a contracturák, vagyis a zsugorodások megelőzésére, konzervatív és műtéti kezelésére, a petyhüdt parézis gyógytornájára, elektromos terápiájára, a tartós bénultak pszicho- és munkaterápiájára, gondozására vonatkozóan. „...a gyógyítás problémái mellett a bénultak iskoláztatási, munkarehabilitációs és üzemi szociális gondozási kérdéseivel még hosszú éveken keresztül sokat kell foglalkozni.” – írta 1961-ben Dr. Lukács László, a Fővárosi Tanács V. B. Heine-Medin Utókezelő vezetője.⁴⁸⁷



35. sz. kép

Vastüdő készülék⁴⁸⁸

⁴⁸⁷ Lukács László: A Heine-Medin betegség egyes rehabilitációs vonatkozásai. Az Intézet hároméves munkájának ismertetése. In: Dr. Lukács László (szerk.): Előadások a gyermekbénulás rehabilitációs problémáiról. Budapest, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1961.

⁴⁸⁸ Kolozsi Ádám: Hogyan szerezzünk vastüdőt forradalomban?

http://index.hu/tudomany/tortenelem/2015/10/23/hogyan_szerezzunk_vastudot_ha_eppen_forradalom_van/
Letöltve 2016. augusztus 24.; <http://tinyurl.com/z77dgyd> Letöltve 2016. szeptember 11.

A Heine-Medin rehabilitációval foglalkozó irodalomból a témám szempontjából egy olyan különösen fontos összehasonlító elemzést emelnék ki, amelyre a Széchenyi Könyvtár anyagában bukkantam. Ezt az összehasonlító vizsgálatot eddig egyetlen szakirodalom sem említette, pedig a rehabilitáció eredményessége miatt érdemes lenne felhívni rá a figyelmet. A Fővárosi Tanács V.B. Heine-Medin Utókezelő Kórház és Rendelőintézet 1956. november 13-án alakult meg. 1959. december 31-ig 2761 gyermekkénulásos beteget kezeltek. Míg a korábban bénultak 6,1%-a gyógyult meg, 77,4%-a javult, 16,5%-a változatlan maradt, addig az 1957-es járvány után lényegesen jobb eredményeket kaptak. Az 1957-es járvány betegei közül 16,9% gyógyult, 78,6% javult, 4,5% változatlan maradt. *„Ezen betegek mindegyike már korszerű utókezelésben részesült a rehabilitációs stádiumban, amit az előző csoport betegeinél elmondani nem lehet.”* - nyilatkozta Dr. Lukács László, az intézet vezetője.⁴⁸⁹

Dr. Lukács László évekig harcolt a Heine-Medin Utókezelő Kórház létrehozásáért, és végül egyenesen Nagy Imréhez fordult ennek érdekében. A kórház 1956 novemberében nyílt meg, Nagy Imre személyes utasítására. Ekkor éppen ismét egy nagy gyermekkénulás járvány zajlott. Mivel a mentőautójukat kilőtték, ruháskosarakban hordták át a beteg gyerekeket az új kórházba. A sors iróniája, hogy a kórház a volt ÁVH épületeibe, a Rózsadombon lévő Rákosi Mátyás Gyerekotthonba települt. Korábban ezekben az épületekben pártfunkcionáriusok gyerekei részére létesítettek kollégiumot. A gyermekkénulás járványok megszűnése után Budai Gyermekkórház néven tovább működött az intézet. Az 1956-os járvány főleg az ország északkeleti megyéit érintette, és éppen ekkor romlott el a debreceni kórházban a vastüdő. A Kossuth rádió segítségével próbáltak új géphez jutni. A segítségkérést átvette a Szabad Európa Rádió is, és a nyugatnémet Vörös kereszt elindított egy vastüdő készüléket. Azonban az ezt szállító repülőgép nem tudott Debrecenben leszállni, mivel a repülőtér nem volt kivilágítva. Kalandosan, miskolci rádióamatőrök segítségével sikerült az ottani leszállópályát kivilágítani, és megérkezett a vastüdő.⁴⁹⁰

A gyermekkénulás járványok a hatvanas évek elejétől megszűntek, csak egy-egy sporadikus eset fordult elő. A hetvenes évek közepére a Heine-Medin osztályokat bezárták, ezután a fertőzést az orvostudományi egyetemeken a ritka betegségek között, csak néhány sorban említették meg. A fogyatékos gyerekeket nagyobb vidéki bentlakásos intézetekben helyezték

⁴⁸⁹ Lukács László: A Heine-Medin betegség egyes rehabilitációs vonatkozásai. i. m.

⁴⁹⁰ Kolozsi Ádám: Hogyan szerezzünk vastüdőt forradalomban?

http://index.hu/tudomany/tortenelem/2015/10/23/hogyan_szerezzunk_vastudot_ha_eppen_forradalom_van/
Letöltve 2016. augusztus 24.

el. „*El akartak minket dugni, talán nem fért bele a szocialista ideológiába, hogy itthon is nagy számban vannak tartósan fogyatékos fiatalok.*” – mondta Molnár Béla, aki maga is ezt a sorsot élte. Ezekben az intézetekben erős közösségek formálódtak, és általában jól érezték ott magukat a gyerekek. A taníttatásukat biztosították, viszont a családi kapcsolataik lazultak, mivel csak nyaranta mehettek haza. Komoly védelmet nyújtottak ezek a közösségek a gyerekeknek, ugyanakkor elszigeteltséget is jelentettek. „*Egy idő után világos lett, hogy nem is mehetünk vissza a falunkba, hiszen ott nem lett volna semmiféle munkahely számunkra.*” – emlékezett Molnár Béla. Az intézetben egyszerű betanított munkát tanulhattak. Azoknak a gyerekeknek a családjai, akik nem kerültek intézetbe, napi harcot vívtak az iskoláztatásért, egészségügyi ellátásért, az akadálymentesítést nem ismerő hatvanas-hetvenes évekbeli Magyarországon.⁴⁹¹

A gyermekbénulás betegség kötelező bejelentése, vagyis 1931 óta, az utolsó nagyobb járvány végéig (1960-ig) 16 500 esetet regisztráltak Magyarországon.⁴⁹² Ezután a társadalom és az egészségügy fokozatosan megfeledkezett arról a több ezer – pontos nyilvántartás nincs! – emberről, akik a korábbi járványok túlélőiként, különböző mértékű károsodással, fogyatékossgal vagy rokkantsággal, még ma is köztünk élnek.⁴⁹³ Számukat csak becsülni lehet a régi járványok, a rehabilitációs intézeti kezelések, a MEOSZ Heine-Medin Szekció adatai alapján.

Magyarországon évtizedekig nem volt szervezett Heine-Medin rehabilitáció. A betegek egy kisebb része eljutott csehszlovákiai Heine-Medin központokba, mások magyarországi szanatóriumokban kezeltették magukat. Életüket azonban nem csupán a gyermekbénulás betegség maradványtünetei, a felborult izomegyensúly és az egyenlőtlen terhelés miatt kialakuló csont-izületi deformitások, a másodlagosan létrejövő degeneratív ízületi, kardio-pulmonális és pszichés betegségek, hanem a posztpolio szindróma (PPS) is nehezítették.

Sokáig azt tartották, hogy az akut szakaszban létrejött bénulások a gyógyulási fázisban mérséklődnek, az egy év után is megmaradó bénulások azonban élete végéig változatlanul

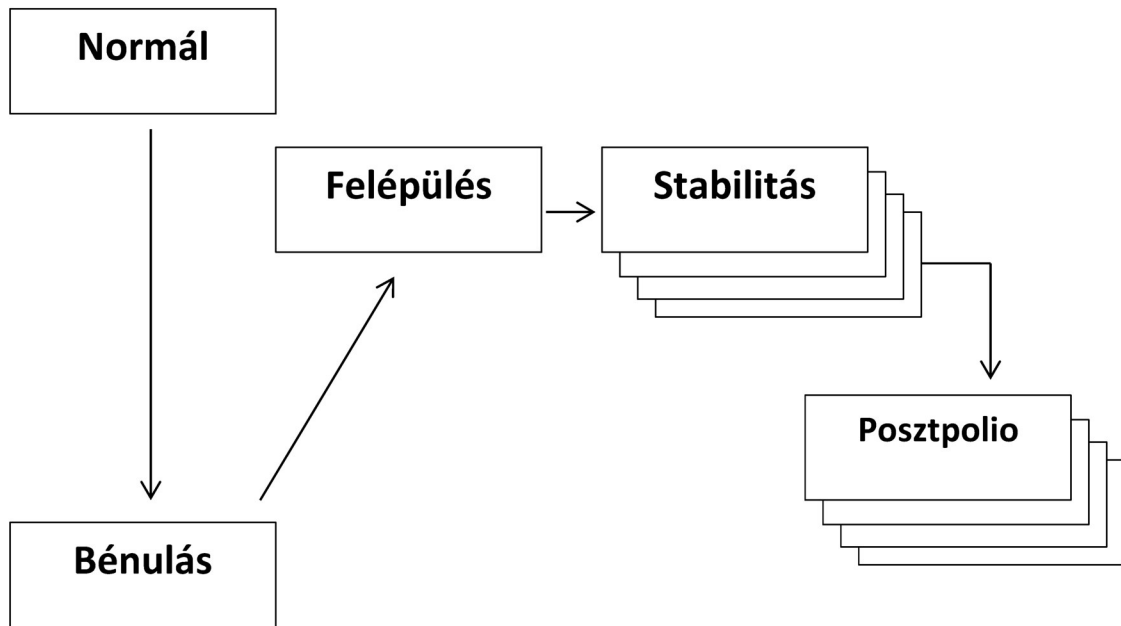
⁴⁹¹ Kolozsi Ádám: A roki nem fért bele a szocialista ideológiába

http://index.hu/belfold/2013/10/24/a_gyermekbenulas-jarvany_tuleloi/ Letöltve 2016. augusztus 24.

⁴⁹² Dömök István: Gyermekbénulás elleni védőoltások: magyarországi és nemzetközi fejlemények. Infektológia, 1994, I., pp. 9-16.

⁴⁹³ Pettyán Ilona, Béresné Lutter Mária, Weinoffer Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. Rehabilitáció 2010;20(2):108-113.; MEOSZ: A járványos gyermekbénulás áldozatainak egy része ma is köztünk él. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/gyermekgyogyaszat/15116/polio-vilagnap> Letöltve 2016. augusztus 28.

elkísérik a beteget. Évtizedek múlva derült ki, hogy ez nem így van. A betegek újabb tünetekről, funkciók csökkenéséről, illetve elvesztéséről számoltak be. Az utolsó európai járványok az ötvenes években voltak, és az újabb tünetek tömeges jelentkezését a múlt század nyolcvanas éveiben figyelték meg.⁴⁹⁴



15. sz. ábra A posztpolio szindróma kialakulása⁴⁹⁵

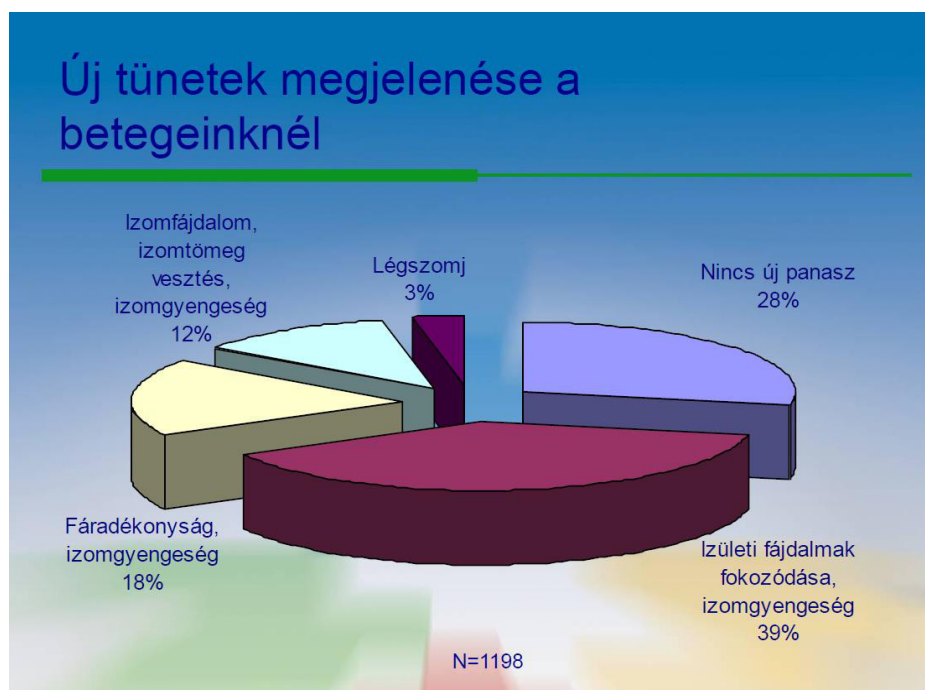
A posztpolio szindróma (PPS) a gyermekkénulás betegség után több évtizeddel kialakuló tünetek együttese. (15. sz. ábra) A betegség akut szakasza után egy évvel már nem várható, hogy újabb izmok mozduljanak meg. Ezután a beteg évtizedekig egy adott, stabil állapotban él. Amennyiben az anamnézisben bénulással járó poliomyelitis szerepel, ezt részleges vagy teljes neurológiai és funkcionális regeneráció követi, majd legalább 15 évig stabil állapotban van a beteg, évtizedek múlva azonban egyre fokozódó fáradékonyságot, izomgyengeséget, újabb bénulásokat, izom-, ízületi-, végtagfájdalmakat, izom atrophíát, hideg-intoleranciát, funkcióvesztést panaszol, gondolni kell PPS-ra. Ha a fenti panaszok és tünetek közül kettő vagy több is jelentkezik, és ez más betegséggel nem magyarázható, egyértelmű a PPS

⁴⁹⁴ Halstead, L.S., Rossi, C.D.: News problems in old polio patients: results of a survey of 539 polio survivors. Orthopedics 1985; 8:845-850.

⁴⁹⁵ Dalacas M.C.: The Post-Polio Syndrome as an Evolved Clinical Entity. Definition and clinical description. Annals of the New York Academy of Sciences 1995; 753:68.

diagnózisa. A kritériumokat Lauro S. Halstead alkotta meg az 1980-as években, majd a saját betegein történt megfigyelések alapján 1991-ben módosította ezeket. A fő kritériumnak az újonnan jelentkező bénulást tartotta.⁴⁹⁶

A PPS okát máig sem ismerjük pontosan, szerepe lehet az immunrendszer gyengülésének és a fertőződött, de az akut szakaszt túlélő motoneuronok fokozatos pusztulásának is. Az okokat jelenleg is kutatják.⁴⁹⁷ A PPS gyakoriságát nehéz megbecsülni, mivel a tünetek lappangva, hosszú idő alatt alakulnak ki. Általában a Heine-Medin betegek 80%-ánál jelentkezik.⁴⁹⁸ Saját adataink, ugyanezt támasztják alá. (16. sz. ábra)



16. sz. ábra

Új tünetek megjelenése Heine-Medin betegeinknél 1999-2009 között.⁴⁹⁹

⁴⁹⁶ Halstead L.S.: Assessment and differential diagnosis for post polio syndrome. Orthopedics 1991; 14:1209-1217.; Halstead L.S.: Post-Polio Syndrome Sci.Am. 1998.; 278(4):42-47.;Halstead L.S., Wiechers D.O.: Late effects of poliomyelitis Symposia Foundation, Miami, Florida, 1985.; Gawne A.C, Halstead L.S.: Post-polio syndrome: Pathophysiology and clinical managment. Crit Rev Phys Rehabil Med 1995.7 (2):147-188.

⁴⁹⁷ Halstead L.S.: Post-Polio Syndrome Sci.Am. 1998.; 278(4):42-47.; Gawne AC, Halstead LS. Post-polio syndrome: Pathophysiology and clinical managment. i. m.

⁴⁹⁸ Dénes Zoltán, Varga Marina: A poliomyelitis és a postpolio-syndroma. Orvosi Hetilap 2001. (142) 28. pp. 1493-1496.

⁴⁹⁹ Pettyán Ilona, Béresné Lutter Mária, Weinhover Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. i.m. pp.108-113.

A PPS rendkívüli mértékben rontja a betegek önellátási képességét, a szokásos napi élettevékenységek elvégzését, a hely- és helyzetváltoztatást, tehát egy szóval, az életminőségüket. Ezekben az esetekben a rehabilitáció, amelynek célja a progresszió lassítása, speciális felkészülést igényel.⁵⁰⁰ A Heine-Medin betegség rehabilitációja során nem csupán a PPS fenti tüneteivel kell megküzdeni. Az egész életet végigkísérő petyhüdt bénulások szekunder mozgásszervi, kardiális, pulmonális és pszichés betegségeket is okozhatnak. Az izomegyensúly felborulása, az egyenlőtlen terhelés kyphosist, scoliosist, gerincsérveket, idő előtti csípő, térd, váll ízületi kopásokat provokál. Ezek az alsó végtagok érintettsége esetén a járást, a felső végtagok esetében az önellátást nehezítik meg, vagy akár lehetetlenné is tehetik. A betegség priméren is járhat a szívizom és a légzőizmok érintettségével, de a kypho-scoliosis, deformálva a mellkast, másodlagos kardiális és pulmonális betegségeket okozhat. Hypertonia, coronaria betegségek, COPD igen gyakoriak már a középkorú Heine-Medin betegek között is. A PPS és a depresszió egyes tünetei (fáradékonyság, csökkent aktivitás) átfedéseket mutathatnak, sokszor nehéz elkülöníteni őket.⁵⁰¹

A Heine-Medin betegség és a posztpolió szindróma rehabilitációja a vezető tünetekre épülő komplex fizioterápián alapul, amellyel a folyamat progressziója lassítható. Cél – eleve a korosztály miatt - a minél tovább birtokolható önállóság a mindennapi tevékenységekben, az önellátásban és a helyváltoztató képességben. Fizioterápiájuk speciális odafigyelést igényel, mivel a túlterhelés ront a PPS tüneteiben. A fejlesztő hatású optimális terhelés és a túlterhelés igen közel vannak egymáshoz.⁵⁰² Intézetünkben (MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet) az orvosi vizsgálatot (belgyógyászati, neurológiai és reumatológiai), a laboratóriumi, röntgen és EKG vizsgálatokat, a gyógytornász által végzett állapotfelmérést követően, individuális kezelési tervet készítünk. A rehabilitációs tervek és célok készítése, ezek esetleges módosítása a kezelés során, csapatmunka eredménye. A heti team megbeszéléseken minden beteg terhelhetősége, fizikai és lelkiállapota, segédeszköz szükséglete szóba kerül. A kezelésben igény szerint részt vesz a pszichológus, szociális munkás, ortopéd műszerész, logopédus is. A rehabilitációban alkalmazott ápolás, az un.

⁵⁰⁰ Arzu Y. et al.: Impact of Post-polio-related fatigue on quality of life J Rehabil Med 2006;38:329-332; Nollet F.: Post-polio syndrome Orphanet Encyclopedia <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-PP.pdf>. Letöltve 2016. szeptember 10.

⁵⁰¹ Pettyán Ilona, Béresné Lutter Mária, Weinoffer Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. i.m. pp.108-113.

⁵⁰² Pettyán Ilona, Béresné Lutter Mária, Weinoffer Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. i. m. pp.108-113.; Dénes Zoltán, Varga Marina: A poliomyelitis és a postpolio-syndroma. i. m. pp. 1493-1496.

aktivizáló ápolás. Amit a beteg képes megtenni saját maga az önellátás területén, ha kezdetben lassan és ügyetlenül is, de próbálja megtenni. Az ápoló oktatja, és akkor segíti, ha a folyamat elakad. Fizioterápiás kezeléseink felölelik az egyéni gyógytorna, a függesztőrács/redcord, a szubaqualis gyógytorna, az elektroterápia, a fokozatmentes pneumatikus izomerősítő gépek, a masszázs, tangenter, gyógyiszap, medencefürdő, gyógyszeres pakolások lehetőségeit. Részletes életmódi tanácsadást nyújtunk. Az ergoterápia során a napi élettevékenységek energiakonzerváló módon történő megtanítása a cél. Pszichológusunk a depresszió feldolgozását, szociális munkásunk az otthoni támogatási lehetőségek felmérését végzi. A segédeszközökkel történő ellátást igyekszünk még az intézeti tartózkodás alatt megoldani. Komplex rehabilitációs ellátásunkkal az adott beteg életminőségét javítjuk.

A WHO által 1988-ban meghirdetett polio eradikációs program célja az volt, hogy a 2000. évre a Földet poliovírus mentessé tegyék. Ekkor még évente világszerte legalább 350 ezer friss polio fertőzést tudtunk. Sajnos az eradikációs program csak részben volt sikeres, bár az új megbetegedések száma ugrásszerűen csökkent. Európa 2002-ben,⁵⁰³ Délkelet-Ázsia 2014-ben⁵⁰⁴ vált polio mentes övezetté. Jelenleg a fejlődő országokban még mindig vannak friss poliomyelitiszes esetek. Ezért a PPS rehabilitációjával szerzett tapasztalatok sajnos még sokáig időszerűek lesznek. Magyarországon még ma is több ezer ember él a Heine-Medin betegség maradványtüneteivel. Önálló életvitelük támogatása, speciális rehabilitációs kezelésük biztosításával, humanitárius és gazdasági érdek is. Az utolsó nagy járványok áldozatai jelenleg csupán a hatvanadik életévük körül járnak. (Melléklet. Három olyan élettörténetet ismertetek a mellékletben, amelyek mutatják, hogy a gyermekbénulás betegség után is teljes életet lehet élni.) A Heine-Medin betegek egészségügyi ellátása, rehabilitációja csaknem 30 évig megoldatlan volt hazánkban. Magyarországon 1973 és 2000 között a gyermekbénult betegeknek szervezett rehabilitációja nem volt! Ismét egy honvédségi intézmény kezdeményezett; a MH Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézete az országban elsőként vállalta - 6 majd 12 ágyon - ezeknek a betegeknek a folyamatos, szervezett rehabilitációs kezelését 2000 óta.⁵⁰⁵

⁵⁰³ Budai József: A poliomyelitis eradikáció újabb sikere: poliomentes az Európai Régió Hippocrates IV/6. 2002. november-december pp. 368-369.

⁵⁰⁴ WHO Fact File: 10 Facts on Polio Eradication

<http://www.who.int/features/factfiles/polio/facts/en/> Letöltve 2016.szeptember 10.

⁵⁰⁵ Kolozsi Ádám: A rokk nem férték bele a szocialista ideológiába

http://index.hu/belfold/2013/10/24/a_gyermekbenulas-jarvany_tuleloi/ Letöltés 2016. október 21. ; Pettyán Iлона, Béresné Lutter Mária, Weinholfer Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. i. m. ; Dénes Zoltán, Varga Marina: A poliomyelitis és a postpolio-syndroma. i. m.

6.3.4. Mozgásszervi rehabilitáció a XX. századi magyar katonas-egészségügyben

A Hévízi-tó, amely Európa legnagyobb természetes meleg vizű tava, a Keszthelyi-hegység és a Balaton között helyezkedik el. A tó medre közel tölcser alakú, egy forrásbarlangba szájazik bele, 36,5 m mélységben. A víz kb. 1000 méter mélyről tör fel. A barlangban keverednek a hideg és meleg források vizei. 200 millió éve az őshévíz még lényegesen magasabban, a Rezi-hegy mellett fakadt. A feltörési hely egyre lejjebb került, és mostani helyére a Balaton keletkezésével egy időben – 20 millió éve – jutott. Sokáig a Balaton része volt, majd i.e. 6000-3000 között lett önálló tó.

A környék már az őskorban is lakott volt. Az emberek a mocsaras részek közül kiemelkedő dombokon éltek. A Római Birodalom részeként az i.sz. I-IV. században ez a terület már sűrűn lakott vidék volt, és a tó az akkori fürdőkultúrában is szerepet játszhatott. Egy 1328-ban keletkezett oklevélben említik először Hévíz nevét. A víz jó hatását a népi gyógyászatban már a középkorban is ismerték. *„Öreg koldus élt a vidéken. Nem volt senkije. Alig vánszorgott. ...A tehetetlen agg egész nyáron a Hévízben áztatta testét. És mire a golyák elrepültek, meggyógyult. A nép addig csak pocsoljának hitte a tavat, de az eset óta gyógyító víznek.”*⁵⁰⁶

Bél Mátyás evangélikus lelkész és földrajztudós Notitia című művében 1730-ban írja:

*„Ez a tó pedig egy bővízü forrásból fakad, s ez olyan melegen buzog fel, hogy a legnagyobb fagyban sem merevül jéggé. A belőle kifolyó patak mindig egyformán, vizének minden fogyatkozása nélkül télen úgy, mint nyáron számos malmot hajt. Vize pedig savas és gyógyító hatású, ...”*⁵⁰⁷ Bél Mátyás említi ugyancsak, hogy a vizet régtől fogva használták, mint gyógyfürdőt, tehát valószínűleg már a török időkben is. Az orvosi iratokban az első emlék

⁵⁰⁶ N.(árady) Szabó Gyula: Zalaország. VIII. Tapolca, 1927. p.287.

⁵⁰⁷ Lukács Károly: A Balaton-vidék földrajza kétszáz év előtt. Bél Mátyás „Notitia Comitatum Veszprimiensis, Simighiensis et Szaladiensis” c. kéziratának fordítása és ismertetése. A Magyar Biológiai Kutatóintézet munkái, XV. Tihany, 1943.p.270.

Szláby Ferenc Zala megyei orvostól származik, aki 1769-ben leírta a tó vízének gyógyító hatását.⁵⁰⁸

A Hévízi-tó környéke a XVIII. század közepétől nagyrészt Festetics birtok volt. Az 1700-as évek utolsó harmadában a Festetics-család, elsősorban gróf Festetics György, megkezdte a Hévíz-lefolyó csatornáztatását, az utak, a fürdőépületek építését. 1797-ben elkészítette az első hévízi fürdőszabályzatot. Ez az év a fürdő születési éve. Dr. Babocsay József, Zala vármegye főorvosa, Hévíz első ismertetője volt. Műve csupán neve kezdőbetűivel jelent meg Sopronban, Sziesz Klára nyomdájában, 28 lapon, 1795-ben. Címe: „Boldog Zala vármegye! Keszthelyi Hévíz-vizedről méltán neveztetel így attól, a’ki ezen rendeket írta ditséretedre.” (Dr. B. J., Sopron, 1795.)⁵⁰⁹

Richard Bright angol orvos és útleíró 1814-ben hosszabb időt töltött Keszthelyen és meglátogatta Hévizet is. Azt írta: „... a környékbeli melegfürdőt néztük meg, mely kétmérföldnyire a Hévíz patak forrásánál fekszik. Mint fürdőhelyet alig érdemes azonban említeni. A gróf nyilván csak az alsóbb néprétegek számára rendezte be. ...De a melegforrás figyelemreméltó azon forró, kénes vízmennyiségénél fogva, melyet egy mélyen fekvő mocsaras síkság közepén kilök, ahol a tó alapjában nem sokkal kisebb, mint két holdnyi területet elborít.”⁵¹⁰

A fürdő Festetics György halála után ötven évig nem gyarapodott. Utódai nem sokat foglalkoztak a fürdő sorsával. „Én 1854-ben oly alakban láttam a Hévizet nyárfáival és avult kis fabódéival, amilyenné 1795-ben tették.” – írta Eötvös Károly, a „Balatoni utazás vége” című művében.⁵¹¹ Az igazi fejlődés a XIX. század utolsó harmadától indult meg. Hévíz divatos, külföldön is ismert fürdőhellyé vált. 1905-től egy ügyes vállalkozó vette bérbe a fürdőt, Reischl Vencel. Nagyszabású építkezésekbe és átalakításokba kezdett, amelyeknek eredményeként jelentősen fellendült a fürdő forgalma. A hévízi víz és iszap kémiai

⁵⁰⁸ Görgényi Géza, Péczely Piroska, Sági Károly: Adatok Hévízfürdő történetéhez. Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei, 5. sz. Budapest, 1957. p.217.

⁵⁰⁹ Dr. B. J.: Boldog Zala vármegye! Keszthelyi Hévíz-vizedről méltán neveztetel így attól, a’ki ezen rendeket írta ditséretedre. Sopron, Sziesz Klára nyomdája, 1795.; Csekey István, Degré Alajos: Dr. Babocsay József (1760-1838) Hévíz első ismertetője. Kecskemét, 1960.

⁵¹⁰ Richard Bright, Matthias Sennowitz, Johann Friedrich Blumenbach: Travels from Vienna Through Lower Hungary: With Some Remarks on the State of Vienna During the Congress, in the Year 1814. A. Constable, 1818.

⁵¹¹ Eötvös Károly: Balatoni utazás vége. Veszprém, Vitis Aureus, 2007. p.162.

összetételének első tudományos igényű elemzését 1908-ban Dr. Hankó Vilmos kémia tanár, az MTA tagja végezte el.⁵¹²



36. sz. kép Hévíz Tófürdő.⁵¹³

A Hévízi-tó Európa legnagyobb természetes meleg vizű 4,44 hektár, 44 ezer 479 négyzetméter nagyságú tava, vize a radioaktív termálvizek közé tartozik, fenékforrásból táplálkozik. A víz igen gazdag ásványi anyagokban. A kalcium és magnézium tartalom a felszíni dolomit rétegekből, a kálium, szilícium, lítium, és a radiumemanáció a nagy mélységben lévő kristályos rétegekből jut a vízbe. A medret iszap és tőzeg borítja, amelyen átáramló vízbe bőségesen kerül az ízületi porcok építéséhez szükséges kén.⁵¹⁴ Hőmérséklete nyáron 33-35, télen 30-32 C fok, tehát közömbös hőmérsékletű. A hévízi gyógyvíz hatását nem csupán szervesetlen összetevői, hanem a tőzegeből kioldódó szerves anyagai, a víz állandó mozgásából származó masszírozó hatás, a felhajtóerő, hófok, a helyi mikroklíma mind-mind együttesen eredményezik.

⁵¹² Hévíz vizének és iszapjának elemzése. Magyar Országos Levéltár, Festetics család Levéltára, Budapest, Hévízfürdő iratai. P 284. 1908. márc. 30.

⁵¹³ Hévíz - Tófürdő <http://termalonline.hu/wp-content/uploads/2012/01/heviz2.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 28. ; <http://termalonline.hu/furdok/heviz-tofurdo> Letöltve: 2016. augusztus 28.

⁵¹⁴ Kaviczky-László Ágnes: Magyarország a vizek országa www.slideshare.net/gnesKaviczkyLszl/gygyvizek-ppt-2 Letöltés 2016. október 21.

A tó vize állandó jobbra irányuló mozgásban van, valamint alulról-felfelé is áramlik, és a kihűlő víz fentről lefelé mozdul. Kémiai összetétele és hőhatása, valamint a hidrosztatikus nyomás mellett, az állandó áramlás fizikai, enyhe masszírozó hatása is érvényesül. A tó vize kétnaponként teljesen kicserélődik. A vizet külsőleg és belsőleg is lehet alkalmazni. A benne lévő radon fokozza az anyagcserét, a belső elvlasztású mirigyek működését, a kén növeli az ízületi porc regenerációs készségét. Szájon át fokozza a gyomornedv elvlasztást, a belek mozgását. Elsősorban mozgásszervi betegségekben alkalmazható, így a krónikus gerinc és ízületi megbetegedésekben, fájdalmakban, kontraktúrákban, köszvényben, bénulásokban, ideggyógyászati és ortopédiai kórképekben - kivéve az akut gyulladásos folyamatokat – rendkívül jó hatású. A gyógyiszapban, melynek 20 %-a szerves, 80 %-a szervetlen anyagokból áll, koncentrálnak meg az összetevők. A tó körül lévő véderdő állandó szélcsendet biztosít.

Az 1900-as évek elejétől indult meg igazán a fürdő fejlődése, ekkor kezdtek modern szállodákat építeni, felújították a fürdőházakat, bővítették a terápiás lehetőségeket. A víz, gyógyító hatásának híre külföldre is elterjedt. Az első világháború alatt abbamaradtak ugyan az építkezések, 600-800 sebesült katonát ápoltak a községben, de a fürdő élete csaknem teljesen a megszokott mederben folyt.⁵¹⁵A Tanácsköztársaság ideje alatt a fürdőt államosították. A várost beteg katonák, és a Népjóléti Népbiztosság által beutalt dolgozók töltötték meg.⁵¹⁶Az 1920-as években a trianoni békediktátum után, mivel Hévíz maradt az egyetlen jelentős fürdője az országnak, nagy építkezések kezdődtek, gyors fejlődésnek indult a község. A politikai változásokat alig érzékelték a városban. A fürdőélet szinte zavartalan volt.

A második világháború alatt, és utána még egy évig, a szállodák és szanatóriumok hadikórházként működtek. 1944-ben kétezer ágyon helyeztek el itt katonákat. (Hévíz fürdőtelep 1906-ban csatlakozott Szentandrás községhez. 1947-ben Hévízszentandrás és Egregy községek Hévíz néven egyesültek.) A fürdő 1948-tól állami tulajdonba került. 1952-ben az Egészségügyi Minisztérium létrehozta a Hévízi Állami Gyógyfürdőkórházat, közvetlen minisztériumi irányítással. 1953-tól alkalmazta Dr. Moll Károly az általa kidolgozott súlyfürdőt, amely világszerte elterjedt. Az Állami Gyógyfürdőkórház fejlődése 1959-től ugrásszerűen megindult, amikor vezetését Dr. Strecker Ottó a győri Honvédkórház volt

⁵¹⁵ Keszthelyi Hírlap 1915. júl. 4. (38) 27.; Keszthelyi Hírlap 1918. szept.15. (41) 39.

⁵¹⁶ Keszthelyi Hírlap 1919. márc. 2. (42)

parancsnoka vette át. 1964-ben indították el a rehabilitációs osztály működését. 1965 októberében a Minisztertanács jóváhagyta Hévíz gyógyfürdő és Keszthely város komplex fejlesztésének irányelveit a 2030 (1965./X.17) számú Kormányhatározatban. A magyar kormány 1965-ben Hévizet országos gyógyhellyé nyilvánította, 1992-ben a település városi rangra emelkedett. A város és a fürdő fejlődése, népszerűsége, azóta is töretlen. ⁵¹⁷(36. sz. kép)

Nem csoda, hogy a honvédség is itt építtetett szanatóriumot a mozgásszervi bántalmakban szenvedő katonák számára. Az intézet története hűen tükrözi a magyarországi mozgásszervi rehabilitáció történetét. A Honvédtiszti Gyógyházat 1933-1935 között⁵¹⁸ (más forrás szerint 1932-1933-ban⁵¹⁹) emelték. (37. sz. kép)



37. sz. kép

Hévíz, Zrínyi Miklós Honvédtiszti Gyógyház, 1935-1939.⁵²⁰

⁵¹⁷Szántó Imre: Hévíz története. Hévíz Nagyközségi Tanács VB, Szeged, 1980.; Lackner László (szerk.): Hévíz. Idegenforgalmi Propaganda és Kiadó Vállalat, 1986.

⁵¹⁸ Szántó Imre: Hévíz története. Hévíz Nagyközségi Tanács VB, Szeged, 1980.

⁵¹⁹ Renczes Alajos: A szanatóriumi ellátás alakulása Néphadseregünkben. Honvédkórház, HÉMORI Könyvtár, Gépelt anyag, 1977.

⁵²⁰ Zrínyi Miklós Honvédtiszti Gyógyház (Palatinusz Szálloda néven működött 1957-től 1965-ig)

<http://egykor.hu/images/2010/original/heviz-palatinusz-szalloda-hevizen-.jpg> Letöltve 2016. szeptember 11.

<http://egykor.hu/heviz/epulet-hevizen/1307> Letöltve 2016. szeptember 11.

Ebben az időben csupán a Horthy-hadsereg tisztjei és családtagjaik üdülhettek itt. 1946-tól a Magyar Néphadsereg tulajdona lett, és 1950 és 1953 között gyógyüdülőként működött, Zrínyi Miklós Honvéd Üdülő néven. Ekkor a fürdőkezelések a tóban történtek. 1952-ben épült meg a gyógymedence, így lehetővé vált a gyógyvizes kezelések végzése is. 1953-tól az üdülő jelleget egyre inkább felváltotta a gyógyítás, és az intézet 2. számú Honvéd Szanatórium néven működött tovább. 1957-től 1965-ig az intézet kezelése átkerült az Országos Idegenforgalmi Vendéglátó Vállalathoz, és gyógyüdülőként, Palatinus Szálló néven üzemeltették. Azonban 10 ágyat ekkor is folyamatosan fenntartottak a katonák számára. 1965. szeptember 1-től az épület ismét visszakerült a Magyar Néphadsereg tulajdonába. Alapos rekonstrukció után, 1966. november 7-én, mint a Magyar Néphadsereg 4. számú Szanatóriuma ismét működni kezdett. (38. sz. kép) 1968-69-ben az intézethez tartozó terület távolabbi, alsó részén raktárépületeket, melegházakat építettek. 1968-ban a park füvesítése, az ugyancsak az intézethez tartozó mezőgazdasági területen gyümölcsfa-telepítés történt. Utóbbi lehetővé tette az intézet részleges önellátását egészen az ezredfordulóig.



38. sz. kép

MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet eredeti épülete. Saját felvétel.

2015.

1971. január 1-től, az addig üdültetést is ellátó intézet teljes egészében szanatóriumként működött tovább. A szanatóriumok gyógyintézetek voltak, szakorvosi ellátást adtak, feladatuk a megelőzés, a relapszusok megakadályozása, a maradványtünetek megszüntetése volt. Már 1977-ben, az intézet akkori igazgatója Dr. Renczes Alajos az egészségkárosodás és funkcióképeség csökkenés diagnosztizálásáról, és ezeknek a beteggel történő megbeszéléséről írt. Véleménye szerint így a beteg együttműködését sikeresebben lehet megnyerni.⁵²¹Ezek a gondolatok már előre vetítették a rehabilitációs szemlélet kialakulását. Ekkor évente 1200-1300 fő szanatóriumi ellátását végezték. A Honvédelmi Minisztérium 120 ágyas bővítést tervezett, és a régi épület mellé különálló szanatóriumi épület építését indította el 1975-ben. A tervező Pázmándi Margit, Ybl-díjas építész volt.⁵²²A korszerű, kétágyas szobákkal, diagnosztikai részleggel, szakrendelővel, önálló medencével és fizioterápiás egységgel ellátott épületet 1977. február 8-án adták át. (39. sz. kép)



39. sz. kép

MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet 1977-ben átadott új épülete.
Saját felvétel 2015.

⁵²¹ Renczes Alajos: A szanatóriumi ellátás alakulása Néphadseregünkben. Honvédkórház, HÉMORI Könyvtár, Gépelt anyag, 1977.

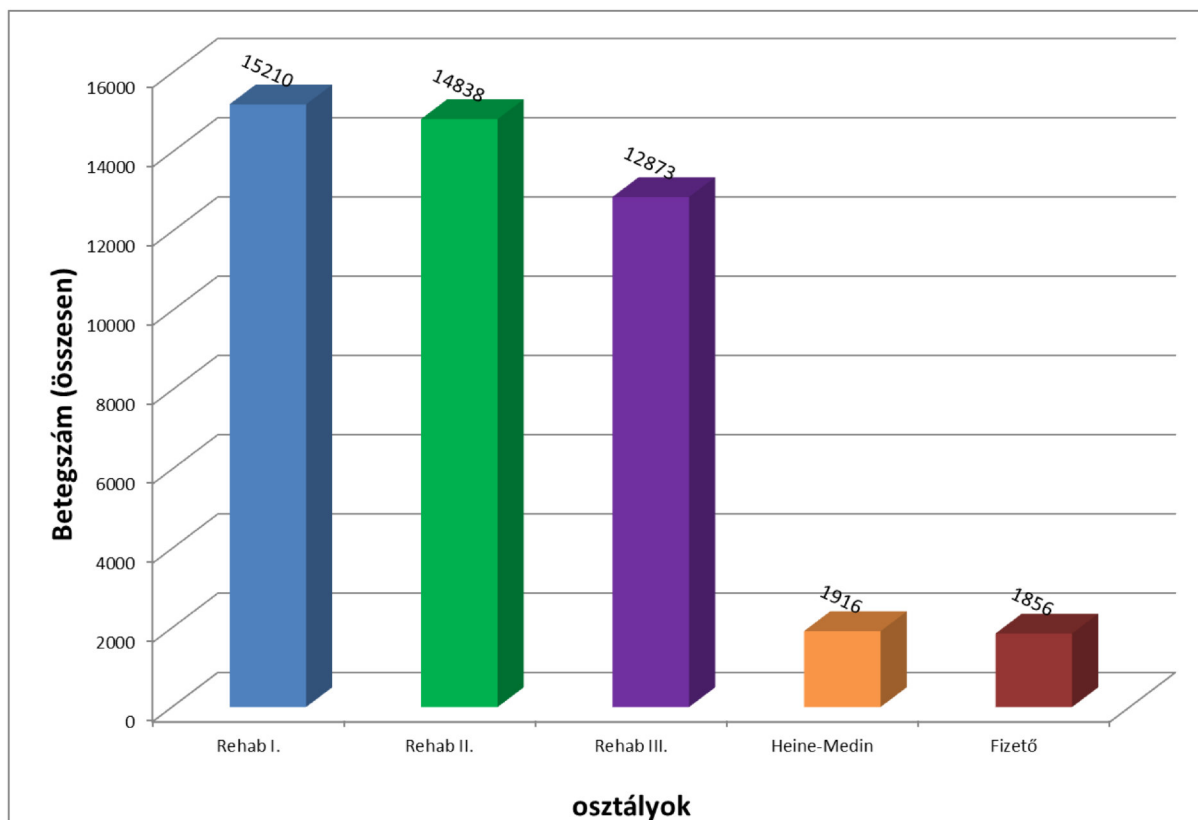
⁵²² Szántó Imre: Hévíz története. i. m.; Lackner László (szerk.): Hévíz. i. m.

A haderő 1995-től kezdődő átalakítása részeként, a Magyar Honvédség egészségügyi intézeteinek új rendszerét alakították ki. A szanatóriumi rendszer megszüntetése miatt, jelentős szervezeti átalakítások után, 1995. október 1-től, mint a Magyar Honvédség Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézete működött tovább. Az országban elsőként alakították ki Heine-Medin részleget 2000 januárjában, amelyet kezdetben 6, majd 12 ágygal jelenleg is működtetnek. Az intézetben a rehabilitáció szakmai módszereit szerencsésen ötvözik a helyi klimatikus környezeti tényezők, és a hévízi gyógyvíz és iszap nyújtotta természetes gyógy módokkal.

Az intézet 2007. július elsejétől, mint önálló költségvetési szerv megszűnt, és az Állami Egészségügyi Központ részeként működött tovább. Feladatai nem változtak, de neve annál többször.⁵²³ Jelenlegi elnevezése: Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet.

A XX. századi rehabilitációs vívmányok a kétezres évek elejére értek be. Mint az alábbi grafikonok is mutatják, az Intézet a magyar egészségügyben jelentős szerepet vállalt. Az adatok 2000. január 1-től, a számítógépes adatrögzítés kezdetétől, 2015. január 1-ig, tizenöt évet felölelve jellemzik az Intézet tevékenységét. (17. és 18. sz. ábrák)

⁵²³ 2007. december 9 - 2010. augusztus 12. között, mint a HM Állami Egészségügyi Központ, majd 2010. augusztus 12 - 2011. november 14. között, mint Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ, 2011. november 14-től - 2013. január 31-ig, mint Magyar Honvédség Honvédkórház, 2013. január 31-től, mint Magyar Honvédség Egészségügyi Központ néven működött. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy a régebben, 2007 előtt, BM Szanatórium néven működő, Hévíz, Kossuth u. 7. szám alatt található testvér intézményünk neve alig különbözik a miénktől. Jelenleg MH EK Hévízi Rehabilitációs Intézet néven működik. Dolgozatomban végig az MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet munkájáról van szó.

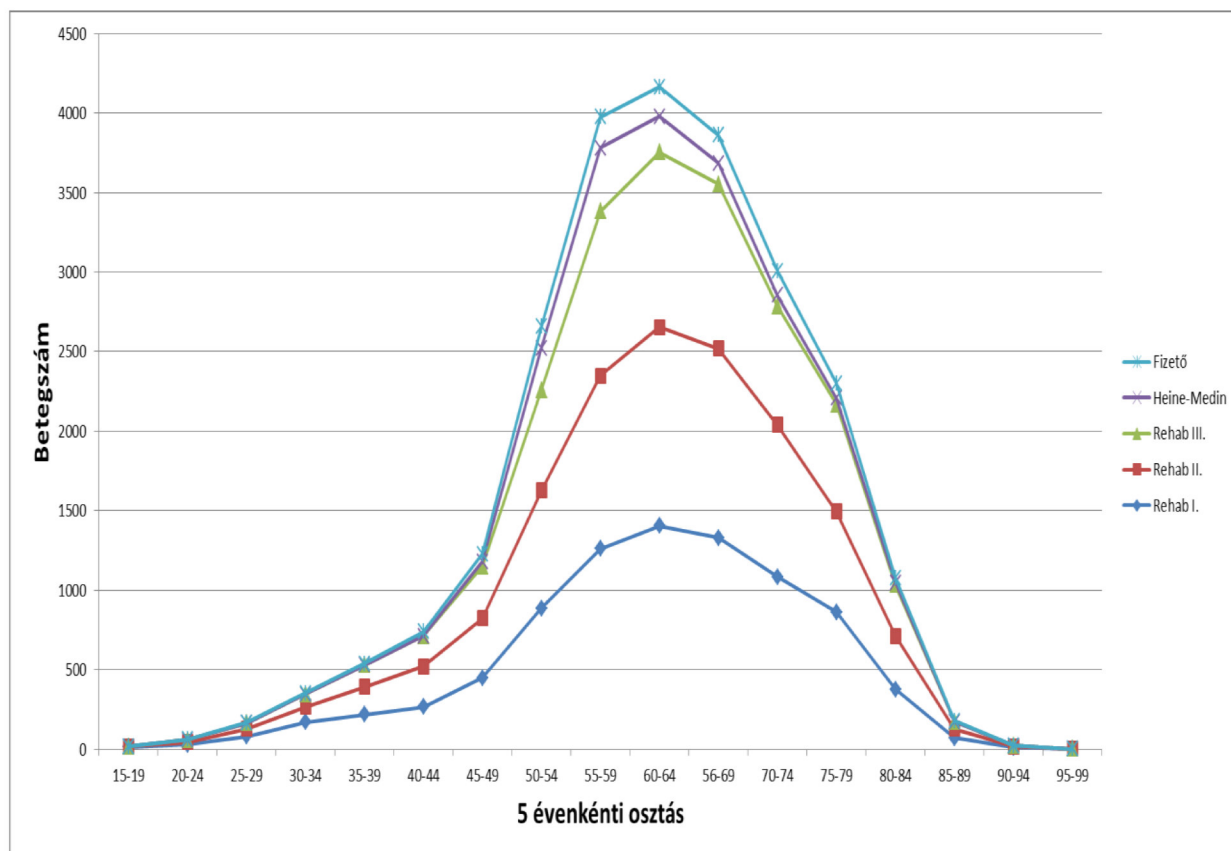


17. sz. ábra

MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet által kezelt betegek
osztályonkénti bontásban 2000. január 1 – 2015. január 1.

(Szerkesztette: Dr. Weinoffer Judit)⁵²⁴

⁵²⁴ Az ábrán szereplő Rehab. I. az intézet I. Rehabilitációs osztályát (70 ágy), a Rehab. II. a Rehabilitációs II. osztályt (60 ágy), a Rehab. III. a III. Rehabilitációs osztályt (48 ágy) jelenti, a Heine-Medin a gyermekbénulás részleget (12 ágy), a fizető (10 ágy, OTH engedéllyel) a kevés számú, a kezeléseket nem a TB. támogatásával igénybe vevő betegünket ellátó egységet. Az osztályok mellett fizioterápiás részleg működik, különböző mozgás- és elektroterápiás kezelésekkal, hévízi gyógyvizes medencével, iszap és masszázs lehetőségekkel. Pszichológus, logopédus, szociális munkás, ergoterapeuta és különböző szakrendelők segítik munkánkat. Diagnosztikus részlegünkön rtg., ultrahang, laboratóriumi vizsgálatok, EKG készítésére van lehetőség.



18. sz. ábra

MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet betegeinek életkor szerinti gyakorisága (2000-2015.)

(Szerkesztette: Dr. Weinoffer Judit)

Összesen 46 693 betegfelvétel történt a 15 év alatt intézetünkbe. A betegek zöme a 40-85 év közötti korosztályokból került ki, főleg az 55-75 év közöttiekből. A betegforgalmi adatok jól tükrözik az intézet munkáját.

6.4. ÖSSZEFOGLALÁS

A második világháború végére tönkrement az ország. Meghalt 830-950 ezer ember, a nemzeti vagyon csaknem fele megsemmisült. A háború utáni években a gazdasági élet ugrásszerű fejlődésnek indult, megszűnt a munkanélküliség, emelkedett az életszínvonal. Az egészségügy állami feladat lett, a biztosítottak köre fokozatosan bővült, kórházépítési program kezdődött, nőtt az orvosok száma. A lakosság általános egészségügyi állapota fokozatosan javult, emelkedett a várható élettartam.

1948-tól indult meg a hadsereg és ezen belül az egészségügyi szolgálat fejlesztése is. A katonaoorvos hiány olyan mértékű volt, hogy pótlásukra ösztönző és kényszerítő intézkedések sorozatát kellett bevezetni.

A második világháború után Magyarországon 800 ezer hadigondozott volt. Az 1933. évi VII. hadigondozási törvény állami feladattá tette a hadigondozást, és a törvényt 1945 után sem vonták vissza, de a hatályát egyre szűkebben értelmezték. 1949-től minden hadirokkantat, - de még a hősi halottak özvegyeit is, - bűnösnek kiáltották ki a Szovjetunió elleni harcban való részvétel miatt. Egyre több lett a panasz a hadigondozásra. Késtek vagy el is maradtak a nyugdíjak, a járadékok, nehézkes lett a protézis ellátás. A hadigondozottak ügyeit végtelen lassúsággal intézték a hivatalok, állandóan akadályokat gördítve az ügyintézés elé. Azonban életüket igazán az ideológiai okokból negatívvá vált társadalmi megítélés nehezítette. Szervezett gondozásuk nem volt, néhányan véletlenszerűen eljuthattak ugyan szanatóriumokba, de szinte csak a tuberkulózisban szenvedők.

Magyarországon a népbetegségnek számító tuberkulózis ellen az ötvenes években átfogó állami intézkedések történtek. Az ország teljes területére kiterjedő szűrő-gondozó hálózatot építettek ki, kötelezővé tették a megelőző BCG oltást, az utókezelésre szanatóriumok épültek. A tuberkulózis elleni küzdelem és a katonae-gészségügy szorosan összefonódott. Mindkét világháború után a leszerelt katonák között rengeteg tüdőbeteg volt. A jelenlegi Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet épületét 1918-ban tüdőbeteg katonák számára építették és egészen 1961-ig tüdőgyógyintézetként működött. Mivel a tuberkulózis általában évtizedekig zajló betegség, rehabilitációjában központi szerep jutott a foglalkoztatásnak. Dr. Vas Imre

tüdőgyógyász 1956-ban „ A tüdőbetegek rehabilitációja” című kandidátusi értekezésében részletesen kidolgozta a tbc-s betegek képzésének, átképzésének, a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásának lehetséges módjait is. A rehabilitáció során a munkába és a társadalomba való visszatérésre helyezte a hangsúlyt. Ő ugyan tuberkulotikus betegekről írt, de elképzelései valamennyi krónikus beteg rehabilitációjában mind a mai napig iránymutatóak. Tulajdonképpen kidolgozta a magyar foglalkozási rehabilitáció alapelveit. Az OORI-ben már 1952-től elindították a műszerészképzést. Vas Imre írásában található az a vélemény is, hogy a rehabilitáció több szakember együttes munkájának eredménye, tehát a mai értelemben használt team fogalom is megjelent. Ugyancsak a krónikus pulmonológiai betegek kezelése során jutott arra a megállapításra Levendel László tüdőgyógyász orvos, hogy az embernek nem csupán a testét kell kezelni. Ez az akkori szocialista egészségügyben eretnek gondolat volt, a pszichoszomatikus szemlélet első megnyilvánulása Magyarországon. Levendel László a holisztikus nézeteivel, a társadalmi és családi környezet fontosságának hangsúlyozásával, a betegség mellett a társadalmi beilleszkedési zavarok kezelésével, a betegek reszocializációját próbálta elérni, és ezért a rehabilitáció egyik magyarországi úttörőjeként tarthatjuk számon.

A XX. század közepén, Magyarországon, csupán a tuberkulózis és gyermekbénult betegek utókezelése volt szervezett. A gyermekbénulás betegség a XX. században több alkalommal, de leginkább az ötvenes években okozott nagy járványokat. A túlélő betegek különböző súlyosságú petyhüdt bénulással éltek tovább. Utókezelésre nagy számban főleg az ötvenes évektől kerültek. Mivel a Sabin cseppek bevezetése óta új esetek elvétve fordultak elő, a XX. század utolsó évtizedeire megfeledeztek ezekről az emberekről. Pedig sokan közülük – Magyarországon több ezren - jelenleg is velünk élnek. A múlt század nyolcvanas éveitől új tünetekkel kellett szembenézniük, a posztpolio szindróma (PPS) rémével. A PPS a korábbi bénulások súlyosbodását, az addig látens bénulások érzékelhetővé válását, nagymértékű fáradékonyságot, súlyos funkció kieséseket okozott. A Heine-Medin betegek szervezett rehabilitációját 27 év szünet után, elsőként az országban, a Magyar Honvédség Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézete vállalta.

Az Intézet régi épületét 1933-1935 között, mint Honvédtiszti Gyógyházat építették a Horthy-hadsereg tisztjei és családjaik részére. 1946-tól a Magyar Néphadsereg tulajdona lett. Szanatóriumként 1971-től működött, amelyet 1977-ben egy 120 ágyas új épülettel bővítettek. A szanatóriumi rendszer átalakításakor, 1995-ben, rehabilitációs intézetté fejlesztették. A

Heine-Medin betegek kezelésére 2000-ben kialakított részleg kezdetben hat, majd 12 ágygal működött. Az Intézet, amellettt hogy az átfogó rehabilitációs kezelés valamennyi elemét nyújtja, ezeket szerencsésen ötvözi a helyi - gyógyvíz, gyógyiszap, klimatikus tényezők - adottságokkal.

Magyarországon a második világháború után csupán a tuberkulotikus és gyermekkénulások betegek utókezelése történt szervezeten. A későbbi rehabilitációs alapelvek már ekkor kezdtek megjelenni. A hadirokkantak gondozása elsorvadt, és ezzel párhuzamosan a mozgásszervi rehabilitáció fejlődése késett. Az 1990-es években, a szanatóriumi rendszer átalakításával egy időben, a polgári és a katona-egészségügyben is rehabilitációs osztályok jöttek létre, amelyek már a modern átfogó rehabilitáció alapelvei szerint működtek. A katona-egészségügy mindig szorosan kapcsolódott a rehabilitációhoz. Az OORI is egy katonai tüdőgyógyintézetből alakult ki. Jelenleg a katona-egészségügy a rehabilitáció kardiológiai és mozgásszervi feladatainak ellátásából veszi ki a részét. A Balatonfüredi Honvéd Rehabilitációs Intézet évtizedek óta jelentős szerepet vállal a polgári betegek ellátásában is. Ami pedig nagyon fontos tény: 27 év szünet után ismét egy honvédségi intézmény vállalta elsőként az országban a Heine-Medin betegek szervezett rehabilitációját, a MH Egészségügyi Központ Mozgásszervi Rehabilitációs Intézete Hévízen.

7. ÖSSZEGZÉS

7.1. ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

1.A modern, átfogó rehabilitáció alapelvei történelmi folyamat során alakultak ki, szorosan összekapcsolódva a katona-egészségüggyel. Ez már megfigyelhető volt az elmúlt évezredekben is, de különösen szembetűnő a XX. században. A katona-egészségügyből számos olyan eredmény került át a rehabilitációba, amely ma már a rehabilitáció alapelvei közé tartozik. Dolgozatomban a XX. század történelmi eseményei közül csupán azokat tekintetem át, amelyek a katona-egészségügy révén jelentősen hozzájárultak a modern rehabilitáció kialakulásához. Magyarországi hatásaikkal kiemelten foglalkoztam.

2.A XX. században az orvostudomány fejlődése lehetővé tette egyre súlyosabb állapotú betegek életben tartását. Ezzel együtt jelentkezett az igény arra is, hogy fogyatékos vagy rokkant állapotban is minőségi életet lehessen élni. A rehabilitáció segít a fogyatékos embernek a megmaradt képességeivel visszatérni a társadalomba. A sikeres rehabilitáció iránti igény megnőtt, megváltozóban van a rehabilitáció társadalmi megítélése.

A XX. századi katona-egészségügyben egyre nehezebb összeegyeztetni a katonai, az egészségügyi szakmai elvárásokat és a gazdasági lehetőségeket. A katonák specializálódnak, kiképzési idejük nő, felszerelésük drágul. A sérült katonát - aki egy terület specialistája - szakmailag egyre nehezebb pótolni, így a rehabilitáció jelentősége a katona-egészségügyben is megnőtt.

3.Az I. világháború alatt a rokkant, végtagcsonkolt fiatal katonák ellátása során a magyar katona-egészségügyben alakult ki először olyan komplex rehabilitációs rendszer, amely ma is példa értékű. A harctéren megsérült, csonkított katonák orvosi ellátása, protetizálása, képzése, szociális ellátása, ismételt munkába állítása, Magyarországon elsőként a katona-egészségügyön belül valósult meg. A két világháború között szintén a katona-egészségügyben, a hadirokkantak gondozása során jelentek meg először azok a modern rehabilitációs alapelvek, mint az egyéni bánásmód, és a funkcionális szemlélet. Mindkettő a modern rehabilitáció alapelvei közé tartozik.

4.A koreai háborúban terjedt el a napalm alkalmazása, amely nagyon súlyos égési sérüléseket okozott. A koreai tapasztalatok alapján alakult ki a modern égéskezelés és az égett sérültek rehabilitációja, a konzervatív égéskezelést felváltotta a sebészeti. Világszerte önálló égési osztályokat alakítottak ki, ahol multidiszciplináris team gyógyította a betegeket. Az egyre korábban elvégzett műtéti beavatkozások, már az akut szakaszban elkezdett rehabilitációs programok, jelentősen javították a sérültek túlélési és gyógyulási esélyeit. A magyar állam által alapított koreai hadikórházban dolgozó Dr. Zoltán János hazatérve megteremtette a magyar plasztikai és égési rekonstrukciós sebészet alapjait. Tanítványai lettek a magyar égési osztályok vezetői.

5.A vietnami háború egyik szomorú következménye volt az elsőként a katonaegészségügyben leírt poszt-traumás stressz betegség, amelynek kezelése a rehabilitációban döntő jelentőségű. Traumatikus események után, egyébként egészséges embereknél előforduló pszichés reakciókról van szó, amelyek fő jellemzői a történetek ismétlődő utólagos átélése, menekülés a hasonló helyzetek elől, és az állandó túlfokozott készenléti állapot. Mint később kiderült, a PTSD tünetei a hétköznapi életben is előfordulnak, és a rehabilitációban - mivel ebbe a folyamatba fizikai és lelki traumák után kerülnek emberek - igen nagy gyakorisággal megtalálható. A PTSD az emberi kapcsolatokat, a társadalmi beilleszkedést súlyosan megnehezítheti. A tünetcsoport leírása, az első preventív és kezelési lehetőségek kidolgozása egyértelműen a katonaegészségüghöz köthető.

6.Az Öböl-háború után, az ott szolgált katonák és polgári alkalmazottak közül nagyon sokan bizonytalan, diffúz egészségügyi panaszokat és tüneteket észleltek, amelyeket végül összefoglalóan öbölháború-szindrómának neveztek el. Mivel a tünetcsoport okát nem találták meg, tünetekre alapozott komplex rehabilitációs programmal próbálták csökkenteni a panaszokat. Ezek a programok hatásosak voltak, megmutatták, hogy a tünetekre alapozott rehabilitáció is eredményes lehet. Ezt a polgári egészségügyben szintén igen jól lehet hasznosítani az ismeretlen eredetű krónikus betegségek esetében.

A krónikus egészségügyi tünetekkel élő veteránok gondozásával kapcsolatos problémák arra ösztönözték a kutatókat, hogy új gondozási modelleket keressenek. Ezek a modellek az általános egészségügyi rendszerbe illesztve nem csupán a veteránok, hanem a különböző krónikus betegségekkel élő emberek gondozása során is jól felhasználhatók.

A rehabilitáció központi kérdése az élet minősége. Az életminőséggel kapcsolatos kutatások a XX. század hetvenes éveitől fellendültek. Ehhez jelentősen hozzájárultak az öbölháború-

szindrómában szenvedő veteránok életminőség vizsgálatai, főleg az egészséggel és a társas kapcsolatokkal összefüggésben. Így a katona-egészségügy az életminőség kutatásokba történő csatlakozással is hozzájárult a rehabilitáció fejlődéséhez.

7.A Sierra Leone-i polgárháborúban a modern fegyverek mellett előkerültek a macheték, és a harcoló felek rengeteg végtagcsonkítást végeztek, nemcsak a katonákon, hanem a polgári lakosság között is. A mindkét felső végtag csonkolt emberek számára ismét alkalmazni kezdték az I. világháborúban Krukenberg német katonai sebész által kidolgozott speciális alkarcsonkot. Ez a csonk funkcionálisan kitűnő, viszont esztétikailag nehezen fogadható el. A nemzetközi közvélemény nyomására a protézisek gyártása és fejlesztése jelentősen fellendült. Megjelentek a legmodernebb bionikus protézisek, amelyek rehabilitációs jelentősége vitathatatlan.

8.A magyarországi rehabilitáció fejlődéséhez a fenti eredmények is mind hozzájárultak. Azonban voltak speciálisan magyarországi jellegzetességek is. Hazánkban a II. világháború után az elsorvasztott hadigondozás a mozgásszervi rehabilitáció fejlődését késleltette.

Mivel a tuberkulózis nagymértékben elterjedt, elsősorban a tbc. gondozókat, gyógyintézeteket, szanatóriumokat fejlesztették. A II. világháború végén olyan sok volt a tbc-s katona, hogy külön katonai tüdőgyógyintézetet hoztak létre számukra Budakeszin, amely később az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet lett. A tüdőbetegek gondozása során alakult ki a magyar foglalkozási rehabilitáció, és megjelent a modern rehabilitáció holisztikus emberszemlélete.

Magyarországon az utolsó nagy gyermekkénulás járványok a múlt század ötvenes éveiben voltak. Az aktív immunizálás bevezetése után fokozatosan elfeledkeztek a bénulásokkal élő Heine-Medin betegekről. Hazánkban 27 évig nem volt szervezett rehabilitációjuk. 2000-től egy honvédségi intézmény, a MH Egészségügyi Központ Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézete vállalta elsőként ezt a feladatot.

9.A katona-egészségügy és a rehabilitáció között folyamatos történelmi kapcsolat van. A modern XX. századi rehabilitáció a katona-egészségügyben született meg.

7.2. TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

1. A kutatásaim során bebizonyítottam, hogy a modern XX. századi rehabilitáció (mint az orvostudomány egyik területe) alapelveinek létrejötte és a további fejlődése elválaszthatatlan a katona-egészségügytől. A modern XX. századi rehabilitáció a katona-egészségügyben született meg.
2. Igazoltam, hogy Magyarországon - az első világháború alatt - a katona-egészségügyben jött létre először átfogó rehabilitációs rendszer, amelynek a felépítése még ma is példaként szolgál, és ennek hatására szintén a katona-egészségügyben fogalmazódott meg elsőként a modern rehabilitációs szemlélet több alapelve, mint az egyéni bánásmód és a funkcionális szemlélet.
3. Megállapítottam, hogy a pszicho-szociális tényezők, a társadalmi reintegráció, és mindenekelőtt az életminőség rehabilitációs jelentőségét elsőként a katona-egészségügyben végzett kutatások igazolták.
4. Komplex módon áttekintettem és bemutattam, hogy a modern égés-kezelés és rehabilitáció tudományos megalapozása, ezeknek az elveknek a magyarországi elfogadása, és elterjedése a katona-egészségügy érdeme.
5. Összefoglaltam, hogy a legmodernebb bionikus művégtagok kifejlesztéséhez és a számítástechnika egyéb rehabilitációs felhasználásához a katona-egészségügy kutatásai adtak kiindulási alapot és mutattak további fejlesztési irányokat.

7.3. ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI FELHASZNÁLHATÓSÁG, AJÁNLÁSOK

Dolgozatom felhasználható:

1. a katonai döntéshozatalban. A megváltozott biztonságpolitikai helyzetben, az új kihívásokra válaszolva, a haderőnek és a katona-egészségügynek is változni szükséges. Dolgozatom segítheti a katona-egészségügyet érintő döntéshozatalt, mivel megmutatja a katona-egészségügy és ezen belül is a rehabilitáció növekvő jelentőségét.
2. az állam egészségügyi finanszírozást érintő kérdéseiben. Az állami költségvetés egészségügyi ellátásra fordított kiadásainak növelésével több lesz az ismételten munkába állítható ember, így csökkenhetnek a társadalom szociális terhei.
3. az egészségpolitikai döntéseknél. Dolgozatom felhívja a figyelmet a rehabilitáció jelentőségének növekedésére, a katona-egészségügy rehabilitációban vállalt múltbeli és jelenlegi – hiszen a polgári ellátás egy részét is végzi - döntő szerepére.
4. a polgári és katonai egészségügyi együttműködés szorosabbá tételéhez.
5. a katona-egészségügy eredményeinek bemutatására; főleg a civil egészségügy irányába, hazai és nemzetközi fórumokon, cikkek, előadások formájában.
6. oktatás és továbbképzés anyagának. Elsősorban a rehabilitációban és a határterületein dolgozó orvosok, valamint a rehabilitációs team többi tagja számára. Fontos az egyetemi, főiskolai képzésben, de mindenekelőtt rehabilitációs, katona-egészségügyi és határterületi továbbképzések keretében.

7.4. JAVASLATOK A TÉMÁVAL KAPCSOLATOS TOVÁBBI KUTATÁSOKRA

A témához kapcsolódó további kutatásokat a jövőben több területen is javaslok, illetve tervezem folytatni.

A katonai-egészségügyön belül érdemes lenne a különböző NATO tagállamok sérült katonáinak a rehabilitációját összehasonlító tanulmány készítése. Milyen azonosságok és különbségek vannak ezekben a rehabilitációs eljárásokban? Mennyire eredményesek ezek a folyamatok? Mitől függenek elsősorban az eredmények? Mennyire hat a rehabilitációs folyamat jellegére és az eredményeire - a sérülésen kívül természetesen - az adott ország szokásrendszere, öröklött kultúrája, történelme? Lehetne ugyanilyen irányban összehasonlító tanulmányokat végezni NATO országok és a nem NATO országok között, valamint a katonai és polgári egészségügy rehabilitációja között is. Hol eredményesebb a rehabilitáció és miért? Melyik országban mennyire becsülik erkölcsileg és anyagilag a sérült/rokkant katonát/embert? Érdemes lenne életminőség kutatásokat végezni egészséges, sérült, és rehabilitált katonák között. Indokolt lenne a változó biztonsági kihívások (terrorcselekmények, migráció) miatt a rehabilitáció elé állított új feladatokat és megoldási lehetőségeket vizsgálni. A későbbiekben főleg ezeken a fent felsorolt kutatási területeken tervezem a további vizsgálataimat végezni.

Fontos lenne kutatni a polgári-katonai egészségügy rehabilitációs együttműködési lehetőségeit. Közös kutatási projekteket kellene indítani, főleg újabban az érdeklődés középpontjába került számítástechnikai alkalmazási lehetőségek és az evidence-based kezelések témájában. Fontos lenne a rehabilitált emberek hosszú távú követéses vizsgálata, elsősorban az életminőség szempontjából. Az életminőség vizsgálatokkal a jövőben erősödő rehabilitációs trendek is érzékelhetővé válhatnak, tehát kiderülne, melyek azok a területek ahová érdemes az energiát és pénzt irányítani. Sok tanulsággal szolgálhatna a különböző sürgősségi és katasztrófa ellátások rehabilitációban megjelenő

hatásainak vizsgálata. Indokolt lenne újabb költséghatékonysági vizsgálatok, elemzések végzése a rehabilitáció reálisabb finanszírozásáért.

Ezekkel a kutatásokkal a rehabilitáció eredményességét lehetne segíteni, az elismertségét növelni, mind a katona-egészségügyben, mind az általános egészségügyön belül. A kutatásoknak prevenciós vonatkozásaik is vannak. Felhívhatnák a figyelmet a megelőzés esetleges gyenge pontjaira, a nagyobb odafigyelést igénylő területekre.

FÜGGELÉK

Az emberiség története háborúk története. A történészek szerint az ismert emberi történelem során nem volt 300 összefüggő békeév. Felvetődik a kérdés, szükségszerű-e hogy ez mindig így legyen? Szükségszerű-e a háborúk ismétlődése? Politikusok, történészek, filozófusok vitatkoznak ezen már régóta, homlokegyenest ellentétes válaszokat adva rá.

Az evolúció elmélete alapján több tízmillió év alatt fokozatosan emelkedtünk ki az állatvilágból. Fizikai képességeink nem tudják ugyan felvenni a versenyt a gepárd gyorsaságával, a sas látásával, az oroszlán erejével, azonban cserébe megkaptuk agyunk fantasztikus képességeit. A jelenkori ember agyi felépítése megőrizte az ősi anatómiai képleteket, ezekre épültek rá az evolúció során az új részek. Valamennyi emberben ott van a genetikailag meghatározott ősi agyrész, amely önző, ösztönkövető, gyakran agresszív, amelynek a faj- és önfenntartás a legfontosabb feladata. Akár tetszik, akár nem, mindegyikünkben ott vannak ezek az ősi, állati gyökerek. Genetikai állományunk 94 %-a azonos az emberszabású majmok génállományával. Az evolúció során, az agy fejlődésével párhuzamosan, kialakult az emberi tudat. A tudat az a többlet, amely megkülönböztet bennünket az állatoktól, és az ösztönkövetés felett választási, döntési lehetőséget ad. Ez nem csupán pozitívum, felelősséget is jelent. Az evolúciós folyamat – amelyet akár az anyag változásának, akár Isteni szándéknak tekintünk - állandó, most is zajlik, valamennyien részesei vagyunk.

Az emberiség állandóan harcolt a természet és a másik ember ellen is. Átalakítottuk a Földet, kiirtottuk az erdők nagy részét és egyes állatfajokat, lebetonoztuk a bolygó jelentős részét, elszennyeztük a folyókat. Tehát győztünk, legyőztük a természetet. De vajon igazán ez a győzelem? Naponta vívtunk és vívunk háborút egymás ellen, a Föld nevű bolygó különböző pontjain, a legkülönbözőbb politikai és vallási ideológiák nevében. A társadalmi, gazdasági

problémákat, a vallási nézetkülönbségeket többnyire egymás öldöklésével oldottuk meg. Ez az emberi faj győzelme? Ki, melyik ember, vagy melyik csoport az igazi győztes? Melyik ideológia, melyik vallás, vagy milyen gazdasági érdek dönti el, ki győz egy háborúban? Melyik halott a nyertes?

Az emberiség óriási technikai, technológiai hatalma révén másodpercek alatt el tudná pusztítani a bolygónkat, saját magával együtt. Lehetne azonban egy másik út is. Az emberiség tudását, energiáját arra is lehetne fordítani, hogy túllépjen az állati, agresszív, ősi ösztönein. Együtt éljen a megismert természeti erővel, kölcsönkapcsolatban, adva és kapva. Nem csupán különbözünk, de részei is vagyunk a természetnek. *„A legígéretesebb reményünk talán annak felismerése lehet, hogy az egész világegyetem egyetlen, közös törvények által irányított rendszer, melynek figyelembevétele nélkül nem erőltethetjük rá álmainkat és vágyainkat a természetre. Ha felismerjük az emberi akarat határait és elfogadjuk, hogy a világegyetem felett nem uralkodni kell, hanem együttműködni vele, akkor a száműzött vándor megkönnyebbülésével érkezünk haza.”*⁵²⁵

Ugyanez lehetne a járható út a társadalomban is. Megismerve az emberi társadalmak mozgató erőit, olyan kapcsolatokat kellene és lehetne kialakítani, amelyekben egyetlen ember sem lesz kizsákmányolt. Élni, és élni hagyni, háborúk nélkül, a tudásunkat és az energiánkat inkább arra fordítva, hogy mindenki részesülhessen az emberi élethez szükséges javakban. A jó társadalom mindenkinek lehetőséget ad a képességei kibontakoztatására, közben pedig védelmet nyújt az ellen, nehogy az egyik ember a saját érdekében kizsákmányolhassa a másik embert. *„A természet törvényeit és az emberek által alkotott törvényeket egyforma mértékben kell tiszteletben tartania.”*(a társadalomnak)⁵²⁶ Összefoglalva, *„... helyesnek azt kell tekinteni, ami az egyének lehetőségeit a lehető legjobban kibontakoztatja, mégpedig úgy, hogy ez a lehető legnagyobb harmóniában legyen a társadalommal és a környezettel.”*⁵²⁷

⁵²⁵ Csíkszentmihályi Mihály: Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2001. p. 330.

⁵²⁶ Csíkszentmihályi Mihály: A fejlődés útjai. A harmadik évezred pszichológiája. Budapest, Nyitott Könyvműhely, 2007. pp. 328-329.

⁵²⁷ Csíkszentmihályi Mihály: A fejlődés útjai. A harmadik évezred pszichológiája i. m. p. 204.

Az evolúció szükségszerűségei nem csupán a biológia, hanem az emberi tudat és az erkölcs területén is jelentkeznek. A létért való harcból az alkalmazkodásra leginkább képes élőlények kerülnek ki győztesen. Az evolúciós szükségszerűség és az emberi cselekedetek közötti kapocs az emberi tudat. A tudatára ébredt ember a jelenlegi hihetetlen hatalmával partnere lehet az evolúciónak, együttműködve a természeti és társadalmi erőkkel, hogy harc nélküli, békés megoldásokat találjon. Minden egyes ember a saját tetteivel, életével tehet ezért. Jó lenne hinni, vagy legalább csak reménykedni abban, hogy az emberi evolúció a békés, háborúktól mentes problémamegoldás felé tart. „*A világ igazi evolúciója a lelkekben játszódik le.*”⁵²⁸

⁵²⁸ Teilhard de Chardin, P.: Az emberi jelenség. Budapest, Gondolat Kiadó, 1980.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom mindenekelőtt tudományos témavezetőmnek Dr. Svéd László ny. orvos altábornagynak, aki folyamatosan irányította, figyelemmel kísérte, tanácsaival segítette a dolgozatom megírását.

Hálával tartozom Siposné Prof. Dr. Kecskeméthy Klára ezredes tanszékvezető asszonynak, akitől rengeteget tanultam, akihez bármikor fordulhattam, és aki átsegített a kutatás hullámvölgyein.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Mikó Irén tanszékvezető egyetemi tanárnak építő véleményéért.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Matus János úrnak a támogató ötleteiért.

Köszönettel tartozom a HDI jelenlegi és korábbi vezetőinek, Dr. Szelei Ildikó alezredes docens asszonynak, és Prof. Dr. Bodrogi László ny. ezredes úrnak és a HDI valamennyi dolgozójának.

Köszönettel tartozom munkatársaimnak, Dr. Sedivi László igazgató úrnak, Dr. Pettyán Ilona főorvosnőnek, Béresné Lutter Máriaának, orvos kollégáimnak, Tomborné Tóth Anita könyvtárosunknak, informatikusainknak, gyógytornászainknak, ápolónőinknek és az intézet minden dolgozójának.

MELLÉKLET

Esetismertetések

Három betegem rövid élettörténetét ismertetem, akik a gyermekbenulás (Heine-Medin) betegség következtében kialakult bénulások ellenére teljes életet élnek. Példájuk tanulságos a rehabilitációban részt vevő valamennyi ember - akár a károsodott, akár a gyógyítók - részére is.

H.J - né 1941-ben született Kecskeméten, egyetlen gyereként, egy pedagóguscsaládba. Hat évesen fertőződött meg a gyermekbenulás betegség vírusától. Az akut fázisban mind a négy végtagja megbénult. A gyógyulás során csökkent a bénulás mértéke, de a bal felső végtagja olyan súlyosan paretikus maradt, hogy a legkisebb aktív mozgásra sem volt képes többé. A gyermek fejlődése közben ez a végtag a növekedésben elmaradt, elsovadt. A betegség kezdetén kórházban kezelték, majd otthon lábadozott. Érettségi után Tanárképző Főiskolát végzett Szegeden, és magyar-történelem szakos általános iskolai tanárként dolgozott 39 éven át. Minden új osztályában, rögtön a tanév elején, nyíltan beszélt a gyerekekkel a betegségről. Részletesen elmondta a gyermekbenulás terjedését, a tüneteit, mesélt a régi járványokról. Hangsúlyozta, hogy ők már nem betegedhetnek meg, hiszen a Sabin cseppek megvédik őket. Soha nem észlelte, hogy béna bal karja miatt gúnyolták volna. Férjével hét évet vártak egymásra, majd szép házasságban éltek. Egy gyermekük született. Férje 10 éve halt meg.

8-10 éve vette észre, hogy teljesítménye gyengül. Fél éve észleli, hogy a jobb karja is bénul. Már segítség kell a házimunkához, sőt az önellátáshoz, hajmosáshoz, körömvágáshoz is. A házimunkában fia, az önellátásban baráti köre segíti. Segédeszközt nem használ. Jelenlegi állapotát a teljes bal felső végtagi paresis (40. kép), a részleges jobb felső végtagi bénulás, a nagy ízületek mozgástartományának jelentős elmaradása, a térdek és csípők arthrosisai jellemzik. 2002 óta diabetes mellitus és hypertonia miatt gondozzák. Állapotának szinten tartásához az évenkénti rehabilitációs kezelést nélkülözhetetlennek tartja.

Az intézetben tanított gyógytornát kevés kivétellel naponta gyakorolja. Rendet tesz a házban, használva az ízületkíméletről hallottakat és az ergoterápián tanultakat. Sok mindent nem tud

már megcsinálni, de amit képes, megteszi, ha lassan is. Szeret a kertjében dolgoztatni, ahol sokféle gyümölcsfája van. Rossz időben olvas, zenét hallgat.

Életét teljesnek, boldognak értékeli, de fél attól a jövőtől, amikor esetleg még kiszolgáltatottabbá válik, és még ennyire sem lesz képes önmagát ellátni.



40. sz. kép H.J - né 2016. tavaszán, súlyosan sorvadt bal felső végtagi izomzattal.
Saját felvétel.

B.A - né Magyarország északkeleti, szegényebb vidékén született 1956-ban. Kilenc hónaposan betegedett meg a poliovírustól. Otthon kezelték - a szülők elmondása szerint 3 hónapig súlyos lázas állapotban -, kórházba nem került. Az akut fázisból történő felépülés után tartósan a bal alsó végtag gyengesége maradt meg. Ez a végtag a fejlődésben elmaradt, rövidebb, vékonyabb lett. Falujában járt általános iskolába, ahol – visszaemlékezése szerint - a gyerekek sokat gúnyolták, pedig mindig nadrágot hordott, takarta a lábát, és sokáig csak gyógycipőt használt segédeszközként. Az általános iskola elvégzése után a helyi katolikus pap segítségével Miskolcra került, egy speciális kollégiumba. A kollégium közvetlenül a kórház és a szakmunkásképző mellett helyezkedett el. Olyan fogyatékkal élő gyerekek kaptak itt szállást, akiket különböző szakmákra meg lehetett tanítani. Belőle női szabó lett. A kollégiumban igen jól érezte magát, nem csúfolták, nem volt kisebbségi érzése az állapota miatt, hiszen a többiek is hasonlóak voltak. A szakma megszerzése után átmenetileg hazament a falujába, majd később Miskolcon helyezkedett el. Ínzugorodás miatt 1973-ban

megoperálták a bal lábfejét. Ezután hamarosan férjhez ment, 2 egészséges gyermeke született. 1999 óta többször kezelték depresszió miatt. 2002-ben békében vált el férjétől, aki amúgy szintén Heine-Medines beteg. 2012-ig dolgozott, kisebb-nagyobb megszakításokkal, több munkahelyen, összesen 33 évet.

2003 óta jelentkeztek súlyosabb gerincpanaszai, majd csontritkulása is lett. 2015-ben bal térdét megoperálták patella luxatio miatt. Műtét után a gyógyulása rendkívül elhúzódó volt. Korábban is több alkalommal, és a műtét után is intézetünkben feküdt. Státuszából a fokozott háti kyphosis, scoliosis, sorvadt, rövidült, súlyosan paretikus bal alsó végtag, bal térdben flexiós contractura (41.kép), beszűkült bal oldali bokamozgások emelendők ki. A bal alsó végtagban aktív mozgások nincsenek.

Fokozódó állapotrosszabbodása miatt jelenleg rokkant nyugdíjas. Gyermekeire számíthat. Járógépet, két könyökmankót (vagy járókeretet, vagy rollátort) és gyógycipőt használ, a környezeti akadályoktól függően. Kerekesszékek a gondolatától is viszolyog. Életét nyugodtnak, elégedettnak jellemzi.



41. sz. kép B.A - né sorvadt bal alsó végtagja, a térdben kifejezett contracturával.

2016. tavasz. Saját felvétel.

Sz. M. Kiskunfélegyházán született 1934-ben. A háború alatt kezdődött a betegsége. Még a napra is pontosan emlékezik, hiszen ekkor, 1944. november 10-én, már tíz éves volt. Aznap nem tudott segíteni a családnak a mezőgazdasági munkákban. Nem érezte jól magát, nagyon fázott. Később belázasodott, mind a négy végtagja és a törzsizomzata is lebénult. Átmenetileg a légzése is nehezebbé vált. Kórházba nem került, hiszen dúlt a háború, ezért otthon ápolta a család. Négy testvére közül egyik sem kapta el a betegséget. Néhány hónap múlva a kezei már mozogtak, de másfél évig fekvőbeteg volt. Az akut szakasz lezajlása után karjai csaknem teljesen megerősödtek, de alsó végtagjaiban az aktív mozgás nem indult meg. A betegség kezdete után 17 évvel részesült az első kórházi kezelésben.

Korábban mindkét alsó végtagon járógéppel (5 kg) és két kanadai mankóval néhány métert képes volt járni (42.kép), hosszabb távon önhajtós kerekesszéket használt. 1975-ben kapta az első elektromos kerekesszékét (43.kép). Néhány éve megpróbált könnyebb Otto Bock járógépet felíratni, de az ár önrésze a TB támogatás mellett is olyan sok lett volna, amelyet nem tudott vállalni.

Betegsége előtt 4 elemi végzett. 21 évesen folytatta az általános iskolát, majd kezdetben magánúton, később a dolgozók iskolájában elvégezte a gimnáziumot. Később közgazdaságtant is tanult, pénztárosként és könyvelőként dolgozott 23 éven át. 30 évig a helyi mozgássérült csoport vezetője volt. Közös rengeteget kirándultak, játékonysági bálakat és egyéb közös programokat szerveztek.

Testvérével lakik. Szerényen élnek, de mindenük megvan. Önellátásában segítséget nem igényel, de már csak kevés házimunkát képes végezni. A bevásárlás az ő feladata, amelyben az elektromos kerekesszék segíti. Rendszeresen látogatja a templomot. 50 évesen tanult meg úszni. Biztonsággal a mellúszást sajátította el. Naponta úszik a helyi uszodában. Számítógépet használ, nemrég elkezdett angolul tanulni az internet és az unokaöccse segítségével. Úgy érzi, adottságainak megfelelően az életéből minden lehetségest kihozott. Elégedett ember.



42. sz. kép Sz. M. járógépei és kanadai mankói. Saját felvétel.



43. sz. kép Sz. M. elektromos kerekesszékből 2016 tavaszán. Saját felvétel.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Almásyné Kovács Éva: Intézetünk története - A régmúlttól napjainkig
<http://www.rehabint.hu/oldal/tortenet> Letöltve 2016.augusztus 23.
2. Andó Sándor: A pszichológia érvényesülése a katonai alkalmasságvizsgálatok kezdeteitől 1945-ig. Szakdolgozat, Kossuth Lajos Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Debrecen, 1998.
3. Arzu Y. et al.: Impact of Post-polio-related fatigue on quality of life J Rehabil Med 2006;38:329-332;
4. Auxéméry Y.: The Gulf War Syndrome twenty years on. L'Encéphale 2013.Oct; 39 (5):332-338.
5. Az 1919-es pozsonyi sortűz <http://uj szo.com/cimkek/kozelet/2007/10/27/az-1919-es-pozsonyi-sortuz> Letöltve: 2016. június 12.
6. (Babocsay József Dr.) Dr. B. J.: Boldog Zala vármegye! Keszthelyi Hévíz-vizedről méltán nevezetel így attól, a'ki ezen rendeket írta ditséretedre. Sopron, Sziesz Klára nyomdája, 1795.
7. Bakay Lajos: Lapunk célja. Rokkantak Lapja 1916. december 1. I. évfolyam, 1. szám
8. Bakács Tibor: Az Országos Közegészségügyi Intézet működése 1927-1957. Budapest, 1959. pp. 12-15.
9. BBC News. World: Africa. Help for Sierra Leone Amputees
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/502884.stm> Letöltve 2016. augusztus 12.
10. Beck-féle Depressziós Skála
<http://tinyurl.com/h36rzd7> Letöltés 2016. október 29.
11. Benda Kálmán (szerk.): Magyarország történeti kronológiája. Budapest, Akadémiai Kiadó 1982.
12. Benedek István: A gyógyítás gyógyítása. Orvosi-orvostörténeti tanulmányok. Budapest, Gondolat Könyvkiadó, 1978.
13. Birtalan Győző: Óriáslépések az orvostudományban. A gyógyítás hősei az ókortól napjainkig. Budapest, Móra Ferenc Könyvkiadó, 1989.
14. Bíró Kálmán nagyiváni hadirokkant panasza.1946.október 14. (MOL XIX-C-1-n-1215-1946)
15. B. Müller Tamás: Hadigondozás 2. infojegyzet 2015/32.

http://www.parlament.hu/documents/10181/303867/2015_32_hadigondozas_2/62eea526-e941-4884-b2b2-96665dd70815 Letöltve 2017. február 3.

16. Boda Andor, Horváth Szabolcs: Történeti áttekintés In: Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest. Medicina Könyvkiadó Rt., 2000.
17. Bolgár Judit, Szternák György: A válságreagáló műveletek végrehajtására történő felkészítés. Nemzetvédelmi Egyetemi Közlemények, 2005. (9) 2. pp.75-105.
18. Boros Erzsébet: A rehabilitációs orvoslás története In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2010.
19. Borsay János: A hazai rehabilitáció az első világháború után Balneológia, Rehabilitáció, Gyógyfürdőügy 1986. 4. pp. 261-266.
20. Borsay János: Az első rehabilitációs törvények Magyarországon 1915-ben. Balneológia, Rehabilitáció, Gyógyfürdőügy 1985. 1. pp. 11-15.
21. Botz László: Küldetés a békéért- harmincöt éve ért véget a vietnami háború Felderítő Szemle, 2010. (9) 2. pp. 5-16.
22. Bourne, P.G. : Men, Stress and Vietnam. Boston: Little, Brown, 1970.p.12.
23. Bremner J. D.: Brain Imaging Handbook Fig.1.3. p. 101. New York, W. W. Norton & Co. Inc, 2005.
24. Bremner J. D.: Neuroimaging in Posttraumatic Stress Disorder and Other Stress-related Disorders Neuroimaging Clin N Am. 2007. 17(4):523
25. Bright, Richard; Sennowitz, Matthias; Blumenbach, Johann Friedrich: Travels from Vienna Through Lower Hungary: With Some Remarks on the State of Vienna During the Congress, in the Year 1814. A. Constable, 1818.
26. B. Szabó Edina: 3D technológia a protézistervezésben
http://www.innoteka.hu/cikk/3d_technologia_a_protezistervezesben.1218.html
Letöltve: 2016.augusztus 11.
27. Budai József: A poliomyelitis eradikáció újabb sikere: poliomentes az Európai Régió Hippocrates IV/6. 2002. november-december pp. 368-369.
28. Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L.: The Quality of American Life. New York Russel Sage Foundation, 1976.
29. Correspondent: The Medical Services in the Korean War. From a Correspondent. The Lancet London, 1953.(1) pp. 134-135.
30. Cz.E.(Dr.): A vak katonák intézete. Rokkantak Lapja. Pozsony, 1917. február 1. II. évfolyam, 3. szám

31. Czirer László: Égési sebek kezelése. Orvosi Hetilap 1937. (81) 23. pp. 591-594.
32. Csabai György: Visszatekintés az 1990-1991-es Öböl-háború tapasztalataira Nemzetvédelmi Egyetemi Fórum 2003. (7) 3.
33. Csekey István, Degré Alajos: Dr. Babocsay József (1760-1838) Hévíz első ismertetője. Kecskemét, 1960.
34. Csíkszentmihályi Mihály: Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Budapest, Akadémiai Kiadó 2001.
35. Csíkszentmihályi Mihály: A fejlődés útjai. A harmadik évezred pszichológiája. Budapest, Nyitott Könyvműhely 2007.
36. Csorba Éva: Égett betegek rehabilitációja In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.) Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2010.
37. Dalacas M.C.: The Post-Polio Syndrome as an Evolved Clinical Entity. Definition and clinical description. Annals of the New York Academy of Sciences 1995; 753:68.
38. Dénes Zoltán, Varga Marina: A poliomyelitis és a postpolio-syndroma Orvosi Hetilap 2001.(142) 28. pp. 1493-1496.
39. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Szerző: Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) Kiadó: American Psychiatric Publishing 1980. ISBN 0890420416, 9780890420416
40. Dollinger Gyula: Mi történjék a rokkant katonákkal? Különlenyomat „Az Ujság” 1915. évi január hó 22-iki számából Budapest, Athenaeum Irod. és Nyomdai R.-T. Nyomása 1915.
41. Dollinger Gyula: Művégtagok szerkesztése. Különös tekintettel azok támaszkodó és felfüggesztő felületeire és a Magyar Kir. Rokkantügyi Hivatal Művégtaggyára. Budapest, Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága, Franklin nyomda 1915.
42. Dollinger Gyula: 80 esztendő életemből 1849-1929. Budapest, Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929.
43. Dorka Béla: Doberdótól – Rokkantügyi Hivatalig. Rokkantak Lapja, Pozsony, 1916. december 15. I. évfolyam, 2. szám pp. 6-7.
44. Dömök István: Gyermekbénulás elleni védőoltások: magyarországi és nemzetközi fejlemények. Infektológia, 1994, I. pp. 9-16.
45. Draveczi-Ury Ádám: Kilencvenöt éve írták alá a trianoni békeszerződést <http://www.honvedelem.hu/files/9/51396/trianon1.jpg> Letöltve 2016. október 13. http://www.honvedelem.hu/cikk/51396_kilencvenot_eve_irtak_ala_a_trianoni_bekesz_erzodest Letöltve 2016. október 13.
46. Dunant, Henry: Un Souvenir de Solférino

<https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-0361.pdf>

Letöltés 2016.október 19.

47. Egészségügyi Világszervezet: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása. Budapest, ESZCSM-OEP-Medicina, 2004.
48. Emlékezés dr. Ertl Jánosra (1880-1951) Orvosi Hetilap 1997. (138) 40. pp. 2541-2542.
49. Engel Ch.C., Hyams K.C., Scott K.: Managing future Gulf War Syndromes: international lessons and new models of care Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences Apr 29, 2006; 361(1468):707-720.
50. Engel, C.C., Liu,X., Clymer,R., Miller, R. F., Sjoberg, T., Shapiro, J.R.: Rehabilitative Care of War-Related Health Concerns Journal of Occupational and Environmental Medicine: April 2000, Vol 42, Iss 4, pp 385-390.
51. Eötvös Károly: A balatoni utazás vége. Veszprém, Vitis Aureus 2007. p.162.
52. Ertl János: A plasztikai sebészet fejlődése a világháborúban és a rokkantkérdés, különös tekintettel a hazai viszonyokra. Budapest, Hadirokkantak Nemzeti Szövetsége, Stephaneum Nyomda, 1922.
53. Ertl János: Hadirokkantak munkaképességének helyreállítása és e téren a helyreállító biológiai sebészet jelentősége. Hadirokkantak sebészi és szociális ellátása. Hadirokkantvédelem Közleményei I. Budapest, Stephaneum nyomda, 1943.
54. Farádi László: Diagnózis az életemről. Budapest, Gondolat Kiadó, 1983.
55. Farkas Jenő: A közegészségügy és társadalmi kérdések. Farkas J. munkái 60. Budapest, 1901. p. 68.
56. Feldmár András: Most vagy soha. Budapest, HVG Kiadó Zrt. 2014.
57. Figley R. C.:Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder. New York, Brunner-Mazel Publishers. 1985.
58. Fodor József: A lakásügy Budapesten. Nemzet.1883.okt. 25. p. 66.
59. Fodor József: Az egészségügyről. Egészség.1-2. f. 5. (1887)
60. Frank Richard előszava In: Dr. Lippay-Almássy Artúr: Tábori sebészet. Budapest, Honvédorvosok Tudományos Egyesületének kiadása, 1941. p.3.
61. Fukuda K., Nisenbaum R., Stewart G., Thompson W.W., Robin L., Washko R., Noah D., Barrett D., Randall B., Herwaldt B., Mawle A., Reeves W.: Chronic Multisymptom Illness Affecting Air Force Veterans of the Gulf War JAMA, 1998., 280(11): 981-988.

62. Gawne AC, Halstead LS. Post-polio syndrome: Pathophysiology and clinical management. Crit Rev Phys Rehabil Med 1995.7 (2):147-188.
63. Genfi Egyezmény I.: <http://tinyurl.com/zzgqhyr>
Letöltés 2016. október 18.
64. Glatz Ferenc (szerk.): A magyarok krónikája. Budapest, Officina Nova 1995.
65. Glatzer, W., Zapf, W.: Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Campus Frankfurt/New York, 1984. pp.58.
66. Gosztonyi Péter: A magyar honvédség a második világháborúban. Budapest, Európa Könyvkiadó 1992. pp. 11-12.
67. Goodwin, Jim: The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders in: Williams, Tom (ed.): Post-Traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians, pp.1-18. Published in Cincinnati, Ohio by Disabled American Veterans National Headquarters 1987.
68. Görgényi Géza, Péczely Piroska, Sági Károly: Adatok Hévízfürdő történetéhez. Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei, 5. sz. Budapest, 1957.p. 217.
69. Grosselfinger Károly: Az egykarúak iskolája. Rokkantak Lapja, Pozsony, 1917. március 1., II. évfolyam, 5. szám
70. History of Military Testing http://official-asvab.com/history_coun.htm Letöltve 2016. szeptember 26.
71. Hahn Géza: A magyar egészségügy története. Budapest, Medicina Könyvkiadó 1960.
72. Halstead, L.S.: Assessment and differential diagnosis for post polio syndrome. Orthopedics 1991; 14:1209-1217.;
73. Halstead, L.S.: Post-Polio Syndrome Sci.Am. 1998.; 278(4):42-47.;
74. Halstead, L.S., Rossi, C.D.: News problems in old polio patients: results of a survey of 539 polio survivors. Orthopedics 1985; 8:845-850.
75. Halstead, L.S., Wiechers, D.O.: Late effects of poliomyelitis Symposia Foundation, Miami, Florida, 1985.
76. Hargitai Rezső: Adatok a gyermekbénulás leküzdésének hazai történetéből. Orvosi Hetilap 1994.(135) 28. pp.1539-1541.
77. Hazen, Shelley: After 43 years, 'Napalm Girl' Kim Phuc's painful scars are being treated –for free
<http://cdn.inquisitr.com/wp-content/uploads/2015/10/Kim-Phuc.jpg> Letöltve 2016.szeptember 24.; <http://tinyurl.com/z7wgah7> Letöltve 2016. szeptember 24.

78. Help for Sierra Leone amputees <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/502884.stm> Letöltve 2016. augusztus 12.
79. Helzer J. E., Robins L.N., McEvoy L.: Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. The New England Journal of Medicine (1987) 317., 1630-1634.
80. Herman, Judith Lewis: Trauma és gyógyulás – Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig. Budapest, Háttér - Nane, 2011.
81. Hévíz vizének és iszapjának elemzése. Magyar Országos Levéltár, Festetics család Levéltára, Budapest, Hévízfürdő iratai. P 284. 1908. márc. 30.
82. History of Military Testing: http://official-asvab.com/history_coun.htm Letöltve 2016. szeptember 26.
83. HL VKF-1, 2511/el., „Eü. jelentés az 1936. évről”, 1937. jún. 30.
84. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) WHO, Geneva, 2001.
85. Irmay F., Merzouga B., Vettorel D.: The Krukenberg procedure: a surgical option for the treatment of double hand amputees in Sierra Leone Lancet 2000; 356: 1072-75.
86. Jong de K., Mulhem M., Ford N., van der Kam S., Kleber R.: The trauma of war in Sierra Leone Health and human rights The Lancet 2000; 355: 2067-68.
87. Juhász Zsolt: A magyar katonák külszolgálati tevékenysége <http://tinyurl.com/hwwnu9s> Letöltve 2016.szeptember 11.
88. Kacsinecz Krisztián: Kétezer csonka testű hős Pozsonyban <http://www.pozsonyikifli.sk/files/img/frisskifli/2015/nagyhaboru/csonka/6.jpg?w=750> Letöltés:2016.október7. <http://nemnemsoha.gportal.hu/gindex.php?pg=36656054&nid=6597477> Letöltés 2016. október 7.
89. Kalakán László: Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből, 1920-1945. Budapest polgári és katona egészségügyi viszonyai, valamint a légtalmi egészségügyi szolgálat kiépülése, működése. PhD értekezés, PTE BTK, Pécs, 2003.
90. Kapronczay Károly: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2001.
91. Kapronczay Károly: Johan Béla Magyar Epidemiológia, 2005. (2) 1. p. 5.
92. Karasszon Dénes: A kórházak helye, szerepe és jelentősége a civilizáció fejlődésének történetében. In: Ajkay Zoltán, Kullmann Lajos (szerk.): A magyar kórházügy. Magyar Kórházszövetség, Budapest, 1995.

93. Katona Ibolya: Az első magyar orvosnő Országos Orvostörténeti Könyvtár közleményei 2. Budapest, 1956. pp. 80-98.; <http://tinyurl.com/jmsgugo> Letöltve 2016. október 2.
94. Kaviczky-László Ágnes: Magyarország a vizek országa www.slideshare.net/gnesKaviczkyLszl/gygyvizek-ppt-2 Letöltés 2016. október 21.
95. Kálmán Zsófia, Könczei György: A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, 2002.
96. Kellerhoff, Sven Felix : Die ganze Story um das Foto vom Napalm -Madchen <http://www.welt.de/geschichte/article114225870/Die-ganze-Story-um-das-Foto-vom-Napalm-Maedchen.html> Letöltve 2016. augusztus 8. <https://tinyurl.com/gkrddz> Letöltve 2017. február 7.
97. Kenyeres Ágnes (főszerkesztő): Magyar Életrajzi Lexikon <http://mek.oszk.hu/00300/00355/html/> Letöltve 2017. január 30.
98. Kenyeres György: Hadigondozás-politika egy évtizeddel a háború után. Budapest. A szerző kiadása. 1928.
99. Kertai Pál: Közegészségtan. Budapest, Medicina Könyvkiadó 1982. pp. 126-129.
100. Kessler R.C., Sonnega A, Bromet E, et al.: Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12):1048-1060.
101. Keszthelyi Hírlap 1915. július 4. 38. évfolyam, 27. szám
102. Keszthelyi Hírlap 1918. szeptember 15. 41. évfolyam, 39. szám
103. Keszthelyi Hírlap 1919. március 2. 42. évfolyam
104. Kiefer J., Daigeler A., Lehnhardt M.: Die Behandlung von Kim Phúc an der BG Unfallklinik Ludwigshafen. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2012.44(4):259-62.
105. Király Béla: Amire nincs ige. Visszaemlékezések, 1912-2004. Budapest, HVG Kiadói Rt., 2004.
106. Kiss Gábor: A Hadtörténelmi Levéltár katonaegészségügyi iratainak repertórium 1740-1980. Budapest, Signifer, 2003. p. 31.
107. Kiss Gábor: A Magyar Királyi Honvédség egészségügyi szervezete 1867-1918. PhD értekezés, Budapest, ZMNE 2003. p.98.
108. Kiss László: A tuberkulózis Magyarországon a 20. század első felében. Magyar Epidemiológia, 2006. (3) 1. pp. 23-25.
109. Kiss László: Az ispotálytól a modern kórházig. Századvég 2005. (10) 37. p. 49.

110. Klebelsberg Kunó: A magyar rokkantügy szervezete. Budapest. Bíró Miklós könyvnyomdai műintézete, 1916.
111. Klimkó Dezső előszava In: Dr. Imreh Pál: A harctér sebészete. Budapest, 1943. p.3.
112. Kocsis Piroska: Hadirokkant sors a második világháború után http://www.archivnet.hu/hadtortenet/hadirokkant_sors_a_masodik Letöltve 2016. augusztus 6.
113. Kocsis Piroska: Magyar orvosok Koreában (1950-1957) In: ArchivNet XX. századi történeti források, 2005. 5. évfolyam 6. szám http://www.archivnet.hu/politika/magyar_orvosok_koreaban_19501957.html Letöltve 2016. augusztus 12.
114. Kollega Tarsoly István (főszerkesztő): Magyarország a XX. században. Szekszárd, Babits Kiadó, 1996-2000. I. kötet Politika és társadalom, hadtörténet, jogalkotás
115. Kolozsi Ádám: Hogyan szerezzünk vastüdőt forradalomban? http://index.hu/tudomany/tortenelem/2015/10/23/hogyan_szerezzunk_vastudot_ha_ep_pen_forradalom_van/ Letöltve 2016. augusztus 24.; <http://tinyurl.com/z77dgyd> Letöltve 2016. szeptember 11.
116. Kolozsi Ádám: A rokkantok nem fértek bele a szocialista ideológiába http://index.hu/belfold/2013/10/24/a_gyermekbenulas-jarvany_tuleloi/ Letöltve 2016. augusztus 24.
117. Komar Z., Koren B., Trlek M.: A poszttraumatikus stressz-zavarok. In: Pavlina Z., Komar Z. (szerk.): Katonapszichológia. Zrínyi Kiadó, Budapest, 2007. II. kötet, pp. 317-347.
118. Kopits Jenő: Dollinger Gyula 1849-1937. Különlenyomat az „Orvosképzés” 1937. évi 3. szám pp. 395-398. Franklin-Társulat nyomdája
119. Kormos, H. R. : The Nature of Combat Stress. In: Figley, C.R. (Ed.): Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Treatment and Research. New York: Brunner-Routledge, 1978. 3-23.
120. Kovács Dániel: Híres hadvezérek tíz hatalmas tévedése. http://www.honvedelem.hu/cikk/52706_hires_hadvezerek_tiz_hatalmas_tevedese Letöltés 2016. október 6.
121. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Jordan B.K., Marmar Ch.R., Weiss D.S.: Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study New York, Brunner/ Mazel 1990.
122. Kullmann Lajos: Az orvosi rehabilitáció sajátosságai In: Huszár Ilona, Kullmann Lajos, Tringer László (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 2000. pp.13-21.

123. Kullmann Lajos: A rehabilitációs orvoslás elmélete In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2010. pp. 23-30.
124. Lackner László (szerk.): Hévíz. Idegenforgalmi Propaganda és Kiadó Vállalat, 1986.
125. Lacoux P., Ford N: Treatment of neuropathic pain in Sierra Leone. *Lancet Neurology* 2002; 1:190-95
126. Lee H. A., Gabriel R., Bolton J.P.G., Bale A.J., Jackson M.: Health status and clinical diagnoses of 3000 UK Gulf War veterans *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002. Oct. 95(10):491-497.
127. Levendel László: A humanista orvoslás. Budapest, Szépirodalmi Könyvkiadó 1988.
128. Lippay-Almássy Artúr: Tábori sebészet. Budapest, Honvédorvosok Tudományos Egyesületének kiadása, 1941. p.14.
129. Lukács Károly: A Balaton-vidék földrajza kétszáz év előtt. Bél Mátyás „Notitia Comitatum Veszprimiensis, Simighiensis et Szaladiensis” c. kéziratának fordítása és ismertetése. A Magyar Biológiai Kutatóintézet munkái, XV. Tihany, 1943. p. 270.
130. Lukács László: A Heine-Medin betegség egyes rehabilitációs vonatkozásai. Az Intézet hároméves munkájának ismertetése. In: Dr. Lukács László (szerk.): Előadások a gyermekbénulás rehabilitációs problémáiról. Budapest, Statisztikai Kiadó Vállalat, 1961.
131. Makrai Tibor István: A harci stressz hatása a harcteljesítményre a hadtörténelmi tapasztalatok alapján. *Humán Szemle* 2001.(17) 1-4. pp.141-162.
132. May Lai Massacre <http://www.history.com/topics/vietnam-war/my-lai-massacre> Letöltve 2016. szeptember 27.
133. Maslow, Abraham: A lét pszichológiája felé. Budapest, Ursis Libris, 2003. p. 376.
134. Matus János: Bűn és megbocsátás - Emlékezés az első globális háborúra. *Collegium Doctorum*, 2015. (11) Évközi szekcióülés anyaga, pp. 97-102.
135. Márai Sándor: Napló 1945-1957. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1990. p.23.
136. Marke, Roland Bankole: No Compassion for Sierra Leone's Amputees <http://www.worldpress.org/images/20070329-amputee-7.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 9. <http://www.worldpress.org/africa/2733.cfm> Letöltve: 2016. augusztus 9.
137. MEOSZ: A járványos gyermekbénulás áldozatainak egy része ma is köztünk él. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/gyermekgyogyaszat/15116/polio-vilagnap> Letöltve 2016. augusztus 28.

138. Melly József: A hadigondozottak Budapesten. Budapest, 1932. In: Statisztikai Közlemények 65/1. sz.
139. Melly József: A kórházkultúra fejlődése és a hospitalizáció jelentősége Budapesten II., In: Városi Szemle, 1934. (20) 4. p. 563.
140. Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. III. rész: Égéskezelés a XX. században Sebkezelés- Sebgyógyulás 2005. (8) 1. pp. 20-27.
141. Mészáros Gábor: Az égési sérülések kezelésének története. IV. rész: Égéskezelés Magyarországon. Sebkezelés- Sebgyógyulás 2005. (8) 2. pp. 22-43.
142. Mikroprocesszor vezérelt térdízületek http://media.ottobock.com/prosthetics/knees/c-leg/images/c-leg_massimo_24_9_page.jpg Letöltve 2016. augusztus 12.; <http://tinyurl.com/juleetc> Letöltve 2016. szeptember 17.
143. M. Kir. Rokkanttügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkanttügyi Hivatal, 1915. 1. szám pp. 5-8.
144. M. Kir. Rokkanttügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkanttügyi Hivatal, 1915. 2. szám
145. M. Kir. Rokkanttügyi Hivatal Kiadványai, Budapest, M. Kir. Rokkanttügyi Hivatal, 1917. 4. szám
146. Molnos Péter: Scheiber Hugó. Kossuth Kiadó, Magyar Nemzeti Galéria, 2015. A magyar festészet mesterei sorozat.
147. Morris, Lynn: Operation Rise: Hope from the Ashes for Amputees <http://ecosalon.com/wp-content/uploads/lynnarticle5.jpg> Letöltve: 2016. augusztus 9. <http://ecosalon.com/operation-rise-hope-from-the-ashes-for-amputees-217/> Letöltve: 2016. augusztus 9.
148. N.(árady) Szabó Gyula: Zalaország. VIII. Tapolca, 1927. p.287.
149. Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. J. Psychiatric Res. 2006. 40(1): 1-21.
150. Névtelen szerző: Egy névtelen szerző véleménye 1946-ban a hadirokkantokról. Magyar Országos Levéltár Népjóléti Minisztérium Hadigondozási főosztály MOL XIX-C-1-i-6. t-szám nélkül-1939-1947.
151. Nolle F.: Post-polio syndrome Orphanet Encyclopedia <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-PP.pdf>. Letöltve 2016. szeptember 10.
152. Novák Márta, Stauder Adrienne, Mucsi István: Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai. Orvosi Hetilap 2003.(144) 21. pp.1031-1038.

153. Omara-Otunnu, Elizabeth: Napalm Survivor Tells of Healing after Vietnam War
<http://www.advance.uconn.edu/2004/041108/04110803.htm>
 Letöltve 2016. szeptember 24.
154. OORI története
<http://www.rehabint.hu/oldal/tortenet> Letöltve 2016. augusztus 23.
155. Pavlina Z., Komar Z., Knezovic Z., Filjak T.: Bevezetés a katonapszichológiába. In: Pavlina Z., Komar Z. (szerk.): Katonapszichológia I. Budapest, Zrínyi Kiadó, 2007. pp. 14-43.
156. Pellek Sándor: A sürgősségi betegellátás egyes kérdései a NATO multinacionális egészségügyi biztosítás rendszerében PhD értekezés, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest, 2012.
157. Petri Pál: A magyar hadigondozás történetének vázlatja. Kiadja: Az Országos Hadigondozó Hivatal, Budapest, Fritz Ármin könyv- nyomdája, 1917.
158. Pettyán Ilona, Béresné Lutter Mária, Weinoffer Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. Rehabilitáció 2010; 20 (2): 108-113.
159. Physicians (per 1;000 people) in Sierra Leone
<http://www.tradingeconomics.com/sierra-leone/physicians-per-1-000-people-wb-data.html> Letöltve 2017. január 29.
160. Pigou, A.C.: The Economics of Welfare Macmillan and Co., Limited St. Martin's Street, London, 1932. Fourth Edition
161. Pik Katalin: A szociális munka története Magyarországon (1817-1990) Budapest, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 2001.
162. Pléh Csaba: A lélektan története. Osiris Kiadó, 2010. 20. fejezet, A szovjet-orosz pszichológia
163. Pols H., Oak S.: War and Military Mental Health. The US Psychiatric Response in the 20th Century American Journal of Public Health. 2007 December; 97 (12):2132-2142.
164. Proctor S.P., Heeren T., White R.F., Wolfe J., Borgos M.S., Davis J.D., Pepper L., Clapp R., Sutker P.B., Vasterling J.J., Ozonoff D.: Health status of Persian Gulf War veterans: self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress. International Journal of Epidemiology 1998., 27. 1000-1010.
165. Proctor S. P., Harley R., Wolfe J., Heeren T., White R.F.: Health-related quality of life in Persian Gulf War Veterans. Mil.Med. 2001.jun 166 (6):510-519.
166. Raspopovic S., Capogrosso M., Petrini F.M. et al: Restoring Natural Sensory Feedback in Real-Time Bidirectional Hand Protheses Science Translational Medicine 5 Febr.2014. 6(222):222ra19.doi:10.1126/scitranslmed.3006820; Magyar Tudomány <http://www.matud.iif.hu/2014/03/17.htm> 2014. (175) 3. pp. 373-375.;

http://epa.oszk.hu/00600/00691/00126/pdf/EPA00691_mtud_2014_03_373-375.pdf
Letöltve 2016.augusztus 11.

- 167.Renczes Alajos: A szanatóriumi ellátás alakulása Néphadseregünkben. Honvédkórház, HÉMORI Könyvtár, gépelt anyag, 1977.
- 168.Rescher,Nicholas: Welfare: The Social Issues in Philosophical Perspective University of Pittsburg Press 1972.
- 169.Resperger István, Túri Viktória: A terrorizmus és az aszimmetrikus hadviselés pszichológiai aspektusai Repüléstudományi Közlemények, Különszám, 2010. április 16.
- 170.Révai Tamás: Ellátási hiányosságok hatásai a funkcionális vesebetegségek kialakulására a Magyar Királyi Honvédségben 1941-1945. PhD értekezés, ZMNE, Budapest, 2008. pp. 12-13.
- 171.Rivers, W.H.R.: The repression of war experience Proceedings of the Royal Society of Medicine 11(Sect.Psych): 1-20.; The Lancet 1918;
<http://www.gwpda.org/comment/rivers.htm> Letöltés 2016. október 19.
- 172.Rokkantak Lapja, Pozsony, 1916. december 15. I. évfolyam, 2. szám
- 173.Rokkantak Lapja, Pozsony, 1917. II. évfolyam, 6. és 7. szám
- 174.Rokkantak Lapja. Szerkesztette: Kerntler Jenő. Megjelent: 1916. december 1 - 1919. április 15. Kiadta: Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal Pozsonyi Intézete
- 175.Romsics Ignác: A Horthy-rendszer szociálpolitikája Rubicon, 1990/6
- 176.Ságvári Ágnes (szerk.): Források Budapest múltjából III. Tisztifőorvosi jelentés a főváros 1924. I. félévi egészségügyi helyzetéről. Budapest, 1972. pp. 119-120.
- 177.Schuler Dezső: Hatósági és társadalmi embervédelem Budapesten. Statisztikai Közlemények, 90.kötet, 1939.
- 178.Sebestyén Tibor: Életminőség és boldogság. Polgári Szemle 2005. I. évfolyam, 5. szám
- 179.Simon Katalin: Sebészet és sebészek Magyarországon (1686-1848) Eötvös Loránd Tudományegyetem, Doktori Disszertáció, Budapest, 2011. p.3. , p.222.
- 180.Siposné Kecskeméthy Klára: Mohay Károly – az utolsó recski foglyok egyike
http://mhht.eu/hadtudomany/2011/2011_elektronikus/2011_e_2.pdf Letöltve 2017. február 8.
- 181.Siposné Kecskeméthy Klára, B. Kalavszky Györgyi: A Ludovika. Budapest, HM. Zrínyi Média Közhasznú Nonprofit Kft., 2011.

182. Siposné Kecskeméthy Klára: A hősök közöttünk élnek – Hősök napi hagyományok 2013. augusztus 2. Békéscsaba
<http://www.bekescsabaivarosvedok.hu/2013/08/10siposne-prof-dr-kecskemethy-klara-a-hosok-kozottunk-elneg-hosok-napi-hagyomanyok-2013-augusztus-2-bekescsaba>
 Letöltve 2017. február 7.
183. SF-36 <http://tinyurl.com/jeena65> Letöltés 2016. október 29.
184. Shaw C.A., Tomljenovic L.: Aluminum in the central nervous system (CNS): toxicity in humans and animals, vaccine adjuvants, and autoimmunity. Immunologic Research 2013 Jul; 56 (2-3):304-316.
185. Sibul E.A.: Medical Railroading During the Korean War 1950-1953 Railroad History Spring-Summer 2011. p. 60.
186. Simics Sándor koreai követ jelentése Korea helyzetéről, a háború pusztításairól 1950. december 31. MOL XIX-J-14-a-153/Biz. Pol.-1950. 12. doboz
187. Smith B.N., Wang J.M., Vogt D., Vickers K., King D.W., King L.A.: Gulf War Illness. Symptomatology Among Veterans 10 Years After Deployment. JOEM 2013. jan., Vol. 55., 1., 104-110.
188. Suba János: Az Országos Hadigondozó Hivatal In: A Hadtörténeti Múzeum értesítője 12. Hadtörténeti Múzeum, Budapest, 2011.; <http://tinyurl.com/j22v8p4> Letöltés 2016. október 9.
189. Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öbölháborúban. I. rész, Katonai Logisztika, 1994. 2 (4): 139-167.
190. Svéd László: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az Öbölháborúban. II. rész, Katonai Logisztika, 1995. 3 (1):115-136.
191. Svéd László: Aktualitások és tények a katonaeorvoslás történetéből. Honvédorvos, 2007.(59) 3-4. pp. 143-151.
192. Svéd László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és –támogató tevékenységre. PhD értekezés, Budapest, 2003.
193. Svéd László: Magyar katona-egészségügy a II. világháborúban. Honvédorvos 2007. (59) 3-4. pp.152-157.
194. Svéd László: A tervezéstől a műveletekig. Katona-egészségügy ZMNE kiadványa, 2008. pp.12-14.
195. Szabó Fruzsina Anna: Az I. világháború hétköznapijai elevenednek meg a Kiscelli Múzeumban

- <http://nullahategy.hu/az-vilaghaboru-hetkoznapjai-elevenednek-meg-kiscelli-muzeumban/> Letöltés 2017. január 26.
196. Szabó József (főszerkesztő): Hadtudományi lexikon. Budapest, Magyar Hadtudományi Társaság, 1995.
197. Szántó Imre: Hévíz története. Hévíz Nagyközségi Tanács VB, Szeged, 1980.
198. Szalay Olga (válogatta): „Eljött az idő: visznek katonának” 101 magyar katonadal a Nagy Háború idejéből 1914-1918 Válogatta Szalay Olga https://www.google.hu/?gws_rd=ssl#q=101+katonadal Letöltve 2016. október 8.
199. Szarvas Pál nagykövet 1954.07.02. Jelentés a koreai magyar kórház építéséről MOL XIX-J-14-a-46/3-1954. 5. doboz (Magyar Országos Levéltár Külügyminisztérium Phenjani Követség TÜK iratok)
200. Tarján M. Tamás: 1938. március 5. Darányi Kálmán meghirdeti a győri programot http://www.rubicon.hu/magyar/oldalak/1938_marcius_5_daranyi_kalman_meghirdeti_a_gyori_programot/ Letöltve 2017. január 27.
201. Teilhard de Chardin, Pierre: Az emberi jelenség. Budapest, Gondolat Kiadó, 1980.
202. Teleki Pál: A rokkantak szaktanácsadói. Népjóléti Közlöny 1918. (2) 1.
203. Teleki Pál: Egyéni bánásmód a rokkantgondozásban In: A korszerű közszolgálat útja 10. kötet. A mai magyar szociálpolitika. Az 1939. évi közigazgatási továbbképz tanfolyam előadásai. Közzéteszi Dr. Vitéz Keresztes-Fischer Ferenc M. Kir. T.T., Belügyminiszter Szerk.: Mártonffy Károly, Budapest, Állami nyomda, 1939.
204. The CIA World Factbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sl.html> Letöltve 2016. szeptember 21.
205. The Kim Foundation International, <http://www.kimfoundation.com> Letöltve 2016. szeptember 24.
206. Thorne, Michael B., Henley, Tracey B.: A pszichológia története. Kapcsolatok és összefüggések. Glória Kiadó, 2000. pp. 520-549.
207. Toomey R., Kang H.K., Karlinsky J., Baker D.G., Vasterling J.J., et al.: Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war The British Journal of Psychiatry 2007, 190(5)385-393.
208. Trueman, C. N. : First World War Casualties: <http://www.historylearningsite.co.uk/world-war-one/world-war-one-and-casualties/first-world-war-casualties/> letöltve 2016. augusztus 17.
209. Urbán Nóra: A poszttraumás stresszbetegség kezelésében alkalmazható pszichoterápiás intervenciók. Honvédorvos, 2008.(60) 3-4. pp. 124-131.

210. Urbán Nóra: Pszichológiai elsősegély. Honvédorvos. 2009.(61) 3-4. pp. 182-192.
211. U.S National Library of Medicine <http://www.medline.com/home.jsp> Letöltve 2016. október 29. ; <https://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html> Letöltve 2016. október 29.
212. Vas Imre: A tüdőbetegek rehabilitációja. Kandidátusi értekezés tételei. Tudományos Minősítő Bizottság, Budapest, Akadémiai Nyomda 1956.
213. Veenhoven, R.: The study of life satisfaction. In. Saris et al.: A comparative study of satisfaction with life in Europe Chapter 1. Eötvös University Press, Budapest, 1996. pp. 11-48.
214. Voelker M.D., Saag K.G., Schwartz D.A., Chrischilles E., Clarke W.R., Woolson R.F., Doebbeling B.N.: Health-related Quality of Life in Gulf War Era Military Personnel American Journal of Epidemiology (2002) 155 (10): 899-907.
215. Weinoffer Judit: A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai sérült katonák ellátása során Honvédorvos, 2011.(63) 3-4. pp.183-194.
216. Weiszhar Attila, Weiszhar Balázs: Háborúk lexikona. Budapest, Athenaeum Kiadó, 2004.
217. Wolfe J., Proctor S.P., Erickson D.J., Hu H.: Risk factors for multisymptom illness in US Army veterans of the Gulf War. J Occup Environ Med.2002.44 (3):271-281.
218. WHO: Constitution of WHO: principles <http://www.who.int/about/mission/en/> Letöltve 2016. október 29.
219. WHO Fact File: 10 Facts on Polio Eradication <http://www.who.int/features/factfiles/polio/facts/en/> Letöltve 2016. szeptember 10.
220. World Health Organization. International Classification of impairments, disabilities and handicaps. WHO, Geneva, 1980.; <http://tinyurl.com/gor22aa> Letöltve 2016. október 18. ; <http://preview.tinyurl.com/gor22aa> Letöltve 2016. október 18.
221. WHO: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2004.
222. World Health Organization: WHOQOL; Measuring quality of life. WHO, Geneva, 1997. <http://tinyurl.com/ha28967> Letöltés 2016.október 29.
223. WHOQOL-100 <http://tinyurl.com/h3e4zzh> Letöltés 2016.október 29.
224. WHOQOL-BREF <http://tinyurl.com/jyma5oa> Letöltés 2016.október 29.
225. Writer J.V, DeFraités R.F, Brundage J.F. Comparative mortality among US military personnel in the Persian Gulf region and worldwide during operations desert shield and desert storm. J. Am. Med. Assoc. 1996; 275:118–121.

226. Yoder M., Tuerk P.W., Price M., Grubaugh A.L., Strachan M., Myrick H., Acierno R.: Prolonged Exposure Therapy for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Comparing Outcomes for Veterans of Different Wars Psychol. Serv. 2012. 9(1):16-25.
227. Zichy Géza: Levél a rokkant vitézekhez. Rokkantak Lapja, Pozsony, 1917. március 1. II. évfolyam, 5. szám
228. Zichy Géza: A félkezű ember könyve. Utasítások, miként lehetsz fél kézzel önálló. Budapest, Franklin-Társulat, 1915.
229. Zoltán János: Add vissza az arcomat. Egy plasztikai sebész a Koreai háborúban. DNM Kiadó, 1996.

TÖRVÉNYEK/RENDELETEK/HATÁROZATOK

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=5727> Letöltve 2016. június 6.
1884. évi XVII. törvénycikk ipartörvény <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6141>
Letöltve:2016. május 31.
1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6421> Letöltve 2016. június 6.
1893. évi XXVIII. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak baleset elleni védelméről és az iparfelügyelőről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6511> Letöltve:2016. május 31.
1900. évi XVI. törvénycikk a gazdasági munkás- és cselédsegélypénztárról
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6794> Letöltve 2016. május 31.
1902. évi XIV. törvénycikk a gazdasági munkás- és cselédsegélypénztárról szóló 1900: XVI. tc. kiegészítéséről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=6857> Letöltve 2016. május 31.
1915. évi XV. törvénycikk <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7323> Letöltve 2016. június 6.
- A m. kir. miniszterelnök 3,300/1915. számú rendelete. A csonkított és béna katonák orvosi utókezelése, mesterséges testrészekkel való ellátása és gyakorlati oktatása, Belügyi Közlöny, Budapest, 1915. szeptember 12. XX. évfolyam, 44. szám, pp. 947-949.

A m. kir. miniszterelnök 3,301/1915. számú rendelete. A rokkant katonákat gondozó szervezetről. Belügyi Közlöny, Budapest, 1915. szeptember 12. XX. évfolyam, 44. szám, pp. 949-965.

1917. évi VIII. törvénycikk a most dúló háborúban a hazáért küzdő hősök emlékének megörökítéséről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7380> 2016. június 7.

1920. évi XXXVI. törvénycikk a földbirtok helyesebb megoszlását szabályozó rendelkezésekről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7451> 2016. április 16.

1924. évi XIV. törvénycikk az 1914/1918. évi világháború hősi halottai emlékének megünnepléséről <https://1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7597> Letöltve 2017. január 26.

1927. évi XXI. törvénycikk- A betegségi és baleseti kötelező biztosításról <http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7416&s=275> Letöltés: 2016.04.16.

1928. évi V. törvénycikk Az iparban, és némely más vállalatban foglalkoztatott gyermekek, fiatakorúak és nők védelméről <http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7416¶m=7720#> 2016. április 16.

1928. évi XL. törvénycikk- Az öregség, rokkantság, özvegység és árvaság esetére szóló kötelező biztosításról <http://www.1000ev.hu/index.php?a=2&k=5&f=7416&s=325> Letöltés: 2016.04.16.

1933. évi VII. törvénycikk a hadirokkantak és más hadigondozottak ellátásáról <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7922> Letöltve 2016. július 31.

1949. évi XX. törvény A Magyar Népköztársaság Alkotmánya <http://www.rev.hu/sulinet45/s> Letöltve 2016. augusztus 7.

139/1950. (V.14.) M.T. számú rendelet a dolgozók egészségügyi ellátása tárgyában <https://www.opten.hu/ugyved/light/torvtar/torvlist.php?&twhich=58055&tsindex=18241&teindex=18260&tpar=> Letöltve 2016. augusztus 26.

60/1953. (XII.20.) M.T. számú rendelet a védőoltásokról <https://www.opten.hu/ugyved/light/torvtar/torvlist.php?&twhich=58055&tsindex=18241&teindex=18260&tpar=> Letöltve 2016. október 21.

1994. évi XLV. törvény a hadigondozásról http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99400045.TV Letöltve 2016. április 25. www.parlament.hu/...32.../62eea526-e941-4884-b2b2-96665dd70815 Letöltve 2016. április 25.

114/1995 (XII.12.) Országgyűlési Határozat az első ROLE-1 segélyhelyről.

114/1995 (XII.12.) Országgyűlési Határozat a délszláv válság békés rendezésének végrehajtását biztosító erők (IFOR) kötelékében korlátozott létszámú magyar műszaki kontingens részvételéről

T-10/274/1996 HVK Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnökség állománytábla

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Letöltve 2016. szeptember 2.

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=34535.266665 Letöltve 2016. augusztus 30.

2001. évi LXIII. törvény a magyar hősök emlékének megőrkítéséről és a Magyar Hősök Emlékünnepéről <https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=A0100063.TV> Letöltve 2017. február 8.

2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300125.TV Letöltve 2016. augusztus 30.

40/214. (III.27.) sz. hat. a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Honvéd-, Katasztrófa-orvostani Tanszékének névváltozásáról

<http://semmelweis.hu/jogigfoig/dokumentumtar/szenatusi-hatarozatok/2014-marcius-27/>

Letöltve 2016. augusztus 26.

KÉPEK JEGYZÉKE

1. sz. kép Götz von Berlichingen műkeze - 21. oldal
2. sz. kép Ambroise Paré által szerkesztett művétagok - 22. oldal.
3. sz. kép Hadirokkantak és jótékonykodó hölgyek - 41. oldal
4. sz. kép Országos Hadigondozó Kiállítás 1917. – 42. oldal
5. sz. kép Scheiber Hugó: Holczer Sándor tizedes (Olasz fejlődés) 1918. – 43. oldal
6. sz. kép Scheiber Hugó: Klein Béla tizedes 1918. – 44. oldal
7. sz. kép A Rokkantügyi Hivatal által kiállított elbocsátó bizonyítvány – 49. oldal
8. sz. kép Dollinger Gyula által szerkesztett különböző művétagok – 52. oldal
9. sz. kép Magyarország a trianoni szerződés előtt és után – 74. oldal
10. sz. kép Teljes állhiány műtét előtt és után – 93. oldal
11. sz. kép A 765. Vasúti Szállító Zászlóalj autó-vonat egészségügyi busza a frontvonal közelében. – 102. oldal
12. sz. kép Napalmbomba által megcsönkített kamasz teteme – 106. oldal
13. sz. kép A napalm áldozata – 109. oldal
14. sz. kép Napalm miatt eltorzult nő – 110. oldal
15. sz. kép Betegünk keze égési sérülés után. Az MCP ízület felett lévő behúzó heg az ujjak extenzióját gátolja. Saját felvétel. – 112. oldal
16. sz. kép Fenti betegünk keze. Az ökölképzés, az ujjak hajlítása is akadályozott. Saját felvétel. – 113. oldal
17. sz. kép Betegünk- M.B.- keze égési sérülés után. Az MCP ízület felett – a tenyéri oldalon lévő - behúzó heg az ujjak nyújtását is korlátozza. (2015.04.10.) Saját felvétel. – 113. oldal
18. sz. kép Kim Phúc 1972. június 8. – 115. oldal
19. sz. kép. Kim Phúc az égés után 43 évvel – 116. oldal
20. sz. kép A hippocampus térfogat csökkenése PTSD-ban MRI képfeldolgozással.-127. oldal
21. sz. kép Sierra Leone. Freetown. Amputáltak tábora. – 170. oldal
22. sz. kép Sierra Leone-i futball – 170. oldal

23. sz. kép Tamba Ngaujah: ex-katona Sierra Leone Katonai Erők (Standard Times Press, Freetown, Sierra Leone) – 171. oldal
24. sz. kép Az élet amputáltaként Freetownban. – 172. oldal
25. sz. kép Kép Sierra Leonéból – 172. oldal
26. sz. kép Bambe Sawaneh mindkét kéz amputált 1998-ban Sierra Leonéból. – 175. oldal
27. sz. kép A vak amputált a fazekasságban talált reményt – 176. oldal
28. sz. kép 3D technológia a protézistervezésben – 179. oldal
29. sz. kép Mikroprocesszor vezérelt térdízületek – 180. oldal
30. sz. kép Bionikus kéz – 181. oldal
31. sz. kép József főherceg tüdőbeteg katonák otthona, Budakeszi, díszkapus bejárata 1918. május 1-én, a megnyitó napján. – 198. oldal
32. sz. kép Kúrafolyosó. József főherceg tüdőbeteg katonák otthona, Budakeszi. – 198. oldal
33. sz. kép Műszerészképzés 1952-ben az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet elődjében- 199. oldal
34. sz. kép Vastüdő osztály, tele gyermekbénulásban szenvedő betegekkel. Rancho Los Amigos Hospital, Kalifornia, 1953.- 203. oldal
35. sz. kép Vastüdő készülék – 204. oldal
36. sz. kép Hévíz Tófürdő.- 213. oldal
37. sz. kép Hévíz, Zrínyi Miklós Honvédtiszti Gyógyház, 1935-1939. – 215. oldal
38. sz. kép MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet eredeti épülete. Saját felvétel 2015. – 216. oldal
39. sz. kép MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet 1977-ben átadott új épülete. Saját felvétel 2015. – 217. oldal
40. sz. kép H.J - né 2016. tavaszán, súlyosan sorvadt bal felső végtagi izomzattal. Saját felvétel. – 237. oldal
41. sz. kép B.A - né sorvadt bal alsó végtagja, a térdben kifejezett contracturával. 2016. tavasz. Saját felvétel. – 238. oldal
42. sz. kép Sz. M. járógépei és kanadai mankói. Saját felvétel. 240. oldal
43. sz. kép Sz. M. elektromos kerekesszékekben 2016 tavaszán. Saját felvétel. – 240. oldal

VIDEÓK JEGYZÉKE

1. Az észak-koreai Rákosi kórház titkai dokumentumfilm: http://tv2.hu/tv2klasszikusok/44850_az_eszak-koreai_rakosi_korhaz_titkai.html Letöltve: 2016. augusztus 9. – 103. oldal
2. Neha Aziz: A vak amputált a fazekasságban talált reményt <http://www.austinchronicle.com/imager/b/original/1528690/a8dd/potter.jpeg> Letöltve: 2016. augusztus 9. <http://www.austinchronicle.com/daily/screens/2014-04-04/blind-amputee-finds-hope-in-pottery/> Letöltve 2016. augusztus 9. – 176. oldal
3. Bionikus kéz tesztelése <http://videa.hu/videok/origo/tudomany-technika/bionikus-kez-tesztelese-teszt-gNc5AFkbbKwuTKOT> Letöltve 2016. augusztus 12. ; <https://www.youtube.com/watch?v=Hlm0xpLPq0> Letöltve 2016. augusztus 12. – 181. oldal

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. sz. ábra A gyógyintézetek száma Magyarországon 1921-1938 között – 78. oldal
2. sz. ábra A gyógyintézeti ágyak száma Magyarországon 1921-1938 között – 78. oldal
3. sz. ábra A gyógyintézeti ágyszám tízezer lakosra számítva Magyarországon 1921-1938 között – 79. oldal
4. sz. ábra Budapest barakktelepei az első világháború után – 80. oldal
5. ábra Az általános egészségügyi ellátás sémája a háború utáni krónikus idiopátiás tünetek és kapcsolódó károsodások esetében – 150. oldal
6. sz. ábra Az életminőség Maslow modellje – 155. oldal
7. sz. ábra Az életminőség Rahman szerinti modellje – 156. oldal

8. sz. ábra Az Öböl-háború után 5 évvel az SF-36 összesített eredménye, a fizikai és a mentális összetevők, az Öbölben (GWT- Gulf War Theater) és másutt, nem az Öbölben (Non-GWT) szolgálatot teljesített veteránok között. – 158. oldal
9. sz. ábra SF-36 alegységei és az összetevők összefoglaló mérése – 159. oldal
10. sz. ábra Depresszió: Az Öböl-háborúval kapcsolatos súlyos depresszió előfordulása az Öböl-háború alatt és 10 évvel később. – 161. oldal
11. sz. ábra Szorongásos kórképek: Az Öböl-háborúval kapcsolatos szorongásos kórképek (nem a poszt-traumás stressz betegség) előfordulási gyakorisága az Öböl-háború ideje alatt és 10 évvel később. – 161. oldal
12. sz. ábra PTSD: Az Öböl-háborúval kapcsolatos PTSD előfordulási gyakorisága az Öböl-háború alatt és utána 10 évvel. – 162. oldal
13. sz. A Krukenberg csonk vázlata – 176. oldal
14. sz. A poliomyelitis morbiditása Magyarországon (OKI) – 202. oldal
15. sz. ábra A poszt-polio szindróma kialakulása – 207. oldal
16. sz. ábra Új tünetek megjelenése Heine-Medin betegeinknél 1999-2009 között. – 208. oldal
17. ábra MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet által kezelt betegek osztályonkénti bontásban 2000. január 1 – 2015. január 1. – 219. oldal
18. sz. ábra MH EK Honvédkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet betegeinek életkor szerinti gyakorisága (2000-2015.) (Szerkesztette: Dr. Weinoffer Judit) – 220. oldal

PUBLIKÁCIÓS LISTA

1. Weinhoffer Judit: A Guillain-Barré szindrómás betegek rehabilitációja. Hadtudományi Szemle 2009. (2.) 4. szám 111-114. p.

http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2009/2009_4/2009_4_al_t_weinhoffer_judit_111_114.pdf

2. Weinhoffer Judit: A rehabilitáció rövid története és kapcsolata a katona-egészségüggyel. Honvédorvos 2009. (61) 3-4. 157-163. p.

http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2009_3_4.pdf

3. Weinhoffer Judit: Egy titokzatos betegség és rehabilitációs lehetőségei. 1-30.p.

<http://www.kmcongress.com/eloadasok/rehab2010/weinhoffer.pdf>

4. Weinhoffer Judit, Pettyán Ilona: Az osteoporosis és a rehabilitáció. Hadtudományi Szemle 2010. (3.) 1. szám 128-139. p.

http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2010/2010_1/2010_1_al_t_weinhoffer_pettyan_128_139.pdf

5. Pettyán Ilona - Béresné Lutter Mária - Weinhoffer Judit: Heine-Medin betegek rehabilitációja. Rehabilitáció folyóirat, 2010. (20) 2. 108-113. p.

http://www.rehab.hu/upload/rehab/magazine/rh1002_cikk8.pdf

6. Weinhoffer Judit: A rehabilitáció és a katonapszichológia kapcsolatának történeti változásai sérült katonák ellátása során. Honvédorvos 2011. (63) 3-4. 183-194. p.

http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2011_3_4.pdf

7. Weinhoffler Judit: A klímaváltozás és hatásai. Hadtudományi Szemle 2011. (4.) 2. szám. 137-141. p.

http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2011/2011_2/2011_2_al_t_weinhoffer_judit_137_141.pdf

8. Weinhoffler Judit: A döntések pszichológiai háttér folyamatairól (Katona-egészségügyi vonatkozások). Honvédorvos 2011. (63) 1-2. 56-67. p.

http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2011_1_2.pdf

9. Weinhoffler Judit, Tóth Zsolt: Gyászreakció bajtársak elvesztésekor (Az elhunyt magyar katonák emlékére). Honvédségi Szemle 2012.1. 37-43. p.

http://www.honvedelem.hu/container/files/attachments/30377/hsz_2012_01.pdf

10. Weinhoffler J: Psychological questions in rehabilitation – aspects of military health care. TradeCraft Review 2012/2, 70-82. p. http://www.kfh.hu/hu/letoltes/szsz/2012_2_spec.pdf

11. Weinhoffler Judit: Tetraplég betegek komplex rehabilitációja Guillain-Barré szindrómában. Honvédorvos 2013. (65) 1-2. 69-83. p.

http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2013_1_2.pdf

12. Weinhoffler J: The role of military health care in the development of medical sciences. TradeCraft Review, 2013/2, 82-100 p. http://www.kfh.hu/hu/letoltes/szsz/2013_2_spec.pdf

Előadások/Poszterek

Pettyán Ilona, Weinhoffler Judit: Foglalkozási rehabilitáció- a rehabilitációs orvos gondolatai- Előadás ORFMMT XXVII. Vándorgyűlése, Budapest, 2008. www.rehab.hu/upload/rehab/magazine/rh0802_cikk7.pdf.

Weinhoffer Judit, Pettyán Ilona: Osteoporosis rehabilitáció. Előadás, ORFMMT XXVII. Vándorgyűlése, Budapest, 2008.

Weinhoffer Judit, Pettyán Ilona: Az osteoporosis és a rehabilitáció – kibővített előadás HM ÁEK tudományos napja, 2008.

Weinhoffer Judit: Elkerülhető szenvedés? Előadás, ORFMMT, XXV. Vándorgyűlés, Galyatető, 2006.

Záborszky Zoltán, Weinhoffer Judit: Egy sikeres rehabilitáció története. Előadás. ORFMMT XXII. Vándorgyűlése, Sopron, 2003.

Weinhoffer Judit, Simon Anita: A poszt-polio szindróma. Előadás. ORFMMT XXII. Vándorgyűlése, Sopron, 2003.

Weinhoffer Judit: Egy Guillain-Barré szindrómás betegünk rehabilitációja. Video prezentáció. ORFMMT XXI. Vándorgyűlése, Szentgotthárd, 2002

Weinhoffer Judit: A mozgásszervi rehabilitáció lényege, jellegzetességei és jelentősége. Előadás. Kreditpontos továbbképzés ápolónőknek. 2001.

Weinhoffer Judit, Simon Anita, Páhyiné Takács Rita: SPA-s betegek rehabilitációja intézetünkben. Poszter. ORFMMT XX. Vándorgyűlése Budapest, 2001.

Weinhoffer Judit: Poszt-polio szindróma. Előadás. Nyugat-Pannon Neurológiai Fórum, Szentgotthárd, 2000.

Weinhoffer Judit, Kovács Betti, Kovács Edit: Prevenció a Heine-Medin kórban szenvedő betegek életében. Poszter. ORFMMT XIX. Vándorgyűlése, Alsópáhok, 2000.

Weinhoffer Judit: Gyógyszerártalomnak tekinthető gasztrointesztinális vérzések ötéves beteganyagunkban. Előadás. XLI. Dunántúli Belgyógyász Vándorgyűlés, Veszprém, 1994.

SZAKMAI ÖNÉLETRAJZ

Tanulmányok

1987-ben végeztem a Pécsi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán.

1992-ben szakvizsgáztam belgyógyászatból.

1999-ben mozgásszervi rehabilitációs szakvizsgát tettem.

Szakmai tapasztalatok

Tíz évig dolgoztam aktív belgyógyászati osztályon, Sümeg Városi Kórházban. A kórház átszervezése, a belgyógyászati osztály megszüntetése miatt munkahelyet kellett változtatnom.

1996 óta dolgozom a MH Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet I. Intenzív Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán. Közalkalmazott vagyok. 2006 óta főorvosként, az osztályvezető helyetteseként végzem a munkámat. Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága tagja vagyok 1999 óta.

A folyamatos szakmai kreditpontos továbbképzések eredményeként, mindkét szakvizsgámhoz működési engedéllyel rendelkezem.

További szakmai készségek

Nyelvvizsgák:

angol, középfokú, C típusú, 2006.

német, középfokú, A és B, 2004.

orosz, egyetemi szigorlat

A publikációs listában felsorolt cikkeken kívül rendszeresen készülök előadásokkal az ORFMMT évenkénti kongresszusaira. Folyamatosan részt veszek intézeten belüli és kívüli továbbképzéseken hallgatóként és előadóként is.

Naponta olvasom a szakmai folyóiratokat, könyveket, követem az interneten a rehabilitációt érintő legújabb híreket.

Számítógépes ismeretek, felhasználói szinten: Word, Power Point, Excel, Internet