

**NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
KATONAI MŰSZAKI DOKTORI ISKOLA**

Pápai Tibor őrnagy

**Az egészségügyi tisztek és altisztek
katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái,
azok fejlesztésének lehetőségei**

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető: Prof. Dr. Halász László DSc, Professor Emeritus

.....

2013. BUDAPEST

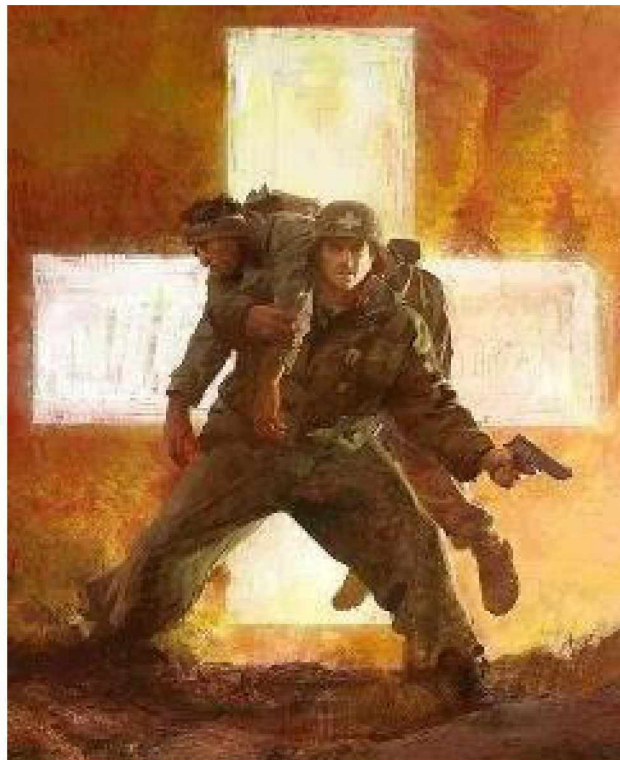
TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	5
1.1. A témaválasztás indoklása	7
1.2. Kutatási célkitűzések	9
1.3. Hipotézisek	11
1.4. Kutatási módszerek	12
1.5. Az értekezés elméleti és gyakorlati felhasználhatósága a Magyar Honvédség egészségügyi rendszerében	13
2. A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY FEJLŐDÉSÉNEK TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE	14
2.1. A nemzetközi katona-egészségügy fejlődésének főbb állomásai	14
2.2. A hazai katona-egészségügy történetének fontosabb állomásai	23
2.2.1. A hazai katona-egészségügy tudományos és oktatói tevékenységének fejlődése, s mai alapjai	32
3. A MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERÉNEK BEMUTATÁSA	38
3.1. A Magyar Honvédség egészségügyi rendszerének jelenlegi struktúrája	39
3.2. A Honvéd egészségügy feladatrendszere	42
3.3. A Honvéd egészségügy helye, feladata a nemzetközi katona-egészségügy rendszerében	47
3.4. A Honvéd egészségügyi ellátórendszer humánerőforrás összetétele	51
3.4.1. Az egészségügyi tisztok és altisztok helye a rendszerben, feladatai, kompetenciái békeidőben és minősített időszakban	54
3.4.2. Az egészségügyi tisztok és altisztok szakirányú végzettségének jellemzői napjainkban	58
3.4.3. Az egészségügyi tisztok és altisztok katona-egészségügyi képzési rendszerének jelenlegi struktúrája, jellemzői	64
3.4.4. Az egészségügyi tisztok és altisztok súlyos sérült ellátási kompetenciái az érvényes NATO specifikációk alapján	69
3.4.5. Az egészségügyi tisztok és altisztok karriermodellje a Honvéd egészségügyben	76

4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TISZTEK ÉS ALTISZTEK KATONA-EGÉSZSÉGÜGYI ISMERETEI ÉS AZOK JELENTŐSÉGE	82
4.1. A mintavételi módszer	82
4.2. A minta fontosabb demográfiai jellemzői	85
4.3. A kutatás során vizsgált ismeretek, képességek és azok jelentősége a Honvéd egészségügyben	93
4.4. A célcsoport önrevíziója, önértékelése	119
4.5. Hipotézisek vizsgálata	126
4.6. A kutatás során vizsgált képességek alkalmazhatósága a civil egészségügyben	129
5. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK GYAKORLATI ALKALMAZÁSA	132
5.1. A kompetencia fejlesztés módszertana	132
5.2. Az egészségügyi tisztek és altisztek javasolt katonaegészségügyi kompetenciái	135
5.3. Az egészségügyi tisztek és altisztek katonaegészségügyi képzésének javasolt struktúrája a kutatás eredményei alapján	147
5.4. Az oktatásszervezés új útján: Skill-szimulációs labor	151
5.5. Az elsajátított ismeretek, kompetenciák szinten tartásának rendszere	154
5.6. Az egészségügyi tisztek és altisztek karriermodelljének alakulása a javasolt képzési struktúra függvényében	156
6. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK	157
6.1. A kutatás folytatásának lehetséges irányai	159
7. ÖSSZEFOGLALÁS	160
8. FELHASZNÁLT IRODALOM JEGYZÉKE	161
9. MELLÉKLETEK	172
10. PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	186

„Nagyon fontos, hogy a katona bármi is rendfokozata, nem várhatja úgy a háborút, hogy ne tegye ki magát az aktív szolgálat azon vonatkozásainak, amelyek meghökkentik és zavarba hozzák, amikor először megy keresztül rajtuk. Vajon még egyszer találkozik-e velük mielőtt kezdenek ismerőssé válni számára? Ez igaz még a fizikai erőfeszítésre is. Az erőfeszítést gyakorolni kell, és az elmét még jobban meg kell ismertetni velük, mint a testet.”

Karl von Clausewitz: A háborúról



1. BEVEZETÉS

Életünk makro- és mikroszféráját a gyors és egyre kiszámíthatatlanabb változások jellemzik, mind hazai, mind nemzetközi viszonylatban. A különböző szinteken dinamikusan alakuló – elsősorban társadalmi, politikai, gazdasági, értékrendbeli – viszonyok fokozott követelményeket állítanak a gazdaság valamennyi ágazata, legyen az non-profit vagy profitorientált ágazat, valamint a társadalom valamennyi tagja elé. A változó támogatási és finanszírozási módszerek, a társadalmi elvárások – a szolgálatot teljesítők belső motivációja, gondolkodásmódja, szakmai fejlődési igénye – a Magyar Honvédség néhány évvel ezelőtt még egységesnek és stabilnak mutakozó, a rendszerváltozástól folyamatosan átalakuló és átszerveződő arculatát és feladatait jelentősen megváltoztatták. Az erődemonstrációt jelképező tömeghadsereg egy képesség orientált haderővé alakult át, melynek eredményeként jelentősen megváltozott a főtiszti, tiszt, altiszt és legénységi állomány létszámaránya, feladatköre, előmeneteli rendszere. Az ezek következményeként életbe lépett rendelkezések, a ma már nagy történelmi múlttal rendelkező Honvéd egészségügy területére is kihatással vannak.

A Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálat feladatrendszere rendkívül összetett és speciális. A multidiszciplinális katona-egészségügyi feladatkör ellátásának, a Magyar Honvédség valamennyi intézményén és alakulatán túl, a NATO és az Európai Unió katona-egészségügyi követelményeivel harmonizálnia kell.

A katona-egészségügyi szakfeladatokat békeidőben és minősített időszakban hivatásos vagy szerződéses katonai, valamint közalkalmazotti jogviszonyban álló szakállomány végzi. Katonai jogviszonyban az egészségügyi szakfeladatokat katonaorvosok, és orvosi végzettséggel nem rendelkező egészségügyi tisztek, altisztek, valamint a legénységi állomány tagjai látják el. A speciális katona- egészségügyi feladatkörhöz az ellátókat beosztásuknak megfelelő alap- és szakismerettel, képességgel, valamint kompetenciával kell felruházni. Azonban a Honvéd egészségügy valamennyi területén szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek – s a honvédségi közalkalmazotti állomány is, a jelenlegi rendszer szerint – felső- vagy középfokú szakképzettségét a polgári életben szerzi meg, ahol speciális katona-egészségügyi ismeretekkel, tudással, képességekkel a jelenlegi oktatási struktúra alapján nem ruházzák fel őket, tekintettel, hogy a képzési rendszernek ez nem képezi feladatát.

A Magyar Honvédség széleskörű feladatrendszere miatt az elsősegélynyújtás és a harctéri elsősegélynyújtás készségszintű alkalmazása végzettségtől, beosztástól, rendfokozattól függetlenül minden katonára egységesen vonatkozik: ezért az elsősegélynyújtás és a harctéri elsősegélynyújtás kompetencia szintű alkalmazása valamennyi katonától elvárt képesség! Ezen túlmenően kiemelt jelentőséggel kezelendő az egészségügyi tisztek és altisztek speciális katona-egészségügyi kompetenciáinak kérdése.

Véleményem szerint e rendkívül összetett és speciális feladatkörben a strukturális átalakulások következtében kialakult kompetencia- és ambíciószintek eltolódása miatt – valamint a hadtudományban, orvostudományban, ápolástudományban zajló dinamikus szakmai és technikai fejlődésnek elsajátítása, szinten tartása, fejlesztése érdekében – elengedhetetlen a Honvéd egészségügyben szolgálatot teljesítő egészségügyi szakdolgozói állomány magas szintű képzése, rendszeres továbbképzése. Tekintettel, arra, hogy a polgári egészségüghöz hasonlóan a katona-egészségügyben is csak „0” hibaszázalékos „quality management” lehet a megfogalmazott cél, ennek egyik feltétele egy, a XXI. század hadtudományi, pedagógiai, egészségügyi és katona-egészségügyi elvárásokkal harmonizáló korszerű képzési struktúra és tananyagtartalom kidolgozása, amely maximálisan alkalmas az ellátandó feladat végrehajtásának minőségére. Ennek eredményeként lesz képes korunk „katona ápolója” az egészségügyi haderővédelmi feladatok készség szintű alkalmazására, minden helyzethez és ellátói szinthez adaptálódva kompetencia szintű egészségügyi ellátás biztosítására, folyamatos kutatói és oktatói képességeinek alkalmazásával bajtársainak felkészítésére az ön- és kölcsönös segélynyújtásra, gyógyításra, ez által a Magyar Honvédség működési és minőségi mutatóinak javítására.

1.1. A témaválasztás indoklása

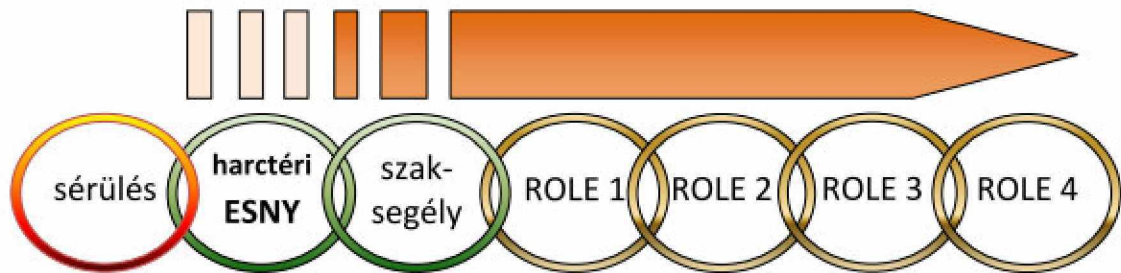
A témaválasztást elsősorban eddigi pályafutásom során a békeidős sürgősségi ellátásban szerzett ismeretek, tapasztalatok generálták. Ezek a tényezők motiváltak, hogy egyre mélyebben kezdjek foglalkozni a békeidős és minősített helyzetben zajló speciális ismereteket és képességeket igénylő katona-egészségügyi ellátás és gyógyítás területével. 1988-tól dolgozom a polgári és katona-egészségügyi sürgősségi betegellátás prehospitális, intrahospitális szintjén. Az elmúlt 25 év alatti szakmai előmenetelem során, a fenti területek hierarchikus előmeneteli rendszerét végig járva, bátran jelentem ki, hogy e számomra életmódot jelentő hivatás valamennyi szintjét, buktatóját és sikereit megismerhettem. A „katonai mentőzés” során számtalan esetben lehettem részese hazai és nemzetközi hadgyakorlatok, delegációk, katonai rendezvények egészségügyi biztosításának, katona sérültek és betegek sürgősségi ellátásában, majd később főápolóként ennek szervezésében, koordinálásában és nem utolsó sorban a katonák elsősegélynyújtás oktatásában.

Egészségügyi főiskolai tanulmányaim befejeztével, az akkor éppen aktuális átszervezési feladatok kapcsán, 2002-től új feladatként a Központi Honvédkórház 2. számú Aneszteziológiai és intenzív terápiás osztály vezetőápolói teendőinek ellátásával bíztak meg. Az osztály ápolásszakmai irányításán túl – a Kórház akkori strukturális hiányosságát felismerve – megszerveztem, koordináltam a kórházon belül hirtelen kialakuló állapotromlások ellátásának intézeti rendszerét, és oktattam annak orvosi és szakdolgozói ellátási stratégiáit és kompetenciáit. A változás szele nem lassult, így 2005-ben, akkor már a Magyar Honvédség első Egyetemi Okleveles Ápolójaként meghívást kaptam az új Honvédkórház elindítását koordináló munkacsoportba, hogy jelenlegi munkahelyem a Sürgősségi Betegellátó Centrum infrastrukturális, humán erőforrás fejlesztési munkálataiban részt vegyek. Ennek a fejlesztési munkának eredményeként indult el 2007. március elsején a Sürgősségi Centrum, mely sajátos feladatrendszerén túl jelenleg a polgári és a katonai sürgősségi ellátás oktatóbázisaként is funkcionál.

A kor jellegzetességeit tanulmányozva és megtapasztalva állítom, hogy a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálat kihívásai egyre nagyobbak. A békeidőre vonatkozó rossz prognózisú egészségi állapot mutatói a Magyar Honvédség teljes állományát is ugyanolyan arányban érintik, mint a polgári lakosságot, amikor szükséges lehet a

mindennapi szolgálatteljesítés közben jelenlévő egészségügyi katona segélynyújtási és sürgősségi ellátási képességeinek bevetése. Ezen felül a Magyar Honvédségben, mint „veszélyes üzemben” a békeidőben történő speciális kiképzési és felkészítési feladatok (lőgyakorlatok, robbantási gyakorlatok, vegyi gyakorlatok, terep gyakorlatok, testnevelési foglalkozások stb.) ellátása közben is szükség lehet azonnali beavatkozásra, azonban ilyenkor gyakran már nem elegendő a „polgári elsősegélynyújtás” készség szintű alkalmazása.

Hazai viszonylatban szembetűnő a katasztrófavédelem jelentőségének erősödése. Az egyre gyakrabban előforduló, különböző nagyságú és súlyosságú minősített helyzetekben (pl. katasztrófa, árvízvédelem stb.) a helyszíni ellátás során már szükség lehet speciális katona egészségügyi ismeretekre, mint CBRN (kémiai-biológiai-radioaktív és nukleáris) ismeretek, ellátásszervezés minősített helyzetekben, speciális kimentések, biztonsági zóna kialakítása, vérzéscsillapítás, súlyos sérült ellátása. A hazai és nemzetközi változások a Magyar Honvédség külföldi szerepvállalásainak egyre nagyobb számban történő növekedését eredményezték; ezekben a szituációkban az egészségügyi katonáknak harctéri ön- és kölcsönös segítségnyújtáson túl a szakaszos sérült ellátás magasabb progresszivitású szintjein is kimagasló helyállást kell nyújtaniuk.¹



1. sz. ábra: A harctéri sérültellátás progresszivitási szintjei (saját szerkesztés)

Véleményem szerint a speciális katona-egészségügyi feladatok ellátására alkalmas állomány csak korlátozott számban áll rendelkezésre. Még napjainkban is problémát jelent megfelelően képzett, idegen nyelvet jól beszélő, egészségügyi katona külföldi szolgálatvállalásra történő vezénylése. Mindennapi békeidős munkám során is gyakran szembesülök azzal, hogy azok az egészségügyi dolgozók, akik sürgősségi szemlélettel

¹ Pápai T., (2011) A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatás módszertani irányvonalai. Hadmérnök VI. évfolyam 4. 111-113.

és képességgel nem rendelkeznek, a hirtelen kialakult sürgősségi állapotokhoz igen rosszul adaptálódnak. Ettől sokkal rosszabb mutatókat eredményeznek a speciális körülmények közötti (harctéri, katasztrófa terület stb.) szituációkban történő adaptációk. Ennek az oka leggyakrabban a speciális környezet, veszélyzóna, speciális sérülések, és a rendelkezésre álló speciális eszközök készség szintű alkalmazásának hiányában keresendő. Ilyenkor gyakran a segélynyújtó is áldozatává válhat az eseménynek. Ezen készségek és képességek hiánya a kompetencia alapú katona-egészségügyi képzés rendszerének mielőbbi megújítását sürgeti. Jómagam 2008-ban kerültem főtiszti beosztásba, amikor az érvényes jogi szabályozások alapján részt kellett vennem egy KVNR (katonai végzettséggel nem rendelkezők) tanfolyamon, ahol mindösszesen 8 órában oktattak, elsősorban civil életmentést, így sajnos én, mint sürgősségi ellátásban jártas, motivált szakember sem tanulhattam meg a harctéri életmentés különböző szintjein alkalmazható képességeket és praktikumokat.

Ezen tapasztalataim alapján nélkülözhetetlen fontosságúnak tartom egy új – a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatában elsősorban egészségügyi tiszt és altiszt beosztásban szolgálatot ellátó állomány részére –, a nemzetközi elvárásokkal is harmonizáló képzési rendszer és kompetenciakör kidolgozását: ennek alapjait szeretném lerakni doktori értekezésemben.

1. 2. Kutatási célkitűzések

Kutatásom irányának meghatározása során a fő célkitűzéseim az alábbiak:

- a) Könyvtári, levéltári kutatómunkával a katona-egészségügy és a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálat fejlődésének, strukturális felépítésének történeti áttekintése, különös tekintettel az egészségügyi tisztek és altisztek helyére, szerepére, képzésére. Az irodalomkutatás nemzetközi és hazai eredményeit viszonyítási alapként felhasználva meghatározni a Magyar Honvédség állományában szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek jelenlegi helyét, szerepét, feladatkörét. Ezen szempontokon túl kiemelten fókuszálni a célcsoport képzési rendszerének fejlődésére, hogy a képzési rendszer és annak alkalmazása megfelelő párhuzamban követi-e a hadi-, egészségügyi, technikai, ápolásszakmai, pedagógiai, oktatás-módszertani és andragógiai fejlődés nemzetközi és hazai trendjeit.

- b) A NATO és EU Katona Egészségügyi Szolgálatainak és az MH Egészségügyi Szolgálat tiszti és altiszti képzettségi követelményeinek és képzési rendszerének tanulmányozása az adaptáció érdekében. A nemzetközi katona-egészségügyi szerepvállalások sikerének egyik fontos kulcspontja az egységes rendszerek, ellátási algoritmusok alkalmazásán túl az érintett állomány képességeinek, kompetenciáinak egységes módszerekkel történő átadása, fejlesztése, szinten tartása a hatékony együttműködés céljából.
- c) Megvizsgálni a leggyakoribb missziós és háborús katonai morbiditási, mortalitási mutatókat. A képzési struktúra és tematika meghatározása során kiemelt figyelemmel kell kísérni a feltárt mutatók alakulását, mert ezeknek megfelelően rangsorolva kell összeállítani az egészségügyi tisztek és altisztek sajátos kompetenciáit, speciális képzésének összetevőit.
- d) Az előzőekben feltárt mutatók megfelelő priorizálása után, a fontosabb képességekre és kompetenciákra fókuszálva felmérni az egészségügyi tiszti és altiszti állomány katona-egészségügyi ismereteit, szociológiai eszközökkel törekedve önképük megismerésére.
- e) Biztos alapokon, a valós élet elvárásaihoz igazodó szakmai követelményrendszer kidolgozásával megfogalmazni és javaslatot tenni egy új NATO és EU alapelvekkel egyező egészségügyi tiszti és altiszti kompetencia listára, oktatási, képzési struktúrára, melyben ezek a követelmények készség szintjén megtaníthatók.
- f) A képzési követelményekkel és az előmeneteli rendszerrel harmonizáló karrier modell megfogalmazása, amely lehetővé teszi a szolgálaton belüli életen át tartó karriert, valamint a civil életbe történő visszacsatolás lehetőségét.

1.3. Hipotézisek

Dolgozatom kutatói alaphipotézise hogy, a *Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál különböző beosztásban szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek jelentős része nem rendelkezik korszerű, kompetencia szintű katonaegészségügyi ismerettel és képességgel, amelyet szükség esetén mind békeidőben, mind pedig minősített helyzetben megfelelően tudna alkalmazni.*

Az alaphipotézisem bizonyítására további elméleti és empirikus hipotézisek vizsgálatával törekszem:

- 1) Feltevésem szerint az egészségügyi tisztek és altisztek jelentős része a polgári életben megszerzett felsőfokú vagy középfokú egészségügyi végzettségen túl nem rendelkezik a jelenlegi beosztásának ellátásához szükséges speciális katonaegészségügyi ismeretekkel és képességekkel.
- 2) Feltételezésem szerint ezek a katonák nem csak a jelenlegi beosztásuk ellátásához szükséges speciális katonaegészségügyi képességekkel nem rendelkeznek, de még a katonai ön- és kölcsönös segélynyújtás, mint minden katonára számára elengedhetetlen alap képességgel sem.
- 3) Az egészségügyi tisztek és altisztek nem rendelkeznek a harctéri sérülések közül leggyakrabban előforduló lött-robbantott sérült ellátás során alkalmazandó képességekkel sem, és nem alkalmazták még csak gyakorlás szintjén sem az ellátás során alkalmazható skill-eket.
- 4) Feltételezem, hogy a Magyar Honvédség jelenlegi katonaegészségügyi oktatási, képzési rendszere feladat-priorizálási elven működik, mert elsősorban csak azokat az egészségügyi tiszteket és altiszteket képezik ki a fentiekben leírt képességekre, akiket külföldi missziós szolgálatra készítenek fel.
- 5) Feltételezem, hogy az egészségügyi tisztek és altisztek katonaegészségügyi ismereteikkel és képességeikkel szemben érzik hiányosságaikat, tehát negatív önképet vallanak, ezért nyitottak lennének ezen képességeik fejlesztésére, egy új megfelelő előmeneteli rendszerrel harmonizáló képzési rendszerbe való csatlakozásra.

1.4. Kutatási módszerek

1. A kutatási témával kapcsolatos **szakirodalom tanulmányozása** keretében **dokumentumelemzés.**

- A katona-egészségügy és a MH Egészségügyi Szolgálat fejlődésének történeti áttekintése. Az MH Egészségügyi Szolgálat strukturális felépítésének tanulmányozása.
- Az MH Egészségügyi Szolgálat jelenlegi tiszti, altiszti képzési rendszerének vizsgálata.
- Háborúk, fegyveres konfliktusok, katasztrófák, rendkívüli helyzetek jellegzetes katonai sérüléseinek tanulmányozása a kompetenciák meghatározása céljából.

2. **Összehasonlító elemzés:**

- A NATO és az EU Katona Egészségügyi Szolgálatainak és az MH Egészségügyi Szolgálat strukturális felépítésének összehasonlító elemzése.
- A tanulmányozott Szolgálatok katona-egészségügyi képzési rendszerének elemzése az adaptáció érdekében.

3. Az egészségügyi tiszti és altiszti állomány körében ismert **valószínűségű mintavétellel kérdőíves adatgyűjtés** a témával kapcsolatos jelenlegi tudásszint felmérésére.

4. **Szociológiai kutatási módszerek** alkalmazásával az egészségügyi tisztek és altisztek alapképzettségének, végzettségének vizsgálata, valamint önképük és hivatásuk jövőképeinek megfogalmazása.

1.5. Az értekezés elméleti és gyakorlati felhasználhatósága a Magyar Honvédség egészségügyi rendszerében

Várható tudományos eredmények:

- 1.* Felmérem az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismereteinek jelenlegi tudásszintjét.
- 2.* Elvégzem az adott kutatási témában a Magyar Honvédség egészségügyi tiszt és altiszt képzési rendszer fejlődésének rendszerező elemzését.
- 3.* Feltárul az egészségügyi tisztek és altisztek hivatásukkal szemben támasztott elvárás rendszere, jövőképük.
- 4.* Kidolgozásra kerül egy evidenciákon nyugvó, standard, NATO és EU kompatibilis oktatási rendszer, szakmai követelmény és módszertani ajánlás az egészségügyi tisztek és altisztek speciális katona-egészségügyi képzési rendszerére, kompetenciáira, amely megfelel békeidőben és rendkívüli események közt alkalmas jártasságok és készségek kialakítására és fejlesztésére.
- 5.* Javaslatot teszek az egészségügyi tisztek és altisztek polgári életben megszerzett előzetes ismereteinek az új képzésbe történő beszámítására, a képzés költséghatékonyságának maximalizálása céljából.
- 6.* Megfogalmazom a képzési követelményekkel összhangban lévő előmeneteli rendszert.
- 7.* Javaslatot teszek az illetékes Parancsnoknak a követelmény és képzési struktúra rendeletben történő adaptálására és alkalmazására.

A kutatás eredményeinek hasznosíthatósága:

- a) A legmegfelelőbb módszertani ajánlás kidolgozása hozzájárul az egészségügyi tisztek és altisztek képzésének hatékonyságához.
- b) A hatékony, magas szintű oktatás eredményeként a Honvéd egészségügy valamennyi területén magasan képzett szakemberek kerülnek alkalmazásra.
- c) Alkalmazásuk által a minőségi és gazdasági mutatók pozitív irányú változása eredményezhető.
- d) Az egészségügyi tiszti és altiszti pálya iránt elkötelezett, magas szakmai képességekkel és katonai műveltséggel rendelkező szakemberek biztosíthatók a Magyar Honvédség számára.
- e) A képzési rendszer alkalmazásával emelhető a rendkívüli esetekben bevethető szakemberek száma.

2. A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY FEJLŐDÉSÉNEK TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE

Bizonyos történelmi korszakokban, (pl.: ha több háború is követte egymást, vagy egyes összecsapások tovább elhúzódtak) szükségessé vált a harcoló katonák egészségügyi ellátása. Mindez hozzájárult ahhoz, hogy a katonai egészségügyi szolgálat és az egészségügyi szervezet, jelentős fejlődésen menjen keresztül nemzetközi és hazai szinten egyaránt.

2.1. A nemzetközi katonai egészségügy fejlődésének főbb állomásai

Az önzetlen segítségnyújtás iránti vágy az ember egyik legrégebbi késztetése. A segítségnyújtás célja minden időben ugyanaz volt: a sérült ember életének megmentése, fájdalmának, szenvedésének csökkentése egészségének mielőbbi visszaadása érdekében. A fennmaradt régészeti leletek is bizonyítják a segélynyújtás korai, kezdetleges, de hatékony módszereinek folyamatos fejlődését, melyet még napjainkban sem tekinthetjük befejezettnek. A fejlődés állomásainak tanulmányozása alapján elmondható, hogy napjainkban, a polgári életben elsősegélynyújtásként nevezett

tevékenység fejlődésében jelentős szerepe volt a harctéren alkalmazott segélynyújtási technikáknak és elveknek.

Az ember már idejekorán felismerte, hogy ha sérült, beteg társainak segít a felépülésben, akkor azok sokkal hamarabb újra a közösség hasznára válhatnak. Elsősegélynyújtást bizonyító leleteket találtak már az ókori görög, római régészeti feltárások során is. A Római Birodalom hosszas fennmaradását és fejlődését a jól szervezett hadereje adta. A római légiók nemcsak a haditechnikában jártak élen, hanem a harctéri sérültek ellátásában is. Egy katona már akkor is költséges volt az állam számára, így azzal, hogy mihamarabb hadra fogható állapotba kerüljön a sérült, nagy hangsúlyt fektettek az ellátásra és az ápolásra. Történelmi feljegyzések alapján Caius Julius Ceasar harctéri orvosokat jelölt ki minden légiójában. Fontosnak tartották, hogy minden katona megtanulja az ön- és kölcsönös segítségnyújtás mozzanatait. Már ekkor megtanították, hogyan kell a nyilat a sebből szakszerű kihúzással vagy kimetszéssel eltávolítani, zsírral átitatott gyapjú vagy selyem kötszerrel nyomókötetést végezni vérzéscsillapítás céljából. A csatában megsérült harcosokat az előzetes elsősegély után később egy védett táborba szállították és látták el. Később több, közel 200 sérült befogadására és ellátására alkalmas katonai kórházakat létesítettek.²

A kereszténység új filozófiája a könyörületesség, a felebaráti szeretetről szóló tan, a jótekonyság és a segítségnyújtás – mint erkölcsi kötelesség – lényeges változásokat hozott az elsősegélynyújtásban. A keresztes hadjáratok során jelentős veszteség érte a haderőket, a bajbajutottak megsegítésére már szervezettebb formában külön erre a célra kiképzett lovagokat vetettek be. Az első ilyen szanitécképző kolostor, ahol lovagokat képeztek a harctéri sérültek ellátására, a Johanniták által 967-ben alapított Bernát-hegyi kolostor volt. A keresztes hadjáratok eredményeként létrejött szerzetesrendek, hadi ápolórendek és lovagrendek biztosították a sebesült-ellátást a Szentföld felszabadításáért harcolóknak.

A középkorban Hippokratész és Galénosz eltorzított tanai, valamint az emberek ismereteinek hiánya hátráltatták a segítségnyújtás fejlődését. A középkorban az elsősegélynyújtás erkölcsi mélysége az ipari forradalom idejére elenyészett, indítéka

² Farádi L., (1965) Az egészségügyi szolgálat fejlődése különös tekintettel a katonai és polgári egészségügyi szervek közötti együttműködésre és a háborús kórházi ellátásra. Honvédorvos XVII. évf. 213-218.

megváltozott. A termelés és a kereskedelem felgyorsulása indikálta az egészségügyi ellátás és a mentésügy átszervezését. 1470-ben már angol és francia területen is létesült katonai-egészségügyi szervezet, Kopasz Károly és IV. Eduárd uralkodása idején. A szervezet tagjait orvosok, felcserek vagy más néven orvos segédek, illetve borbélyok alkották. Parré és Vesalius, akik érlelőkötést, sebkimetszést, amputációkat és további sebészeti beavatkozásokat is végeztek, hozzájárultak ahhoz, hogy módszereik 1591-től a francia hadseregben is elterjedt és széles körben alkalmazottá váltak.

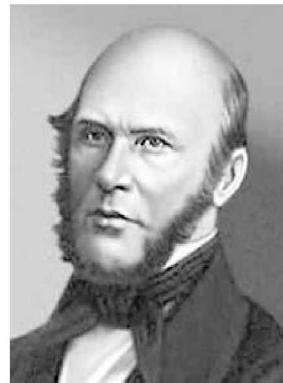
A katonai sebészet számottevő fejlődésen ment keresztül, ezáltal megnőtt az igény arra, hogy a sebesültek szakszerű ellátása az ütközet helyéhez minnél közelebb valósuljon meg. Az abszolút monarchiák idején egységes katonai-egészségügyi szervezet alakult ki, kezdetét vette a táborigényellátás. Több kísérlet után 1591-ben napvilágot látott az első egységes katonai-egészségügyi doktrína. 1633-ban kiadásra kerül az első ismert könyv az elsősegélynyújtásról. Stephen Bradwell angol orvos írása a „Segítség életveszélyes hirtelen balesetekhez”. 1720-ban Lipcsében megjelenik Heinrich Bass „Alapvető kötözési ismeretek” című könyve.

Amszterdamban alakult meg 1767-ben az első olyan szervezet (Maatschappij tot Redding van Drenkelingen), amely pályázattal ösztönözte új élesztési módok feltalálását, a sikeres életmentőket megjutalmazta és nevüket egy dicsőségfalra írta fel. Kidolgozták az elsősegély fogalmát, összeállították ismeretanyagát, fejlesztették a hozzá tartozó mentéstechnikai eszközöket és az orvosokat életmentéshez szükséges eszközökkel látták el. A városiasodás, az iparosodás, a gépek megjelenése miatt a balesetek száma jelentősen megemelkedett. Megsokszorozódtak a segélynyújtási elvárások, mind a katonaság, a közlekedés, mind az urbanizáció felé.³

Napóleon harctéri sebkezelésre és végtag amputációra specializálódott fősebésze, Dominique Jean Larrey (1766-1842), aki közel 18 éven át szolgálta Napóleont és több mint 60 csatába kísérte el, feltalálta a „les ambulances volantes” intézményét. Speciális századokat alakított ki, amelyek elsősorban segítségnyújtásra és a harctérről lovas kocsival („repülő lazarett”) történő sebesültszállításra szakosodtak. Ezeket a mobil egységeket három sebészorvos és egy ápoló látta el, akik kötszereket és hordágyakat

³Marsi, Z., Dr. Mártai, I., (2010). Az ösztönöktől a tudományig. Az elsősegélynyújtás története. Házipatika.com, Retrieved 2013-02-25., http://www.hazipatika.com/eletmod/veszelyben/cikkek/az_osztonoktol_a_tudomanyig/20081209173114

cipeltek magukkal. Larrey létrehozott egy kategorikus osztályozási rendszert, ami figyelembe vette a szerzett sérülések súlyosságát, függetlenül a sebesült rangjától, nemzetiségétől. 1812. szeptember 7-én a bologyinói csata során használtak először sérült osztályozást. Larrey a bologyinói ütközetben 20 ezer sebesült francia katonánál alkalmazta a triage-t. A sérült prioritásának megállapítása után 15 percen belüli ellátást vezetett be. Előírta, hogy a sebesülteket 24 órán belül tábori kórházba kell szállítani. Ő dolgozta ki a császár hadseregének azt a közigazgatási koncepciót, amiben már szervezett, jól képzett katonai mentőkre van szükség a hadszíntéren. A modern harcászaton pedig a mobil katonai kórházak szintjén jelent meg az életműve.⁴



1. sz. kép: Dominique Jean Larrey⁵

2. sz. kép: Nyikolaj Ivanovics Pirogov⁵

Nyikolaj Ivanovics Pirogov (1810-1881) az orosz hadsereg egészségügyi főnöke tovább fejlesztette a harctéri sebesült ellátás rendszerét Dominique Jean Larrey koncepciója alapján. A krími háborúban (1845-1855) kidolgozta a tömeges sérült-ellátás algoritmusát, és a hatékony sérült ellátás biztosításához önkéntes ápolókat alkalmazott. A tábori kórházakban szilárd alapokra helyezte a tábori sebészetet és új eljárást fejlesztett ki a végtag amputációkra, elsők között alkalmazza a hordágyat, a keményítő-s rögzítőkötést, valamint a gipszet, melyhez gipszelő asztalt is készített. Felismerte, hogy a szervezet fájdalomra adott reakciója idegi eredetű, fontos megállapításokat közölt a traumás shockról, valamint javasolta kloroform helyett az éter alkalmazását.

⁴ Marchand, Louis-Joseph.; (2003). Portraits de Médecins. Chirurgien militaire français, baron d'Empire. Tallandier, Retrieved 2013.02.25., http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/larrey_dj.html

⁵ Tóth, Z.; (2007). A betegosztályozás (triage) jelentősége és módszerei a sürgősségi betegellátásban. Újraélesztés 5 (1), 9-19.

Kiemelkedő eredményeinek köszönhetően a XIX. században megjelentek a sérültek tömeges ellátásának alapelvei.⁶

A „Hadi sebészet alapvonalai” című munkájában a következőket írta: *„Meggyőződésem, hogy a jól megalapozott szervezés a csatamezőn és a kötözőhelyen sokkal fontosabb és eredményesebb, mint a tisztán orvosi működés. Ezért magamnak is kötelességemmé tettem, hogy az ütközet alatt sohasem fogok műtétet és más időrabló tevékenységhez, hanem először a sérültek transzportjait rendezem, és a szenvedőket sérülésük fokától függően osztom be úgy, hogy mindenki kivétel nélkül megkapja az elkerülhetetlenül szükséges segítséget. Minden hozzám beosztott orvosnak megparancsoltam, hogy a sebesült-transzportoknak a segélyhelyen való megjelenésüktől kezdve, a transzportok megszűnéséig egész tevékenységüket a vizsgálatra, osztályozásra és a halaszthatatlan segítségnyújtásra összpontosítsák”⁷*

Nemcsak ennek a kornak, de a katonai ápolásnak is kiemelt személyisége az 1820-ban egy bankár család gyermekeként született Florence Nightingale. Ápolói munkásságának elismeréseként 1854-ben a Krími Háború kitörése után anglia hadügyminisztere kinevezte az Angol Kórházak Törökországi Ápolónői Intézmény Főfelügyelőjévé. 1854. október 21-én 38 nővér társával együtt felszerelést és kötszereket visz Szkutariba, hogy a háborúban a sebesülteket ápolja. Üszkúdarban átszervezte a hadi kórházat, ápolt és ápolni tanított, rendszert vitt a káoszba, anyagokat rendelt és megtanította azokat alkalmazni. Ő lett a katonák szentje, a ’lámpás hölgy’, aki éjszaka is ápolta a betegeket a laktanya folyosón berendezett kórházban.

Ápolói munkásságának köszönhetően a 42,7%-os halálozási arány három hónap alatt 10%-ra, majd 2%-ra csökkent. A krími háborúból hazatérve tapasztalatai alapján közel 800 oldalban összefoglalva megírta a „Jegyzetek a hadseregről” című tanulmányát. William Farr-al, a statisztika úttörőjével elvégezte a kaszárnyák és katonai kórházak halandóságának és a civil világ halandóságának összehasonlító statisztikai elemzését. Tanulmányában leírta, hogy mit eredményez a rend és a higiéné egy kórházban, mit jelent az ésszerűség, a rendszer a hadszíntéri véres káoszban.

⁶ Farádi L., (1965). Az egészségügyi szolgálat fejlődése II. Honvédorvos XVII. évf. 307-314.

⁷ Papp Z., (2011). Emlékezés Nyikolaj Ivanovics Pirogov professzorra (1810-1881). Orvosi Hetilap, Akadémiai kiadó. 152 (21), 840-841.



3. sz. kép: „A lámpáshölgy”⁸

Publikációjának eredményeként feladatul kapta az egészségügyi gondozás megszervezését a hadseregnél. 1859-ben páratlan művet adott ki „Jegyzetek az ápolásról” címmel, mely az ápoló magatartásáról és a beteg segítéséről szól. 1860. június 15-én a londoni St. Thomas Kórházban megalapította az első szervezett nővérképző központot. Az ápolóképzés fejlődésével párhuzamosan az ápolás tevékenységi köre is bővült lassan, szakosodni kezdett az ápolás.

1859 az osztrák-olasz-francia háború éve, egymást követik a véresebbnél véresebb ütközetek. Június 24-én a solferinoi ütközet borzalmi nyomán Henry Dunant felismerte, hogy az osztrák és francia áldozatok jelentős része azon sebesült katonák közül került ki, akik nem jutottak időben megfelelő elsősegélyhez.⁹

Esmarch és Heiberg javaslatára az 1870-es években terjed el a ma is használatos eszméletlen betegnél alkalmazandó légútbiztosítási műfogás a fej hátrahajtása, áll előre emelése. Ennek eredményeként az első világháborúban a magyar szanitécek nadrágszíjukban egy nagyméretű biztosítótűt hordtak, melyet az eszméletlen fejsérült katonák légútjainak biztosításához használtak. A légutak megnyitására szolgáló műfogás (fej hátrahajtása, nyelv előrehúzósa) után a sérült nyelvet az alkohollal, vagy gyertyalánggal lefertőtlenített biztosítótűvel átszúrták. Így a nyelv nem tudott hátracsúszni a gégefedőre és kivédte a sérült fulladásos halálát.

⁸ Pápai T., (2011). Kihívások az egészségügyi katonák katonai katasztrófa medicinális képzésben.

Előadás. Magyar Katonai és Katasztrófa Orvostani Társaság XIV. Tudományos konferenciája, Budapest

⁹ Dr. Buda J., (1994). A betegápolás története, POTE Egészségügyi Főiskola, Pécs 112-143

A XIX. század végére a nagyipar gyors fejlődésének eredményeként megjelenő urbanizációs, közegészségügyi és járványügyi problémák egy új tudományterület, a közegészségtan és járványtan előretörését generálják. Pasteur és Koch kiemelkedő bakteriológiai munkája által számos kórokozó (anthrax, tbc, lepra, malária, pestis, tetanus, typhus, cholera, meningitis epidemica) vált ismertté, melyek többsége még napjainkban is megtalálható a CBRN fegyverek listáján, nem kevés kihívást jelentve a katona-egészségügy számára. Közben a sebészetben az antisepsist felváltotta az aseptis, William Stewart Halsted által elterjedt a gumikesztyű használata is. Megtörtént a röntgensugár és a radioaktivitás felfedezése, új érzéstelenítési módszerek (helyi és lumbális érzéstelenítés) bevezetése, valamint endoscopos diagnosztikai módszerek (laryngoscopia, cystoscopia, rectoscopia) is megjelentek.

A kor háborúiban a katona- egészségügyi szolgálat a folyamatos sérültellátás kivitelezésére és a tömeges sérült-ellátási képesség fejlesztésére fókuszált. Ezen szemléletbeli változások már az orosz-japán háborúban mérhető változásokat eredményeztek. Az orvostudomány jelentős specializálódásának köszönhetően megjelentek a több osztályos nagy kórházak, melyek már egyre több páciens ellátására voltak alkalmasak.

A polgári egészségügyben zajló változások következtében az első világháború alatti katona-egészségügyi ellátásában is megjelent az orvosi specializáció jelensége. Kialakultak a sérülés típusa szerinti szakosított orvosi ellátás területei, több tábori kórházban mozgó szakorvosi csoportokat hoztak létre. Az első világháború katona-egészségügyi tapasztalatai alapján Wilhelm A. Oppel kidolgozta a több szakaszban megvalósuló gyógykezelés elméletét, melynek értelmében a már korábban bevezetett kiürítési szakaszokon a sérült eltérő egészségügyi ellátásban részesül, azonban az egyes állomásokon a kezelés egyre magasabb fokának kell megvalósulnia. Ha az adott szakasz nem képes a megfelelő segélyt biztosítani, törekedjen a sérült mielőbbi stabilizálásával a szállíthatóság elérésére és továbbszállítására.¹⁰

A második világháborús technika fejlődésének köszönhetően jelentősen megnőtt az ütközetek során bevetett tűz- és csapást mérő eszközök száma, bővült a lőfegyverek tárháza, illetve tömegessé vált a harcokocsik és repülőgépek használata is. A

¹⁰ Farádi L., (1966). Az egészségügyi szolgálat fejlődése III. Honvéderős XVII. évf. 63-67.

haditechnika fejlődésének következményeként a hadműveleti területeken túl a hátszágot is érik támadások, így jelentősen megemelkedett a polgári sérültek száma, melynek következtében elsőként működnek együtt szorosán a katonai és polgári egészségügyi szolgálatok. Az orvostudomány további fejlődése lehetővé tette a katonák több típusú védőoltással történő ellátását, valamint az egész hadseregre kiterjedő fertőtlenítési eljárás megtervezését, azonban továbbra is kihívást jelentett a vírusok általi megbetegedések kezelése. A sebészet további specializálódása által új, önálló szakágak (idegsebészet, mellkassebészet, arc-állkapocs sebészet) alakultak ki. Jelentős előrelépést jelentett az orvostudományban a kemoterápiás szerek elterjedése, és a penicillin felfedezése. A második világháborúban a harctéren szolgálatot ellátó brit ápolók ideiglenes vérzéscsillapítás, fertőzés elleni védelem és fájdalomcsillapítás céljából a vérző sebszéleket pillanatragasztóval egyesítették. Előrelépés történt a shock megelőzése és kezelése terén, melyben fontos szerepet kapott a vérátömlesztés művelete, friss vér helyettesítése konzervált vérrel, valamint plazmapótszerek bevezetése, s az egészségügyi szakszemélyzet által végezhető egyszerű beavatkozások, ezzel is elősegítve a légi kiürítés gyors kivitelezését.

A második világháborúban a katona-egészségügyi ellátás már tudományos színvonalat ért el. Ekkorra már komplex egészségügyi biztosítási tervet dolgoztak ki, a várható sérültek ellátásával és az egész folyamattal kapcsolatban. Ezt a pontosan felépített taktikai eljárást ma már egyszakos szakkezelés néven ismerjük. Ennek főbb mozzanatai, először a sérült egyszerű ellátása, majd a lehető legjobb szállítási úton történő eljuttatása egy olyan intézménybe ahol szakszerű kezelést tudnak biztosítani számára. Az új taktikai elv bevezetésének eredményeként újra kellett definiálni a szállíthatóság fogalmát, kifejlesztették a diagnosztikus és terápiás technikai eszközök tábori formáit.¹¹

1949. április 4-én 10 nyugat-európai ország, valamint az Egyesült Államok és Kanada aláírja a NATO (North Atlantic Treaty Organisation) alapelveit és célkitűzéseit tartalmazó 14 cikkelyből álló washingtoni szerződést. A szervezet megalakulásának fő célja a külső fenyegetések elleni védelem biztosítása (5. cikk), mely egyértelműen garantálja, hogy a szervezet támadó politikát nem folytat, alapelve a kollektív védelem elve. A NATO történetében mérföldkövet jelent az 1989-es év, a hidegháború

¹¹ Farádi L., (1966). Az egészségügyi szolgálat fejlődése IV. Honvédorvos XVII. évf. 157-164.

befejeződése és a közép és kelet-európai rendszerváltás. A NATO, mint védelmi erő, megalakulásától kezdve folyamatosan meghatározó egysége a katonai-egészségügy fejlődésének, tevékenységeinek és feladatrendszerének.

Az 1950-es években az amerikai hadsereg létrehozta az úgynevezett mozgó sebészeti tábori kórházakat (Mobil Army Surgical Hospital, rövidítve: MASH). Ez egy, az ellenség lőtávolságán kívül lévő, mobil, egészségügyi személyzettel és eszközökkel jól felszerelt, 60 ágyasra tervezett egészségügyi egység. Kialakításának a célja az volt, hogy a sérülteket a frontvonalhoz lehető legközelebb tudják ellátni, ezzel is növelve a túlélési esélyeiket. Olyan életmentő sebészeti beavatkozásokat végeztek, mellyel a későbbi egészségkárosodás illetve rokkantság kockázata csökkenthető volt, valamint hozzájárult a sérült magasabb ellátási szintre történő kerüléséhez.¹²

A XX. század végére a hidegháborúk megszűntével a világrendszerek szembenállása jelentősen leeredukálódott. A globális politikai, gazdasági változások eredményeként új veszélyformák (nemzeti-, etnikai-, vallási feszültségek, terrorizmus és szervezett nemzetközi bűnözés) jelentek meg. A kor elvárásaihoz igazodva a nem háborús jellegű, úgynevezett „Humanitárius hadműveletek”, a válságmegelőzés és -kezelés jelenti a katonaság számára az új kihívást és feladatot. Ezekhez adaptálódva a katonai-egészségügy feladatrendszere is jelentősen változott. A sebesültek ellátásán túl már egy korszerű, komplex és teljes körű egészségügyi ellátást kell biztosítani, ami a lehető legjobban hasonlít a békeellátási formához. Ennek talán első példája az öbölháború volt, ahol a nagy veszteségre (30-40.000 fő, ebből 15.000 halott) számítva a támadó hadműveletre felkészített amerikai szárazföldi csapatok alig fél év alatt 44 katonai kórházat közel 13.000 ágygal és 23.000 fős egészségügyi személyzettel telepítettek át Európából és az Egyesült Államokból. Ezen túl a kórházhajókon (USNS Mercy, USNS Comfort) 1.500 ágy, a légiereőnek 3.500 ágy, valamint a térségen kívül 1.800 ágy Európában és 25.000 ágy az Egyesült Államokban volt biztosítva.¹³

¹² Medical treatment mash (2011). http://olive-drab.com/od_medical_treatment_mash.php Retrieved 2013-02-25

¹³ Svéd L., (2003). 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 tevékenységekre. Ph.D értekezés. ZMNE Hadtudományi Doktori Iskola

2.2. A hazai katona-egészségügy történetének fontosabb állomásai

A katona-egészségügy fejlődésének nemzetközi vonatkozásai a hazai katona-egészségügy fejlődésre is nagy kihatással voltak, azonban annak dinamizmusa időnként eltért a nemzetközi fejlődés dinamikájától.

Mátyás uralkodása alatt (1458-1490) kiépítette hazánkban az egyik legszuverénebb királyi hatalmat, és az ország védelmét szolgáló haderő reformjának eredményeként alakult ki hazai viszonylatban az első szervezett hadegészségügyi rendszer is. Mátyás király nemcsak a lakosság védelmét tartotta fontosnak, de egy „királyi kórház” felállításával megszervezte az egészségügyi ellátást is, melyet a nép védelmezőire is kiterjesztett. Budán egy 40.000 diákra számoló egyetem építési terveit készítette el. A tervek jelentős hasonlóságot mutatnak a római castrumokéval és a bennük lévő egészségügyi rész elhelyezkedésével. Az „egyetemi építkezés tervét” a király titokként kezelte és valószínűsíthető, hogy valójában a hadsereg központi gyűjtőhelyének szánták ezt az épületet.¹⁴

Az 1500-as években a törökök fokozatosan elfoglalták az ország egyharmad részét. Keleti kultúrájuk honosításának eredményeként egyetlen kolostor kórházat sem tűrtek meg, saját betegek részére külön kórházakat emeltek a jelentősebb katonai erődökben (Budai Vár, Pécs, Szolnok, Temesvár). Az első katonai ragálykórházat 1527-ben Fáber János vezette a budai várfalak alatt. A Budát visszafoglaló seregek 1686-ban a Margitszigeti kapucinus zárdában katonai kórházat létesítettek, majd ezt 1688-ban áthelyezték Pestre. 1696-ban Buda visszavétele után katonai kórházat létesítettek a budai Főutca és Királyhegy utca sarkán. 1728-ban az egri scola medicinalisban megindult a hazai orvosképzés, melynek eredményeként lassan fejlődni kezdett az ország ágyszáma. A polgári kórházakon túl a monarchia katonáinak közel 40 helyen voltak gyengélkedői, melyek felszerelését a csapatok általában magukkal vitték egy-egy területfeladást követően.

Mária Terézia 1769-ben kiadott rendeletében („Rendelet a rögtöni segélynyújtásról”) szabályozta a Birodalom területén az elsősegélynyújtást. Így Magyarországon is ettől kezdve kötelező az elsősegélynyújtás! Az első törvényt többször megújították, 1792-ben

¹⁴ Birtalan Gy., (1954). A modern hadegészségügyi szervezet kialakulásának kezdete külföldön és hazánkban. Katonaorvosi szemle VI. évfolyam 691-701

és 1799-ben elsősegélynyújtó császári rendelet jelent meg, de a polgári mentés továbbra is szervezetlen maradt. 1827-ben II. József táborig kórházat alapított a Soroksári úton. 1835-ben megjelent Flór Ferenc „Tetszoltak Felélesztésökről Szóló Tanítás” című műve, melyet az elsősegélynyújtás első magyar irodalmának tekintünk. Flór felismerte, hogy a halálfolymat lényege a szervezet oxigénhiánya, leírta a befúvásos lélegeztetést, és könyvében sürgette a mentőintézmények országos szervezését, tekintettel arra, hogy ebben a korban Magyarország egészségügyi és kórházi ellátása messze elmaradt az európai országokhoz viszonyítva.

A magyar szabadságharc idején a nemzeti hadsereg egészségügyi ellátását a pákozdi csatában Sauer Ignác főorvos irányította, majd a schwechati csatában Stahly Ignác főorvos szervezte meg az első táborig kórházat Mosonban és Győrben. A csata eseményei miatt szükségessé vált az egészségügyi ellátás és a kórházhálózat újjászervezése, melyet már Flór Ferenc tisztifőorvos irányított. Szervező munkájának eredményeként bevezette a több szakaszos egészségügyi ellátást az alábbiak szerint:

1. *zászlóalj közapolóhely* – elsősegélynyújtás végzésére
2. *ideiglenes táborig kórház* – első orvosi segély végzésére, önkéntes ápolónők segítségével
3. *mozgó táborig kórház* – 10-20 szekérra felmálházva folyamatosan követve a csapatokat első orvosi, illetve sebészi segély végzésére
4. *hadikórház* – a hosszabb kezelést igénylők ellátására az ország több városában főkórház vagy főkkórház funkcióval a sérültek számához viszonyított ágyszámmal.

Flór felismerte, hogy a gyorsan változó hadműveletek miatt nem lehet centralizálni az egészségügyet, ezért szorgalmazta több kis létszámú hadikórház felállítását, elsősorban a helyszínen található erőkkkel és eszközökkel. A hadikórházak vezetésére a helyi sajátosságokat és lehetőségeket jól ismerő polgári orvosokat jelöltek ki, katonarvos csak a nagy kórházak élére került. Fontos kiemelni, hogy az egészségügyi ellátás sikereinek tudható be azon tény, hogy a honvédorvosok a honvédség teljes bizalmát élvező tiszttek voltak, akik a kor szakmaiságának megfelelő ismeretekkel rendelkeztek. A kor kiváló sebészei, Balassa és Lumnitzer a kloroform mellett már

éterrel végzett narkóziást alkalmaztak, holott két évvel előbb végezték csak el Londonban az első altatásos műtétet.

Komoly nehézséget jelentett az ápolás, mivel ebben az időben az ápoló, „kórápoló” fogalma még nem volt ismert. A sérülteket eleinte katonatársaik segítették és ápolták. Flór nagy lehetőséget látott a nők ápolókénti alkalmazásában. 1848 novemberétől a Honvédelmi Minisztérium Egészségügyi Osztálya egyre többet foglalkozott a „kórápolók” képzésének kérdésével. Július 4-én az Orvoskar igazgatójává nevezték ki Balassa Jánost, akinek reform elképzeléseiben a katonaoorvos képzés és a betegápoló képzés szerepelt. A női ápolók rendszerének erősítése céljából Kossuth az összes tábori kórház országos főápolónőjévé nevezte ki testvérét, Meszlényiné Kossuth Zsuzsannát, és ezzel egyidejűleg meghatározta annak feladatát, valamint a kórházparancsnokok ápolónőkkel kapcsolatos kötelmeit. Megalakult az Országos Kórodai Főápolónői Intézet, Kossuth Zsuzsanna felhívást intézett a magyar nőkhöz, melynek eredményeként 1849 májusában a Nőegyleten belül megalakultak a betegápolói egyletek, melynek tagjai segítették a kórházakban az ápolási munkát.

Országos főápolónői szemléjének eredményeként Kossuth Zsuzsanna közel 70 új tábori kórház felállításában vett részt, szervező tevékenységével biztosította a női személyzetet, a felszerelést és a kórházak élelmezését. Közben a kormány ismét megbízta Balassát, hogy a megszakadt hadorvosi és kórápolói tanfolyamot újraindítsa. A kórápolói tanfolyam vezetésére Arányi Lajos kórboncnok professzort kérték fel, de a tanfolyam indítását felülírta a háború váratlan fordulata. Megemlítendő, hogy Arányi már a háború kitörése előtti időben az életmentést az orvosi egyetemen kívül a papneveldekben és tanítóképzőkben is saját kezűleg rajzolt oktató tábláit használva oktatta és számos cikket közölt az életmentéssel kapcsolatban.

A háború eseményeit követve Kossuth Zsuzsanna feladata volt a sebesültek elszállíttatása és a kórházak déli területek felé történő áttelepítése a betegápolás szem előtt tartásával. A szabadságharc egészségügyi ellátórendszerében kiemelt humanitárius szerepet tulajdonítottak a hadifoglyok gondozására, kezelésére. Flór Ferenc több esetben a hadifoglyok közül az orvosokat és képzett betegápolókat polgári fizetéssel alkalmazta a kórházakban.

Mindezek alapján megállapítható, hogy a Kossuth Zsuzsanna nevéhez fűződő magyar szabadságharc betegápolása, az emberbaráti elveket hirdető önkéntes ápolónői kar megszervezése, a hadifoglyokkal való humánus bánásmód elve megelőzte a nemzetközi betegápolás megteremtőjeként hirdetett Florence Nightingale tevékenységét. A szabadságharc egészségügyi ellátásának tapasztalatai akár alapjai lehettek a napjainkban alkalmazott NATO STANAG egészségügyi irányelveinek is. A XXI. századi hadviselés egészségügyi szervezésében is megtalálhatók a szabadságharc egészségügyi tapasztalatainak nyomai. A háborús körülmények között elengedhetetlen a helyi közigazgatási szervek, a helyi egészségügyi intézmények és a lakosság önkénteseinek bevonása. Szükség esetén a középületek viszonylag gyorsan átalakíthatók szükségkórházakká a bennük fellelhető anyagi eszközök felhasználásával. A nőket még képzettség nélkül is, megfelelő irányítással széles körben lehet bevonni a betegápolásba. A békeidős orvostudományi, ápolástudományi eredményeket mielőbb adaptálni kell a katona-egészségügy gyakorlatába. Hirtelen változó hadszíntéri események esetén célszerű az egészségügyi eszközöket és erőket a lehető leggyorsabban és mértékben decentralizálni, ezért fontos könnyen mozgatható „mobil” egészségügyi alakulatok szervezése.

A kiegyezés után 1868-ban Grósz Lipót a hazai betegellátás helyzetét tanulmányozta, feltérképezett 92 magyarországi kórházat, melyből 31 felekezeti jellegű volt. A város egyesítés idejében, 1872-ben Budán az Alkotás utcában kezdte meg működését a K.u.K. XVII. helyőrségi kórház. A mai Honvédkórház jogelődje, a XVI. helyőrségi kórház Pesten az Orczy út és Üllői út sarkán barakkrendszerben működött. Az 570 ágyas kórházban akkor 8 orvos és 176 betegápoló teljesített szolgálatot.

A kórházügyet és az ápolás kérdéseit a második világháborúig az 1876. évi XIV. törvénycikkely szabályozta. Ezek a szabályozások valamennyi kórházra érvényesek voltak. Ebben az időben a főváros legkorszerűbb kórháza az Irgalmasok budai kórháza volt. Az 1880-as évektől helyőrségi kórházak építése kezdődött, a fővárosban három, továbbá Pécsen, Szegeden, Győrben, Pozsonyban, Nagyváradon és Kolozsváron.

1899. június 30-án nyílt meg a jelenlegi Honvédkórház területén a 16 sz. helyőrségi kórház (K.u.K. Garnisonspital N^o 16), melyet a jelenlegi Honvédkórház elődjének tekintünk, bár napjainkig az intézmény több alkalommal ment keresztül

névváltozásokon. A kórház egészségügyi anyagraktárral, gyógyszer-és kötszerosztállyal is rendelkezett, így a kor és az ország legmodernebb egészségügyi intézménye lett. Az orvosok mellett tisztek, tisztiszolgák és legénységi állomány tartozott az intézmény alkalmazottai közé. Az I. világháború harctereiről hazaáramló sérültek számának jelentős emelkedése a kórházi kapacitás barakkokkal történő bővítését, bakteriológiai és röntgen laboratórium kialakítását eredményezte. Az infrastrukturális fejlődéssel az ellátók száma nem emelkedett, a jelentős személyzet hiány rendezése céljából a Pesti Hírlapban hirdetéssel hívták fel a korábbi harctéri sebesült-vívók és ápolók figyelmét arra, hogy szükség van a segítségükre a civilek ellátásában. A nagy forgalmú kórházban külön orvosi segédszemélyzet működött, melyhez 7 fő gyógytechnikai segéd, 1 diétásnő, 2 műtősnő, 2 osztályfelügyelő és 2 fürdős tartozott. A betegápolást 60 egészségügyi katona ápoló, 12 Szent Vince rendbeli nővér és 14 civil ápolónő végezte. A fővárosi kórházi viszonyokat tekintve egy 100 ágyas sebészeti osztályon 16 nővér és 2 műtős teljesített szolgálatot, a Honvédkórház 130 ágyas sebészeti osztályán 3 apáca, 3 ápolónő, 1 műtős és 4 egészségügyi katona látta el ezt a feladatot.

A Honvédkórházban 1936-tól a napi tevékenységen túl egyre nagyobb hangsúlyt fektettek a II. világháborúra történő felkészülésre. Az előjelzések szerint ugyanis minden addiginál súlyosabb háború bekövetkeztét várták, melynek célja – hirdette a politika – az ellenfél teljes elpusztítása, nem kímélve a nőket, gyermekeket, időseket sem, ezért a sérültek előzetesen becsülhető létszáma várhatóan minden korábbinál magasabb lesz.

A várható előjelzések miatt a katona-egészségügyön túl a pogári egészségügyben is folyamatos volt a felkészülés. Horthy kormányzó menyje Horthy Istvánné közéleti és reprezentatív feladatai mellett ápolási tanfolyamot végzett, majd vöröskeresztes nővérként dolgozott, majd később a műtősnői képzés elvégzését követően műtősasszisztensként teljesít szolgálatot.

Az előjelzések bekövetkeztek a II. világháború alatt: a gyakran 1500 főt meghaladó jelentős sebesült létszámhoz emeletes ágyak alkalmazásával, a viszonylag stabil állapotú lábadozó sérültek más fővárosi vöröskeresztes kórházakba, szanatóriumokba történő továbbirányításával adaptálódott a kórház. A magyar betegeken túl szovjet, amerikai, angol, francia és lengyel katonákat is gyógyítottak a kórházban. Az 1944-es,

fővárost ért bombatámadás miatt a kórház épülete is jelentősen megrongálódott. 1945 tavaszán kezdődött meg a kórház helyreállítása, majd 1945. június 2-án alakult meg és kezdte el működését a Budapesten létesített 1. sz. Honvéd Helyőrségi Kórház. 1947. augusztus 1-jén újabb névváltoztatás történt, így az intézmény a Honvéd Központi Kórház néven működött tovább, mely az évek során a Néphadsereg egészségügyi bázisintézete lett. 1948-at a fordulat évének tekinthetjük, ugyanis ekkor történt meg a Néphadsereg újraszervezése, amely lehetőséget teremtett arra, hogy megvalósuljon az egészségügyi szolgálat megszervezése is. 1949. augusztus elsején kerül felállításra a Hadtáp Szolgálatfőnökség IV. önálló osztálya, amely később Egészségügyi Csoportfőnökség néven egy új struktúrában működött tovább. Az első egészségügyi csoportfőnök Dr. Merényi Gusztáv orvos vezérőrnagy volt, akit 1950-ben koncepció per áldozataként kivégeztek. 1950. április 1-én nyílt meg a VII. kerület Gorkij fasor 9 szám alatt a Honvéd Rendelőintézet. 1951-ben megalakult az Idegsebészeti Osztály, és megkezdte működését a Honvéd Vérellátó Intézet.

A klinikai gyógyításban szolgáló katonáorvosok felismerték, hogy a szakmai ismereteik szinten-tartásához és az intézmények költséghatékony működéséhez elengedhetetlen a katona-egészségügyi intézmények megnyitása a polgári betegek előtt, így kezdeményezésükre 1953-ban már az ágyak 30 %-án polgári betegek kezelése folyt. Az ebben az időben megnyílt Országos Traumatológiai Intézet vezetőjét kinevezték a Magyar Néphadsereg fősebészévé. Ezen előzmények után 1952-ben a budapesti kórházban megalakult a Baleseti Sebészeti Osztály Dr. Diner Ottó vezetésével, majd később a vidéki Katonai kórházak is becsatlakoznak a polgári traumatológiai, sebészeti és belgyógyászati sürgősségi ellátás rendszerébe.¹⁵

Az 1956-os forradalom ideje alatt a megelőző intézkedéseknek köszönhetően a kórház megfelelően adaptálódott az állapotokhoz és 18 napig mind szakmailag, mind operatíván jól végezte és szervezte a betegek és sérültek ellátását, további elhelyezését. A forradalom az ország egészségügyi ellátórendszerén túl a Magyar Néphadsereg egészségügyi rendszerére is hatással volt – a csapatorvosok száma jelentősen csökkent-, melynek kompenzálására a hadsereg társadalmi ösztöndíj rendszert vezetett be,

¹⁵ Turcsán A., (2012). Gyógyításra esküdtünk Zrínyi kiadó, Budapest

valamint a kórház katona orvosai kidolgozták az új kompletteket és a csapatorvosi hiány miatt tartós vezénnyelssel erősítették a csapat-egészségügyi szolgálatot.¹⁶

Mindezek eredményeként 1959-től a kórházi pavilonok folyamatos felújításával párhuzamosan új, korszerűen felszerelt osztályok, részlegek és egységek (idegsebészet, aneszteziológia, vérellátó osztály, neurológiai osztály, égési részleg, izoláló helyiségek, műtő egység, röntgen egység,) kezdtek meg működésüket és ezzel egyidejűleg tudományos, kutató, oktató és fejlesztő munkájukat a polgári-, valamint a katonaegészségügy területén, hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt.

A kórház 1967-1971 közötti felújítási fázisának eredményeként kerültek a fekvőbeteg osztályok, diagnosztikai és kiszolgáló egységek a végleges helyükre, azonban az intézmény felújítása, korszerűsítése továbbra is, folyamatosan zajlik. Ennek egyik jelentős eredménye az 1972 márciusában átadott új Rendelőintézet volt. Az intézmény 1968 és 1973 között MN Központi Kórház, majd 1990-ig MN Központi Katonai Kórház néven működött.¹⁷

A mindennapi gyógyító tevékenysége mellett a kórház kiemelt jelentőséggel bírt az orvostudományban, ápolástudományban, hadtudományban bekövetkező változások követése, fejlesztése, és oktatói tevékenységek végzése. A tudományos fejlődés követésének következménye az új diagnosztikai, terápiás módszerek alkalmazásához szükséges technikai eszközök és infrastruktúrák biztosítása. Az egészségügyi technika, a tudományos és gyógyító tevékenység dinamikus fejlődése, valamint az ellátandók körének bővülése miatti zsúfoltság, a kórházi kubarúra elöregedése már a hetvenes években felvetette egy korszerű kórház építésének gondolatát, de akkor még csak az előzőeknél átfogóbb rekonstrukció kivitelezésére volt lehetősége a vezetésnek. Ebben az időszakban jelentős beruházások és technikai fejlesztések zajlottak a kórházban és a csapattagozatban is. Üzembe helyezték az új CT készüléket, majd korszerű ultrahang és laparoszkopos technika került bevezetésre, a csapategészségügy területén 1980-tól műtő-, labor-, epidemiológiai konténert, fertőtlenítő eszközöket és korszerű sebesültszállító és kötöző járműveket rendszeresítettek, melyeket a nagy hadgyakorlatok (pl. Pajzs-79, Orion-85) alkalmával alkalmaztak először nálunk.

¹⁶ Dr. Farádi L., (1983). Diagnózis az életemről, Gondolat kiadó, Budapest

¹⁷ Páczerné B.J., Szerk. (1999). A Honvédkórház 100 éve jubileumi emlékkönyv, HVK ECSF-ség, Budapest

Az „új kórházra” vonatkozó elképzelések 1984-ben alakultak ki és 1986-ban megkezdődött annak kivitelezése. Ekkor, ebben az évben vette kezdetét a hadsereg átalakítása – mely egyre inkább a nyugati katonai struktúra elveit igyekszik követni –, azonban ez még akkor a katona-egészségügy struktúráját nem érintette. A honvéd-egészségügy működésére, struktúrájának változására az 1989-ben történt rendszerváltás és hazánk 1999-es NATO-ba történő csatlakozása volt kihatással, melynek eredményeként kiemelendő, hogy a haderő létszáma 1/5-ére, az egészségügyi szolgálat létszáma 1/3-ára redukálódott. Több intézetet megszüntettek, integráltak, és új intézetek alakultak. A változások egyik szervezeti pozitívuma, hogy az egészségügyi szolgálat – az 1997-ben egyesített Anyagi-technikai szolgálatból kiszervezve – a Vezérkari Főnök közvetlen irányítása alá tartozó önálló szolgálatként működött tovább.

A NATO csatlakozás jelentős változásokat indított el a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának rendszerében is. A csatlakozás egyik jelentős hozománya a külföldi szerepvállalásokban testesül meg, melyek eredményeként már eddig több száz egészségügyi tiszt és tiszthelyettes vehetett részt nemzetközi katonai missziókban, ezzel is növelve az állomány hadszíntéri tapasztalatait, nem utolsósorban erősíteni az állomány előmeneteli rendszerét és karrier modelljét, egzisztenciáját.

A felgyorsult változásokat jellemzik a folyamatosan megjelenő új feladatok és kihívások – mind békeidőben, mind pedig minősített helyzetekben, akár itthon, akár külföldi feladatteljesítés közben is. Ezekhez a változásokhoz adaptálódva igyekszik megfelelni a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálata is, melynek bizonyítéka az Egészségügyi Szolgálat struktúrájának és intézményrendszerének folyamatos igazodása, fejlődése.

Kiemelt jelentőségű változásként kezelendő a honvéd-egészségügy életében, hogy 1989. december 1-től a gyógyító intézetek az OEP finanszírozási rendszerébe kerültek, bizván abban, hogy ezzel erősítik fennmaradásukat. Ezen változás következményei napjainkban is jelentősen befolyásolják az intézmény működési jellegét. Az intézmény 1990-1995-ben MH Központi Katonai Kórház néven funkcionált, majd az 1995-2006 közötti időszakban, a pesti és a budai részleg egyesítése után, MH Központi Honvédkórházként működött tovább. 2006-ban felvette Dr. Radó György nevét, aki az 1956-os események idején az intézet vezetője volt. A honvédelmi miniszter 23/2007.

(HK 4.) HM határozata alapján 2007. március 1-én egy újabb átszervezéssel jött létre – öt elődintézmény jogutódjaként – a magyar katona-egészségügy új szervezete: a MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ. Az Egészségügyi Központ főbb feladata a gyógyítás, a kiürítésben való részvétel, a kiképzésben, egészségügyi szakanyagellátásban való részvétel, a prevencióban, a kutatás-fejlesztésben való közreműködés. A Központ szolgáltatásai sorában szerepel az egészségvédelem, a különböző alkalmassági és egészségügyi vizsgálatok ellátása, a járványügy, valamint a tisztiorvosi szolgálat.¹⁸

2007. július 1-én alakult meg, négy elődintézmény integrálásából, az Állami Egészségügyi Központ (Honvéd, Rendészeti és Vasút-egészségügyi Központ). Az új intézet teljes körű ellátást nyújtó súlyponti kórházként – a progresszív betegellátás csúcán elhelyezkedve – az ország egyik legjelentősebb egészségügyi intézete lett, melyre az akkori egészségügyi reform zászlós hajójaként tekintettek. A korszerű intézetben 1101 aktív és 220 krónikus, valamint 613 rehabilitációs ágyon, összesen hét telephelyen, közel 3000 jól képzett szakemberrel végezték a betegellátást. 2010. augusztus 2-től az intézmény neve, hangsúlyozva az intézmény tevékenységének főbb jellemzőit, Honvédkórház - Állami Egészségügyi Központ névre változott.¹⁹

A Magyar Honvédség elemeinek, ezen belül a honvéd egészségügy racionalizálása, a polgári egészségügyi ellátórendszer progresszivitás elvű rendszerének kialakítása egy új struktúra felállítását eredményezte, melynek következtében 2011. november 15-től a Honvédkórház-ÁEK szervezeti elemébe integrálódott az MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ. Az új intézmény neve Magyar Honvédség Honvédkórház. A Honvédkórház hadrendi elemként egyedülállóan magába foglalja az összes katona-egészségügyi képességet, a prevenciótól a definitív, a sürgősségitől a rehabilitáción át a krónikus betegellátásig. A Magyar Honvédség egészére kiterjedő egészségügyi szakfeladatok is az egységesült intézményre hárulnak, mint például hatósági feladatok, repülőorvosi alkalmassági vizsgálat és kutatás, speciális kutatás és fejlesztés, vagy missziós tevékenységek ellátása.

¹⁸ Kovács A. Szerk., (2010). Csapathagyományok, Gyógyítás és megelőzés, Katona-egészségügy, Zrínyi Kiadó, Budapest

¹⁹ Dr. Schandl., (2011). A Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ lehetőségei és feladatai a tömeges és speciális sérült ellátásban
letöltés: <http://www.bm-tt.hu/cuccok/letolt/bttaekkonf2011/SchandlLaszlo.pdf> 2013-03-24

Az átalakulás új szervezeti struktúrát, vezetési filozófiát, működési rendet, valamint a polgári és katona egészségügy feladatainak speciális operatív és pénzügyi működését eredményezte, különböző hatékonysági mutatókkal. Az új intézmény hatékony működésében továbbra is problémát jelentett, hogy az egészségügyi és a honvédelmi tárca az intézmény speciális, multifaktoriális feladatrendszeréhez nem tudott egységes, teljesítményelvű finanszírozási struktúrát adaptálni. A honvédelmi miniszter 2013. február 1-jei hatállyal az intézmény alapító okiratát módosította és annak új neve Magyar Honvédség Egészségügyi Központ lett. A költségvetés működés biztosítását egy újabb struktúra, menedzsment és filozófiaváltás követte, melynek átalakítási és fejlődési folyamata napjainkban is tart.

2.2.1. A hazai katona-egészségügy tudományos és oktatási tevékenységének fejlődése, s mai alapjai

A katona-egészségügyi ellátás szervezését, irányítását, a harctéri sebesültek ellátását és a katona-egészségügy tudományos tevékenységeinek koordinálását 1914. novemberétől a Honvédkórház végzi. Az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának javítása céljából 1927-től a betegellátás mellett ápolónőképző és egészségügyi aliszti tanfolyamokat indítottak. 1932-ben az 1. sz. honvéd gyalogezred által végzett gyors kiképzés után egészségügyi katonákat vezényeltek a kórház állományába, akiknek szakkiképzését a kórház tovább folytatta, majd különböző egészségügyi szakfeladatok – műtőseged, beteghordó, betegfelvételi, gyógyszerári – ellátását bízta rájuk.

1936-ban a II. világháború kitörésének veszélyeztetése miatt, az akkori kórházparancsnok javasolta jelentésében, hogy az orvosok képzésébe építsék be a biológiai (restauráló) hadi-sebeszet, a katonai (tömeg) közegészségtan, a harci gázok kutatása és vegyisérültek ellátása, valamint az egészségügyi taktika oktatását, akár önálló tanszéki működés formájában is. A háborúra történő felkészülés részeként 1937-ben nagygyakorlatra került sor, melyen mintegy 50.000 ember vett részt. Emellett a kórház és a gyakorlaton résztvevő állomány egészségügyi felszereltségének állapotát is felmérték, a hiányosságok pótlására pedig intézkedéseket fogantatosítottak.

A II. világháború befejezését követően 1948-ban, a Néphadsereg újjászervezése során felvetődött az a gondolat, hogy a katona-egészségügy minden irányú fejlesztése

céljából egy bázisintézetet kell létesíteni, amely az egészségügyi ellátás mellett tudományos kutatásokkal és továbbképzésekkel is foglalkozik. 1949. március 10-én nyitotta meg kapuit a Honvédorvosi Alkalmazó Iskola. Még ez év szeptemberében a Központi Honvédkórház Idegosztályán Honvédorvosi Főtiszti Tanfolyam vette kezdetét. Az orvosi és ápolói, asszisztensi létszámhiányon túl ugyanis az is problémát jelentett a kórházban, hogy a bevonuló orvosok és egészségügyi tiszthelyettesek nem rendelkeztek katonáorvosi, katoná-egészségügyi ismeretekkel.

Az újjászervezett Néphadsereg struktúrájához és feladataihoz igazodva meghatározták a fejlesztéshez szükséges követelményeket és intézkedéseket, melyekben a szakmai munka színvonalának növelése céljából kiemelt szerepet kaptak az alábbiak:

- állandó egészségügyi iskola szervezése
- egészségügyi intézetek szervezeti bővítése
- egészségügyi könyv rendszerezése
- új, hivatásos orvosok gyorsított tanfolyama
- új tiszthelyettesi és női tiszthelyettesi gárda képzése
- hivatásos orvos-tiszti alkalmazó tanfolyamok

Az intézkedések eredményeként 1950. január 1-től az Egészségügyi Továbbképző Intézet irányításával a Kórházban Honvéd Egészségügyi Iskola kezdi meg működését, amely a hivatásos és tartalékos orvosok, valamint az egészségügyi tiszthelyettesek képzését végezte. Szintén 1950-ben indult el Dr. Ákos Károly orvos ezredes vezetésével a Felcser Tiszti Iskola, melyet később, 1959-ben megszüntettek. A tudományos tevékenység elindulását jelzi, hogy megalakult a Honvéd Egészségügyi Tudományos Kutató Intézet és a Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsa, melyek rendszeresen szerveznek konferenciákat a kórházban és a csapattagozatban szolgáló egészségügyi katonák részére. 1958-1968 között az MN Központi Honvédkórház szervezetében működött a Katonai Egészségügyi Továbbképző Intézet, melynek fő feladatai az alábbiak voltak:¹⁷

Az Intézet kiképzési és továbbképzési profiljában kiemelt helyet foglalt el a HM közvetlen alakulatok felcser tisztjeinek és egészségügyi tiszthelyetteseinek rendszeres elméleti és gyakorlati továbbképzése.

KIKÉPZÉSI, TOVÁBBKÉPZÉSI PROFILOK			
<i>A képzés profilja</i>	<i>gyakorisága</i>	<i>csapatgyakorlat igen /nem</i>	<i>egyéb</i>
Hivatásos egészségügyi tiszthelyettesképzés	esetenként		
Tartalékos egészségügyi tisztés tanfolyam	folyamatos		3 hónap
Hivatásos felcser tiszti tanfolyam		igen	6 hónap
Autokláv-vízdesztilláló utánfutó és fürdető-fertőtlenítő berendezést kezelő egészségügyi tisztés képzése	esetenként		
Tartalékos röntgen-technikusi tiszti és tiszthelyettesi tanfolyam	esetenként		
Műtőssegéd tanfolyam sorállomány részére	esetenként		

1. sz. táblázat: Kiképzési, továbbképzési profilok 1958-1968 (saját szerkesztés)

Az egészségügyi technika, orvostudomány, hadtudomány fejlődésének felgyorsulása miatt a kórházi katonáorvosok új módszerek, eljárások kidolgozásában vettek részt, valamint a csapatorvosok hiánya miatt azok egészségügyi munkáját is felügyelték. Egyre szorosabb szakmai kapcsolat indul meg a polgári orvosképző és kutató intézetekkel. A Honvédorvos folyóirat az orvostudomány elismert folyóiratává vált, szemléltetvén a polgári és katoná- egészségügy számára, hogyan módosulnak a békeidős ellátás alapelvei rendkívüli körülmények között. E tudományterületet az orvosképzésben önálló diszciplínaként katasztrófa-medicina néven ismerik el. 1964-ben Könnyű Sebesült Kórházat, majd 1965-ben az égési sérültek ellátására specializálódott Mozgó Sebesült Kórházat mutattak be. A kórházi katonáorvosok több egészségügyi hadgyakorlaton is részt vettek. 1966-ban alakult meg a Kórház Tudományos Tanácsa. A Varsói Szerződés tagállamainak katoná-egészségügyi szolgálatai évente egy alkalommal tudományos konferenciát szerveztek, melyen a magyar katonáorvosok is aktívan vettek részt. Ebben az időszakban indult el a leningrádi Kirov Akadémián a magyar katonáorvosok képzése. 1969-ben az Orvostovábbképző Intézetben megalakult a Honvédelmi-Egészségügyi Tanszék, mely jelenleg a Semmelweis Egyetem Honvéd- és Katasztrófa-orvostani Tanszékként funkcionál, a katonáorvosi szakképzés és továbbképzések tudományos koordinálásaként.

Mindeközben tovább zajlott a csapatorvosok és felcserek továbbképzése, valamint több osztály is foglalkozott orvosok és középkaderek továbbképzésével. 1974-től az egyetem elvégzése után a fiatal orvosok először a Központi Katonai Kórházban fél-, majd egy éves katonatorvosi képzésen vettek részt, melynek részét képezte egy oxiológiai tanfolyam is, aminek letöltése után kerültek ki a csapatokhoz. A szakmai ismeretek és képességek szinten-tartása céljából a katonatorvosok részére kötelezővé vált havonta egy szakmai nap és évente egy hónap folyamatos szakmai gyakorlat letöltése a kórházban, valamint a katonatorvosi szakképesítés megszerzése céljából öt év alatt egyszer egy éves kórházi vezénylést biztosítottak a jelölt részére. Az új rendszer bevezetésének eredményeként a csapatorvosi tagozat orvosi állománya 1975-ben 100 %-os feltöltöttséggel működött. Azok a férfi tiszthelyettesek, akik az egészségügyi tiszthelyettes képző iskolából kikerültek egészségügyi szakmai munkára, csak korlátozott számban váltak alkalmassá, elsősorban az egészségügyi anyagellátás feladatainak ellátásával bízták meg őket.

Fontos lépés volt a változásokban, hogy a 60-70-es években az egészségügyi ellátórendszer szakmai és technikai fejlődésével egy időben, a rendszer igényeinek maximális kielégítése céljából, útjára indult az egészségügyi iskolai reform is, melynek eredményeként 1965-ben az egészségügyi szakiskolák mellett elindultak az egészségügyi szakközépiskolák, és a két képzési forma szakképzettségét egységesítették általános ápoló és általános asszisztens szakképesítésre. A képzési rendszer átalakításának eredményeként 1975-től kerülnek állományba ezzel a polgári végzettséggel rendelkezők, és ebben az időben kezdődik meg a női tiszthelyettesek alkalmazása is.

A 70-80-as években a Hadtáp Kiképző Központban alap egészségügyi képzést adó tiszthelyettesi képzések indultak egységes képzési tematika és kimeneti követelmény alapján, amelyek a békeidős és háborús ellátás képességeire készítették fel az állományt.

Több konferenciára is sor került 1976-ban, köztük „A tudomány előszóiban”, „Az orvos-műszaki szolgálat tudományos konferenciája”, „Csapatorvosi konferencia”. A sürgősségi betegellátás színvonalának emelése céljából minden orvos tisztet, és főfoglalkozású polgári orvost sürgősségi orvosi táskával láttak el. Az 1979-es évektől már etióp és mozambiki egészségügyi dolgozók kiképzését végzik a kórházban. Az

évek során a kórház működése további változásokon ment át. Megjelentek a klinikai ellátás gondjai, melynek javítására műtőstanfolyamot, nővérképzést, bonctani továbbképzést és transfúziós tanfolyamot indítottak el.

A 1980-90-es évek főbb jellemzői a szervezeti korszerűsítések és technikai fejlesztések, mind a központi, mind pedig a csapattagokban. A technikai fejlesztések eredményei elsősorban a különböző hadgyakorlatokon kerültek bemutatásra. Sajnos az egészségügyi szolgálat szakmai fejlődését célzó oktatási és képzési kezdeményezéseket folyamatosan háttérbe szorították a mindennél fontosabb, napi megélhetést jelentő gazdasági szempontok; a folyamatos átszervezések jelentősen gátolták egy stabil, jól kidolgozott képzési rendszer és oktatási bázis kialakítását.

Új kihívást és jelentős változást eredményezett az egészségügyi szolgálat számára több dimenzióban is a Magyar Honvédség 1990-ben megkezdett átalakítása, majd a NATO-ba történő integrációs folyamat elindulása. A változást meghatározó fontosabb szempontok az alábbiakban összegezhetők:

- a sorkatonai szolgálat átalakítása és a haderőreform eredményeként a létszamarányok és állományarányok jelentős csökkenése, átalakulása;
- a hadászati támadó filozófia megszüntetése, és ennek következtében a támadóeszközök számának racionalizálása;
- valamint a NATO elvárásokhoz való adaptálódás és megfelelés.

A változások egy új képzési struktúra kialakítását generálták a Magyar Honvédség valamennyi területén, így a honvéd-egészségügyben is. Mind a NATO, mind pedig a Magyar Honvédség tudományos tevékenységéről elmondható, hogy a kutatás-fejlesztés és az oktatás sokáig külön utakon zajlott, így annak költséghatékonysága, szakmaisága gyakran nem hozta meg a várt eredményeket. Kiemelt feladatként jelentkezett a NATO szabványosítási folyamata, melyben a közös doktrínák, folyamatok, képzési tematikák kidolgozásának és abszolválásának dinamikáját elsősorban a szakképzett humán erőforrás hiánya lassította: ezen feladatok koordinálására alakult meg NATO szinten a Kiválósági Központok hálózata (NATO Centres of Excellence).

A Magyar Honvédség saját képességeinek feltérképezése és további négy társnemzettel (Csehország, Hollandia, Németország, Románia – majd később

Olaszország is csatlakozott) történt egyeztetés után ajánlotta fel a NATO számára egy Katona Egészségügyi Kiválósági Központ (KEKK) létrehozását. A felajánlás jól illeszkedett a NATO egyik stratégiai elvéhez, miszerint a tagállamok különböző képességeinek koncentrálásával – jelentős költséghatékonysággal – a képességek fokozása érhető el. A 28. COMEDS plenáris ülésen elfogadott határozatot követő megvalósítási folyamat eredményeként 2009. május 15-én került aláírásra a Katona-egészségügyi Kiválósági Központ (MILMED COE) alapító okirata. A központ fő feladata a NATO egészségügyi képességeinek fejlesztése, a különböző nemzetiségű egészségügyi csapatok közötti interoperabilitás koordinálásával.²⁰

A NATO KEKK feladatrendszerén túl a Magyar Honvédség egészségügyi állományának és az egyéb, nem egészségügyi beosztásban szolgáló állomány egészségügyi alap- és szakkiképzéseit jelenleg a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ szervezetébe tartozó Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet végzi. Fontosnak tartanám megemlíteni, hogy az egészségügyi katonák szakmai, beosztásbeli és rendfokozati előmenetelén túl a katona-egészségügy minőségi változását hivatott lett volna elősegíteni a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Kossuth Lajos Hadtudományi Kar Védelem-egészségügyi Intézete, amely a különböző katona- és oktatáspolitikai változások miatt igen rövid életű volt.

A katona-egészségügy nemzetközi és hazai történeti fejlődésének tanulmányozása során törekedtem azon fontosabb események, fejlődési állomások kiemelésére, melyek véleményem szerint hatással voltak az egészségügyi tisztek és altisztek jelenlegi képzési rendszerének kialakulására. A történelmi események tanulmányozása alapján megállapítható, hogy a fejlődés eredményeként napjainkban a katona- egészségügy a polgári, békeidős egészségügyi ellátás és a katonai műveletek szerves részét képezi. A jól képzett egészségügyi katona valamennyi tevékenység sikerének záloga, ezért kiemelt jelentőséggel kell kezelni az oktatás, képzés, kompetencia fejlesztés kérdéskörét. Ezért korszerű katona-egészségügyi szakmai ismereteken túl megfelelő pedagógiai, oktatás-módszertani és andragógiai ismeretek alkalmazásával szükséges a legoptimálisabb képzési struktúra és tananyagtartalom kidolgozása és fejlesztése.

²⁰ Tóth M., (2012). A NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központja
letöltés: <http://www.biztonsagpolitika.hu/?id=16&aid=1181> 2013-04- 08.

3. A MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERÉNEK BEMUTATÁSA

Az országban a legtöbb alkalmazottat foglalkoztató Magyar Honvédség struktúrája, rendkívül bonyolult és összetett. A Magyar Honvédség polgári irányítás alatt álló, függelmi rendszerben működő és centrálisan vezetett fegyveres állami szervezet, békében az önkéntességen, megelőző védelmi helyzetben és rendkívüli állapotban az önkéntességen és az általános hadkötelezettségen alapuló haderő.

A Magyar Honvédség alapvető feladata Magyarország Alaptörvénye alapján:

45. cikk. (1) „ Magyarország fegyveres ereje a Magyar Honvédség. A Magyar Honvédség alapvető feladata Magyarország függetlenségének, területi épségének és határainak katonai védelme, nemzetközi szerződésből eredő közös védelmi és békefenntartó feladatok ellátása, valamint a nemzetközi jog szabályaival összhangban humanitárius tevékenység végzése. ”²¹

A fentiekben meghatározott feladat alapján a Magyar Honvédség alapvető kötelessége az ország katonai védelmének biztosításán túl a NATO 5. cikkely szerinti kollektív védelmi feladatok ellátása, mint szükség esetén más tagország megsegítése, valamint indokolt esetben részvétel a szövetség elleni stratégiai támadás elhárításában. A feladatok közé tartozik hazánk határbiztosítása, valamint befogadó nemzeti támogatás nyújtása. Jelentős kihívást jelent a nemzetközi békeműveletekben, válságkezelésben való részvétel, mint a katonai megfigyelés, békefenntartás és békekikényszerítés feladatainak ellátása, a nemzetközi kapcsolatok és szerződések ellenőrzése, fegyverzet ellenőrzés. Részvétel a terrorizmus elleni harcban, szükség esetén humanitárius segítség nyújtása. Béke és minősített időszakban a polgári hatóságok katasztrófavédelmi, tűzszerzési és kutatás-mentési támogatása. Kiemelt feladatot lát el a légtérelőőrzés, frekvenciagazdálkodás, információvédelem, -szerzés, -feldolgozás területén. Minősített időszakban ellátja a szükségállapot katonai feladatait. Béke időszakban protokolláris feladatok ellátását végzi.

²¹ Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25); A Magyar Honvédség 45. cikk; letöltés: <http://www.complex.hu> 2013-04-17

A Magyar Honvédség szervezeti felépítését a Honvédelmi Minisztérium, a honvédelmi miniszter közvetlen alárendeltségébe tartozó, valamint a Magyar Honvédség hadrendje szerinti szervezetek összessége képezi. A katonai szervezeteket a szárazföldi csapatok, a légi erő csapatai, a logisztikai és támogató erők, valamint a Magyar Honvédség feladatainak végrehajtása érdekében egyéb szaktevékenységet folytató szervezetek alkotják. A szárazföldi csapatok és a légi erő csapatai haderőnemet képeznek. A haderőnemek fegyvernemekből és szakcsapatokból tevődnek össze.²²

Az összetett speciális feladatkör, a jelentős számú alkalmazotti létszám jelenleg is azt indikálja, hogy a Magyar Honvédség önálló, saját egészségügyi ellátó rendszerrel rendelkezzen. Az értekezésem előző fejezetében vázoltak alapján megállapítható, hogy a Magyar Honvédség egészségügyi rendszerének fejlődése a terület speciális multidiszciplinalitása miatt egy folyamatosan változó rendszer, így annak struktúráját és feladatrendszerét még napjainkban sem tekinthetjük véglegesnek. A fejlődés állomásainak tanulmányozása után ebben a fejezetben a jelenlegi rendszer struktúrájának, feladatrendszerének és az annak ellátásához szükséges humánerőforrás dimenzióinak feltárására törekszem.

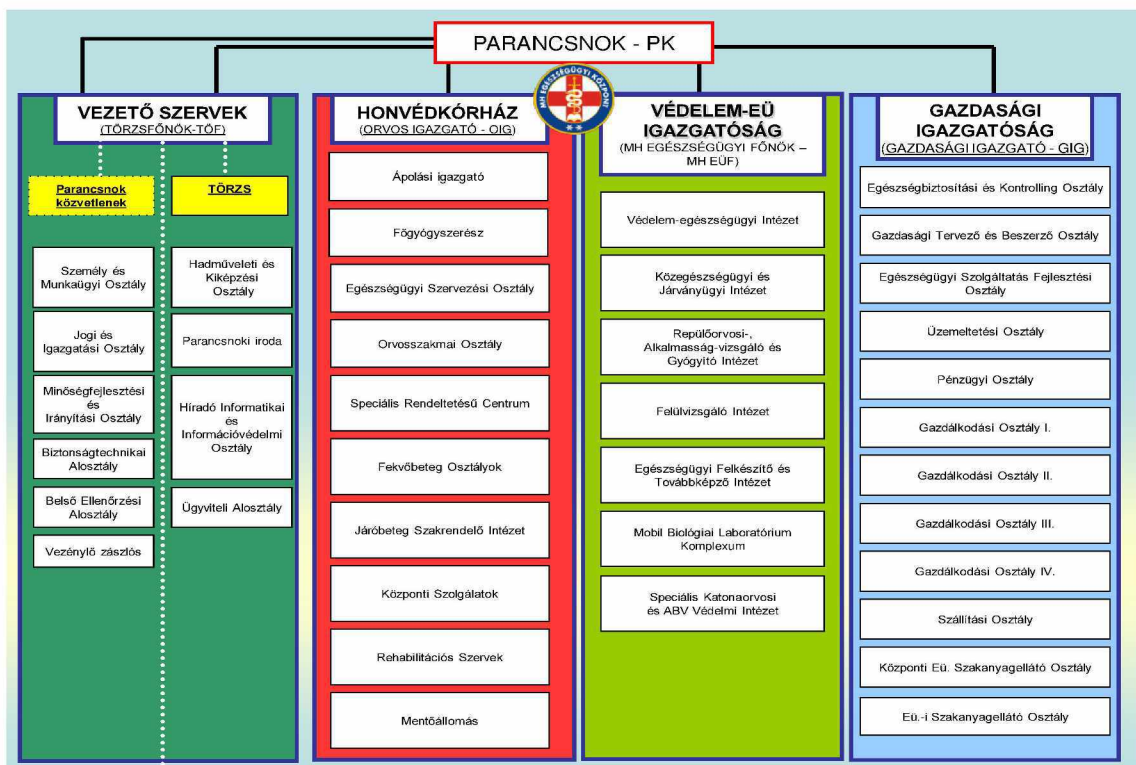
3.1. A Magyar Honvédség egészségügyi rendszerének jelenlegi struktúrája

A Magyar Honvédség egészségügyi bázis intézménye a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (MH EK), amelyet az előző fejezetben leírt, több előintézmény fokozatos integrálásával Magyarország honvédelmi minisztere a 72-74/2012. számú módosításokkal egységes szerkezetbe foglalt alapító okiratával 2013. február 1-jei hatállyal alapított meg. Az MH Egészségügyi Központ, kizárólag az előintézmények fekvőbeteg- és egyes járóbeteg-ellátást végző szervezeti elemeinek átvételéből adódó jogok és kötelezettségek tekintetében, jogutódja a jogelőd intézményeknek. A költségvetési szerv általános jogutódja a 2011. november 14-én beolvadással megszűnt MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központnak. A hadrendi elembe sorolt intézményirányító szerve a Honvédelmi Minisztérium, azonban feladatait a Honvéd Vezérkar főnökének közvetlen szolgálati alárendeltségében végzi. Feladatrendszerét

²² Magyar Honvédség; letöltés: <http://www.kormany.hu/hu/honvedelmi-minisztterium/honved-vezerkar/magyar-honvedseg>, 2013-04-20

tekintve az Egészségügyi Központ, a lakosság egészségügyi ellátásában való részvételén túl, biztosítja a Magyar Honvédség valamennyi intézményénél és alakulatánál a széles spektrumú egészségügyi szakfeladatok ellátását és a hozzátartozó speciális feladatokat.²³

Az intézmény struktúrája a széleskörű, sajátos feladatrendszerhez igazodik. Az önálló állománytáblával rendelkező, közel 3400 főt alkalmazó Egészségügyi Központ élén a parancsnok áll. Az intézménynek négy, funkcionálisan elkülönülő szervezeti egysége van, melyből egészségügyi feladatokat csak két egysége, a **Honvédkórház** és a **Védelem-egészségügyi Igazgatóság** lát el. A további két egység a **Vezető Szervek** és a **Gazdasági Igazgatóság** elsősorban szervező, irányító, koordináló, ellenőrzési feladatkörrel bír.



2. sz. ábra: Magyar Honvédség Egészségügyi Központ organogramja 2013.07.31.²⁴

Az MH Egészségügyi Szolgálat – összetett, széles körű és profilú feladatrendszeréből adódóan – a Magyar Honvédség valamennyi intézményében és a csapattagoknál is fontos feladatokat lát el, valamint nem elfelejtendő a NATO és az

²³ MH EK Alapító okirat, letöltés: <http://www.honvedkorhaz.hu>; 2013-04-07

²⁴ Dr. Zsíros L., (2013.) Orvosigazgatói tájékoztató prezentáció MH EK, Vezetőápolói értekezlet.

Európai Unió katonae-gészségügyi feladataiban elfoglalt szerepkör. Az Egészségügyi Központ megalakulásáig, ahogy az a történelmi fejlődés stációiból is jól kiderült, a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatában a központi tagozat és a csapattagozat külön dimenziókban, gyakran a hatékony működést hátráltató diszkrpanciákkal működött. Napjainkban ez a szemlélet több okból sem követhető, ezért az MH Egészségügyi Központ élére – az MH Összhaderőnemi Parancsnokság alárendelt szervezeti elemeinek és a MH vitéz Szurmay Sándor Budapest Helyőrség Dandár, valamint a MH Altiszti Akadémia egészségügyi szolgálatainak vezetésére – 2013. február 15-től kinevezésre került az **MH egészségügyi főnök**, aki egyben a MH Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóság vezetői feladatait is ellátja.²⁵

Az alárendelt szervezetek állományában az alábbi alakulatoknál működik egészségügyi szolgálat:

1. MH Összhaderőnemi Parancsnokság alárendeltségébe tartozó alakulatoknál

- ❖ MH 1. Honvéd Tűzszerész és Hadihajós Ezred
- ❖ MH 12. Arrabona Légvédelmi Rakétaezred
- ❖ MH 25. Klapka György Lövészdandár
- ❖ MH 25/88. Könnyű Vegyes Zászlóalj
- ❖ MH 34. Bercsényi László Különleges Műveleti Zászlóalj
- ❖ MH 37. II. Rákóczi Ferenc Műszaki Ezred
- ❖ MH 43. Nagysándor József Híradó és Vezetéstámogató Ezred
- ❖ MH 5. Bocskai István Lövészdandár
- ❖ MH 54. Veszprém Radarezred
- ❖ MH 59. Szentgyörgyi Dezső Repülőbázis
- ❖ MH 64. Boconádi Szabó József Logisztikai Ezred
- ❖ MH 86. Szolnok Helikopter Bázis
- ❖ MH 93. Petőfi Sándor Vegyivédelmi Zászlóalj
- ❖ MH Bakony Harckiképző Központ
- ❖ MH Logisztikai Ellátó Központ
- ❖ MH Pápa Bázisrepülőtér

²⁵Csapat-egészségügyi összevonás ; letöltés: <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/492> ;2013-04-07

2. MH Altishti Akadémia

3. MH vitéz Szurmay Sándor Budapest Helyőrség Dandár

A fenti felsorolásból látható, hogy a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálata a legtöbb intézményben és alakulatnál szervezett egészségügyi szolgálatként funkcionál, ellátva speciális és sokrétű egészségügyi és katona-egészségügyi feladatokat.

3.2. A Honvéd egészségügy feladatrendszer

Valamennyi katonai egészségügyi szolgálatnak az alábbi három alapfeladat folyamatos ellátására kell alkalmasnak lennie a lehető legmagasabb szinten:

- 1. a békeidőszakban magas színvonalú egészségügyi ellátás végzése**
- 2. szükség esetén azonnali hadrafoghatóság**
- 3. a speciális körülményekhez adaptálódó sürgősségi ellátás**

A Magyar Honvédség előzőekben felsorolt feladatrendszeréhez igazodva a Honvéd egészségügy központi vagy intézeti, és csapat tagozatban látja el összetett feladatát. Az egészségügyi szolgálat elsődleges feladata – központi és alakulat szinten, minden időszakban – a katonai szervezetek egészségügyi ellátásának széleskörű biztosítása, a prevenciótól a rehabilitációig, az alábbi főbb tevékenységi körökkel: egészségfejlesztés, betegségmegelőzés, szűrés, gyógyítás, gondozás, rehabilitáció, speciális alkalmassági vizsgálatok végzése. Az intézmények gazdaságos működtetéséhez és az állomány széles körű szakmai ismereteinek szinten tartásához, fejlesztéséhez elengedhetetlen a polgári lakosság teljes körű egészségügyi ellátásában való részvétel. Békeidőben a feladatok ellátására kiépített és működtetett struktúra jelentős hasonlatosságokkal illeszkedik a polgári egészségügyi ellátás rendszeréhez, azonban több dimenzióban jelentős eltérések és többlet feladatok is adódnak a speciális kihívások miatt az állomány tagjaira. Ezek a specialitások elsősorban az ellátás területi eloszlása – és a katonai állományt érő fizikai, pszichés, s bizonyos esetekben kémiai és biológiai ártalmak – miatt jelentenek komoly plusz feladatokat és költségeket, melyeknek csak egy részét finanszírozza az OEP.²⁶

²⁶ Svéd L., (1999). A MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészségmegőrzésben, Honvéddorvos, 1999. 1. szám 13-16 oldal

Az MH Egészségügyi Központ feladata az alapító okiratban az alábbi megfogalmazással olvasható. „Az MH Egészségügyi Központ rendeltetése – az ’egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételéről, valamint a külön meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátás rendjéről’ szóló 175/2007. (VI. 30.) kormányrendeletben meghatározottakon túl – a Magyar Honvédség teljes személyi állományának egészségügyi haderővédelme, speciális egészségügyi kiképzése, a csapatok és missziók egészségügyi ellátásának támogatása.”²⁷

Az alapító okiratban meghatározott polgári egészségügyi ellátáson túl a katonaegészségügyi feladatok az Egészségügyi Központ Védelem-Egészségügyi Intézetének irányítása alatt teljesülnek. Az Intézet feladata az MH Egészségügyi Szolgálatának szervezése, működtetése, koordinálása a katonai és polgári, valamint a hazai és NATO/EU szabályozók adaptálásával.

A MH Egészségügyi Szolgálat feladatrendszere:

▪ preventív-gyógyító-rehabilitációs egészségügyi ellátás biztosítása

A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ részegységét képező Honvédkórház biztosítja 1001 aktív, 220 krónikus és 613 rehabilitációs ágyon, hét telephelyen üzemelve, a rendeleti szinten meghatározott igényjogosultak, valamint az állami vezetők, védett személyek és az államigazgatási apparátus köztisztviselői számára a teljes körű alap- és szakellátást járó- és fekvőbeteg ellátás formájában. Az Egészségbiztosító által finanszírozott ellátásokon túl az intézmény egyes egységei az egészségbiztosítás által nem finanszírozott egyéb gyógyító szolgáltatást is végeznek (pl. esztétikai műtétek). A Szakrendelő Intézet széleskörű feladatai közé tartozik a polgári lakosság részére a közúti járművezetők egészségi alkalmassági, valamint munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmassági orvosi vizsgálat elvégzése és véleményezése, valamint a krónikus betegek gondozása.

A Kormány által elfogadott, az egészségügy reformját jelentő Semmelweis Terv szerint 2012. június 1-től a Honvédkórház kiemelt feladata a sürgősségi betegellátás

²⁷ MH Egészségügyi Központ feladata;

letöltés: http://www.honvedelem.hu/szervezet/mh_egeszsegugyi_kozpont 2013-04-20

biztosítása nagytérségi I. régió (Észak-Közép-Magyarország) és az annak részét képező fővárosi (észak-pesti) régió szintjén, a progresszivitás csúcsintézményeként, a területen élő kb. 1,5 millió lakos számára.

▪ **speciális katona-egészségügyi feladatok ellátása**

A speciális katona-egészségügyi feladatok ellátását az MH Egészségügyi Főnök és a különböző klinikai területek főszakorvosainak szakmai irányításával az Egészségügyi Központ és az alakulatok egészségügyi szolgálatai végzik szoros együttműködéssel. Bizonyos esetekben az alakulatok jogkörét, képességeit túlhaladó speciális feladatokat, eseteket az Egészségügyi Központ szervezeti egységei, leggyakrabban a Honvédkórház és a Védelem-egészségügyi Igazgatóság veszik át.

Az Egészségügyi Központ és az alakulatok egészségügyi szolgálata szakmai és koordinációs együttműködésével biztosítható azon katona-egészségügyi képességek kialakítása, fenntartása és a szükséges feltételrendszer, mely az ország szuverenitását, területi és légtér védelmét, valamint a vállalt nemzetközi kötelezettségek teljesítését hivatott garantálni.

A speciális technikai feltételek és a szakképzett, megfelelő képességekkel rendelkező állomány integrálásával megteremthető a légi-földi kiürítés egészségügyi feltételrendszere és elvégezhető a katasztrófa-egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó feladatok. A Honvédkórházra, szakmai specialitásai miatt (pl. sugársérültek ellátása) kiemelten számítanak a budapesti és az országos katasztrófa ellátásban. Az intézmény rendeletben meghatározott állami feladata katasztrófa esetén három órán belül 115, és hat órán belül 231 betegágy biztosítása. A Honvédségi Katasztrófavédelmi Rendszerben meghatározottak alapján, szükség esetén 100 betegágy és egy Mobil Orvos Csoport (MOCS) felállítása, valamint a ROLE 3 és ROLE 4 szint feladatainak ellátása is az intézmény feladata.

Kiemelt jelentőségű ezeknek a feladatoknak a koordinálása, mert jelenleg Magyarországon nincs olyan állandó készenlélet garantáló egészségügyi szervezet, ami szükség esetén megfelelő időablakon belül szervezeten és szakszerűen tudna részt venni a katasztrófák, rendkívüli állapotok felszámolásában és egészségügyi ellátásában.

A különböző képességek megfelelő szintű fenntartásának feltétele a folyamatos elméleti képzések, gyakorlatok szervezése és végzése, aminek jelentős költségvonzata van.

Ezen képességek hiányának kompenzálása értekezésem elkészítésének egyik célja. Amennyiben az értekezésemben megfogalmazott célkitűzéseim megvalósulnak, az általam meghatározott képességek és kompetenciák, valamint az azokhoz társított képzési rendszer eredményezheti, hogy a képzésből kiáramló szakszemélyzet megfelelő szervezéssel alkalmassá váljon egy állandó magas szintű készenléti szolgálatra és bevethetőségre.

A Honvéd egészségügyben kiemelt prioritást élvez a Magyar Honvédség nemzetközi kötelezettségeiből adódó egészségügyi feladatok végzése, amely nem csak hadművelleti területeken, de békeidőben hazai viszonyok között is jelentős kihívást jelentenek a katonaegészségügyi szolgálat egészére. Az MH Egészségügyi Központ Védelemegészségügyi Intézet Békeművelési és Doktrinális Osztályának feladata a nemzetközi műveletekben résztvevő állomány egészségügyi felkészítésének teljes körű szervezése, valamint az MH egészségügyi szolgálatot érintő doktrinális és szabványosítási tevékenység koordinálása.

A Magyar Honvédség valamennyi alakulata – és az ország területén tartózkodó szövetséges alakulatok – közegészségügyi, járványügyi, egészségfejlesztési és munkaegészségügyi tevékenységének irányítását, koordinálását és hatósági felügyeletét a Magyar Honvédség Közegészségügyi és Járványügyi Szolgálat végzi, ezzel is alátámasztva a Honvéd egészségügy preventív szemléletét és a folyamatos minőségbiztosítását.

Az alakulatok egészségügyi szolgálatait – vagy azok jogi és szakmai kompetenciáit meghaladó esetekben az MH EK Egészségügyi Felülvizsgáló Intézet – széleskörű egészségi, pszichikai és fizikai alkalmassági vizsgálatokat végeznek. A vizsgálatok célja a katonai szolgálatra, közalkalmazotti és köztisztviselői munkakör betöltésére, katonai oktatási intézményben tervezett tanulmányokra való alkalmasság elbírálása, valamint a szolgálatképesség, szolgálatmentesség, kereső képtelenség, csökkentett napi szolgálati idő orvosi elbírálása. Az alkalmassági vizsgálatokon túl a szolgálat feladata az alkalmassági követelmények és az alkalmassági vizsgálatok eljárásrendjének kidolgozása. Speciális infrastruktúrát és szakfeladatot jelent a repülés-egészségügyi

vizsgálatok végzése, melyet a kecskeméti Repülőorvosi, Alkalmasság-vizsgáló és Gyógyító Intézet végez, ezen feladatát kibővítve tudományos kutató és oktató tevékenységgel.

▪ **elméleti és gyakorlati oktatás, képzés, továbbképzés és szakmai vizsgáztatás**

Az előzőekben felsorolt feladatokon túl békeidőben a hadsereg, ezen belül a katonaegészségügy valamennyi területén jelentős feladatot jelent az állomány képzése, továbbképzése és a polgári egészségügyi állomány szakmai oktatása. A Honvédkórház, mint a Semmelweis Egyetem Oktató Kórháza, jelentős szerepet vállal az orvos, szakorvos és az egészségügyi szakdolgozók közép- és felsőszintű elméleti és gyakorlati képzésében. A hazai szakdolgozók képzési rendszerében kiemelt jelentőségű, hogy az OKJ Sürgősségi Szakápoló szakképzés központi oktatási programjának, a szakképzés beindításának országos szakértői és oktatói bázisa a Honvédkórház Sürgősségi Betegellátó Osztálya.

A katonai kiképzések célja olyan ismeretek, kompetenciák elsajátítása az állomány valamennyi tagjával, amelyek minősített helyzetekben alapvető képességet jelentenek. A speciális katonaegészségügyi képességek elsajátításának, szinten tartásának oktató bázisa a Védelem- Egészségügyi Intézet alárendeltségébe tartozó Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet, melynek feladata az egészségügyi alap és szakkiképzések megtervezése, végrehajtása, a missziós feladatokra indított állomány és a speciális szakbeosztású állomány egészségügyi felkészítése, továbbá az egészségügyi szakállomány előmeneteli képzésének szervezése és kezelése. Az alakulatoknál szolgálatot teljesítő szakállomány, valamint a missziós állomány egészségügyi szakirányú oktatásának gyakorlati képzése a Honvédkórház aktív betegellátó osztályain, elsősorban a Sürgősségi, Traumatológiai és Égési Osztályokon történik. A hazai állomány csak egy igen szűk csoportjának (elsősorban az oktatói gárdának) katonaegészségügyi képzésében vállal szerepet a Budapesten működő NATO Katona Egészségügyi Kiválósági Központ.

3.3. A Honvéd egészségügy helye, feladata a nemzetközi katonai egészségügy rendszerében

A Magyar Honvédség honvédelmi törvényben meghatározott feladata a szövetségi és nemzetközi szerződésből eredő egyéb katonai kötelezettségek – különösen a közös védelmi, békefenntartó és humanitárius feladatok – teljesítése, valamint közreműködés az arra kijelölt és felkészített erőkkel a nemzetközi terrorizmus elleni harc katonai feladatainak ellátásában.²⁸ Elsődleges feladat a tagállamok területi épségét, politikai függetlenségét és biztonságát megvédeni, ezért a béketámogató műveletekben való részvétel, a hazai és nemzetközi körökben is a legelismerőbb tevékenységként tekinthető.

Magyarország nemzeti érdekeit képviselve, az Alkotmányban meghatározott politikai felelősséggel bíró grémiumok döntése alapján vesznek részt magyar katonák az ENSZ, a NATO, az Európai Unió, az EBESZ és más nemzetközi szervezetek közös békeművelési, válságkezelési és humanitárius segítségnyújtási feladataiban. Az országgyűlés döntése alapján jelenleg mintegy 1000 magyar katona teljesít szolgálatot – több mint 70 százalékban NATO vezetésű – nemzetközi műveletben.

A Honvéd egészségügy feladata valamennyi katonai művelet küldetésének támogatása, az élőerő megóvásán, valamint a maradandó szomatikus és pszichés károsodások minimalizálásán keresztül: a haderő teljes körű védelmének biztosítása céljából. A megfelelő egészségügyi ellátás nagyban hozzájárul a haderő teljes körű védelméhez és annak morális állapotához: a betegségek megelőzése, a betegek és sérültek gyors kiürítése és kezelése, továbbá a lehető legtöbb egyénnek a szolgálatba történő visszairányítása révén.²⁹

²⁸ A Magyar Honvédség feladata; letöltés: <http://www.kormany.hu/hu/mo/honvedelem>, 2013-04-27

²⁹ Magyar Honvédség – Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrína

Jelenleg az alábbi missziós tevékenységekben vesznek részt magyar alakulatok:

Afganisztán	MH Műveleti Támogató és Összekötő Csoport MH Légi Támogató Csoport MH Különleges Műveleti Csoport MH Kabuli Nemzetközi Repülőtér Üzemeltető Csoport MH Támogató Elem
Bosznia Hercegovina	MH EUFOR Kontingens
Koszovó	MH KFOR Kontingens
Ciprus	MH UNFICYP Kontingens
Sínai-félsziget	MH Többnemzeti Erők és Megfigyelők (MFO) Kontingens
Mali	EU Mali Kiképző Műveleti Misszió

2. sz. táblázat: Magyar alakulatok missziós tevékenységei 2013-ban

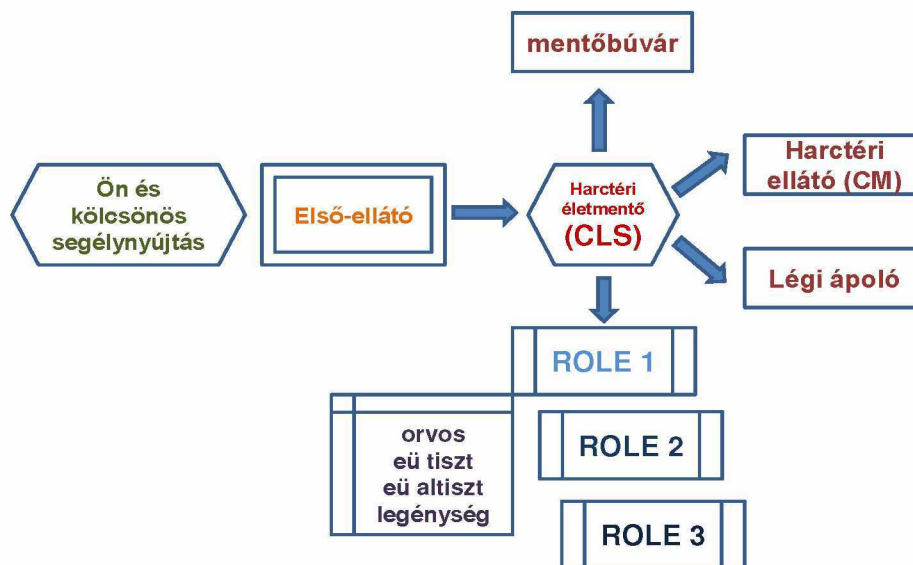
A NATO kinyilvánított elvárásai valamennyi tagország katona-egészségügyi szolgálatával szemben, hogy lehetőségeikhez mérten mind békeidőben, mind pedig minősített időszakban vegyenek részt a preventív tevékenységekben, evakuálásban, gyógyító feladatokban, egészségügyi technikai eszközök biztosításában és fejlesztésében, kutatási és fejlesztési tevékenységekben, valamint az állomány kiképzésében és továbbképzésében. Hazánk a fentiekben felsorolt tevékenységek magas szintű biztosításával elősegíti a Szövetség kollektív védelmi képességeinek fenntartását és megújítását.

A NATO progresszivitás elvén nyugvó műveleti egészségügyi ellátásának legfontosabb elemei: az **erők egészségügyi védelme** – a sürgősségi ellátás, az **elsődleges egészségügyi ellátás** (Primary Health Care, PHC), a **szakosított egészségügyi ellátás** (Secondary Health care, SHC), valamint a **kiürítés**, mellyel megvalósul a szakaszos egészségügyi ellátás filozófiája.

Az erők egészségügyi védelme egy több elemű, egymással szoros ok-okozati összefüggésben álló prevenció tevékenység, melynek része az egészségfejlesztés, egészségnevelés – az állomány lehető legjobb egészségi állapotának elérése céljából. A hadműveleti területen végzett széleskörű, mindenre kiterjedő felderítés az állomány biztonságának fokozása céljából. A felderítés eredményei alapján meghatározott hadműveleti specialitásokhoz viszonyítottan az állomány egészségügyi

alkalmasságának vizsgálata és a szükséges immunizáció elvégzése a hadműveleti területen való bevetéshez.

A harctéri ellátás során a szakaszos sérült ellátás elveit kell követni, ami azt jelenti, hogy minden sérült katonát ott látnak el, ahol a sérülés súlyossága alapján szükséges. Ennek a szakaszos harctéri ellátásnak az első fázisa a harctéri elsősegélynyújtás, amit a katonák bajtársi segélynyújtás elve alapján egymásnak nyújtanak az ön- és kölcsönös segélynyújtáshoz rendszeresített egységes sebkötöző csomagjuk használatával. A második szint a szaksegély, amit már a peremvontaltól nem messze, egy védett biztonságos helyen kialakított „sebesültgyűjtő fészekben” nyújtanak, a harctéren elsősegélyben részesített és oda vitt sérült katonák részére. Itt általában egy magasabb képzettséggel és eszközökkel rendelkező egészségügyi katona látja el a sérülteket, mindaddig, amíg a következő ellátási szintre nem transzportálják a sérültet. A következő szinteken már nem elsősegélynyújtás szintű ellátás folyik. Ezek az első orvosi segélyhely (ROLE 1), majd az első tábori kórház (ROLE 2), ez után a civil vagy katonai kórházi ellátás (ROLE 3), és szükség esetén a hátszágban található kórház (ROLE 4).³⁰



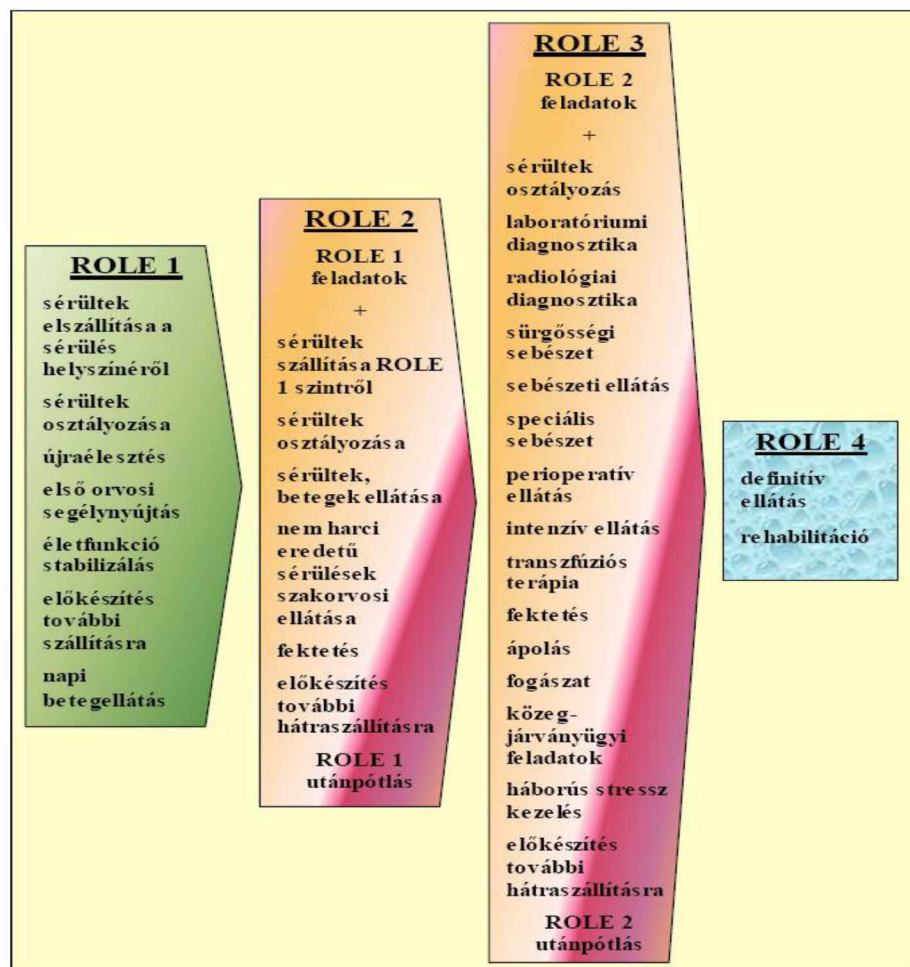
3. sz. ábra: A harctéri segélynyújtás láncolata³¹ (saját szerkesztés)

³⁰ Pápai T., (2011). A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatás módszertani irányvonalai. Hadmérnök, VI. évf. 4. szám. -2011. december

³¹ Hardi A; (2012). A MH Egészségügyi Kiképzésének Elvi Reformja – előadás vázlat

Harci körülmények között a sérült-ellátás folyamata leggyakrabban a ROLE 1-től a ROLE 3 szintig tart. Az egészségügyi intézmények számát, típusát és telepítési helyét az egészségügyi személyi veszteségi számvetések és a sebesülés helyétől a kívánt ellátást nyújtó intézménybe történő szállítási idő alapján határozzák meg, figyelembe véve a sérülés időablak dimenzióit.

Az alábbi ábra tanulmányozása alapján megállapítható, hogy a ROLE progresszivitás valamennyi szintje a feladatok alapján különböző képességeket vár el az oda beosztott egészségügyi tiszttól és altisztól. Fontos megjegyezni, hogy bár a sürgősségi ellátás minden szituációban azonos elvek alapján történik, mégis ezekben az esetekben a környezeti tényezők (veszélyforrás, idegen nyelvi kommunikáció stb.) és az ott rendszeresített eszközök alkalmazásának képessége jelentősen befolyásolja az ellátás sikerét, ezért fontos valamennyi egészségügyi tiszt és altiszt számára a különböző ROLE szintekhez delegálható feladatok alkalmazásának készsége.



4. sz. ábra: Az egészségügyi ellátó képességek feladatrendszere (saját szerkesztés)

A magyar katona-egészségügy nemzetközi kapcsolatrendszerének tanulmányozása során kiemelendő a **NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ** és annak nemzetközileg elismert működése, függetlenül attól, hogy a KEKK strukturálisan nem része az MH Egészségügyi Szolgálatának és az egészségügyi ellátásban sem vesz részt. A Központ fő feladata, hogy tudományos és oktatói tevékenységével elősegítse a NATO, és így a MH Egészségügyi Szolgálat katona-egészségügyi képességeinek fejlődését, valamint növelje az egészségügyi team-ek közötti interoperabilitást, hogy megfelelő együttműködéssel képesek legyenek a legfontosabb katona-egészségügyi feladatok elvégzésére több nemzeti összefogással.

Az előzőekben felsorolt feladatrendszer tanulmányozásának eredményeként megállapítható, hogy a MH Egészségügyi Szolgálata mind hazai, mind nemzetközi viszonylatban széleskörű multidiszciplinális és multifunkcionális feladatokat ellátó egység, ezért az egészségtudomány, hadtudomány, katonai műszaki tudomány valamennyi területét adaptálni kell a Szolgálat működéséhez. A felelősségteljes feladatok ellátásának egyik feltétele a technikai és operatív feltételeken túl a magasan képzett és megfelelő kompetenciákkal felruházott állomány.

3.4. A Honvéd egészségügyi ellátórendszer humánerőforrás összetétele

Az elmúlt időszak nemzetközi katonapolitikai és biztonságpolitikai változásaihoz adaptálódva a Magyar Honvédség deklarált célja a vezetői állomány létszámának redukálása és a belső állományarányok eltolása az alacsonyabb állomány kategóriák javára. Ezen célok elérése céljából a jelenleg is tartó munkakör-elemzések és értékelések, valamint a technikai korszerűsítések eredményeként az egyre nagyobb számban ledelegálható kompetenciák alapján növelhető az altiszti és a legénységi állomány aránya, ezzel párhuzamban csökkenthető a tisztii állomány, elsősorban a magasabb rendfokozatúak száma. Ezek a változások az MH Egészségügyi Szolgálat humánerőforrás struktúráját, így az állomány előmeneteli rendszerét is jelentősen érintik.

A Magyar Honvédség humán-stratégiai célja a haza védelméhez, a szövetségi és egyéb nemzetközi kötelezettségek teljesítéséhez az optimális humánerőforrás biztosítása, illetve az ehhez szükséges feltételrendszer kialakítása. A Magyar

Honvédség humánerőforrás struktúrája egy többdimenziós rendszer. A klasszikus katonai struktúra a hagyományos csapatrendeltetésű katonai szervezetekre és beosztásokra jellemző. A struktúrába csak a tiszti, altiszti alapképzés után az adott rendfokozati állománycsoport kezdő rendfokozatával lehetséges belépni. Tekintettel arra, hogy ezekre a beosztásokra megfelelő szaktudás civil képzőintézetben nem szerezhető, az állomány a beosztás ellátásához szükséges képzettségét tisztek esetében a katonai felsőoktatás, altisztek esetében az altisztképző intézményekben szerzik meg.

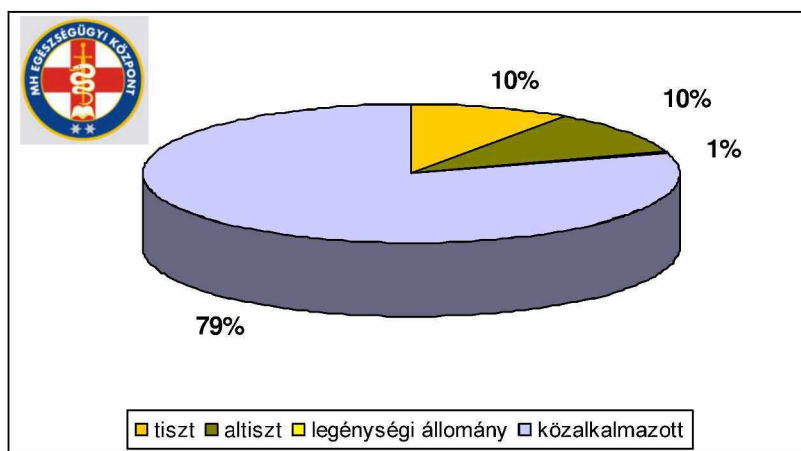
A katona-egészségügy úgynevezett „speciális szakmai munkakörként/beosztásként” tekinthető, így ezen a területen a katonai állomány összetételén túl a közalkalmazotti beosztások arányát is meg kell határozni. Az MH Humán-stratégiai terve alapján puffer kapacitást jelenthet majd az önkéntes tartalékos szolgálat vállalása. A speciális szakmai munkakörök, beosztások esetében a „specialitás” oka elsősorban a beosztás betöltéséhez szükséges speciális végzettség és képesség, melyet a munkakör betöltője a jelenlegi oktatási struktúra alapján csak a katonai oktatás/képzés rendszerén kívül, a civil oktatási rendszer közép- vagy felsőfokú szintjein tud megszerezni.³² Egyes beosztások betöltéséhez elvárásként jelenik meg a külföldi szolgálati tapasztalat, valamint a tiszti, altiszti képzésben szerzett oktatói tapasztalat.

Az alábbiakban a MH humánerőforrás adataihoz viszonyítva szemléltetem a MH Egészségügyi Szolgálat központi tagozatában elhelyezkedő MH Egészségügyi Központ, valamint a csapattagozatok egészségügyi ellátását irányító és biztosító MH Összhaderőnemi Parancsnokság Egészségügyi Szolgálatának humánerőforrás összetételét.

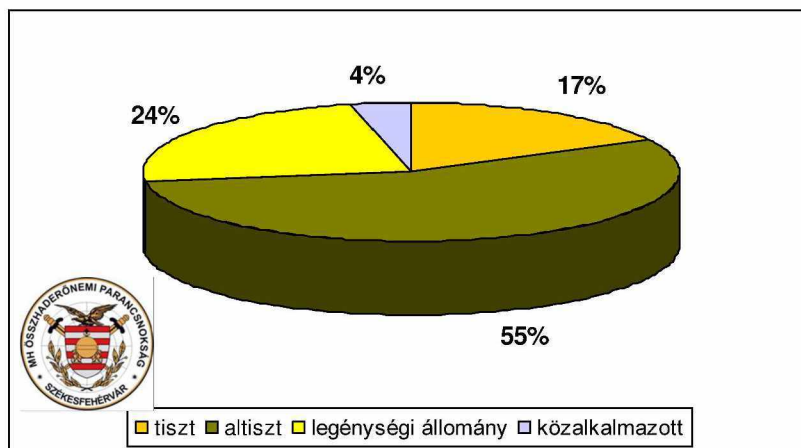
³² A Magyar Honvédség humánstratégiája a 2012-2021. közötti időszakra
letöltés: <http://www.kormany.hu/download/6/a9/40000/Hum%C3%A1nstrat%C3%A9gia.pdf>
2013-04-25

	Magyar Honvédség	
	tiszt	5356
	altiszt	7711
	legénységi állomány	6132
	kormány tisztviselő/ közalkalmazott	6843
	összesen	26042

3. sz. táblázat: A Magyar Honvédség humánerőforrás összetétele³³



4. sz. táblázat: A MH Egészségügyi Központ humánerőforrás összetétele³⁴



5. sz. táblázat: A MH ÖHP Egészségügyi Szolgálat humánerőforrás összetétele³⁵

³³ A Magyar Honvédség humánerőforrás összetétele; letöltés: www.honvedelem.hu 2013-04-22

³⁴ MH EK; állománytábla 2013. április 11

³⁵ MH ÖHP alárendeltségébe tartozó alakulatok Egészségügyi Szolgálatok egészségügyi tisztek és altisztek szakképzettségi kimutatása 2013. április 12

A táblázatok alapján megállapítható, hogy a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatára jelentős létszámmal látja el feladatrendszerét. Az Egészségügyi Szolgálat humán erőforrás összetétele rendkívül heterogén, mert az állomány azon tagjainak, akik elsősorban az úgynevezett kiszolgáló egységeknél teljesítenek szolgálatot, nem kell szakirányú egészségügyi végzettséggel rendelkezniük.

3.4.1. Az egészségügyi tisztek és altisztek helye a rendszerben, feladatai, kompetenciái békeidőben és minősített időszakban

Az egészségügyi tisztek és altisztek feladataikat a beosztásuk alapján végzik. A beosztások ellátásának feltétele a megfelelő, elsősorban a polgári életben megszerzett közép- vagy felsőfokú szakirányú végzettség, melyhez rendeletekben meghatározott kompetenciák tartoznak.

A katonai szaknyelv elsősorban a képesség fogalmát használja a tevékenységek szintjének meghatározása során, ezért fontosnak tartom a kompetencia fogalmának tisztázását.

A kompetencia készségek és képességek együttese, melyek segítségével valaki problémamegoldásra képes egy adott területen, jelenti továbbá az illetőnek azt a hajlandóságát is, hogy a problémamegoldásra való képességét alkalmazza és kivitelezze. A fogalom magában foglalja az illető tudását, tapasztalatait éppúgy, mint személyes adottságait. A kompetencia a döntést, kivitelezést, megvalósulást szolgáló képességrendszer.³⁶

A kompetencia összetevői:

- ismeretek, tudás
- készségek - jártasságok
- személyes értékek
- attitűd
- személyiség
- motiváltság

³⁶ Falus I., (2003). Didaktika; Nemzeti tankönyvkiadó, Budapest. 2003

Valamennyi szervezeti egység, alakulat hatékony működésének egyik feltétele, hogy az állomány minden tagja beosztásától függetlenül tisztában legyen a feladatával, előjárói által elvárt követelményekkel és saját felelősségével. A felelősség az állomány valamennyi tagjára értendő, azonban beosztástól függően a tisztí és altisztí felelősség még a közös feladatok és célok esetében sem mindig egyforma.

Az amerikai hadseregben az altisztek kötelességét 12 pontban határozzák meg, amely véleményem szerint a Magyar Honvédség viszonylatában is helytálló, de az MH struktúrája, beosztási és előmeneteli rendszere alapján itt nem csak az altiszt, hanem valamennyi tiszt esetében az egyén feladatköréhez adaptálva felelősségként és kötelességként alkalmazható.

1. Katonák egyéni kiképzése az alapvető készségekre
2. Katonák személyes és szakmai fejlesztése
3. Elszámoltatás az egységgel
4. Katonai megjelenés, fizikai kondicionálás és kiképzés
5. Katonák és családjaik fizikai és mentális jóléte
6. Felügyelet, irányítás, ösztönzés és a beosztottak fegyelme
7. A katona és a szervezet közötti kommunikáció
8. Tervezze meg és vezesse le az egység mindennapi tevékenységét
9. Tartsa fenn a megállapított teljesítmény-sztenderdeket
10. Fenntartás, alkalmasság, elszámoltathatóság és készség
11. Szálláshelyek, berendezések és munkaterületek megjelenése és állapota
12. A parancsnoki lánc által meghatározott gyakorlatot támogassa, valósítsa meg és adjon azzal kapcsolatban tanácsot.³⁷

A fentiekben felsorolt kötelességek egyértelmű meghatározása alapját képezik az állomány képzési és kiképzési struktúrájának, tananyagtartalmának és a képzés során megszerezhető képességeknek és kompetenciáknak az összességét.

³⁷ Végh F.; (1996). Tiszthelyettesnek lenni – Amerikában; Új Honvédségi Szemle; 1996. 6. 1-17.

Tekintettel arra, hogy a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálata az előző fejezetekben leírt feladatait csapat és központi tagozatban végzi, már ezen tagozódás is jelentős eltéréseket eredményez a feladatrendszerekben, így a kompetenciákban is. További jelentős eltérések vannak a béke időszakban és a minősített időszakban elvégzendő feladatok és kompetenciák között. Az egészségügyi szakdolgozó, így a Honvéd egészségügyben szolgálatot teljesítő szakdolgozó kompetenciája szakképzettségétől függ, vagyis az adott végzettséghez tartozó rendeleti szinten előírt szakképzési és vizsgáztatási követelmények határozzák meg azokat a feladatokat, melyeket a szakdolgozó önállóan, orvosi utasításra önállóan, illetve orvosi utasításra együttműködő funkcióban végezhet. Az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 30/2007 EüM. rendelet, az OKJ változások alapján valamennyi egészségügyi alapképzésbe és a ráépülő szakképzésbe beépítették az írásos felhatalmazás alapján végezhető tevékenységek alapját szolgáló tananyagokat.

Az egészségügyi dolgozók rendtartása meghatározza, hogy írásos megbízás milyen szakképesítéssel, vagy szakképzettséggel rendelkező szakdolgozónak adható, másrészt, hogy a felhatalmazást ki, milyen formában és feltételek mellett adhatja ki. A rendelet tartalmazza a felelősség megoszlását: írásos megbízás az osztályvezető ápoló, vagy vezető ápoló, vagy vezető asszisztens és az osztályvezető főorvos, vagy orvos szakmai vezető együttes írásos, a munkáltatói jogkör gyakorlója által jóváhagyott formában adható ki, ha a szakdolgozó az adott tevékenység végzéséhez szükséges szakmai felkészítést megkapta, és a tevékenység végzéséhez szükséges képességéről, valamint a tevékenység megfelelő kivitelezéséről a felhatalmazást adó személyek a gyakorlatban előzetesen meggyőződtek. A felhatalmazás alapján végzett tevékenység kivitelezéséért a szakdolgozó felelős.³⁸

Több olyan beavatkozás, feladat van, amely orvosi kompetenciába tartozó, de szakdolgozó által végzett tevékenység. Ilyen például a szabad légútbiztosítás, sebkezelés, tartós fájdalomcsillapítás, gyógyszeradagolás vénába. Természetesen a fenti feladatokat is csak meghatározott képzettséggel rendelkező és képzésben résztvevő szakdolgozó végezheti, még írásos felhatalmazás birtokában is.

³⁸ A nemzeti erőforrás miniszter 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelete az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzettségi feltételeiről, letöltés: <http://jogszabalykereso.mhk.hu/MK11149.pdf> 2013-05-02

Az egészségügyi szakdolgozók hatáskörének egyértelmű kezelését segíti a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) által, szakértők bevonásával kidolgozott 17 egészségügyi szakterület hatáskörre, felelősségre és illetékességre kiterjedő kompetencia listája. A hatásköri listák a munkáltató és a munkavállalók számára is egyértelművé teszik, hogy az egyes egészségügyi szakdolgozók milyen tevékenység végzésére jogosultak, és megelőzhetik a szakmai hatásköri szint túllépéséből adódó esetleges jogvitákat is.³⁹

Véleményem szerint a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek békeidős egészségügyi ellátáshoz szükséges feladatrendszerre és kompetenciájára végzettségük alapján egyértelműen meghatározott az érvényes jogi szabályozásoknak köszönhetően. A jelenlegi munkajogi szabályozások értelmében valamennyi egészségügyi végzettséggel rendelkező alkalmazott munkaköri leírásán túl, annak részeként megkapja a végzettségéhez meghatározott kompetencia listát és a közvetlen vezető által megadott felhatalmazást. A speciális, elsősorban a csapategészségügy területén szolgálatot teljesítők feladatrendszerre az egészségügyi ellátás végzéséhez meghatározott kompetenciákon túl az adott alakulat profiljához igazítottan változik, ezért a csapattagozatban a feladatok és kompetenciák szabályozásában jelentős eltérések találhatók. A csapattagozatban a nem egészségügyi tevékenységhez tartozó, speciális feladatok a munkaköri leírásban szerepelnek, külön kompetencia lista nincs, tekintettel, hogy ezek a tevékenységek rendeletileg nincsenek ilyen szinten szabályozva. Kiemelt problémaként kezelendő ezeken a területeken az egyértelmű szabályozás hiánya, tekintettel, hogy több olyan alakulattal találkozhatunk, ahol nem biztosított a folyamatos orvosi jelenlét még munkaidőben sem, és rendkívüli események során az első ellátó a szakdolgozó, aki gyakran megfelelő képességgel, kompetenciával nem rendelkezik, vagy számára ezek nem egyértelműen tisztázottak, így a beteg vagy sérült esélyei jelentősen sérülhetnek.

Több éve megoldatlan problémát jelent, hogy a békeidőszakban szigorúan szabályozott kompetenciákat minősített időszakban (harctéri ellátás, katasztrófa ellátás) hogyan lehet leadni azoknak az egészségügyi tiszteknek, altiszteknek, akik végzettségük alapján az adott tevékenység végzéséhez szükséges kompetenciákkal nem rendelkeznek,

³⁹ Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara; Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen; 2011. Budapest

de a harctéri sérült-ellátás nemzetközi algoritmusai, ezen tevékenységek végzését deklarálják.

Összefoglalva megállapítható, hogy az egészségügyi tisztek és altisztek békeidőben szolgálati helyüktől, beosztásuktól függetlenül elsősorban ápolói, asszisztensi, gondozói, rehabilitációs tevékenységeket és orvosírnoki feladatokat látnak el. Bizonyos, elsősorban tiszti beosztások esetében az állomány feladata lehet a szűrővizsgálatok szervezése, az egészségi állapotra vonatkozó adatok beszerzése, feldolgozása, valamint a megelőző, a gyógyító-megelőző, a rehabilitációs, az egészségügyi-tudományos, az egészségügyi technikai fejlesztési és szakanyag ellátási feladatok irányítása. Speciális katona-egészségügyi feladatot jelent a MH különböző progresszivitású egészségügyi biztosításainak szervezése, szakmai elveinek kidolgozása, mozgó egészségügyi biztosítások teljesítése. A béke- és missziós egészségügyi biztosítási feladatok szervezése, végzése. A katonai pálya egészségi, fizikai, pszichikai alkalmasságának elbírálása, szervezése, irányítása. A felkészülés biztosítása rendkívüli, háborús, katasztrófa eseményekre, anyaggazdálkodási, közegészségügyi-járványügyi tevékenységgel. A katasztrófamedicinával kapcsolatos feladatok végzése, felkészítés, kiképzés. Vezetőként vezetői, irányítási, egészségügyi kiképzési, oktatási feladatok ellátása. Beosztástól függetlenül folyamatos önképzés a feladatok kompetencia szintű ellátása és az elsajátított ismeretek szinten tartása érdekében.

A speciális feladatkör sokkal összetettebb ismeretet és kompetenciát igényel a polgári egészségügyi feladatrendszerekhez képest, ezért kiemelt jelentőséggel kell kezelni az állomány szakirányú képzését, továbbképzését, kompetencia fejlesztését.

3.4.2. Az egészségügyi tisztek és altisztek szakirányú végzettségének jellemzői napjainkban

Mint azt az előzőekben ismertettem, a katona-egészségügyben az egészségügyi tisztek és altisztek úgynevezett „speciális beosztásban” teljesítenek szolgálatot. A speciális feladatok ellátása speciális képzettséget, ezáltal ismeretet, képességet és kompetenciát feltételez, melyet a magyar oktatási rendszerben nem lehet elsajátítani. Ez a probléma igen komoly kihívást jelent a Magyar Honvédség számára valamennyi speciális területen, így a katona-egészségügyben is. Fontos megjegyezni, hogy az

egészségtudomány dinamikus fejlődése, a nemzetközi és hazai oktatáspolitikai változások (Bolognai folyamat, EU kompatibilitás) az egészségügyi szakképzésben jelentős módosításokat generáltak, melyek közvetlen kihatással vannak az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szintjére, így a Honvéd egészségügyben foglalkoztatottakra is. Ezért elengedhetetlennek tartom a jelenlegi szakképzetségi helyzet értelmezéséhez a hazai egészségügyi szakképzés rövid történeti áttekintését azoknak az egészségügyi képzéseknek a kezdetétől, amelyekkel még jelenleg is szolgálatot teljesítenek a MH Egészségügyi Szolgálatánál.

A II. világháború után először az általános betegápolási szakképesítésről jelent meg a népjóléti miniszter rendelete, majd ezt követően sorban jelentek meg a különböző szakképesítések indításával, vizsgáztatásával kapcsolatos rendeletek (pl. fürdősök, egészségőrök, röntgenasszisztensek, műtősasszisztensek). Az első nagy képzési szerkezetátalakítás az 1960-as évek közepén kezdődött, a szakközépiskolák létrehozásával. Az egészségügyi szakközépiskolák kezdetben nem adtak egységes szakképesítést. A 24/1969 számú EüM utasítás alapján a szakközépiskolát végzetek általános betegápolói, valamint gyermekápolói szakképesítést szerezhettek. Az egységes kimenet 1975-től vált biztosítottá általános ápoló és általános asszisztens szakképesítés formájában, az egészségügyi miniszter 2/1975. EüM számú rendelete alapján. A szakiskolai képzés az általános iskola befejezése után nappali tagozaton 3 év, munka melletti képzés keretében 2 év, az érettségi vizsgával záruló szakközépiskolai képzés nappali tagozaton 4 év volt. A rendelet értelmében ezen iskolák célja „hivatástudattal rendelkező, sokoldalúan képzett, általános ápoló és általános asszisztens munkakör betöltésére alkalmas szakemberek nevelése, oktatása”.⁴⁰

Egy 1970-ben kiadott minisztériumi utasítás először említi meg az úgynevezett „másodfokú” szakosítást, ami a differenciáltabb szakképzettséget igénylő munkakörök betöltéséhez szükséges. 1976-tól lépett életbe az az EüM utasítás, melynek alapján kibővültek azok a másodfokú szakosító képzések, melyeket csak az Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézete szervezhetett (pl. aneszteziológiai asszisztens, intenzív osztályos ápolónő, röntgen-műtős szakasszisztens, gyógyszerkiadó szakasszisztens, analitikus szakasszisztens, klinikai laboratóriumi szakasszisztens stb.).

⁴⁰ Vízvári L.; Szerk; (2006). Egészségügyi szakképesítések jogszabálygyűjteménye 1946-2005, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2006.

Ezen szakképesítésekre csak meghatározott alap-szakképesítés és érettségi birtokában iskolázhatta be dolgozóját a munkáltató.

1998-tól már nem volt lehetőség szakközépiskolai osztályok indítására, kifutó/felmenő rendszerben fejezték be illetve kezdték tanulmányaikat a fiatalok. Ezt követően alakultak át az egészségügyi szakközépiskolák úgynevezett humán középiskolává, aminek a befejezésével az érettségizettek már nem kaptak szakmai képeztést, de megszerzett ismereteik beszámíthatók voltak az egészségügyi szakképzésekbe.

A szakképzés és ezzel egyidejűleg az egészségügyi szakképzés új rendszerét a szakképzésről szóló 1993. évi LXXVI. törvény alapozta meg. Az állam által elismert szakképesítéseket az Országos Képzési Jegyzék tartalmazza, amely elsőként 1993-ban került kiadásra. Az új képzési rendszer bevezetésének célja az uniós tagállamokban már bevált képzési módszerek adaptálása, a munkaerő piaci igényekhez igazodó szakképzéstervezés, valamint az uniós alapelvek, az egész életen át tartó tanulás megvalósulásának javulása. Az új struktúra az EU tagállamok képzésével kompatibilis, így megvalósult az EU másik alapelve, a mobilitás, melynek értelmében a Magyarországon szerzett képzettséget bármely más uniós országban elfogadják. Ezen direktívák alapján a magyarországi ápolóképzés a szakmai képeztések elismeréséről szóló 2005. szeptember 7-iki 2005/36 EK Európai Parlamenti és Tanácsi irányelv alapján 2004. május 1-jei hivatkozási dátummal vált az Unió országaiban EU-konform szakképesítéssé.⁴¹

Az OKJ-ban szereplő egészségügyi szakképzések alapvetően két nagy csoportra oszthatók. Az egyik csoportba tartoznak az úgynevezett alap szakképesítések (pl. ápoló, csecsemő és gyermekápoló, mentőápoló, fogászati asszisztens, gyógyszerértári asszisztens), a másik csoportba tartoznak azok a szakképesítések, melyek meglévő szakképesítésre épülnek. Ez utóbbiak kezdetben klinikai szakápoló, valamint egészségügyi szakasszisztens gyűjtő alatt szerepeltek a tevékenység megjelölésével (pl. klinikai szakápoló (onkológiai szakápoló), illetve egészségügyi szakasszisztens (gyógyszerellátási szakasszisztens). Az első OKJ 1993-ban történt megjelenését

⁴¹ Az Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK irányelve (2005. 09. 07.) a szakmai képeztések elismeréséről;
letöltés:http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_workin (2013-04-13)

követően került sor a különböző szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményének kidolgozására. Az elsők között került kidolgozásra és kiadásra a 14/1994. (IX. 15.) NM rendelettel az Ápoló szakképesítés szakmai és vizsgakövetelménye, majd központi oktatási programja. Az ápoló szakképzés az OKJ alapján érettségire épülő 3 éves szakképzés, mely 3 év vagy 4600 óra alatt szervezhető. A hosszú idejű képzést az indokolta, hogy az EU direktívának csak így feleltethető meg a szakképesítés. A 3 éves képzési idő csökkentésére abban az esetben van lehetőség, ha előző szakirányú tanulmányai beszámíthatók. Így kerülhetett sor 3, 2 (általános ápoló és általános asszisztens előképzettséggel) és (általános betegápolói, illetve felnőtt szakápolói előképzettséggel) 1 éves képzésekre az ápoló szakképesítés megszerzéséhez. A beszámításokra egyéni elbírálás alapján, az előzetes szakmai végzettség és a pályán töltött szakmai gyakorlat figyelembe vételével került sor.

Az új rendszer alapja a modul, amelynek sikeres abszolválásával rendeletben meghatározott kompetenciákat sajátítanak el a tanulók. A modul olyan tanulási egység, amely továbbépíthető és kiemelhető, naprakészsége biztosítható, variálható és esetenként több képzésbe is beilleszthető. 2002-ben a hazai szakképzések között a 21/2002. (V.3.) EüM rendelet alapján először került sor az úgynevezett ápoló moduláris szakmai és vizsgakövetelmény kiadására, azonban ez a moduláris képzés még nem egyezett meg a mai értelemben vett moduláris képzéssel, bár van némi hasonlóság. A mai értelemben és minden szakképzésnél értelmezett moduláris rendszerű szakképzés az 1/2006. (II.17.) OM rendelet alapján bekövetkező OKJ módosítással került bevezetésre. A moduláris ápolóképzés szakmai és vizsgakövetelménye a 32/2008. (VIII. 14.) EüM rendeletben jelent meg, melynek alapján elkészült az új típusú 54 723 01 1000 00 00 ápolóképzés központi oktatási programja is a 9 modult tartalmazó követelmény alapján. A programot 2009-ben adta ki az Egészségügyi Minisztérium, melynek alapján 2009 szeptemberében indultak a képzések.

A moduláris szakképzés bevezetésnek hozománya, hogy a képzés különböző szintjei átjárhatóak, vagyis az egyik képzésben megtanult ismeretek beszámíthatók további képzésekben, így a tanulónak csak a speciális szakmai „modulokat” kell elsajátítani. A tanulmányok egy-egy modul határán, annak sikeres vizsgájával megszakíthatók, majd ha az életpálya lehetővé teszi, a képzés folytatható. Kiemelt jelentőségű a régi szakképesítések, ismeretek beszámításának lehetősége, melyet kompetenciaméréssel

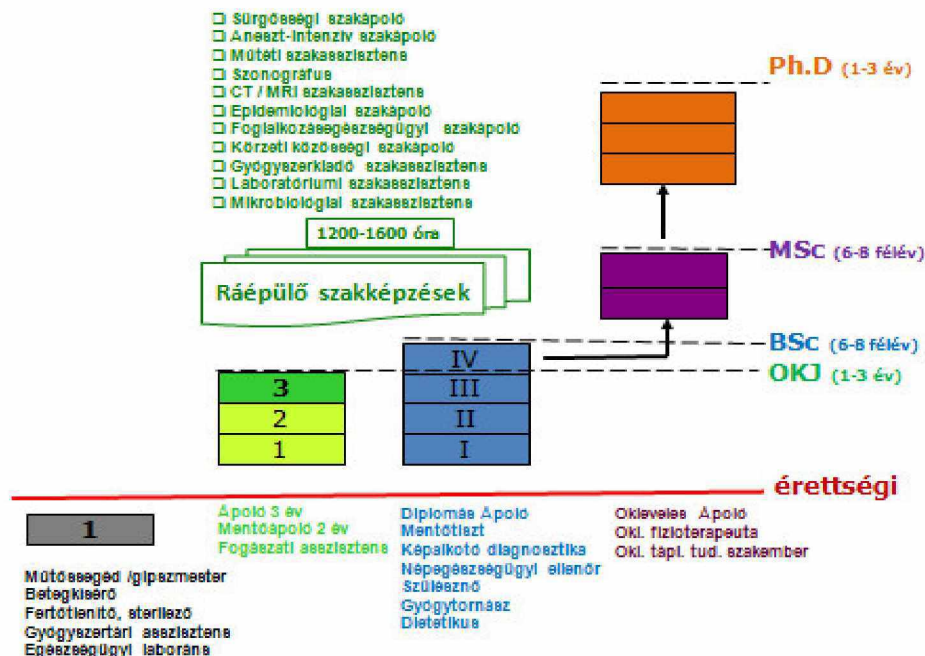
ismertethet el a tanuló. A meglévő szakképesítések beszámításának eredményeként rövidül a képzési idő, így jelentős költségkímélő hatással bír mind a tanuló, mind pedig a munkáltató oldal részére.

Az iskolarendszerű képzést folytató szakképző iskolák működése szigorúan szabályozott a kiadott Központi Oktatási Programok alapján, nem érinti ez a szabályozás az iskolarendszeren kívüli szakképzőket, akik a Központi Oktatási Programot csak ajánlásként alkalmazzák, így az abban meghatározott óraszámok, módszertanok jelentősen eltérnek az egyes képzőhelyek között. Sajnálatos tény, hogy egészségügyi szakképzést iskolán kívüli felnőttképzés keretében bárki végezhet, csak regisztrálnia kell a munkaügyi központban, ennek eredményeként az iskolarendszeren kívüli szakképzők száma ötszöröse az iskolarendszerű szakképzőkhöz viszonyítva. A rendszer működésbeli ellentmondásaiból adódó minőségi eltéréseket csak az egységes kimenet szabályozásával lehet rendezni, így kiadásra kerültek valamennyi egészségügyi szakképesítéshez megfelelő jogi keretek közé foglalva a Szakmai Vizsgakövetelmények (SZVK).

A szakképzési rendszer legújabb, 2010-ben kezdődő átalakulása kapcsán a képzési rendszer, az OKJ, a szakmai és vizsgakövetelmények is sok ponton változtak. A jogi szabályozás lényegi pontja, hogy alapképesítés (ápoló, gyermekápoló, mentőápoló stb.) csak iskolarendszerű képzés keretein belül szerezhető. Iskolarendszeren kívüli képzések csak a ráépülő képzések lehetnek. Sor került a kerettantervek elkészítésére, aminek alapján az egészségügyi szakképzések először 2013-ban indulhatnak. Újra indulnak egészségügyi szakközépiskolai képzések, lesz szakmai érettségi vizsga, mely után a munka világába kilépők egészségügyi szolgáltatónál munkát vállalhatnak. A továbbtanulók 1 év után gyakorló szintű szakképesítést szerezhetnek, majd újabb 0,5-1 év képzés után befejezett szakmai képesítés birtokában léphetnek ki a munkaerőpiacra. Természetesen a gimnáziumi és más szakirányú szakközépiskolai érettséggel rendelkezőknek is van lehetőségük az egészségügyi szakképzések választására. Ők 1 év alatt sajátítják el a szakközépiskola 4 éves szakmai tananyagát és a második év végén, sikeres szakmai vizsga után gyakorló szakképesítést szerezhetnek.

A hazai oktatási struktúrában a középfokú és a felsőfokú képzés szintje jelentősen elkülönül, így jelenleg csak a szakképzések átjárhatók, a középfokú és a felsőfokú képzés nem kompatibilis.

Az 1975-ben indított intézetvezető és szakoktató felsőfokú képzés eleinte csak egy igen szűk réteg számára volt hozzáférhető. Az 1989-ben Budapesten az akkori Orvos Továbbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (később HIETE EFK, jelenleg SE ETK) indul az első, nem a vezetésre és oktatásra irányuló főiskolai ápoló képzés levelező tagozaton. 1993-ban indult az Európai Bizottság ajánlásai alapján kidolgozott diplomás ápolóképzés a budapesti, debreceni, pécsi és szegedi orvostudományi egyetem főiskolai karain. 2000-ben a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán indították az első egyetemi szintű ápolóképzést. A felsőfokú képzés rendszerében jelentős változást eredményezett az 1999. június 19-i Bolognai Nyilatkozat, melyet 29 ország felsőoktatásért felelős minisztere írt alá, annak céljából, hogy a háromciklusú képzési rendszer (BSc, MSc, Ph.D) bármelyik szintjén végzetteknek szakmai pályafutást és nemzetközi mobilitást biztosítson. A demokratikus rendszer egyik negatív hozománya, hogy a képzésekbe való bemenetnek nem feltétele a szakirányú előképzettség vagy gyakorlat, így ez befolyásolja a szakmai kimenet minőségét.



5. sz. ábra: A hazai egészségügyi szakképzés rendszere 2013. 06. 30. (saját szerkesztés)

Az előzőekben ismertetett, a MH Egészségügyi Szolgálat humán erőforrás összetételének vizsgálata közben lehetőségem nyílt tanulmányozni az egészségügyi tiszti, altiszti beosztásokat, mely alapján megállapítható, hogy az ellátók valamennyien alap- és későbbi szakképzetségüket a polgári életben szerezték meg és speciális katona egészségügyi képzésen ez idáig csak nagyon kevesen vettek részt. Ezeket a tapasztalataimat kutatásom során végzett kérdőíves felmérésem is igazolta. Több esetben, elsősorban a csapattagozatban talákoztam olyan katonával, aki 20-25 évvel ezelőtt szerezte meg egészségügyi alapképzetségét (akkori általános ápoló és általános asszisztens), és újabb szakképesítést nem szerzett, ezek az altisztek jelenleg az érvényes jogi szabályozások alapján csak ápolási asszisztensi kompetenciákkal ruházhatók fel, így mind a kórházi betegellátás, mind a csapat egészségügyi betegellátás során megfelelő kompetenciákkal (véna biztosítás, infúzió bekötés, oxigén terápia stb.) nem rendelkeznek.

A fenti ábrában felsorolt, az Országos Képzési jegyzékben szereplő középfokú alap- és ráépülő szakképzések Szakmai és Vizsgakövetelményeiben és Központi oktatási programjaikban, valamint a felsőfokú szintű képzések Kimenetei Képzési Követelményeiben (KKK) és tantárgyleírásaiban nem szerepel speciális katona-egészségügyi kompetencia és képesség, mely egyértelműen bizonyítja, hogy az elsajátított ismertek és képességek a Honvéd Egészségügyben szolgálatot teljesítők esetében, csak részben elegendő a meghatározott munkakörök és beosztások teljes körű gyakorlásához. A speciális beosztás magas szintű ellátásához, a speciális ismereteket, képességeket megfelelően szervezett struktúrával, oktatói gárdával és az általuk alkalmazott korszerű oktatásmódszertannal el kell sajátítani az állomány valamennyi tagjának.

3.4.3. Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi képzési rendszerének jelenlegi struktúrája, jellemzői

Az előző fejezetben vázoltak alapján a MH Egészségügyi Szolgálatának egészségügyi tisztjei és altisztjei speciális beosztásuk alapján ellátott feladatkörükhöz elsősorban a polgári életben megszerzett végzettségekkel rendelkeznek. A békeidőben történő napi feladatok ellátásán túl az egészségügyi tiszteknek és altiszteknek lényegesen több feladatot kell ellátniuk, mint a civil egészségügyben hasonló

végzettséggel dolgozó társaiknak. A katona-egészségügyi szolgálat békeidős feladata az egészségügyi tevékenységek ellátásán túl az állomány képzése, továbbképzése annak céljából, hogy megfelelő ismerettel és képességgel rendelkezzenek a minősített helyzetek és a katasztrófa helyzetek ellátásához, valamint ismerjék és alkalmazni tudják a rendszeresített technikai eszközöket. A változó ellátási koncepciók és a sikeresen ellátott esetek számának növelése céljából fontosnak tartom megfelelő, jogilag tisztázott kompetencia szinteket eredményező képzések bevezetését, a meglévő képzések adaptálásával a korszerű pedagógiai, didaktikai, andragógiai és jogi elvárásokhoz igazodva a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának állományában.

A jelenlegi képzési struktúra tanulmányozása alapján rendszerezem és bemutatom a képzési, továbbképzési lehetőségeket az MH Honvéd egészségügyi rendszerben.

A nem katonai oktatási intézményekben végzett tisztek, altisztek tanfolyamrendszerű felkészítése szerződéses vagy hivatásos állományba vételük után az MH Altiszi Akadémia 2 hónapos **KVNR** (katonai végzettséggel nem rendelkezők) **tanfolyam** rendszerű képzésén történik, ahol a katonai alapismereteiket sajátítják el. A MH Egészségügyi állományába tartozó tisztek és altisztek KVNR tanfolyamát időszakos jelleggel az Intézet állományába tartozó Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet is meghirdeti. A tanfolyam időtartama 6 hét, melyből 180 óra a felkészítés, 12 óra a vizsga tevékenységet fedli le. A tanfolyam célja az általános katonai és katonai vezetői felkészítés keretében olyan alapvető, meghatározó ismeretek elsajátítása, amelyek alapján a tanfolyamot elvégzett tisztek, altisztek képessé válnak a katonai szolgálattal, életrenddel összefüggő normák vállalására és érvényesítésére. A tanfolyam tematikájának vizsgálata során egyértelműen megállapítható, hogy a tanfolyam elvégzése utáni ismeretek és képességek jelentős része az általános katonai ismereteket hivatott fejleszteni, a speciális katona-egészségügyi kompetenciák csak az ön- és kölcsönös segélynyújtás szintjét fedik le.

2013. áprilisban indult el „**Az egészségügyi szakállomány alapszintű katona-egészségügyi szakkiképzése**” program 10 nap tanfolyamszerű felkészítéssel az Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézetben és 5 nap kórházi gyakorlattal a Honvédkórház különböző osztályain. A képzés gyakorlati vizsgával zárul.

Azok az egészségügyi tisztek és altisztek, akik béke- és műveleti területen vállalnak missziós tevékenységet, az Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet által szervezett 1 hetes (36 óra) az „**Egészségügyi szakállomány misszió specifikus egészségügyi szakfelkészítése**” tanfolyamon vesznek részt.

Az Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet által hirdetett 113/9. nyt. számú a **Műveleti első ellátó katonák egészségügyi szakkiképzése** (First Responder – FR) című szakkiképzési program, melynek célja a HM és az MH hivatásos és szerződéses állományának alapszintű egészségügyi felkészítése a műveleti területeken végrehajtott tevékenységük során bekövetkezett különböző sérülések, betegségek felismerésére, és azonnali segélynyújtás végrehajtására, a STANAG 2122 egyezményben foglaltak alapján. A tanfolyamot elsősorban műveleti területen tevékenykedő katonák számára javasolt elvégezni, ezért a tanfolyam elvégzésének nem feltétele az egészségügyi végzettség.

Tekintettel arra, hogy a KVNR tanfolyamok óraszámja, tematikája nem teszi lehetővé az ön- és kölcsönös segélynyújtás specialitásainak készség szintű elsajátítását, véleményem szerint ezt a képzést valamennyi egészségügyi tisztnek és tiszthelyettesnek szükséges volna elvégezni, mert egyértelmű, hogy a Magyar Honvédség feladatrendszerének specialitásai miatt nem elegendő a polgári képzés, esetenként 5-10 évvel korábban elsajátított elsősegély-nyújtási képesség. A segítségnyújtási kötelezettség végzettségtől, beosztástól, rendfokozattól függetlenül minden katonára egységesen vonatkozik, ezért az elsősegélynyújtás és a harctéri elsősegélynyújtás kompetencia szintű alkalmazása valamennyi katonától elvárt képesség. Ez a társadalmi elvárás hatványozottan érinti az „egyenruhások” körét, hiszen a katona mindig, minden körülmények közt nyújtson segítséget a rászorulóknak!

Az Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet által hirdetett 118/3. nyt. számú Kiképzési Program a **Harctéri életmentő katonák** (Combat Life Saver – CLS) **egészségügyi szakkiképzése** (egy készülő HM rendeletben KMES – különleges műveleti egészségügyi katona elnevezéssel tervezve), komoly diszkrepanciát vet fel az egészségügyi tisztek és altisztek kompetenciáival történő összehasonlítás során. A 10 napos, összesen 70 órás képzés az alábbiakat jelöli meg célként: „A HM és az MH hivatásos és szerződéses állományának alapszintű egészségügyi felkészítése a béke- és

műveleti területeken végrehajtott tevékenységük során bekövetkezett különböző sérülések, betegségek felismerésére, az elsősegélynyújtás végrehajtására a STANAG 2122 egyezményben foglaltak alapján.”⁴² A tanfolyamra történő jelentkezésnek nem feltétele a meglévő egészségügyi végzettség, ezért így a programban megfogalmazott általános követelményeken túl a szakmai követelmények olyan béke-, kiképzési és harc feladatok során alkalmazandó ismereteket és kompetenciákat jelölnek meg, amelyek a legtöbb egészségügyi tiszt és altiszt jogszabályokban deklarált kompetenciáit is meghaladja.

A CLS főbb tevékenységei lehetnek a sérült vizsgálata, emelt szinten vérzéscsillapítás, törés ellátás, égési sérülés ellátása, eszközös légútbiztosítás kivitelezése, folyadékpótlás intravénás, szükség esetén intraosseális kanülálással, mellkasi sérült emelt szintű ellátása (detenzionálás).⁴³

Azok az egészségügyi tisztek és altisztek, akik a KVNR tanfolyamon kívül más speciális katonai egészségügyi tanfolyamon, képzésben nem vettek részt, még ismeret szintjén sem sajátították el – csak néhányat kiemelve – a taktikai helyzetben történő sérült ellátást, a harctéri stressz felismerésének és kezelésének specialitásait, az ABV sérülések felismerésének és kezelésének algoritmusát. Több egészségügyi tiszt és altiszt végzettsége alapján nem rendelkezik a vénabiztosítás és parenterális folyadékpótlás kompetenciájával, sőt a parenterális folyadékpótlás (hagyományosan infúziós terápia) gyógyszerelésnek minősülő tevékenység, ami csak orvos által, írásban történt elrendelés alapján végezhető kompetencia. A mellkasi detenzionálás (a mellkasban uralkodó pozitív nyomás invazív csökkentése) orvosi feladat. Természetesen minősített helyzetekben, harctéri körülmények között a leggyakrabban előforduló harctéri sérülések jellemzői alapján deklarált cél a sérült életének, végtagjának megmentése és a maradandó szervkárosodások kivédése, mégis ezek a kompetenciák nincsenek egyértelműen szabályozva.

Hasonló problematikával szembesülünk a **Mentőbúvár állomány egészségügyi alapkiképzése** című 5 napos, 36 órás továbbképzés esetében is.

⁴² 118/3. ny. számú Kiképzési Program Harctéri életmentő katonák egészségügyi szakkiképzése
letöltés: http://www.honvedelem.hu/szervezet/mh_egeszsegugyi_kozpont 2013-04-20

⁴³ Jones and Bartlett.; (2005). Combat Medic Field Reference, 2005, 13-23, 209-214

Az egészségügyi szakállomány képzésében jelentős szerepet vállal a **Katona-egészségügyi Kiválósági Központ**, amely tanfolyam jelleggel hirdeti meg az alábbi továbbképzési programjait hazai és külföldi résztvevők számára.⁴⁴

- Emergency Management of Battlefield Injuries (EMBI) Course
- Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) Course
- NATO Medical Evaluation (MEDEVAL) Course
- NATO First Responder Trainer (FRT) Training
- NATO Emergency Medical Pre-Deployment Team (EMPT) Training
- NATO Patient Evacuation Coordination Cell (PECC) Course

Valamennyi képzési tematikának a békeidős egészségügyi ellátás alapelvein túl a NATO katona-egészségügyi szabályozók (STANAG) elvárásainak is meg kell felelni.

Az egészségügyi tisztek és altisztek jelenlegi katona-egészségügyi képzési struktúrájának és az egyes képzések tematikájának tanulmányozása alapján megállapíthatom:

- ❖ *a katona-egészségügyi ismeretek készségi szintű alkalmazásának elsajátítása nem kötelező jellegű az érintett állomány részére;*
- ❖ *a katona-egészségügyi ismeretek képzési rendszere nem egységes;*
- ❖ *az egészségügyi tisztektől és altisztektől elvárható katona-egészségügyi ismeret, képesség és kompetencia nincs egyértelműen meghatározva és jogilag alátámasztva a beosztásokhoz és elvárt feladatokhoz és a képzések egységes kimenetéhez;*
- ❖ *a képzések tematikájában nem jelenik meg a korszerű kompetencia szemléletű gyakorlat orientált oktatás, a modularitás, valamint a pedagógia, didaktika és andragógia korszerű direktívái, így a hatékony kimenet és képesség sem biztosítható;*
- ❖ *a képzésben nincs meghatározva az elméleti és gyakorlati oktatók szakmai végzettsége és tapasztalatai, valamint az elvárható oktatói gyakorlat, esetleges pedagógiai végzettség;*

⁴⁴ NATO Centre of Excellence for Military Medicine, Courses & Trainings
letöltés: <http://www.coemed.hu/coemed/index.php> 2013-04-20

- ❖ *a különböző alakulatoknál szervezett képzések struktúrája, tematikája és kimeneti követelményei nem egységesek;*
- ❖ *a képzési struktúra nincs összhangban a szakmai, beosztásbeli és rendfokozati előmeneteli rendszerrel, így a képzések elvégzése után annak nincs megtartó ereje az MH állományában;*
- ❖ *a képzési struktúra nem követi a XXI. századi nemzetközi és hazai oktatáspolitikai trendeket, mint Bolognai folyamat, Eu komform, OKJ.*

A leírtak alapján indokoltnak tartom egy korszerű, jogilag szabályozott, korszerű tananyag és kompetencia fejlesztési módszerekkel kidolgozott oktatási struktúra kiépítését, egységes kimeneti mutatók meghatározásával, mellyel biztosítható lenne az egészségügyi tiszti és altiszti állomány speciális katonaegészségügyi feladatainak hatékonysága.

3.4.4. Az egészségügyi tisztek és altisztek súlyos sérült ellátási kompetenciái az érvényes NATO specifikációk alapján

A hazai közép- és felsőfokú egészségügyi képzések programjaiban általában az első tanévben jelenik meg az Elsősegélynyújtás tantárgy oktatása. Az OKJ képzésben úgynevezett alapmodulként szerepel az Elsősegélynyújtás, valamennyi képzés esetében azonos elméleti és gyakorlati órászámmal és tananyagtartalommal, mely gyakorlati vizsgatevékenységgel zárul a képzés végén, így országos szinten egységes kimenetet és képességet garantálva valamennyi vizsgázott szakdolgozónak. A felsőoktatásban már nem mondható el az országosan egységes struktúra, de minden Egészségtudományi Karon az Elsősegélynyújtás az úgynevezett alapozó tantárgyak közt szerepel, amely gyakorlati vizsgatevékenységgel zárul. Így elméletileg valamennyi egészségügyi végzettséggel rendelkező szakember rendelkezik az elsősegélynyújtás képességével, azonban annak szintje jelentős eltéréseket mutathat az oktatás minősége, a számonkérés jellege és az egyén motiváltsága alapján.

Az alábbi táblázat az egészségügyi szakképzésben az Első ellátás- elsősegélynyújtás alapmodul elvégzése során megszerezhető kompetenciákat tartalmazza, amely kompetencia valamennyi képzett elsősegélynyújtóra vonatkozik!

A helyszín biztonságosságát felméri	Az elsődleges beavatkozásokat megkezdi/elvégzi: <ul style="list-style-type: none"> ○ zavart tudatú betegnél, ○ fájdalomról panaszkodó betegnél, ○ nehézlégzéssel küszködő beteg esetén, ○ görcsroham alatt és után, ○ beszédzavar, végtaggyengeség esetén, ○ sokkos állapotú betegnél, ○ mérgezés gyanúja esetén, ○ elektromos balesetet szenvedett betegnél.
A helyszíni körülményekről tájékozódik	
Tájékozódó állapotfelmérést végez	
A figyelemfelhívó panaszokat/tüneteket felismeri	
Segítséget hív	
A beteget állapotának megfelelő testhelyzetbe hozza	
Halaszthatatlan beavatkozásokat végez	
Újraélesztést végez	
Eszméletlen betegnél eszközzel és eszköz nélkül légutat biztosít	
Vérzéscsillapítási eljárást alkalmaz	Tömeges baleset felszámolásában segít
Hőhatás okozta sérülést ellát	Katasztrófa-egészségügyi ellátásban közreműködik
Elsődleges sebellátást végez	Beteget mozgat, műfogásokat alkalmaz
Kötözéseket alkalmaz	A beteg szállításra történő előkészítésében segít
Rándulásokat, ficamokat, töréseket rögzít	

6. sz. táblázat: A képzett elsősegélynyújtó kompetenciái békeidőben⁴⁵

A harctéri sérülések kimeneti mutatóinak javítása érdekében döntő szerepe van a sérülés – kimentés – segélynyújtás – emelt szintű ellátási láncnak. Ebben a mentési láncban foglal fontos helyet a harctéri elsősegélynyújtó. Az egészségügyi tisztek és altisztek polgári végzettségük alapján az elsősegélynyújtás képességével rendelkeznek, és ennek a képességnek a szinten tartását, fejlesztését hivatott segíteni a 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól, amely valamennyi működési nyilvántartásba vett egészségügyi szakdolgozó számára 5 éves periódusokban szabályozza a vizsgával záruló kötelező továbbképzésen való részvételt.

⁴⁵ 1/2011. (I. 7.) NEFMI rendelet: Az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról. Magyar Közlöny 2011. 1. szám

A Magyar Honvédség valamennyi területén ezen képességek kialakítását számos tényező indokolja. A békeidőben kialakuló sérülések és a különböző jellegű megbetegedések következtében létrejövő egészségkárosodások (hirtelen halál, szívinfarktus, agyi vérellátási zavar stb.) évről évre emelkedő tendenciát mutatnak hazánkban is. A statisztikai adatok szerint a balesetek, a hirtelen fellépő megbetegedések előfordulási százaléka igen nagy, melynek okaként több tényező (technikai fejlődés, egészségi állapot romlása, társas kapcsolatok romlása stb.) említendő.⁴⁶ A békeidőre vonatkozó rossz prognózisú mutatók a Magyar Honvédség állományát is ugyanolyan arányban érintik, mint a polgári lakosságot, amikor szükséges lehet a jelenlévők elsősegély-nyújtási képességeinek bevetése. Ezen felül fontos kiemelni, hogy a Magyar Honvédségben, mint „veszélyes üzemben” a békeidőben történő speciális kiképzési és felkészítési feladatok (lőgyakorlatok, robbantási gyakorlatok, vegyi gyakorlatok, terep gyakorlatok, testnevelési foglalkozások stb.) ellátása közben is szükség lehet elsősegélynyújtásra, azonban ilyenkor gyakran már nem elegendő a „polgári elsősegély-nyújtás” készség szintű alkalmazása. Hazai viszonylatban az egyre gyakrabban előforduló, különböző nagyságú és súlyosságú minősített helyzetekben (pl. katasztrófa, árvízvédelem stb.) a helyszíni ellátás során már szükség lehet speciális katona egészségügyi (CBRN ismeretek, ellátásszervezés minősített helyzetekben) és harctéri elsősegély-nyújtási (speciális kimentések, biztonsági zóna kialakítása, vérzéscsillapítás) ismeretekre is.

Végül, de nem utolsó sorban a Magyar Honvédség külföldi missziós szerepvállalásai miatt a harctéri elsősegélynyújtás készségszintű alkalmazása elengedhetetlen az állomány részére. Ezen tényszerű érveken túl utalnék az előzőekben már leírt társadalmi elvárásra, miszerint minden időszakban minél több állampolgár legyen képes szakszerű és sikeres elsősegélyt nyújtani. Ez a társadalmi elvárás hatványozottan érinti az „egyenruhások” körét, hiszen a katona mindig, minden körülmények közt nyújtson segítséget a rászorulóknak!

Hazánkban a lakosság körében az elsősegélynyújtás iránti szándék igen kedvezőtlen prognózist mutat, melynek oka elsősorban az ismeret hiányban és az ismeretek készség

⁴⁶ Pápai T.; (2011). A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatási módszertani irányvonalai. Hadmérnök, VI. évf. 4. szám.

szintű alkalmazásában keresendő.⁴⁷ Nem feltételezhetünk jobb mutatókat a Magyar Honvédség állománya körében sem, ezért kiemelt jelentőségű az egészségügyi tisztek és altisztek békeidejű és harctéri elsősegélynyújtási, valamint sérült ellátási képességeinek fejlesztése. A harctéri sérült ellátás specialitásai miatt fontosnak tartom bizonyos képességek fejlesztését, kompetenciák átadását a NATO irányelvekhez megfelelően igazodva.

A békeidőben alkalmazandó elsősegélynyújtás kompetenciáit a harctéri elsősegélynyújtás során speciális képességekkel szükséges bővíteni. A sürgősségi helyzetek generálta stressz régóta ismert jelenség. A sérülés látványa, a sérült szenvedése, a közvetlen rokoni, baráti, bajtársi viszony esetén a bizonytalannak gondolt elsősegélynyújtó készség, a fokozott félelem az elvesztéstől súlyos deprimáló feszültséget válthat ki a segélynyújtóban. A stressz keltette pszichológiai folyamatok eldöntik, eldönthetik, hogy adott esetben a segélynyújtó képes lesz-e beavatkozásra, vagy nem. A harctéri sérült ellátás során ezek a tényezők kiemelt jelentőséggel bírnak a szituáció, a veszélyes környezet, az aránytalanul sok sérült száma miatt.

A harctéri elsősegély-nyújtási képesség hatékonyságának megtartásához nem lehet figyelmen kívül hagyni a XXI. századi hadviselés főbb specialitásait, melyek jelentős mértékben befolyásolják az ellátási taktikák alakulását, annak módosításának szükségességét. A haditechnika fejlődése miatt újabb, súlyos sérülési mechanizmusok megjelenése, az ellátási szintek közti jelentős távolságok, az emelt szintű beavatkozások korlátozott hozzáférhetősége és a sérült evakuáció elhúzódása miatt egyre nagyobb az igény speciálisan képzett, megfelelő képességekkel és felszereléssel rendelkező állományra.

A technika, fegyveripar fejlődésével párhuzamosan a sérülések jellege, és a súlyos sérültek aránya is változik. A sérültek halálozásának csökkentése érdekében, döntő szerepe van a sérülés – kimentés – segélynyújtás folyamat időablakoknak, a magas szintű, jól szervezett segélynyújtásnak, az ellátott sérültek megfelelő szintű ellátó helyre történő transzportjának és az ott végzett team munkának.

⁴⁷ Hornyák I.; (2008). Az elsősegélynyújtás attitűd és tudásvizsgálata az iskolai oktatás fejlesztéséhez doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2008.

A harctéri sérült-ellátás során minden elsősegélynyújtó tevékenység (kimentés, újraélesztés, légútbiztosítás, sérülésellátás stb.) megkezdésének fontos feltétele a biztonságos ellátás körülményeinek megteremtése, fedezék keresése, rejtőzködés, egyébként ettől eltérő esetben a segélynyújtó is az esemény áldozatává válhat. Ezért kell elsajátítani a gyors helyzetfelismerést és -felmérést, a helyszín biztonságos megközelítését és a biztonságos környezet kialakítását, a sérültek elsődleges vizsgálatát és állapotfelmérését, az ellátási prioritás felállításának (triage) módszerét és a helyszíni ellátás menetét, taktikáit. A sérült biztonságos környezetbe szállításához speciális kimentési eljárásokat kell alkalmazni, amelyhez nem elegendő, és a speciális felszerelés miatt nem is kivitelezhető a sérült kimentésére szolgáló Rautek-féle műfogás. Speciális kimentési műfogásokat, praktikumokat kell alkalmazni a lövészárokból, harci járműből, tűztérből való mentés során. Ezért is fontos a képességek gyakorlását a valós helyzetekhez legjobban hasonlító körülmények között gyakorolni.⁴⁸

A harctéri sérült ellátás során leggyakrabban előforduló speciális sérülések is módosíthatják az elsősegélynyújtás kompetenciáját. A leggyakrabban előforduló baleseti mechanizmusok a lőtt, robbantott sérülések, lövedék, repesz okozta sérülések, égési sérülés, épületomlás miatti betemetés, magasból esés, és nagy sebességű gépjármű, harci jármű balesete lehet. A nyílt terepen keletkezett sérülések főbb jellemzői a lágyszöveti sérülések, nyílt és szilánkos csonttörések, valamint zárt végtag és koponyasérülések. Zárt helyen (épületben, gépjárműben) történő sérüléskor tompa traumák, zárt végtagtörések, koponya- és csigolyatörések, továbbá belső szervek morfológiai, funkcionális károsodásainak változatos formái jelennek meg. Robbanáskor a keletkező hő és láng okozta égési sérülések, valamint a gáztermékek általi toxikus ártalmak teszik speciálissá a segélynyújtás és ellátás folyamatát.⁴⁹ Ezen sérülések miatti halálozást az életfontosságú szervek és végtagok roncsolódása, a heveny vérvesztés és az annak következményeként kialakult sokk, légúti elzáródás és feszülő légmell miatt kialakult légzési elégtelenség okozza. A harctéri halálozások közel 90 %-a a sérült ellátó helyre érkezése előtt következik be. A halálesetek oka az első 10 percben az életfontosságú szerv, szervek nagyfokú roncsolódása, 2-3 órán belül a nagyfokú vérvesztés, 4-12 órán belül a sokk miatti szervi elégtelenség lehet. Szakirodalmi

⁴⁸ E. John Wipfler et al.; (2011). Tactical Medicine Essentials Jones and Bartlett Publishers 2011. Canada

⁴⁹ Elsevier M.; (2005). Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support, Military edition, 2005

adatok alátámasztják, hogy az idejekorán elkezdett elsősegélynyújtással, a sérültek kiszállítási időtartamának optimalizálásával és az első szakszerű sürgősségi segély működtetésével a harctéri primer halálozás jelentősen csökkenthető, így a kórházat élve elérő súlyos sérültek aránya lényegesen jobb.

Az optimális kimeneti mutatók megtartásához elengedhetetlen a sérülés és az első ellátás közti időtartam csökkentése, az első szaksegély és sürgősségi segély szintjének emelése, és a sürgősségi sebészeti jellegű beavatkozások optimális esetben 1 órán, de legalább 6 órán belüli elvégzése. Tanulmányok rámutattak arra, hogy a potenciálisan kivédhető, menthető harctéri halálozás 35-37 %-os lehet, ebből 15 % csak az idejekorán elkezdett, szakszerű bajtársi elsősegély révén valósulhat meg.⁵⁰ Ilyen jellegű sérülésekkel a katonák gyakran találkozhatnak elsősorban békefenntartó missziókban, de szembesülhetnek hasonló mechanizmusú sérüléssel békeidőben is, különböző ipari jellegű robbantások, visszamaradt, nem hatástalanított háborús robbanószerkezetek, vagy különböző terrorcselekmény, alvilági leszámolás során. Ezért kiemelt jelentőséggel kell kezelni, hogy a harctéri segélynyújtás során a katonák képesek legyenek a mielőbbi fedezék feltalálására és szükség esetén rejtőzködéssre, a rendszeresített egyéni egészségügyi felszerelésük (nyomókötés, tourniquet) alkalmazásával mielőbbi hatékony vérzéscsillapításra.

Súlyos sérültek (lőtt robbanásos sérülések) helyszíni (prehospitális) ellátása során alkalmazható kompetenciák

Az ellátási taktikát a helyszín biztonsága, a sérültek száma, állapota, és a mentésben résztvevők száma, kompetenciája és a rendelkezésre álló mentéstechnikai eszköz jelentősen befolyásolhatja, módosíthatja.⁵¹

- ❖ **Az esemény jellegének tisztázása:**
- ❖ pontos helyszín, **veszélyforrások**
- **A biztonságos helyszín, mentési környezet biztosítása:**
 - ❖ biztosítás (elektromos tevékenységek beszüntetése, mobil telefonok kikapcsolása)

⁵⁰ Mark. W. Wieting et al.; (2010). 68w Advanced Field Craft: Combat Medic Skills, Jones and Bartlett Publishers 2010. Canada

⁵¹ Dr. Várhelyi Levente.; (2010). Robbanásos sérülések sebészeti ellátásának kérdései – Doktori értekezés, Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Budapest

- ❖ műszaki mentés
- ❖ **mentesítés** (fém és kémiai anyagok)
- ❖ a fel nem robbant eszközök felügyelete
- ❖ bizonyos esetekben a mentésben résztvevők számát minimalizálni kell
- **Helyszíni betegosztályozás (triage):**
 - ❖ a sérültek számának, súlyossági állapotának meghatározása
- **Helyszíni beavatkozások elvégzése a körülményekhez adaptálva:**
 - ❖ keringés fenntartása, újraélesztés - csak kapacitás függvényében!
 - ❖ a **nyaki gerinc rögzítése speciális rögzítő eszközzel** - minden sérültnél!
 - ❖ **légútbiztosítási alternatívák alkalmazása** - sérülés függvényében
 - ❖ **feszülő légmell ellátása** - szükség esetén
 - ❖ lélegeztetés túlnyomás nélkül
 - ❖ vérzéscsillapítás (műveleti területen **torniquet-tel, lokális vérzéscsillapító szerekkel**)
 - ❖ folyadékpótlás mielőbbi elkezdése **perifériás véna- vagy intraosseális kanülalással**
 - ❖ **fájdalom csillapítása**
 - ❖ **sebellátás**, égés esetén égési kötszer alkalmazása
 - ❖ sérült védelme a kihűléstől izolációs fóliával
 - ❖ a sérült rögzítése vákuummatracba, gerinchordágyon
 - ❖ sérült megfigyelése eszköz nélkül, eszközzel (lehetőségek alapján) a transzportig
- **A sérült transzportja**



4. sz. kép: Súlyos sérültek harctéri ellátásának kompetenciái (saját szerkesztés)

A minősített helyzetekben kialakult sérülések legnagyobb ellensége az idő. Az az idő, amíg a szaksegítség a helyszínre érkezik a sérült életét jelentheti. Az idejekorán elkezdett és szakszerűen végzett segélynyújtással életet menthetünk, maradandó károsodásoktól menthetjük meg a sérültet. Ezért fontos, hogy minden időszakban minél többen legyünk képesek szakszerű és sikeres elsősegélyt nyújtani! A súlyos sérültek helyszíni ellátásának képessége lefedi az első ellátás során alkalmazandó ellátási taktikák és algoritmusok valamennyi képességét. Ehhez fontos azon szemlélet hirdetése, hogy a harctéri elsősegélynyújtás készség szintű elsajátítása ugyanolyan fontos, mint a mindennapi munkánkhoz kapcsolódó feladatok képességeinek elsajátítása.

3.4.5. Az egészségügyi tisztek és altisztek karriermodellje a Honvéd egészségügyben

Valamennyi szervezet hatékony működésének feltétele a szervezet feladatrendszeréhez szintetizáló és funkcionáló humánerőforrás menedzsment. Egy humánerőforrás menedzsment akkor lesz hatékony, ha a tervezéseken túl a szervezet valamennyi tagjának egyértelműen megfogalmazza és tudomására hozza az adott szervezet célkitűzéseit, a célok megvalósításához szükséges szervezeti és egyéni feladatokat és a tevékenységek kontrollálásának rendszerét, hogy valamennyi alkalmazott képes legyen azonosulni a szervezet küldetésével, melybe saját maga is beépítheti szakmai és előmeneteli karrierjét a sikeres életpálya vezetés céljából.

A Magyar Honvédség valamennyi egységének, így az Egészségügyi Szolgálat hatékony működésének is elengedhetetlen feltétele a megfelelően képzett és motivált állomány alkalmazása. Ennek egyik feltétele, hogy az állomány valamennyi tagjának, jogviszonytól függetlenül, biztosítsa a végzettségének, képességének megfelelő beosztást, szakmai fejlődést, valamint beosztásbeli és tudományos előmenetelt. A nemzetközi és hazai katonapolitikai, hadtudományi elvárásokhoz igazodó folyamatos struktúra- és feladatprofil változás miatt a professzionális hadsereg szerepe egyre jobban felértékelődik. A rendszer hatékony működésének feltétele egy olyan pályakép és előmeneteli rendszer kialakítása, amely megfelelő fejlődést, elismerést és biztonságot jelent az állomány valamennyi tagja számára.

Ennek céljából a kormányzat deklarált szándéka, hogy a Magyar Honvédséget minden szempontból alkalmassá tegye az Alaptörvényben és a Honvédelmi Törvényben rögzített (alapvető) kötelességének teljesítésére. Ezért kidolgozta humán-stratégiai koncepcióját a 2012-2021 közötti időszakra, melynek fő szempontjai egy kiszámítható és vonzó katonai pályamodellt és egyértelmű beosztásbeli követelményrendszert vázolnak fel az állomány fejlesztésére és segítésére a legoptimálisabb kompenzációs rendszerek alkalmazásával.⁵²

A katonai életpálya és pályakép kialakításának deklarált alapelveinek a Magyar Honvédség Humán-stratégiájában az alábbi specialitásokkal kell érvényesülniük a Honvéd Egészségügyi Szolgálat működése során:

A pályaháló egyes pontjaihoz tartozó elvárásoknak összevethetőnek kell lenniük az egyén ismereteivel, készségeivel, képességeivel, biztosítva ezzel a pályán maradáshoz, az előmenetelhez szükséges követelmények és az egyén előtt álló lehetőségek átláthatóságát.

1. A stratégia megvalósításának alapja az egyes rendfokozati állománykategóriákhoz, beosztási szintekhez tartozó, a rendfokozati hierarchiának megfelelően egymásra épülő követelményrendszer, a végzettséghez, ismeretekhez, szakmai tapasztalathoz és a képességekhez, készségekhez, attitűdhöz kötődő szervezeti elvárások, követelmények rendszerének alkalmazása.
2. A pályahálón „döntési csomópontokat” kell meghatározni, melyek előrevetítik az egyén által bejárható karrier utakat.
3. A továbblépés (előmenetel, „szakértővé” válás) a teljesítményen és annak rendszeres, objektív értékelésén, a képességeken és az egyéni motiváción alapul.
4. A katonai pálya része az aktív katonai szolgálatot követően a tárcán belül más jogviszonyban, tárcán kívül a közsolgálat más területén történő továbbfoglalkoztatás vagy a munkaerőpiacra történő visszaillesztés, illetve az önkéntes tartalékos szolgálat lehetősége.

⁵² 79/2011. (VII. 29.) HM utasítás; A Magyar Honvédség humánstratégiája a 2012-2021.közötti időszakra letöltés: <http://www.kormany.hu/download/6/a9/40000/Hum%C3%A1nstrat%C3%A9gia.pdf>
2013-04-14

5. A tiszti, altiszti katonai pálya „klasszikus katonai”, illetve „speciális szakmai” pályamodellekkel vázolható fel. Az egyes modellek között az átjárhatóság szabályozott.
6. A katonai felsőoktatásban oktatók pályamodelljében az oktatás hitelessége és naprakészsége érdekében időszakonként kötelezően megjelenik a csapatszolgálat és a missziókban való részvétel.

Az MH Egészségügyi Szolgálat tisztjei és altisztjei, mint speciális beosztást ellátó állomány szempontjából a karrier modellt összetettebb szempontok alapján kell kialakítani. Véleményem szerint a Honvéd egészségügyben szolgálatot teljesítők számára négy, egymással párhuzamosan, de különböző dinamikával fejlődő dimenzió követésével határozható meg az egyén pályamodellje.

A. **Szakmai karrier:** a katona-egészségügyi rendszerben kialakítható szakmai karrier fejlődésének első stádiuma a polgári életben szerzett szakirányú iskolai végzettség és a hozzá kapcsolódó ismeretek és kompetenciák, valamint ezek alkalmazásának képessége, amely az egészségügyi, katona-egészségügyi ellátás területén megfelelő személyes és munkahelyi motivációval, folyamatos képzéssel, önképzéssel és a gyakorlati képességek és praktikumok fejlesztésével emelkedhet a szakmai fejlődés csúcsára. A szakmai karrier fejlődési pályája többsíkú és dinamikájú, mert a békeidős ellátás képességeinek elsajátítása, fejlődése sokkal gyorsabb, mint speciális katona-egészségügyi és a harctéri ellátás képességeké. A békeidős ellátás képességei közül elsősorban a szakmai végzettségre épülő, beosztáshoz kapcsolódó napi rutin tevékenységek fejlődnek dinamikusan, majd a békeidős speciális katona-egészségügyi képességek és legkésőbb a harctéri és minősített helyzetek ellátásához kapcsolódó képességek. A speciális ismereteket, képességeket és kompetenciákat adó katona-egészségügyi képzés rendszerének és oktatás módszertani elemeinek fejletlensége miatt, véleményem szerint jelenleg a szakmai fejlődés dinamikája és széles spektruma a várttól elmarad. Gyakori eset, hogy a szolgálati viszony létesítése után az egészségügyi tiszt vagy altiszt a végzettségéhez, beosztásához kapcsolódó békeidős ellátás során végezhető szakmai ismereteket és kompetenciáit igen magas szintre fejleszti, azonban már a beosztásához kapcsolódó speciális békeidős és harctéri katona-egészségügyi ismereteinek fejlesztésére nincs lehetősége.

- B. **Beosztásbéli karrier:** kezdete a katonai állományba vétel, melynek feltétele az adott alakulat állománytáblájában (munkaköri jegyzékében) meghatározott beosztás ellátásához szükséges szakirányú végzettség, bizonyos beosztások esetében idegen nyelv ismerete, valamint orvosi-fizikai és pszichológiai alkalmasság. Jellemzője, hogy a katoná-egészségügyben csak részben kapcsolódik a többi karrier úthoz, valamint, hogy az egyén egészségügyi hierarchiában elfoglalt helyét nem követi a katonai hierarchiában betöltött helye. Tipikus példája, amikor az ápoló beosztású egészségügyi altiszt felsőfokú szakirányú (BSC ápoló/diplomás ápoló) végzettséget szerez és továbbra is altiszti beosztásban látja el a már lényegesen több kompetenciával felruházott feladatát. Az optimális modell lényege az lenne, hogy az egyes beosztási kategóriákban a beosztás ellátásához megfelelően illeszkedő magasabb szakirányú szakmai vagy katonai képesség, kompetencia, tapasztalat megszerzése esetén az egészségügyi tiszt vagy altiszt az egyéb alkalmassági elvárások figyelembevételére alapján hierarchikus előrelépést tesz beosztásban és rendfokozatban egyaránt. Ezzel erősíthető az egyén szervezethez való kötődése, így – s ez nagyon fontos – csökkenthető lenne az MH állományát elhagyók száma!
- C. **Rendfokozati karrier:** az egyén beosztásához szorosan illeszkedő karrier, a két tényező kapcsolata elmaradhatatlan. A jelenleg érvényes előmenetelt "A Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú tagjainak beosztási kategóriába történő részletes besorolásáról, illetve a beosztásokban rendszeresített rendfokozatokról szóló 34/2007. (VIII. 17.) HM rendelet módosításáról" szóló 8/2012. (VI. 11.) HM rendelet szabályozza. A rendelet 6. melléklete részletesen szabályozza a honvéd egészségügyi intézmények hivatásos tábornoki, hivatásos és szerződéses tiszti és altiszti, szerződéses legénységi állománya részletes beosztási kategóriába történő besorolását, valamint e beosztásokban általános és speciális előmeneteli rendben rendszeresített, illetve elérhető rendfokozatokat. Tiszti (A) és altiszti (B) besorolási osztályokban az egyes beosztási kategóriákhoz és rendfokozatokhoz határozzák meg az általános előmenetel lehetőségeit az MH Honvédkórház és a Csapategészségügy vonatkozásában, külön kerül meghatározásra a speciális beosztásokkal rendelkezők előmenetele.⁵³ A csatolt

⁵³ 8/2012. (VI. 11.) HM rendelet "A Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú tagjainak beosztási kategóriába történő részletes besorolásáról, illetve a beosztásokban rendszeresített rendfokozatokról szóló 34/2007. (VIII. 17.) HM rendelet módosításáról"

mellékletből megállapítható, hogy a katonai nomenklátúra specialitása diszkrepanciákat okozhat az előmeneteli rendszerben, mert gyakori lehet, hogy ugyan azon végzettségű, de eltérő beosztásban szolgálatot teljesítő katonák rendfokozata eltérő. Például, az okleveles ápolói végzettséggel rendelkező katona általános előmenetellel őrnagyi beosztásba sorolható, azonban ha az ugyan ilyen végzettséggel rendelkező katona szintén általános előmenetellel kiemelt főtiszt, vagy osztályvezető helyettesi beosztást kap, akkor alezredesi rendfokozatot kaphat.

D. Tudományos, oktatói, kutatói karrier: a Honvéd egészségügy vonatkozásában gyakori, hogy a polgári szakképzettségre épített, a civil szférában végzett tudományos, oktatói, kutatói tevékenységek fejlődésével önálló karrier pályaként találkozhatunk vele. Katonai vonatkozásban a többi karrier úthoz, azok bizonyos szakaszához való illeszkedése nem törvényszerű. Akkor optimális ez a fejlődési modell, ha az egészségügyi tiszt vagy altiszt tudományos, oktatói és kutatói tevékenységét a beosztásához és feladataihoz adaptálva végzi. Tekintettel hogy a honvéd-egészségügy egy interdiszciplinális és multiszektoriális kapcsolatban működő rendszer, az oktatói, tudományos és kutatói tevékenységnek is ehhez kell igazodnia. Új kihívást jelentene egészségügyi tisztek és altisztek esetében a polgári egészségügyi szakképzésben tervezett gyakorlatvezetői, szakoktatói, mentori rendszer adaptálása a honvéd egészségügyben is – társítva egy rendfokozati előmenetellel.

A Honvéd Egészségügyi Szolgálat valamennyi egységének hatékony működéséhez a speciális beosztásban szolgálatot teljesítő állomány tagjának a lehető legmagasabb szintű ismerettel, kompetenciákkal és képességekkel kell rendelkeznie, melyeket megfelelő adaptációval alkalmaznak adott szituációs körülményekhez. A had- és egészségtudomány, technológia gyors fejlődése és az állomány összetételének és létszámának dinamikus változása a kompetenciák delegálását eredményezheti, ezért az elsajátított képességek szinten tartása, fejlesztése kiemelt jelentőségű ezen a területen.

A Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek a hagyományos értelemben vett, a haza védelmét biztosító katonai hivatásán túl hivatástudatukat és küldetésüket jelentősen befolyásolja a beteg, sérült ember segítésére, életének megmentésére és a lehető legmagasabb szintű önellátási képességének és életminőségének visszaadására irányuló esküben foglalt

elkötelezettségük. Ezzel a jelentős diszkrpanciát generáló helyzettel minden egészségügyi katona szembesül, hiszen bizonyos harctéri vagy katona-sürgősségi szituációkban ezek a szakemberek katonai erőnlétük és képességük alkalmazása helyett leggyakrabban a „primum nil nocere” (nem ártani) elvet és filozófiát követik. Ennek korrekt kezelése céljából elengedhetetlen a hatékony humán erőforrás működés és a munkáltató vagy közvetlen előljáró általi egyértelmű, pontos célok és elvárások megfogalmazása.

Mindezt – a fentiekben ismertetett katonai életpálya/pályakép valamennyi elemét – kutatásom céljának megvalósításához kiemelt jelentőségűnek tartom, mert ezeknek a szempontoknak az érvényesülése elengedhetetlen egy korszerű oktatási struktúra kialakításához.

4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TISZTEK ÉS ALTISZTEK KATONA- EGÉSZSÉGÜGYI ISMERETEI ÉS AZOK JELENTŐSÉGE

Értekezésemben – témájának összetettsége miatt – az elméleti és gyakorlati ismeretek széleskörű feltárására, rendszerezésére törekedtem, ezért a kutatás módszereinek kiválasztása során jelentős figyelmet fordítottam a témához szorosan kapcsolódó szakirodalom tanulmányozására és az irodalomkutatás során fellelt adatok saját szempontú prioritizált elemzésére.

* Az értekezés validitásának növelése céljából, az objektivitás követelményét követve, direkt és áttételes módon magyarázataimmal érvényesítettem saját személyes tapasztalataimat és azok konzekvenciáit.

* Nagy jelentőséget tulajdonítottam azoknak az információknak, adatoknak, amelyeket a témában jártas szakemberekkel, előjárókkal folytatott személyes konzultációk útján szerezhettem meg.

* A kutatási módszer kiválasztásánál fontosnak tartottam olyan módszer megválasztását, amellyel a különböző okokból (kutató személye, rendfokozata, beosztása, személyisége) fellépő torzító hatásokat minimálisra csökkenthetem.

* Kiemelt jelentőségűnek tartottam, hogy a felmérésben résztvevők számára maximális névtelenséget és beazonosíthatatlanságot garantáljak, ezzel is a kutatás reliabilitását biztosítva.

* A téma komplexitása miatt a mérőeszköz összeállításánál szempont volt, hogy az alkalmas legyen az összefüggések horizontális és vertikális vizsgálatára, az esetleges folyamat-jelleg modellezésére és nem utolsó sorban a lehető legjobban illeszkedjen a kutatás előzőekben megfogalmazott céljaihoz és téziseimhez.

4.1. A mintavételi módszer

Az értekezésem témájához kapcsolódó előzmények tanulmányozása, saját tapasztalataim, a megfogalmazott tézisek bizonyítása és a kutatás céljának megvalósítása érdekében egy önkéntességen és anonimitáson alapuló, kvantitatív jellegű, véletlenszerű, rétegzett mintavétellel kérdőíves felmérést végeztem a kutatás

populációjának tekinthető, a Magyar Honvédség állományában szolgálatot teljesítő egészségügyi tiszték és altiszték körében.

A célcsoport szempontjából fontosnak tartom kiemelni, hogy ugyan a MH egészségügyi tisztjei és altisztjei központi és csapattagozatban teljesítenek szolgálatot, azonban a katona-egészségügyi alapismeret, képesség és kompetencia a beosztástól függetlenül egységes kell, hogy legyen, így felmérésem során szándékosan nem alkottam a szolgálatvégzés helye alapján külön csoportokat, alcsoportokat.

A kutatásba bevonható populáció létszám és szakmai végzettség szerinti megoszlása a felmérés időpontjában a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál az alábbiak szerint alakult:

Szakmai végzettség / beosztás	Tiszt	Altiszt	Összesen
MSc ápoló	5		5
BSc ápoló	17	12	29
ápoló, szakápoló		200	200
asszisztens, szakasszisztens	10	128	138
mentőtiszt	14	2	16
mentőápoló		7	7
dietetikus	4		4
gyógytornász	12		12
közegészségügyi felügyelő	5	1	6
szülésznő		7	7
boncmester		2	2
Mindösszesen:			426

7. sz. táblázat: A vizsgálandó populáció létszám, szakmai végzettség szerinti megoszlása (saját szerkesztés)

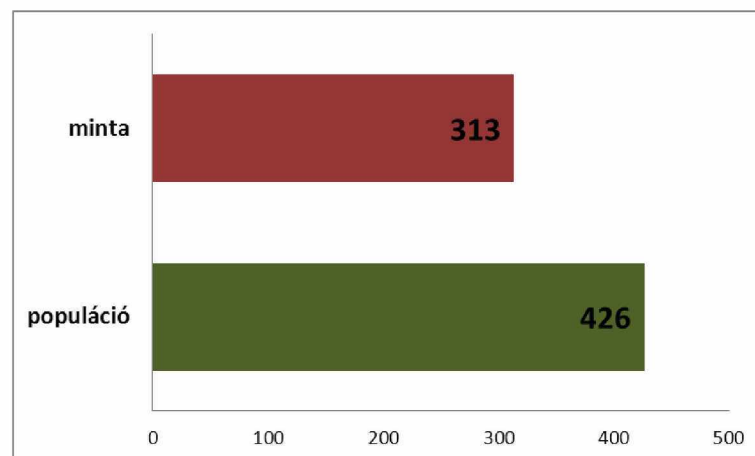
Az általam kidolgozott komplex, több területet érintő (intra-, inter-, multipersonalis tényezők) strukturált kérdőív 52 különböző (zárt, rangsor, osztályozó és nyitott) típusú kérdést tartalmazott. A kérdéseim a célcsoport demográfiai jellemzőire, előzetes tanulmányokra, képzésekre, a témával kapcsolatos kompetenciákra, jelenlegi ismeretre, képzésre, képzési igényre, és karrier modellre vonatkoztak. A kérdőív véglegesítése előtt – annak praktikusságának, értelmezhetőségének és használhatóságának megítélése céljából – 15 fő bevonásával „kismintás pilot” felmérést végeztem a Magyar Honvédség Honvédkórház Sürgősségi Centrumának egészségügyi tisztjei és altisztjei körében, majd

a pilot mérés során felmerült kérdések, értelmezési nehézségek és hibák korrigálása után került sor a kérdőív véglegesítésére és engedélyeztetésére az előljárókkal.

Az előjárói engedélyezést (1. számú melléklet) követően 2012. április 01 és szeptember 30 közötti időszakban végeztem az adatgyűjtést elektronikus kérdőív alkalmazásával, melynek elérhetővé tételében a célcsoport számára a különböző egységek vezetői rendelkezéseimre bocsátották az állományukban szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek e-mail címét, akikkel személyes levelezés formájában vettem fel a kapcsolatot, ismertetve felmérésem célját, jellegét és a kérdőív hozzáférhetőségének elektronikus címét. A kérdőív a <http://www.kerdoivem.hu/kerdoiv/436378677/> címen volt elérhető. (Kérdőívem a 2. számú melléklet tartalmazza.)

A célcsoport azon tagjai számára, akiknek technikai problémát jelentett az elektronikus formájú kitöltés, az egységeik vezetőinek bevonásával lehetőséget biztosítottam a papír alapú kérdőív kitöltésére is, melynek adatait feltöltöttem az elektronikus kérdőívekhez. A papír alapú kitöltés lehetőségét 14 fő választotta a válaszadók közül.

A kitöltött kérdőívek száma 317 darab volt, ebből 4 kérdőívet jelentősen hiányos kitöltés miatt alkalmatlannak tartottam a feldolgozásra, így az értékelhető kérdőívek száma összesen 313 darab (**n=313**) volt. A populáció felméréskor aktuális létszámához (426) viszonyítva a felmérés 73%-os részvételi eredményt hozott, melyet az alkalmazott mintavételi módszer alapján igen jónak tartok.



6. sz. ábra: A populáció és a minta aránya (saját szerkesztés)

4.2. A minta fontosabb demográfiai jellemzői

A kutatásba bevont célcsoport demográfiai sajátosságainak elemzése a tézisek vizsgálatát, az optimális karrier modell valamennyi dimenziójának tervezését, valamint a korszerű pedagógiai és andragógiai ismeretek felhasználásával a legoptimálisabb kompetenciák, képességek megfogalmazását és az ahhoz adaptált oktatási forma és módszer megválasztását segíti elő.

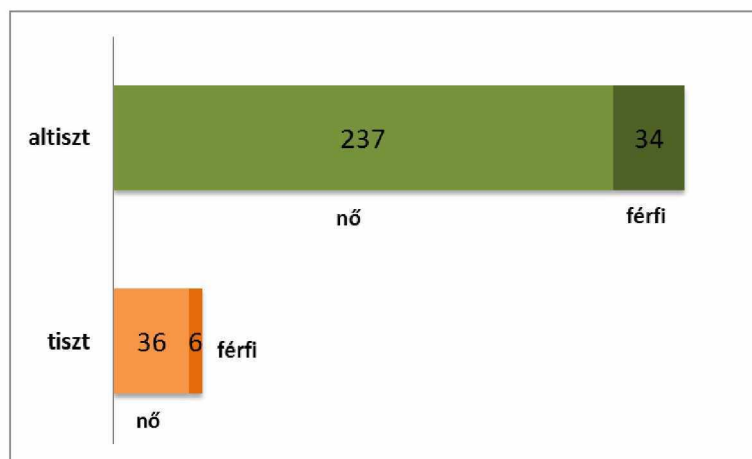
A fentiekben megfogalmazott célok teljesülésének céljából vizsgáltam a minta életkori sajátosságait. A minta átlag életkora 37,4 év, a minta legfiatalabb tagja 25 éves, legidősebb tagja 54 éves. Medián 35-46 év, móduszként a 38. életév tekintendő. Ezek az adatok a polgári egészségügyben fellelhető felső és középfokú végzettséggel rendelkezők életkori megoszlásához viszonyítva eltérést mutatnak. Az MH Egészségügyi Szolgálatánál az átlag életkor közel 4 évvel alacsonyabb a polgári egészségügyben dolgozókéhoz képest. Ezt az eltérést pozitívnak tartom az állomány tervezhetősége szempontjából. Az eltérés oka az állományba vétel során maximalizált, rendszerileg szabályozott életkori megkötés, a fizikai, pszichológiai és orvosi alkalmassági vizsgálaton való alkalmasság és megfelelés, mint kizáró tényező, valamint a speciális katona-egészségügyi feladatok jellegének ismerethiánya és azok teljesíthetőségének bizonytalansága miatt ma már főként a fiatal korosztály vállalja a szerződéses állományba vételt.

Kiemelt jelentőségűnek tartom a katona-egészségügyi hivatás széles körben történő bemutatását a katonasuli programban, a médiák bevonása által, az egészségügyi közép- és felsőfokú szakképző intézményekben való toborzó előadások szervezésével és az országos jellegű egészségügyi szakdolgozói kongresszusokon történő előadások prezentálásával. A hatékony PR tevékenység javítaná az MH Egészségügyi Szolgálat szakdolgozói humán erőforrás helyzetét és így a Szolgálat működésének minőségi és gazdasági mutatóit is, valamint a Szolgálat megítélését a lakosság körében.

A minta demográfiai jellemzőinek szélesebb körű feltárása céljából vizsgáltam a minta nemek szerinti megoszlását, ami az alkalmazott kutatás mintájában nem követi a Magyar Honvédség állományának nemek szerinti megoszlását. Az elmúlt időszakban, a Magyar Honvédségben a nők létszáma 16%-ról 20%-ra emelkedett, elsősorban a

szerződéses altiszti és tiszt beosztásokban, melynek egyik oka, hogy bizonyos katonai feladatok olyan beosztások tervezését teszik szükségessé, melyeket a civil életben is elsősorban nők látnak el, mint például az egészségügyi, humán és pénzügyi területek.⁵⁴

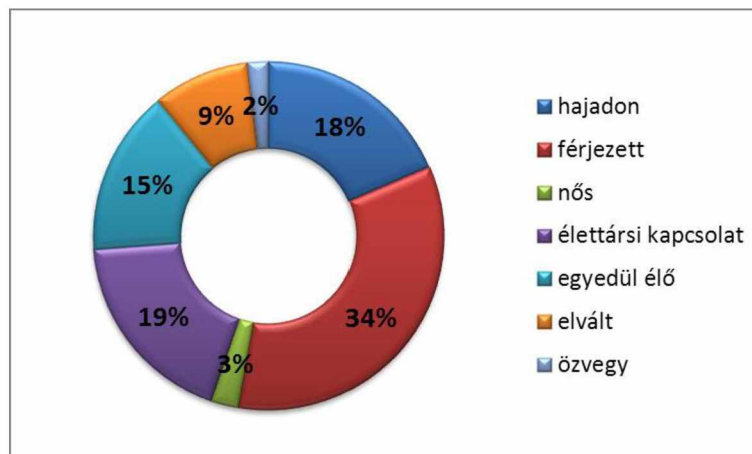
Tényként kell kezelni, hogy az MH Egészségügyi Szolgálatánál a feladat specialitása miatt az arány jelentősen a női nem javára tolódik el, így ezt a karrier modellt, beosztás és a hozzá társított kompetenciák, valamint a majdani képzési struktúra kialakításánál figyelembe kell venni, mert a nemi különbségek jelentős készség és képességbeli különbségeket jelenthetnek.



7. sz. ábra: A nemek megoszlása a mintában állományonként (saját szerkesztés)

A minta szociális körülményeinek vizsgálata során felmértem az állomány családi állapotát, melyet az alábbi grafikon szemléltet. A családi állapot ismerete a későbbiekben fontos lehet a képzési struktúra, a leoptimalisabb képzési mód (nappali, levelező, esti) és a képzés gyakoriságának (heti rendszeresség, hetes összevonás stb.) megválasztásánál, mivel a gyermekes, gyermekeiket egyedül nevelőknek optimálisabb lehet a hetente egy vagy két alkalommal, mint az egy hetes összevonás formájában szervezett képzés.

⁵⁴ Bolgár J; Gál A; Gondolatok a katonanők esélyegyenlőségéről az önkéntes haderőre történő áttérés kapcsán; Humán Szemle IV: (4) pp. 21-28.



8. sz. ábra: A családi állapot megoszlása a mintában (saját szerkesztés)

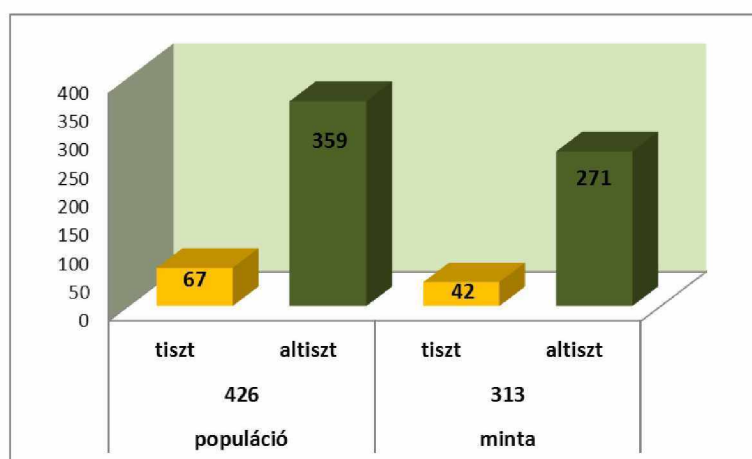
A minta szociális helyzetének további, a kutatás céljából kevésbé releváns szempontok elemzésekor az életkori megoszlás ismerete alapján meglepetést okozott számomra, hogy a válaszadók közül 97 főnek (31%) nincs gyermeke. A válaszadók 34%-a (106 fő) nem rendelkezik saját lakással és 47% (147fő) nem rendelkezik saját gépkocsival.

A kutatás során felmértem, hogy a válaszadók rendelkeznek-e saját internet hozzáféréssel, melynek 100%-os eredménye felvetheti a tervezendő képzések bizonyos elméleti részének e-learning formájú kidolgozásának lehetőségét is. Az e-learning informatikai hálózaton elérhető képzési forma, amely a tanítási-tanulási folyamatot hatékony, optimális ismeretátadási, tanulási módszerek birtokában megszervezve mind a tananyagot és a tanulói forrásokat, mind a tutor - tanuló kommunikációt, mind pedig az interaktív számítógépes oktatószoftvert egységes keretrendszerbe foglalva hozzáférhetővé teszi a tanuló számára.⁵⁵

Egy adott képzésbe megfelelő arányban beépített e-learning oktatási forma idő- és költségkímélő lehet a képzőintézmény, a munkáltató és a tanuló számára, a képzésből való kimenet minőségének romlása nélkül. A képzések hatékonyságát és dinamikáját javíthatja, ha a tanuló a képzés megkezdése előtt optimális időben megkapja az adott tananyagegység elméleti részét elektronikus formában és elsajátítja annak tananyagát.

⁵⁵ Forgó S; (2005). Az e-learning fogalma. In: Hutter and all; E-learning 2005 (E-learning kézikönyv), Műszaki Könyvkiadó, 2005. 14.

Téziseim vizsgálatához, az ismeretek, a karrier modell és az előmenetel szempontjából vizsgáltam a válaszadók arányának alakulását a populációhoz viszonyítva tiszti és altiszti rendfokozatuk alapján. Az arányok vizsgálatával megállapítható, hogy a vizsgált minta tiszti-altiszti aránya jól reprezentálja a populáció arányát, így ezzel is erősíti a vizsgálat validitását. A rendfokozati arányokon túl a fenti szempontok céljából vizsgáltam a hivatásos és szerződéses jogviszonyok arányát, mely szerint a minta 8%-a (25 fő) hivatásos állományú és 92%-a (288 fő) szerződéses jogviszonyban teljesít szolgálatot.



9. sz. ábra: A populáció és a vizsgálati minta tiszti és altiszti állományának numerikus megoszlása (saját szerkesztés)

Téziseim vizsgálatának alapját képezi a kérdőívet kitöltők szakmai végzettségének, a végzettséghez rendszeresített tiszti vagy altiszti állományok alakulásának és a polgári szakképzettségen túl a katonai képesítéseik vizsgálata. A választ adók szakmai végzettségének megoszlása megfelelően követi a MH Egészségügyi Szolgálat állományában lévők szakmai végzettségét, mely a kutatás eredményeinek megbízhatóságát és validitását erősíti. A szakmai végzettségek heterogenitása és az MH Egészségügyi Szolgálatnál alkalmazott beosztási nomenklatúra specialitása miatt a sikeres adatfeldolgozás céljából két szakmacsoportot alkottam az adattáblázatban. Az **ápoló, szakápoló szakmacsoportba** tartozik a középfokú (OKJ) végzettséggel rendelkező ápoló, az arra ráépülő szakápolói végzettségek (pl.: intenzív szakápoló, sürgősségi szakápoló, pszichiátriai szakápoló, gyermek szakápoló), valamint az OKJ megjelenése előtti felnőtt szakápoló, általános ápoló és asszisztens végzettség. Az **asszisztens, szakasszisztens szakmacsoportba** soroltam az általános asszisztens,

egészségügyi asszisztens végzettségűeken túl az ezekre ráépülő szakasszisztensi végzettségűeket, mint aneszteziológiai szakasszisztens, klinikai szakasszisztens, műtős szakasszisztens, laboratóriumi szakasszisztens, radiológiai szakasszisztens, fogászati szakasszisztens, gyógyszerértári szakasszisztens. Külön kategóriaként kell kezelni a szülésznői végzettséget, mivel 2006-tól a képzés már csak főiskolai (BSc) szinten folyik, így jelenleg közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkező szülésznők teljesíthetnek szolgálatot, amelynek rendfokozatbeli eltérés is lehet a vonzata.

Szakmai végzettség / beosztás	Egészségügyi tiszt		Egészségügyi altiszt	
	populáció	minta	populáció	minta
MSc ápoló	5	3		
BSc ápoló	17	13	12	8
ápoló, szakápoló			200	169
asszisztens, szakasszisztens	10	7	128	87
mentőtiszt	14	6	2	
mentőápoló			7	3
dietetikus	4	3		
gyógytornász	12	7		
közegészségügyi felügyelő	5	3	1	
szülésznő			7	4
boncmester			2	
Összes	67	42	359	271
Minta mindösszesen:	n = 313			

8. sz. táblázat: A vizsgált minta szakmai végzettség szerinti megoszlása a populációhoz viszonyítva (saját szerkesztés)

A minta életkori megoszlása is megfelelően korrelál a válaszadók első munkaviszonyának kezdetével, amely jól követi a hazai képzési struktúrát, így megállapítható, hogy a mintában középfokú végzettséggel rendelkező, altiszti beosztásban lévők 104 fő a szakközépiskolai rendszerben szerzett, míg a 154 fő már az új típusú OKJ képzési rendszerben szerzett egészségügyi szakképesítéssel rendelkezik. A felmérésben 13 felsőfokú (főiskolai) végzettséggel rendelkező, altiszti beosztásban szolgálatot teljesítő katona is részt vett, akik végzettsége nem harmonizál rendfokozatával, ezért is tartom fontosnak értekezésemben a karrier modell alakulásával foglalkozni.

A felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező tiszti állomány 69%-a (29 fő) részidős (levelező) képzésben, munka mellett és 13 fő (39%) teljes idős (nappali) képzésben szerezte meg szakirányú felsőfokú végzettségét, mely megoszlás szintén az egészségügyi felsőoktatás rendszerét követi, tekintettel, hogy a gyógytornász- és dietetikus-képzés csak teljes idős képzés formájában történik.

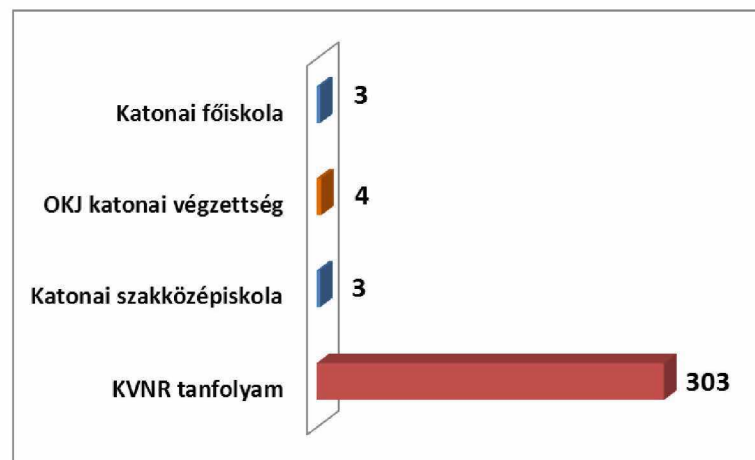
Ezeket a részadatokat kiemelt jelentőségűnek tartom, első hipotézisem vizsgálatához. Az adatok összegzése alátámasztja azt a felvetésem, miszerint az egészségügyi tisztek és altisztek a polgári életben szerzik meg felső- vagy középfokú egészségügyi végzettségüket.

Fontosnak tartottam annak felmérését is, hogy a kutatásban résztvevő minta katonai állományba vétele előtt rendelkezett-e közalkalmazotti jogviszonnyal a Magyar Honvédség állományában. A válaszadók 84%-a (262 fő) katonai állományba vétele előtt közalkalmazottként dolgozott a Magyar Honvédség állományában, így lehetősége volt belekóstolni a katonai életbe és ismereteket, tapasztalatokat szerezni a katonaegészségügyi rendszer működéséről. A minta visszacsatolásai szerint ennek is köszönhető, hogy a Honvéd egészségügyben ez idáig nem volt jellemző a nagyarányú szolgálati jogviszony megszüntetése, a pályaelhagyás, mert az állományba kerülők számára a katonai kultúra és szabályozás nem ismeretlen, azokat képesek elfogadni és betartani. Ezt támasztják alá a felmérésem 47. és 48. kérdésére adott eredmények, mely szerint a 313 válaszadó közül csak 8 fő (2,5%) tervezi az elkövetkező két évben katonai szolgálati viszonyának megszüntetését. Azon katonák közül, akiknek nem áll szándékában 2 éven belül leszerelni 231 fő (76 %) nyugdíjazásáig, 58 fő (19%) 11-15 évig és 16 fő (5 %) 6-10 évig tervezi fenntartani katonai szolgálatát.

A válaszadók szolgálati jogviszonyának kezdete a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról szóló 2001. évi XCV. törvény megjelenését követően indult meg és tart azóta is változó dinamikával. A törvény megjelenése viszonylag nagyszámú szerződéses katonai jogviszony létesítését eredményezte a Honvéd egészségügyben is, elsősorban az altiszti állomány körében, majd a második nagy hullám az Állami Egészségügyi Központ megalakulását követő időszakra tehető, ahol már az altiszti állományba vételen túl, jelentős tiszti és főtishti állományba vétel is történt. Az első fázisban az altiszti válaszadók közül 157 fő (~54%),

míg a második időszakban 131 fő (~46%) került szerződéses állományba. Tekintettel arra, hogy a két időszak között jelentős szórás nem mutatkozik, a katonai képzettség, a különböző képességek gyakorlása és végzése közti ok-okozati összefüggés vizsgálatának szükségességét elvettem. A 25 fő hivatásos állományú katona állományba vétele között ilyen jellegű megoszlás nem figyelhető meg, ott főként a 2008. évet követő időszakban volt nagyobb számú az állományba vétel.

A vizsgált minta szakirányú végzettségén túl vizsgálatom tárgyát képezte a legmagasabb katonai iskolai végzettség alakulása.

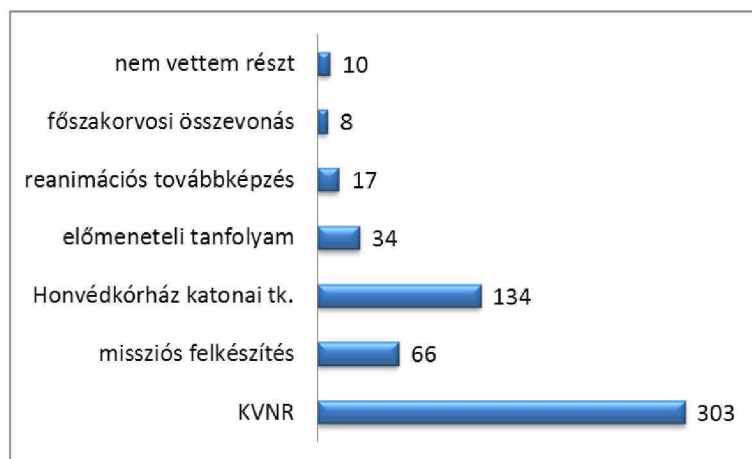


10. sz. ábra: A vizsgált minta katonai végzettség szerinti megoszlása

(saját szerkesztés)

Tekintettel a katonai állományba vétel rendszerére, a válaszadók jelentős része (96%) csak a KVNR tanfolyamon szerezte meg katonai alapismereteit, ahol 8 órában oktatják az állományt az egészségügyi alapismeretek foglalkozás keretein belül a harctéri sérült-ellátás képességére, egyéb katona-egészségügyi ismereteket, képességeket nem szereznek meg a hallgatók. Ennek valóságát saját tapasztalataim is alátámasztják. Fontos megjegyezni, hogy azok a válaszadók, akik katonai főiskolai, katonai szakközépiskolai, vagy OKJ katonai végzettséggel rendelkeznek, ezekben a képzésekben is csak minimális katona-egészségügyet tanultak, ez irányú ismereteiket önképzéssel, munkahelyi gyakorlatokkal sajátították el. A jelenlegi OKJ is csak két katonai szakirányú végzettséget, a 180 54 863 01 Honvéd zászlós és a 180 54 863 02 Honvéd altiszt tartalmaz, és egyik képzésben sem található katona-egészségügyi ágazat vagy szakirány. Nem várható ez irányú változás a 2013. szeptembertől induló új OKJ-ben sem.

A legmagasabb katonai iskolai végzettségen túl vizsgáltam a válaszadók katonaegészségügyi kiképzésen, tanfolyamon való részvételét szolgálati idejük kezdetétől. Az előzőekben leírt feltételezéseim igazolódtak, a válaszadók jelentős része a KVNR tanfolyamon részesült csak katonaegészségügyi kiképzésben, ezen felül a külföldi misszióban részt vettek neveztek meg a missziós felkészítés részét képező egészségügyi foglalkozást. A válaszadók 43%-a (134 fő) nevezte a Honvédkórház szervezésében 2011-ben indított kötelező jellegű katonai továbbképzést katonaegészségügyi kiképzésnek.



11. sz. ábra: A vizsgált minta katonaegészségügyi kiképzéseken való részvétele
(saját szerkesztés)

A válaszadók által megnevezett képzések tematikájának tanulmányozása alapján megállapítható, hogy a képzésekbe beépített alacsony óraszámú katonaegészségügyi témakör, az elvárható ismeretekhez, kompetenciákhoz viszonyítva csak minimális, főként az ön- és kölcsönös segélynyújtás és a harctéri sérültellátás egyes elemeit tartalmazza, elsősorban elméleti szinten, mert a gyakorlati oktatás módszertanát a nagy csoportlétszámú képzés miatt ritkán alkalmazzák.

A megnevezett különböző képzések alapján megállapítom, hogy a válaszadók nincsenek tisztában, mit tekinthetünk katonaegészségügyi kiképzésnek, milyen ismeret és képesség elsajátítására lenne szükség egy ilyen képzés során. Nincs pontos ismeretük, hogy milyen kompetenciákkal és képességekkel kellene rendelkezniük a speciális katonaegészségügyi feladatok ellátása során, akár békeidőben, akár hadi körülmények között.

Első hipotézisem vizsgálatának újabb részeredményeként tekintem azt a tényt is, miszerint a válaszadók 96 %-a csak a KVNR tanfolyamot jelölte meg katonai végzettségnek, amely annak valóban megfelel a jelenleg érvényes jogi szabályozások alapján, de a kiképzéseken olyan minimális órában tanultak katona egészségügyi alapismereteket, hogy azok ilyen jellegű képességek átadására és fejlesztésére nem alkalmasak. Tényként kell kezelni azt is, hogy a válaszadók közül szolgálati idejük kezdetétől a KVNR kiképzésen túl csak nagyon kevesen vettek részt egyéb, az új ismeretek átadására, a meglévő ismeretek és képességek szinten-tartására irányuló katona-egészségügyi kiképzésen.

A válaszadók közül 66 fő az aki, már több alkalommal vett részt katona-egészségügyi kiképzésen, elsősorban a külföldi katonai feladatvállalásra való felkészítés miatt. Azok az egészségügyi tisztek és altisztek, akik nem vettek részt missziós szolgálatban, legtöbbször csak egyszer, az állományba vételükhöz kapcsolódó KVNR tanfolyamon részesültek ilyen jellegű kiképzésben. *Tehát ez a tény is erősíti hipotézisként megfogalmazott felvetésem a feladat-priorizálás elvét!*

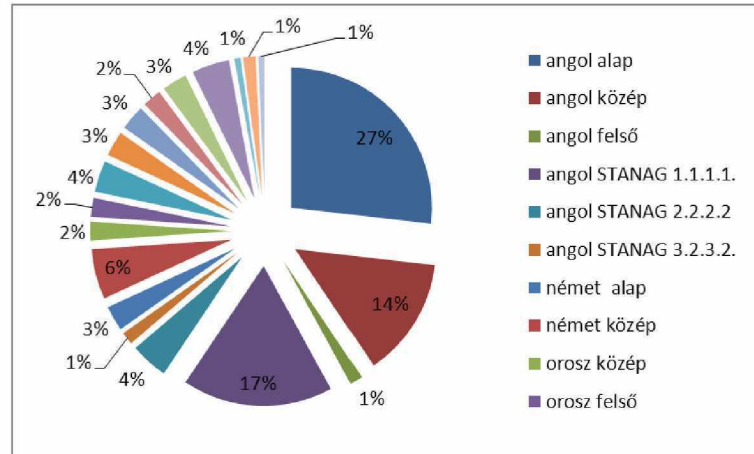
Véleményem szerint a kutatásomban alkalmazott minta, több szempontból (életkori-, nemek szerinti megoszlás, iskolai végzettség, katonai-, rendfokozati beosztás, szociális státusz) kellően reprezentálja a populációt, így alkalmasnak tartom az értekezésemben megfogalmazott kutatási célokhoz adaptált ismeretre, képességre, kompetenciára és képzésre összpontosított téziseim reprezentatív vizsgálatára.

4.3. A kutatás során vizsgált ismeretek, képességek és azok jelentősége a Honvéd egészségügyben

Téziseim teljes körű vizsgálatához a minta ismereteinek, képességeinek, kompetenciáinak vizsgálatát végeztem el.

Az idegen nyelvi képzettség felmérését a nemzetközi kapcsolatok, az interoperabilitás elvének hatékony teljesülésének fontossága miatt tartottam szükségesnek. Tekintettel a Magyar Honvédség nemzetközi feladatvállalására, a mintában vizsgáltam a külföldi misszióban résztvevők arányát, mely szerint a válaszadók 21 %-a (66 fő) volt külföldi misszióban ez idáig, azonban közülük többen már 2-4 alkalommal teljesítettek külföldi katonai szolgálatot.

A minta (n=313) számához viszonyítva 138 fő (44 %) rendelkezik az alábbi diagramban ábrázolt százalékos megoszlás szerinti különböző szintű idegen nyelvi kommunikációs képességgel. A 138 fő közül 23 fő angol STANAG 1.1.1.1. szintű (alapfok – szakmához kapcsolódó legalapvetőbb feladatok ellátásához elegendő) képességgel rendelkezik.⁵⁶



12. sz. ábra: A minta idegen nyelvi képességeinek százalékos megoszlása
(saját szerkesztés)

A 44%-os arányt a nemzetközi szerepvállalások, valamint annak ismeretében, hogy jelenleg hazánkban korszerű egészségügyi, katonai egészségügyi szakirodalom nem áll rendelkezésünkre, kevésnek tartom, ezért fontos az egészségügyi tisztek és altisztek idegen nyelvi képességeinek legalább STANAG 2.2.2.2 szintre való fejlesztése. Sajnos tényként kell kezelni, hogy a MH Egészségügyi Központ, Honvédkórház megnövekedett betegforgalma mellett egy-egy katona nyelvtanfolyamra történő elvezénylése komoly humán erőforrás deficitet és munkaszervezési problémát jelent. Hasonló problémával küzdenek a csapategészségügy területén is, a megnövekedett feladatok, külföldi szerepvállalások miatt. Ezen okok következtében az idegen nyelvi képességek fejlődése nagyon lassú tendenciát mutat, ezért meggondolandó a képzési programba idegen szaknyelvet beépíteni megfelelő óraszámban, és kis csoportos foglalkozások formájában.

⁵⁶ NATO STANAG 6001 akkreditált katonai egynyelvű szaknyelvi nyelvvizsgarendszer.
letöltés: http://www.zmne.hu/tanszekek/Nyelvvizsga_kp/stanag_6001.htm 2012. 03. 10.

Kutatásom jelentős részét képezik a harctéri sérülések, azok súlyossága és ellátási taktikája szempontjából releváns képességek oktatása, gyakorlása, valamint azok békeidőben és harctéri körülmények közötti alkalmazásának gyakorisága. Azonban fontos kiemelni, hogy a sürgős ellátást igénylő állapotok menedzselésével nem csak minősített helyzetekben, hadi körülmények között találkozhatunk. A különböző alakulatoknál szolgálatot ellátó egészségügyi katonák békeidőben, mindennapi munkájuk során, katonai rendezvények és különböző veszélyességi fokozattal minősített gyakorlatok biztosítása közben is jelentős számú populáció elsődleges ellátásáért felelnek, gyakran orvosi felügyelet és irányítás nélkül. Fentiekben megfogalmazottak miatt a kutatásom során vizsgált képességek legtöbbször alkalmazására a nap 24 órájában bármikor sor kerülhet.

A békeidőben bekövetkező sérülés okozta halálozás világszerte 10% körül van, de sok országban a vezető halálok az 5-44 év közötti korosztályban. A magas korai halálozás 50%-a következik be a helyszínen és 30%-a a kórházi ellátás első 24 órájában. 50%-ban központi idegrendszeri sérülés, 30-50%-ban kivérzés felelős a korai halálozásért. Ezek a mutatók a harctéri és minősített helyzetekben a sérülési jellemzők és mechanizmusok miatt lényegesen kedvezőtlenebb mutatókkal jellemezhetők. A tapasztalatok szerint a korai halálozások 48%-a potenciálisan megelőzhető megfelelő korai légútbiztosítással, a kritikus mellkasi sérülés, a külső vérzések, valamint a vérzésses shock adekvát ellátásával. A súlyos állapotú sérült életkilátásait meghatározó, a sérülés időpontjában kezdődő és a definitív ellátás megkezdéséig terjedő időintervallumot „arany órák” nevezzük. A prehospitalis ellátásban ennek csupán töredékével az ún. „platina 10 perccel” gazdálkodhatunk, ami arra elegendő, hogy a sérült állapotát felmérjük, a halaszthatatlan beavatkozásokat megtegyük, és mielőbb megkezdjük a szállítását a megfelelő ellátási helyre.⁵⁷

A fentiekben vázolt evidenciák alapján a korai halálozás csökkentésében meghatározó az elsőellátás, ezért az egészségügyi tisztek és altisztek széleskörű katonaegészségügyi képességeinek és kompetenciáinak elemzéséhez azokat a képességeket választottam, amelyek az ön- és kölcsönös segélynyújtás, valamint a magasabb szintű professzionális sérült ellátás valamennyi progresszivitási szintjét lefedik. Így a 3.4.4.

⁵⁷ Márton E; Gorove L; (2010). A súlyos sérült kórházon kívüli ellátása; Országos Mentőszolgálat Módszertani útmutató 2010.

fejezetben vázolt súlyos sérültek (lőtt, robbanásos sérülések) helyszíni ellátása során alkalmazható képességeket és kompetenciákat vizsgáltam, amelyekkel valamennyi egészségügyi tisztnek és altisztnek képesség szintjén rendelkeznie kell.

A képességek elsajátításán túl az állomány rendelkezésére kell álljon egy egységes, az ön és kölcsönös segélynyújtáshoz alkalmas egységcsomag, amely tartalmazza a légútbiztosításhoz, vérzéscsillapításhoz, sebellátáshoz szükséges eszközöket. Természetesen az egészségügyi szakállomány, beosztásától függően ezeken a felszereléseken túl további, a professzionális sérült-ellátáshoz szükséges kompetenciákkal és speciális eszközökkel kell rendelkezzen a szakszerű alkalmazás szintjén.



5. sz. kép: IFAK - Improved First Aid Kit (forrás: www.ebay.com; 2013-06-03.)

Biztonságos körülmények között a sérültek számának és sérüléseik jellegének figyelembevételével az alábbi beavatkozásokat kötelező elvégezni a helyszínen:

- ✓ újraélesztés megkezdése (megfelelő indikáció alapján!)
- ✓ légútbiztosítás
- ✓ vérzéscsillapítás, sebellátás, rögzítés, pozicionálás
- ✓ feszülő PTX detenzionálása
- ✓ nyílt mellkasfali seb fedése
- ✓ folyadékpótlás megkezdése (permisszív hipotenzió!)

A képességek fenntartásának oktatási tevékenységén túli feltétele, az egyes tevékenységek rendszeres végzése, amelyet az egészségügyi tisztok és altisztek

beosztásuk alapján békeidőben a napi munkatevékenységük során vagy szervezett gyakorlatok alkalmával gyakorolhatnak, illetve minősített helyzetekben, valós környezetben végezhetnek. Ezen szempontok alapján kerültek felmérésre az alábbiakban ismertetett képességek.

*** *Mentés terepen és mentés harci gépjárműből***

Ahogy azt értekezésem 3.4.4. fejezetének 72.-73. oldalán ismertettem, minden körülmények között a legfontosabb teendő a helyszín felmérése a segélynyújtó és a sérült biztonsága érdekében. Szükség esetén a sérültet biztonsági zónába kell kimenteni, melyet nehezítenek a környezeti veszélyforrások, a sérült és a segélynyújtó testtömege közötti aránytalanság, valamint a sérült és a segélynyújtó felszerelése, fegyvere, golyóállómellénye; és gyakran a tüzet is viszonzni kell, ezért ezekben a szituációkban speciális taktikai kimentéseket kell alkalmazni. Hasonló nehézséget jelent és specialitást igényel a különböző típusú harci gépjárműből, lövészárokból, vagy veszélyes zónából való kimentés is, ahol gyakran a sikeres kimentéshez a mentésben résztvevők rutinjára és a rendelkezésükre álló egyéb, nem mentéstechnikai eszközök (pl. kötelek, hevederek, fegyverszjíz stb.) alkalmazásának képességére lehet szükség.



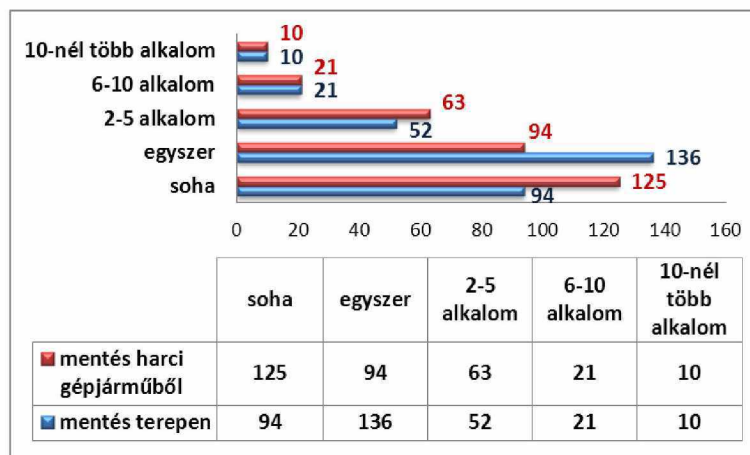
6. sz. kép: Mentés harci gépjárműből ⁵⁸

A baleseti mechanizmusok elemzése során rávilágítottak arra a tényre, hogy a balesetek legnagyobb részében a sérülttel történő találkozás első pillanatában meg kell kezdeni a nyaki gerinc egyidejű manuális rögzítését (MILS, manuális in-line

⁵⁸ Folytatódik a felkészülés a Bocskai dandárnál; <http://www.dehir.hu/belfold/a-bocskai-dandarnal-folytatodik-a-felkeszules/2011/10/03/>

stabilizálás), majd törekedni kell az eszközös (GILS, merev galléros in-line stabilizálás) stabilizálásra. A kimentéshez és a sérült transzportjához különböző technikák és eszközök alkalmazhatók, melyek a kimentés biztonságát fokozzák, esetleges újabb sérülések, szövődmények és a szállítási trauma kialakulásának megelőzését segítik elő.

Az eszköz nélküli vagy egyszerű eszközös kimentési praktikum alkalmazásán túl az egészségügyi katonáknak bizonyos beosztásokban emeltebb szintű ellátásban is részt kell venniük, ahol már a kimentéshez, valamint a sérült biztonságos és kíméletes transzportjához a speciális mentéstechnikai eszközök alkalmazását, kezelését, karbantartását is el kell sajátítaniuk képesség szintjén. Ezek az eszközök, melyek a MH Egészségügyi Szolgálat alakulatainál és betegszállító egységeinél is rendszeresítve vannak, a KED mellény, a lapát hordágy, Bord, vákuum matrac, végtagi vákuum sín, Oxystabil, húzósín, medence öv, valamint a betegszállító eszközökön (UNIMOG, MB 270, VW, BTR-80 SKJ mentő) alkalmazott Stollenwerk vagy Ferno paraguard hordágyak és rögzítési eszközök.



13. sz. ábra: A mentési módszerek gyakorlásának gyakorisága kiképzésen
(saját szerkesztés)

A terepen és harci gépjárműből történő mentés képességének elsajátítása kiképzéseken igen változó gyakoriságot mutat. A válaszok alapján megállapítható, hogy terepen való mentést 94 fő (30%), a harci gépjárműből való mentést 125 fő (40%) ez idáig még soha nem gyakorolta, annak ellenére, hogy a válaszadók 97%-a (303 fő) részt vett KVNR tanfolyamon. Elgondolkodtató az a tény is, hogy a válaszadók közül 112 fő az elmúlt 5 évben nem részesült kiképzésben a speciális körülmények közt végezhető kiképzési módszerekkel kapcsolatban. Kiemelt jelentőséggel kell kezelni ezen

képességek oktatását az alapkiképzéseken, és az ismétlő kiképzéseken, mert mint a felmérésből is kiderült, ezt a tevékenységet békeidőben a napi munkatevékenység során igen kevesen, (12 fő) elsősorban mentési feladatokat ellátók végzik néhány mentéstechnikai eszköz alkalmazásával. Speciális harctéri, hadi körülmények között ez idáig még egyetlen válaszadó sem végzett ilyen jellegű tevékenységet. Egy rosszul felmért és megválasztott taktikai helyzet a sérült életén túl a segélynyújtó életébe kerülhet, ezért a TCCC (Tactical Combat Casualty Care) alapjainak elsajátítása kiemelt jelentőségű kell legyen a képzés tananyagegységében.

- **újraélesztés és légútbiztosítás**

Minősített helyzetekben a sérült ellátását, mindig az adott körülményekhez kell adaptálni, így ha a körülmények (biztonság, sérültek száma stb.) lehetővé teszik az újraélesztés megkezdését, akkor ott az ehhez képesség szintjén elsajátított speciális körülmények között végzett újraélesztést kell alkalmazni a polgári elsősegélynyújtás újraélesztési algoritmusának (BLS, BLSx) részleges adaptálásával. Az újraélesztést végző saját testi épsége és a speciális körülmények között végzett újraélesztés nehézségei miatt a segélynyújtónak a hatékony kivitelezésen túl tudnia kell mérlegelni az újraélesztés elkezdésének lehetőségét, valamint az abbahagyhatóság kimondásának feltételeit. Jelentősen nehezíti az újraélesztés hatékony kivitelezését, ha azt teljes menetfelszerelésben kell végezni.

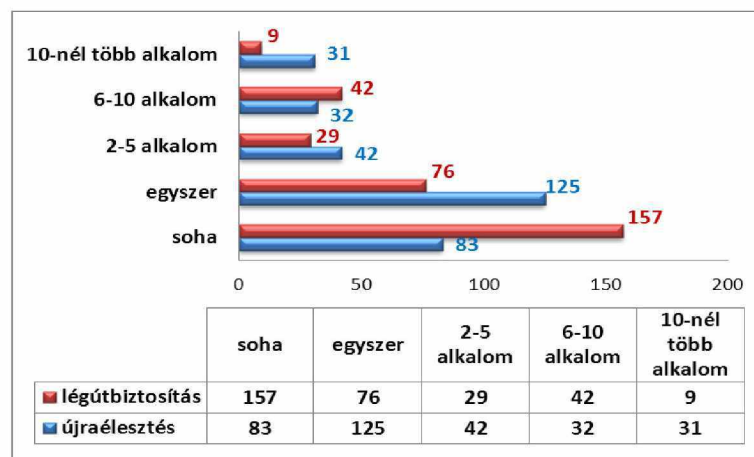
Az eszméletlen állapotok legnagyobb veszélyforrása a légúti elzáródás és az aspiráció, ezért az eszméletlen sérült ellátásának egyik legfontosabb feladata a sürgősségi ABCDE algoritmus alapján a szabad légutak biztosítása, és szabadon tartása, melynek eszköz nélküli (mentési helyzet, Esmarch-Heiberg műfogás) és eszközös módjai alkalmazhatók speciális körülmények között. Az eszköz nélküli légútbiztosítás módja a stabil oldalfekvő helyzet, annak tilalma esetén a fej hátrahajtása, az áll előre emelése. Az eszközös légútbiztosítás egyszerű alternatív formája a személyi felszerelés (IFAK) részét képező Wendl-tubus (nasopharyngeális tubus) vagy Guedel-tubus (oropharyngeális tubus) behelyezése,⁵⁹ melyet megfelelő képzés és gyakorlás után valamennyi egészségügyi katonának képesség szintjén kell alkalmazni, hogy az eszméletlen sérült légúti elzáródását megakadályozzák.

⁵⁹ Pápai T.; (2011). Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringés megállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái; *Nővér*, 2011.24. évf. 4. szám.



7. sz. kép: Wendl- és Guedel tubus (forrás: www.ebay.com 201-06-03)

A tubusok használatával kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy azok alkalmazása szükség esetén valamennyi egészségügyi végzettséggel rendelkező szakdolgozó kompetenciájába tartozik, így az egészségügyi tisztek és altisztek is alkalmazhatják békeidőben is nem csak minősített helyzetekben.



14. sz. ábra: Az újraélesztés és légútbiztosítás gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken (saját szerkesztés)

A válaszok rámutatnak arra a tényre, hogy a minta jelentős része kiképzésen nem gyakorolta az újraélesztés (83 fő) és az egyszerű légútbiztosítás (157 fő) kivitelezését speciális körülmények között. A kiképzésen az újraélesztést 125 fő, a légútbiztosítást 76 fő gyakorolhatta egy alkalommal. A beavatkozások gyakorlásának alacsony számát részben annak tulajdonítom, hogy a kiképzések során „a Ti ezt úgy is tudjátok” szokáselv érvényesülése miatt az egészségügyi foglalkozások gyakran egyéb más foglalkozásokká alakulnak át, vagy nincs az eszközök alkalmazásának gyakorlására megfelelő gyakorló baba vagy eszköz. Békeidőben a mindennapi munka során

újraélesztést 146 fő, légútbiztosítást 204 fő soha nem végez, ezeket a beavatkozásokat harctéri és hadi körülmények között is ez idáig összesen 2 fő végezte. Havi 1-2 alkalommal 18 fő végez, vagy vesz részt újraélesztésben. A vizsgálatba bevont állomány közül 93 fő (29,7%) nem részesült sem újraélesztés, sem légútbiztosítás kiképzésben az elmúlt öt évben.

Kutatások alapján bizonyított, hogy az harctéri körülmények között végzett újraélesztés eredményesebbé tehető, mint az elsősegélynyújtók kontroll nélkül végzett tevékenysége a „tele-mentorálás” módszerével. Ennek lényege, hogy a telemedicina lehetőségeit kihasználva egy központból szóbeli instrukciókkal alkalmassá teszik a segélynyújtót az újraélesztés kivitelezésére, melynek eredményeként kevesebb sérültet veszíthetünk el a későn elkezdett vagy szakszerűtlenül végzett bajtársi segélynyújtás miatt, így több sérült juthat el az evakuációs szisztémáig.⁶⁰

Fentiekben leírt módszer alkalmazásának sikeres feltétele a telemedicina rendszerének megfelelő kiépítése és alkalmazása, tekintettel, hogy az újraélesztés alkalmazására nem csak harctéri körülmények között kerülhet sor, így annak alkalmazását minden időszakban és körülmények között alap kompetenciának vélem. Kiemelt jelentőséggel fókuszálva az érvényes nemzetközi ajánlásokra, ahol jelenleg a sikeres újraélesztés kulcspontjának a megfelelő és hatékony technikával végzett mellkasi kompressziókat tekintik, ezért a manuális készség szintű alkalmazás elkerülhetetlen továbbra is. Ezek az adatok is jól tükrözik, hogy az újraélesztés, légútbiztosítás rendszeres oktatása és gyakorlása szükséges a célcsoport számára mind a békeidős, mind pedig a minősített helyzetekben történő képesség fenntartásához.

- **vénabiztosítás és folyadékpótlás**

A kritikus állapotú betegek, sérültek sürgősségi ellátásában idejekorán alkalmazott korrekt folyadékterápiának, és az életmentő gyógyszeradagolásnak kiemelkedő jelentősége van, ezért a minősített és rendkívüli körülményeken túl a békeidős sürgősségi ellátás során is valamennyi egészségügyi katonának alkalmaznia kellene a perifériás vénabiztosítás valamelyik alternatíváját.

⁶⁰ Kóródi Gy.; (2005). Az agykoponya lövés sérüléseinek korszerű kezelése szervezési- és szakmai szempontok alapján, a NATO-tagságunkból fakadó kihívások tükrében; Doktori (PhD) értekezés; ZMNE; 2005

Tekintettel arra, hogy a legtöbb sürgősségi kórkép (acut coronaria syndroma, stroke, súlyos sérülések, mérgezések, stb.) kimeneti mutatóinak alakulását jelentősen befolyásolja az időablakon belül elkezdett terápia. Több vizsgálat bizonyította már, hogy ezekben az esetekben a betegek jelentős része kicsúszik az időablakból, vagy csak igen nagy késéssel kerül be a sürgősségi ellátó rendszerbe. Ezeknél a betegeknél a „golden hour” gyakran „platina tízperccé” redukálódik le.

A perifériás vénabiztosítás a kritikus állapotú, rossz perifériás keringésű betegek esetében igen nehéz, időigényes lehet, és megfelelő rutint kíván, ezért fontos megismerni az intraosseális kanülálás (IO) módját és elsajátítani annak technikáját. Ez a technika biztonságos, gyors (10 sec.) és a tapasztalatlan kézben is könnyű vénás hozzáférést biztosít. Napjainkban az intraosseális kanülálást mind a prehospitális, mind az intrahospitális sürgősségi ellátás területén az intravénás bejuttatás elsődleges alternatívájaként ajánlják az újraélesztés és a kritikus állapotú betegek ellátása során.⁶¹

Ezen tények miatt, ha a kritikus állapotú beteg ellátása során túl vagyunk a harmadik sikertelen perifériás vénabiztosítás próbálkozáson, illetve 90 másodperc alatt nem sikerült használható, megfelelő lumenű vénát biztosítanunk, javasolt az intraosseális bejuttatás választása, amely gyermekeknél és felnőtteknél is hatásos lehet. Újraélesztés során a mielőbb elkezdett gyógyszeres terápia miatt a nemzetközi ajánlás alapján felnőttek esetén kettő, gyermekeknél az első sikertelen intravénás próbálkozás után az elsődlegesen választandó alternatíva az intraosseális bejuttatás.

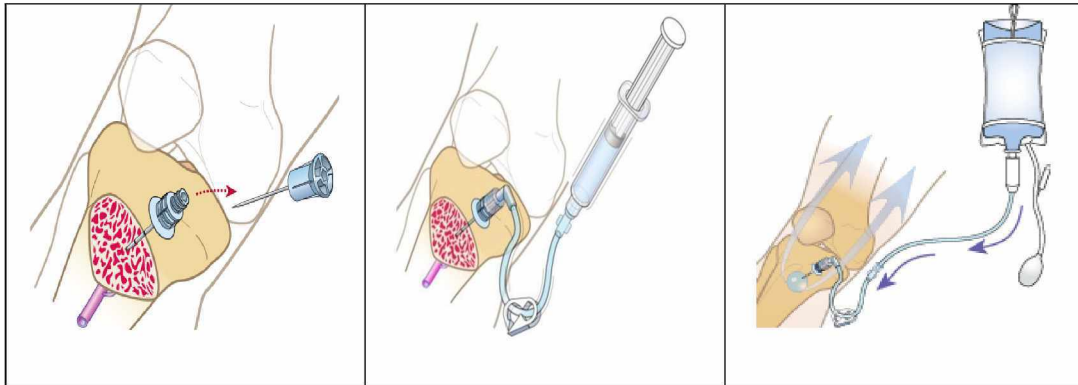


8. sz. kép: Intraosseális kanülálás B.I.G. (Bone infusion gun) eszközzel

(forrás: www.actnt.com/BIG/Bone_Injection_Gun.htm)

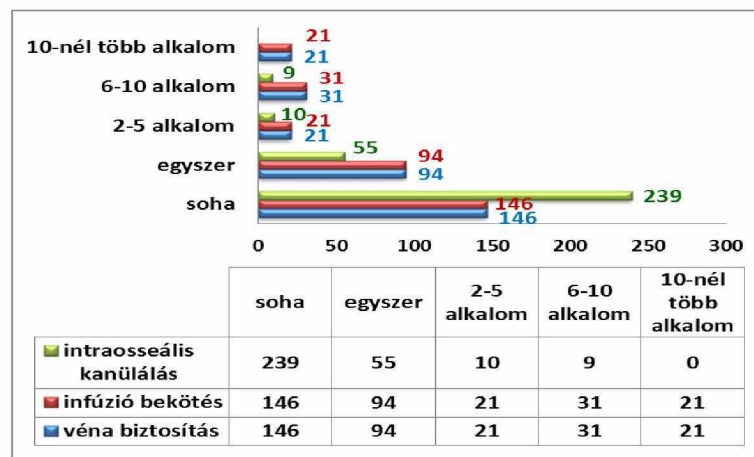
⁶¹ Pápai T; (2011). Intraosseális Kanülálás a kritikus állapotú betegek sürgősségi ellátásában; Nővér, 2011. 24. évf. 3. szám

A harctéri ellátás során alkalmazott intraosseális kanülálás jelentősége egyenértékűnek mondható a vérzéscsillapításra alkalmazott torniquet-el, így ennek a módszernek az ismerete és alkalmazásának képessége is kiemelt jelentőséggel kell, hogy bírjon az egészségügyi katonák képzése során.⁶²



9. sz. kép: Az intraosseális kanül alkalmazásának menete⁶³ (saját szerkesztés)

Súlyos sérülések esetén a nagyfokú vérzések csillapítása után az ideje korán elkezdett folyadékpótlás életmentő jelentősége kiemelt fontossággal bír. Ezekben a szituációkban a sérült ellátónak törekednie kell a mielőbbi vénabiztosításra és folyadékpótlásra, melynek speciális körülmények közötti kivitelezését fontos gyakorolni.



15. sz. ábra: A vénabiztosítás, infúzió bekötés, IO kanülálás gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken (saját szerkesztés)

⁶² Jones and Bartlett.; (2005). Combat Medic Field Reference, 2005, 13-23, 209-214.

⁶³ Cooper BR, Mahoney PF, Hodgetts TJ, Mellor A.; (2008). Intra-osseous access (EZIO®) for resuscitation: UK military combat experience. JR Army Med Corps 2008;153:314-6.

Ahogy ez a felmérés során bebizonyosodott az egészségügyi katonák 48 %-a (146 fő) sohasem, 33 %-a (94 fő) csak egyszer gyakorolta a perifériás vénabiztosítást, speciális és harctéri körülmények között. A napi munkavégzés során 96 fő rendszeresen, 108 fő soha nem végez perifériás vénabiztosítást. Harctéri körülmények között 289 fő még soha nem végezte a beavatkozást, 6 fő végezte ez idáig 10-nél több alkalommal speciális szituációkban. 104 fő az elmúlt öt évben nem vett részt olyan kiképzésen, ahol a perifériás vénabiztosítást oktatták volna számára.

A békeidős egészségügyi ellátás közben végzett vénabiztosítás a speciális, harctéri körülmények között végzett vénabiztosítással összehasonlítva ugyan algoritmusában nem különbözik, de a környezeti veszélyforrások miatt a sikertelenség, a szövődmények kialakulása és a sérült pozicionálás és mozgatása miatt a kanül kimozdulás hatványozottabban fordulhat elő. Kiemelt szempontként kell kezelni azt a tényt is, hogy ezekben a speciális szituációkban számos környezeti tényező is (veszélyzóna, időjárás-látási viszonyok, az ellátó és a sérült ruházata, egyéni felszerelések, védőeszközök stb.) nehezíthetik a megfelelő időablakon belüli ellátást, valamint korlátozott a rendelkezésre álló perifériás kanülok száma. Ezért a biztos képesség kialakításának jelentősége vitathatatlan. Bár a felmérésben résztvevők közel 63%-a (196 fő) az ápolói végzettségű csoportba tartozik, így végzettsége alapján a perifériás vénabiztosítás kompetenciájával rendelkezik, de azt beosztásából adódóan még békeidős körülmények között sem gyakorolja rendszeresen, elgondolkodtató, hogy miért nem gyakorolják a beavatkozást speciális szituációs körülmények között.

A vénabiztosítás kivitelezése után a már nyitott érpályába infúziós folyadékot kell bejuttatni. A perifériás perfúzió biztosítása érdekében alkalmazott folyadékpótlás a súlyos sérült ellátásának fontos lépése. A sérült ellátási prioritásoknak megfelelően kezdhető meg intravénás vagy szükség esetén intraosseális módon. A sérült feltalálási helyén a vénabiztosítást és infúzió bekötést csupán akkor indíthatjuk, ha idővesztés nélkül biztosítottak a kanülálás feltételei.

A megfelelő infúziós oldat és szerelék összeállítását, szükség esetén a szerelék eltávolítását is szigorúan szabályozott algoritmus alapján, az aszepszis-antiszepszis

szabályainak betartásával kell végezni, melynek kivitelezése szintén módosulhat minősített helyzetekben, harctéri körülmények között.⁶⁴

A kutatás során a speciális körülmények közötti infúzió összeállítás és bekötés oktatását és annak gyakorlását, valamint a beavatkozás békeidőben történő alkalmazásának gyakoriságára célzó kérdésre, ugyanazon eredmények születtek, mint a perifériás vénabiztosításra feltett kérdésre. Ennek oka feltételezhetően, hogy a sürgősségi ellátásban a perifériás vénabiztosítás velejárója az infúzió bekötése, akár folyadékpótlás, akár vénafenntartás vagy gyógyszer bejuttatás céljából.

Az intraosseális kanül bevezetését a válaszadók 81,5 %-a (239 fő) nem gyakorolta még soha. 55 fő, a válaszadók 17 %-a gyakorolta két alkalommal, amely sajnos szintén nem elegendő a beavatkozás készség szintű elsajátításához. 9 fő az, aki közel 10 alkalommal gyakorolta a beavatkozás technikáját, tehát a válaszadók közel 3%-áról feltételezhetjük, hogy a beavatkozást szükség esetén, készség szinten el tudja végezni. Békeidőben történő ellátás során 8 fő 1-2 alkalommal végez ilyen jellegű beavatkozást, feltételezhetően azok a sürgősségi ellátásban dolgozó szakemberek, akik valamelyik sürgősségi osztályon vagy a Mentőszolgálatnál teljesítenek szolgálatot beosztásuk alapján vagy részmunkaidőben. Bár a beavatkozás gyakorlati oktatásának mutatóit igen kedvezőtlennek gondolom, ezzel szemben pozitívumként könyvelem el azt az eredményt, hogy a megkérdezettek közül 139 fő (44%) már egy alkalommal, míg 23 fő (7,3%) már többször is részesült kiképzésben az elmúlt öt évben az intraosseális technika alkalmazásából. Sajnálatos, hogy az elméleti oktatást nem bővítették ki minden esetben gyakorlati oktatással, pedig a technika elsajátításához ma már korszerű gyakorló eszközök használhatók.

Fontosnak tartom, hogy a különböző kanülálási technikák készség szintű alkalmazásán túl a szakállománynak a kanülök kezelését, gondozását is el kell végezniük. Az ellátás magasabb szintjein (pl.: ROLE szintek, MEDEVAC stb.) az orvosi utasításra történő, kanülön keresztüli gyógyszer bejuttatást a vér mintavételi technikákat is alkalmazniuk kell, tehát a képzés során ezeket a képességeket is oktatni és gyakoroltatni szükséges.

⁶⁴ Alexander M., Infusion Nurses Society, Corrigan, A., Hankins, J., Gorski, I., Perucca, R.: Infusion Nursing: An Evidence-Based Approach.

- **sérültek és sérülések ellátása**

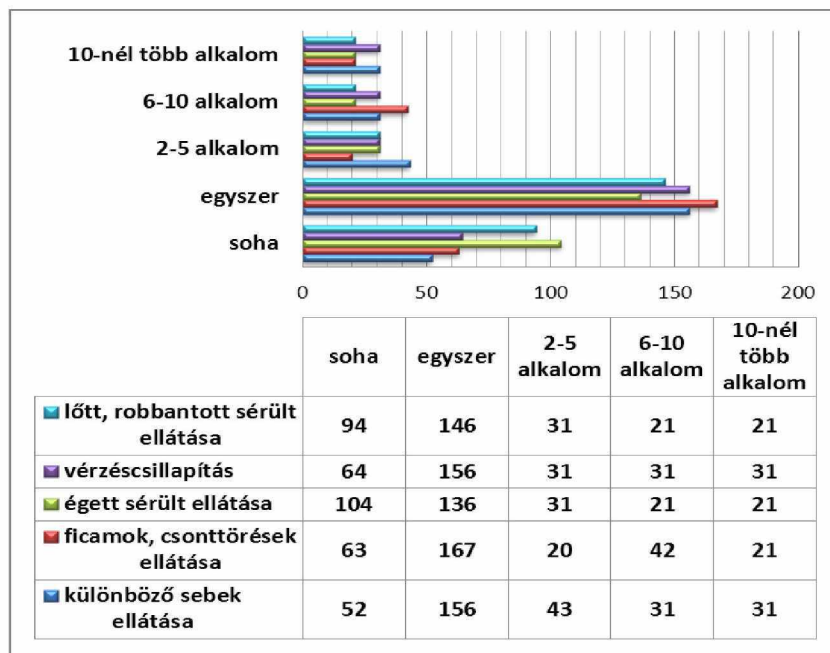
Mindennapi életünk valamennyi színterén és a potenciálisan magasabb mortalitási és morbiditási mutatókat eredményező harctéri és katasztrófa sújtotta területeken is különböző sérülési mechanizmusokkal találkozhatnak az egészségügyi katonák. A sérülések súlyossága függ a baleseti mechanizmustól, a sérülést okozó tárgytól, az erőbehatás nagyságától, a sérülés helyétől, jellegétől, kiterjedésétől, mélységétől. A behatás során lágyrészek, csontok, ízületek és szervek sérülhetnek. Ezek a sérülések lehetnek különböző mélységű zárt és nyílt sérülések. A sérülés során megnyílhatnak testüregek (koponya, mellkas, has, ízület) és üreges szervek (szív, tüdő, gyomor, belek, hólyag) is. A sebeket keletkezési mechanizmusuk szerint osztályozva elmondható, hogy a sebeket leggyakrabban mechanikai erő okozza, de hasonló seb keletkezik hő- (égés, forrázás, fagyás) és kémiai, vegyi hatásra (pl. marószerral, savval leöntött végtag), valamint radioaktív sugárzás és elektromos áram következtében.

A sebek általános jellemzője miatt a sikeres sérült ellátás fontos lépése a további vérvesztés megakadályozása, csökkentése, a fájdalom csillapítása, valamint a sebfertőzés megelőzése. Csont és ízületi sérülések esetén az ellátás célja a sérült végtag nyugalomba helyezése, szükség esetén megfelelő rögzítéssel biztosítani a sérült csont vagy ízület mozdulatlanságát és a sérült fájdalomnak csillapítását, nyílt törés esetén ezen túl a vérzés csillapítása és a fertőzés kivédése.

A fegyveres konfliktusokban részt vevő felek egészségügyi veszteségeiben a legfontosabb szerepet játszó tényezők, a résztvevő fegyveres alakulatok közti erőviszony, az alkalmazott fegyverfajták, az alakulatok állományának fizikai és pszichikai felkészítettsége, kiképzettsége, valamint az egészségügyi ellátás szakmai és technikai színvonala. A technika, fegyveripar fejlődésével párhuzamosan a sérülések jellege, és a súlyos sérültek aránya is változik. Harctéri körülmények között az egészségügyi ellátás céljai a harcmezei primer letalitás, a sérülés és az első ellátás közti időtartam csökkentése, az első szaksegély és sürgősségi segély szintjének emelése, és a sürgősségi sebészeti jellegű beavatkozások optimális esetben 1 órán, de legalább 6 órán belüli elvégzése. Ezen célok érvényesüléséhez elengedhetetlen az egészségügyi szakállomány speciális körülmények és szituációk közötti sérült-ellátási képességének kialakítása.

A speciális körülmények közötti ellátási képességek kialakítása sürgősségi helyzetek generálta stressz jelenség miatt fontos. A sérülés látványa, a sérült szenvedése, a közvetlen rokoni, baráti, bajtársi viszony esetén a bizonytalannak gondolt segélynyújtó készség, a fokozott félelem az elvesztéstől súlyos deprimáló feszültséget válthat ki a segélynyújtóban. A stressz keltette pszichológiai folyamatok eldöntik, eldönthetik, hogy adott esetben a segélynyújtó képes lesz-e beavatkozásra, vagy nem. A harctéri sérült ellátás során ezek a tényezők kiemelt jelentőséggel bírnak a szituáció, a veszélyes környezet, az aránytalanul sok sérült száma miatt. A segélynyújtás közben vagy után jelentkező úgy nevezett poszttraumás stresszbetegség (PTSD)⁶⁵ megelőzésének tárgyalása a tematika része kell, hogy legyen. A gyakorlati foglalkozások során fel kell készíteni a segélynyújtót a harctéri helyzetekben jelentkező stressz faktorokra a feladatok megfelelő ellátása céljából.

A sérült-ellátási képességek vizsgálata során elsősorban azoknak a képességeknek a gyakorlati oktatását, és azok végzésének gyakoriságát vizsgáltam, amelyeket fontosnak tartok a fentiekben leírt gyakorisági, kimeneti mutató és speciális jellemzők alapján mind békeidőben, mind pedig harctéri körülmények között.



16. sz. ábra: A különböző típusú sérült-ellátás gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken (saját szerkesztés)

⁶⁵ Urbán N; (2012). A fizikai teljesítőképesség szerepe a traumát követő patológiás állapotok kialakulási valószínűségének csökkentésében. Hadtudományi szemle; 5. évfolyam 1-2 szám. Budapest, 2012.

A fenti grafikon elemzése alapján megállapítható, hogy a felmérésben részt vevők 16 %-a (52 fő) soha, 50 % 156 fő csak egy alkalommal gyakorolta kiképzésen a sebellátás folyamatát. Békeidőben napi feladatként 108 fő soha nem végez ilyen jellegű feladatot, míg 84 fő szolgálati idejében naponta akár többször is végez sebellátást. Harctéri, hadi körülmények között ez idáig 8 fő végzett több alkalommal sebellátást a rendszeresített eszközökkel. Figyelemfelkeltő az a tény is, hogy a megkérdezettek közül 58 fő (18,5%) az elmúlt öt évben nem részesült kiképzésben a sebellátás témaköréből.

Békeidőben a mindennapi munka során végzett sebellátás és a harctéri körülmények között végzett sebellátás között az eltérést elsősorban a rendszeresített kötöző anyagok jelentik, amelyek szakszerű alkalmazása megfelelő rutint igényel. A hagyományos kötöző anyagokon túl (mull-lap, mull- pólya stb.) az IFAK egységcsomagban rendszeresített kötszerek (izraeli kötszer, Kerlex kötszer stb.) alkalmazását minden egészségügyi katonának készség szinten el kell sajátítania. A kötszerek szabályos használatán túl képesség szintjén kell alkalmazni a harctéri sérülések jellegzetességei miatt bizonyos speciális kötözési módokat, mint a nyaki kötés, hónalj kötés, háromszögletű kendővel történő különböző kötözési módok.



10. sz. kép: Izraeli trauma kötszer



11. sz. kép: Kerlex-kötszer

A ficamok, csonttörések ellátásának gyakorlása sem mutat jelentősebb eltérést a sebek, sérülések ellátásához viszonyítva. A baleseti mechanizmusok alapján a segélynyújtó gyakran találkozhat csont és ízületi sérülésekkel, mint törés, ficam, rándulás. Az ellátás specialitását jelenti, hogy míg békeidőszakban történt baleseti sérült ellátás során elsősegélynyújtás szintjén, ha a baleseti helyszín biztonságos, akkor a sérültet, vagy a sérült testrészt nyugalomba helyezzük a legkisebb mozgattal, a mentők megérkezéséig. Veszély zónában, harctéri körülmények között a speciális végtag rögzítő eszköz hiányában a sérült végtag anatómiai helyzetben való rögzítését

alkalmi eszközökkel kell elvégezni a rögzítés szabályainak betartásával, majd a sérültet kimenteni a veszélyzónából. Lágyszöveti sérülések (ficam, rándulás, zúzódás stb.) vagy annak gyanúja esetén az ú.n. EJNYE szabály alapján történik a sérült ellátása. Mint azt már az előzőekben is hangsúlyoztam, az egészségügyi tisztek és altisztek az eszköz nélküli ellátáson túl az ellátás valamennyi szintjén rendszeresített mentéstechnikai eszközöket is képesség szintjén kell tudják alkalmazni, valamint a sérült ellátás folyamatában kompetenciájuknak megfelelően az ellátó team tagjaként tudjanak részt venni.

Végtagi sérülések esetén a helyszínen mielőbb elvégzett szakszerű ellátás eredménye a fájdalom csökkentése, a sérülés súlyosbodásának megelőzése a sérült végtag elmozdulásának megakadályozásával és a gyógyulási periódus rövidülése, ezért az ilyen jellegű sérülések ellátása is kiemelt jelentőséggel bír.

A felmérés eredményei alapján láthatjuk, hogy a megkérdezettek 20%-a (63 fő) soha, 53%-a (167 fő) egyszer gyakorolta a törések, ficamok ellátásának módját speciális körülmények között. Békeidős körülmények között a napi feladatok ellátása során 36 fő végez rendszeresen csont-ízületi traumás sérült ellátást, 228 fő soha nem végez ilyen jellegű feladatot napi szolgálatai során. Harctéri, hadi körülmények között éles helyzetben 9 fő végzett ilyen jellegű ellátást.



12. sz. kép: Törésrögzítés gyakorlása gyalogsági ásó használatával (saját fotó)

Az égett sérült ellátásának gyakorlása lényegesen rosszabb mutatókkal jellemezhető, pedig a harctéri sérülési mechanizmusok tanulmányozása során, igen jelentős esetben találkozhatunk robbantásos eseményeknél különböző súlyosságú égett sérültekkel,

akiknél az egészségi állapot kimeneti mutatóinál meghatározó lesz az égési sérülés mielőbbi, szakszerű ellátása. A szakszerű ellátáshoz az állomány valamennyi tagjának ismernie kell az égés súlyosságának meghatározásához szükséges módszereket (pl. kilences szabály), valamint az égési sérülések ellátásához rendszeresített égési kötszerek helyes alkalmazásának módját. Természetesen nem csak a meleg hő okozta sérülések ellátására kell felkészíteni az állományt, hanem a fagyási sérülések ellátását is képesség szinten kell tudni alkalmazni.

Az égési sérülések speciális körülmények közötti ellátását a megkérdezettek 33%-a (104 fő) soha, 53%-a (167 fő) egyszer gyakorolta. A válaszadók közül 42 fő gyakorolta az ellátást ezidáig 5-nél több alkalommal. Munkavégzése során naponta többszöri gyakorisággal 7 fő lát el égett sérülteket, 241 fő napi munkája során egyáltalán nem találkozik égett sérültekkel. Harctéri, hadi körülmények között 283 fő soha nem végzett égett sérült ellátást, 16 fő 1-5 alkalommal és végzett és 14 fő 6-10-nél több alkalommal végzett égett sérült ellátást.

A sérülések leggyakoribb velejárója a vérzés, melynek súlyossága a harctéri körülmények között a sérülés jellege miatt igen nagy. Már a XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban is a lött- és repeszszérülések arányai a lőfegyverek fejlődésének függvényében jelentősen változtak. A repeszszérülések számának emelkedése meghaladta a 70%-ot, ami magyarázza a többszörös sérülések emelkedésének trendjét. A súlyos sérültek aránya, a repeszszérülések arányának növekedésével párhuzamosan közel 15%-os emelkedést mutatott.⁶⁶ A harcmezei halálozás fő okai az életfontosságú szervek roncsolódása miatt bekövetkező jelentős vérveszteség és annak következményeként kialakult sokk. A mennyiben nem kezdődik meg idejekorán a sérült ellátása a sérült a nagyfokú vérveszteség következtében igen rövid időn belül meghal. Hasonló mutatókkal jellemezhető a békeidőben bekövetkező súlyos sérülések alakulása is, ezért kiemelt jelentőségű a megfelelő vérzéscsillapítási módszerek elsajátítása.

Az ellátás algoritmusában jelentős helyet foglal el, a sérült nyugalomba helyezését és pozicionálását követő és végtagi sérülések esetében alkalmazható különböző vérzéscsillapító kötözési módok alkalmazása. Ilyen a nyomó kötés felhelyezése akár

⁶⁶ Vámos L; (1995). A XX. század második felében vívott háborúk egyes katonaoorvostani tanulságai a hadirodalom alapján. Honvéddorvos, 1995. 47. szám.

hagyományos gézpólyás módszerrel, akár a rendszeresített izraeli trauma kötszerrel vagy a jelentős végtagi vérzés csillapítása CAT (Combat Application Tourniquet) használatával, valamint megfelelő indikáció esetén Quik Clot koagulációt gyorsító anyag alkalmazásával.



13. sz. kép: Vérzéscsillapítás gyakorlása CAT alkalmazásával (saját fotó)

A kérdőíves felmérés során a kutatásban résztvevő célcsoport 20 %-a (64 fő) soha, 50%-a (156 fő) csak egy alkalommal gyakorolta a vérzéscsillapítás különböző módszereit. A fentiekben leírt életmentő vérzéscsillapító módszereket 31 fő (10%) gyakorolta 5-nél több alkalommal. Békeidőben napi rendszerességgel vérzéscsillapítást 48 fő végez, 96 fő egyáltalán nem végez ilyen jellegű beavatkozást. Harctéri körülmények között 289 fő soha nem végzett vérzéscsillapító beavatkozást, 9 fő végezte 1-5 alkalommal, 9 fő végezte 6-10 alkalommal és 6 fő végezte 10-nél több alkalommal.

A felmérésben vizsgált skill-ek, mint a mentés terepen, újraélesztés és légútbiztosítás, vénabiztosítás, infúzió bekötés, a különböző sérülések (sebzések, ficamok és törések, égések és vérzések) ellátási képességeinek megfelelő szinten történő priorizált komplex alkalmazása a harctéri sérülések gyakorisága alapján elsősorban a lőtt, robbantott sérültek ellátása során szintetizálható. Értekezésem 3.4.4. „Az egészségügyi tisztek és altisztek súlyos sérült ellátási kompetenciái az érvényes NATO specifikációk alapján” című fejezetében részletesen kifejtettem a kutatásban résztvevő célcsoport számára szükséges kompetenciákat, amelynek legfontosabb elemeit kérdőíves felmérésemben vizsgáltam. Az egyes képességek gyakorlásán túl vizsgáltam ezen elemek együttes alkalmazásának scenárióként történő gyakorlását is, tekintettel,

hogy az egyenként elsajátított képességeket az összetett sérült ellátási szituációkban megfelelően prioritizálva kell adaptálni és alkalmazni.



14. sz. kép: Súlyos sérült ellátásának gyakorlása (saját fotó)

A kérdőíves felmérés során a válaszadók 30%-a (94 fő) soha, 46%-a (146 fő) egyszer gyakorolta a lőtt, robbantott sérült ellátásának algoritmusát, a megkérdezettek közül 21 fő (6,7%) volt, aki már 5-nél több alkalommal vett részt olyan foglalkozáson, ahol ezt a képességet gyakorolni tudta. Lőtt, robbantott sérült ellátását békeidőben havonta 1-2 alkalommal 3 fő végzi, azonban ezt a választ nem tartom validnak a fenti sérülések gyakorisága alapján. Harctéri körülmények között lőtt, robbantott sérült ellátásában 10-nél több alkalommal 2 fő vett ez idáig részt.

Az eredmények értékelése alapján megállapítható, hogy a lőtt, robbantott sérült ellátás - mint scenario - gyakorlása kiemelt jelentőségüként kezelendő. Az ilyen jellegű komplex gyakorlat alkalmazása során az egyes skill-ek adaptálásán túl a team munkában való részvétel képességei is fejlesztendők. A súlyos sérült ellátása csapatmunka, megfelelő vezetői irányítással és kommunikációval, ahol a gyakorlások során elsajátított megfelelő kommunikáció és a team tagok közti interakció alkalmazásával jelentősen csökkenthetők az ellátás minőségét lerontó kompetencia- és kommunikációs zavarok. Ezen komplexitási mutatók alapján azok az egészségügyi tisztek, akik nem vettek részt megfelelő számú komplex gyakorlaton függetlenül attól, hogy az egyes skill-eket képesség szintjén tudják alkalmazni, nem jutnak el az elvárt fejlettségi szintre, így az éles helyzet és a helyzet generálta stresszorok miatt saját magukat és az ellátandó sérültet/sérülteket is jelentős veszélynek teszik ki.

- **vegyi sérült mentesítése**

Napjainkban az atom- biológiai- vegyi- és sugár technológia fejlődése, mindennapi alkalmazása és az ilyen jellegű tömegpusztító fegyverek elterjedése miatt kiemelt jelentőséget kell tulajdonítani a CBRN (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear,) védelem komplex feladatrendszerére, melynek célja a csapatok egészségének, így harcképességének megőrzése a különböző veszélyeztető tényezők egészség-károsító hatásaival szemben.

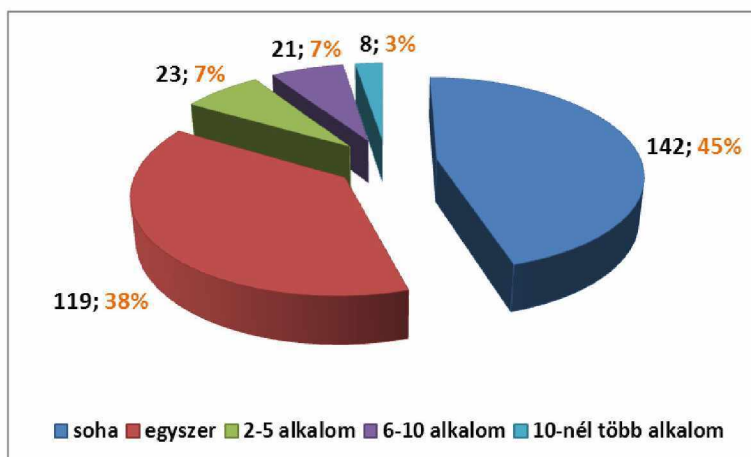
A CBRN veszéllyel járó hadműveletek egészségügyi biztosításának elveit az AMedP-7 NATO kézikönyv („Concept of Operations of Medical Support in NBC Environments”), gyakorlati teendőit pedig a STANAG-2478 (Medical Support in a Nuclear, Biological and Chemical Environment) foglalja össze. Ez utóbbi feladatlistaként sorolja a műveletek előkészítési és végrehajtási szakában, valamint a feladat teljesítését követő parancsnoki és egészségügyi CBRN-védelmi feladatokat.⁶⁷

A feladatlista részét képező egészségügyi ellátásra fókuszálva vizsgáltam a vegyi sérült mentesítésének gyakorlását, tekintettel arra, hogy az egészségügyi tisztek és altisztek mind az ön és kölcsönös segélynyújtás keretein, mind a szakfeladat ellátásának keretein belül minősített helyzetekben készség szinten alkalmazzák a különböző vegyi sérültek mentesítését. Fontos tényként kell kezelni, hogy a vegyi sérült dekontaminálása minden esetben kiemelt veszélyforrást jelent az ellátók számára, mivel hogy nagyon gyakran a sérülést okozó vegyi anyag nincs, vagy csak részben kerül analizálásra, így annak a sérült és az ellátók szervezetére gyakorolt egészségkárosító hatása csak részben, vagy egyáltalán nem ismert. Saját tapasztalatként utalok erre, mert a 2010-ben a Kolontár-Devecser területén történt vörösiszap-katasztrófa sérültjeinek intézeti szintű ellátása során a kontaminációt követő 6 óra múlva is bizonytalan információkat kaptunk a vegyi anyagról és annak kémiai jellemzőiről, ami jelentősen megnehezítette a sérültek ellátását és az ellátásban résztvevők védelmét. Szintén kiemelt jelentőséggel kezelendő az MH EK különböző egységeinek (Honvédkórház, MOCS, Mentőszolgálat stb) jogilag szabályozott szerepe és feladatrendszere a katasztrófa ellátásban.

Az érvényes nemzetközi ajánlások alapján a különböző vegyi sérültek mentesítése és ellátása összetett több lépcsős folyamatként kezelendő. A megválasztott módszert jelentősen befolyásolja a vegyi anyag tulajdonságain túl (amennyiben az identifikálható)

⁶⁷ Dr. Horváth Gy; (2009). A sugárveszélyes hadműveletek egészségügyi biztosításának elméleti és gyakorlati vonatkozásai; in Svéd L szerk; A tervezéstől a műveletig Katona-egészségügy; ZMNE 2009

a kontaminálódott sérült helye (hot-warm-cold zone), a decontaminálás lehetőségei (fizikai vagy kémiai). Kiemelt jelentőséggel kezelendő szükséges egyéni védőeszközök (légúti-bőr és nyálkahártya védelem) és biztonsági rendszerek (CAM monitor, detektor papír) rendeltetésszerű alkalmazása az ellátók és a sérültek biztonsága érdekében.⁶⁸



17. sz. ábra: A CBRN mentesítés gyakorlásának gyakorisága (saját szerkesztés)

A fenti grafikon jól szemlélteti azt a tényt, hogy a megkérdezettek 45%-a (142 fő) soha, 38% (119 fő) egyszer gyakorolta a vegyi sérült mentesítését. Éles helyzetben a vegyi sérült ellátását sem békeidőben, sem hadi körülmények között nem végezte még senki.



15. sz. kép: Vegyi sérült mentesítésének gyakorlása (forrás: www.vedelem.hu)

⁶⁸ Kenar L; (2004). How would military hospitals cope with a nuclear, biological, or chemical disaster; Military Medicine 2004 Oct;169 (10): 757-60.

- **segélyhely telepítés**

A katona-egészségügyet a stacioner, illetve polgári egészségügytől megkülönböztető képességek – úgy, mint az erők mobilizálhatósága és flexibilitása, a gyors beavatkozási készség, a hirtelen terhelésnövekedéssel járó helyzetekben is szilárd vezetés, illetve a haderőnek nyújtott többoldalú támogatás- teszik alkalmassá a katasztrófák egészségügyi következményei elhárításában való részvételre.⁶⁹

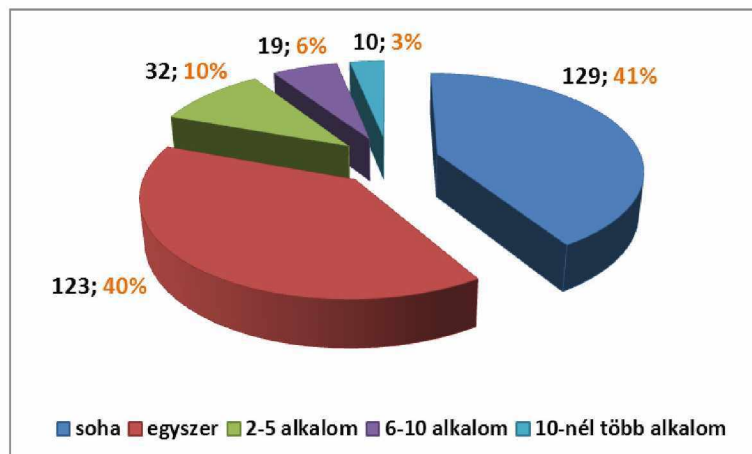
A katona-egészségügyi rendszer jellemzői alapján a rendkívüli helyzetekben is törekedni kell a békeidős sürgősségi ellátás algoritmusainak és minőségi mutatóinak a megtartására, melyet a progresszív ellátás filozófiája alapján a ROLE képességek alkalmazásával lehet elérni. Az egészségügyi tisztek és altisztek képességei közé tartozik a Honvéd egészségügy rendszerének ismeretén túl annak különböző minősített helyzetben történő működési elveinek, azok alkalmazásának és működtetésének képesség szintű ismerete. Ezek közül a képességek közül kiemelendő a segélyhely telepítés elméleti és gyakorlati kivitelezése, annak gyakorlása, tekintettel, hogy a megfelelő szintű segélyhely telepítése a NATO direktívák alapján meghatározott időhatárokhoz kötött.



16. sz. kép: Telepített segélyhely sürgősségi ellátóhelye (saját fotó)

A segélyhely telepítésén túl a célcsoport valamennyi tagja számára elvárt képesség a segélyhely kubarájához tartozó technika (pl. elektromosság, fűtés, klíma stb.) és a kompetenciába tartozó szakanyagok és technikák kezelése, működtetése, karbantartása.

⁶⁹ Svéd L; Gyórfy Á; (2009). Katasztrófa-helyzetek egészségügyi biztosításának sajátosságai; A tervezéstől a műveletig Katona-egészségügy; 5.4.4.fejezet; ZMNE; 2009. Budapest



18. sz. ábra: A segélyhely telepítés gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken

(saját szerkesztés)

A segélyhely telepítés gyakorlása a megkérdezettek körében igen rossz mutatókat eredményezett. A válaszadók 41%-a (129 fő) soha, 40% (123 fő) egy alkalommal gyakorolta a segélyhely telepítését. A válaszok vertikális vizsgálata során bebizonyosodott, hogy 5-nél több alkalommal a segélyhely telepítést az a 29 fő gyakorolta, akik már több, mint 16 éve szolgálnak a honvéd egészségügyben és már több külföldi misszióban is teljesítettek szolgálatot. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az utóbbi években zajló gazdasági válság a Magyar Honvédségre és a szervezett hadgyakorlatokra is kihatással van, így ezeknek a képességeknek a gyakorlása nem történik meg, ami a képességek mutatóinak romlását eredményezheti. A segélyhely telepítésére nem csak harctéri körülmények közt kerülhet sor, a békeidős ellátás során bekövetkező különböző katasztrófák esetén is szükség lehet segélyhelyek telepítésére. A képesség megfelelő szinten tartása szempontjából kiemelt jelentőségüként tekintendő az a tény, hogy hazai viszonylatban csak az MH Egészségügyi Szolgálat az egyetlen ilyen képességgel rendelkező bevethető alakulat.

- **a vizsgált képességek összesítése**

A fentiekben vizsgált képességeket végzettségtől, beosztástól és rendfokozattól függetlenül valamennyi egészségügyi tiszt és altiszt számára kötelező kompetenciaként tekintem. Ennek elsődleges oka, hogy a vizsgált kompetenciák, amelyek az emberi élet megmentésére, végtagmentésre és a lehető legjobb önellátási képesség elérésére irányuló, a segélynyújtó életét is veszélyeztethető felelősségteljes humán

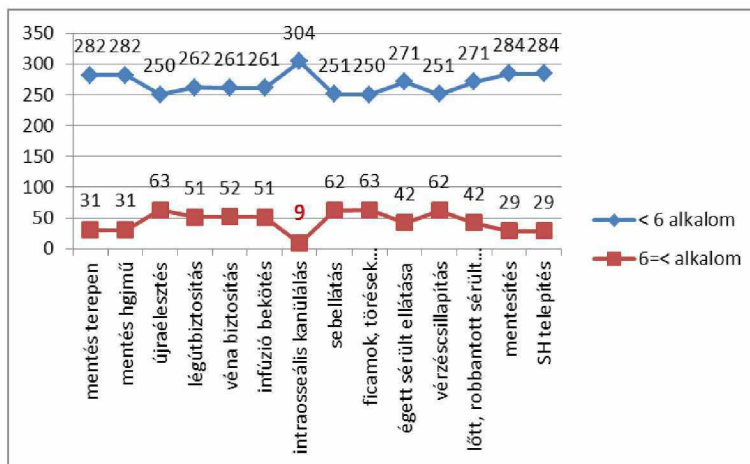
tevékenységek, így a célcsoport minden tagját valamennyi kompetencia esetében a legmagasabb fejlődési szintre kell eljuttatni és szinten is tartani. Ezen okok miatt fontosnak tartottam azt is vizsgálni, hogy a felmérésben résztvevők közül hány fő lenne alkalmas szükség esetén ezen képességek lehető legszélesebb körben történő biztonságos alkalmazására.

beavatkozás / gyakorlás	soha	1	2-5	6-10	10<
mentés terepen	94	136	52	21	10
mentés hgjmű	125	94	63	21	10
újraélesztés	83	125	42	32	31
légútbiztosítás	157	76	29	42	9
vénabiztosítás	146	94	21	31	21
infúzió bekötés	146	94	21	31	21
intraosseális kanülálás	239	55	10	9	0
sebellátás	52	156	43	31	31
ficamok, törések ellátás	63	167	20	42	21
égett sérült ellátás	104	136	31	21	21
vérzéscsillapítás	64	156	31	31	31
lőtt, robbantott sérült ellátás	94	146	31	21	21
CBRN mentesítés	142	119	23	21	8
SH telepítés	129	123	32	19	10

9. sz. táblázat: A képességek gyakorlásának összesített táblázata (saját szerkesztés)

Horizontálisan vizsgáltam, hogy a fenti kompetenciák milyen összetételben jelennek meg a mintában. A pedagógiai, andragógiai és pszichológiai tanulás-módszertani ajánlások figyelembevétel alapján meghatároztam, hogy a jártasság- készség- képesség szintjének eléréséhez hány alkalommal szükséges egy adott skill vagy scenario gyakorlása. A valid meghatározás szempontjából nehézséget jelenthet, hogy a célcsoport tagjai nemük, életkori megoszlásuk, iskolai végzettségük, szakmai gyakorlatukon túl eltérő szinten rendelkeznek a személyiség vele született, öröklött és szerzett adottságaival, hajlamaival, valamint a személyiség struktúrájának különböző összetevőivel, mint az emlékezés, emocionális és intellektuális tulajdonságok. Fontos szempont, hogy ezektől a változóktól függetlenül valamennyi képzés, továbbképzés kimeneti mutatói egységesek legyenek, tehát valamennyi egészségügyi katonának ezen alapkompentenciák esetében egységes fejlődési szintre kell eljutnia a képzés során.

A vizsgált beavatkozások készség-képesség-kompetencia szintű eléréséhez a valós környezethez és szituációhoz legjobban hasonlító körülmények között, megfelelő skill átadás módszertannal az egyes skillek minimálisan hat alkalommal történő gyakorlása szükséges. Az ettől kevesebb számban végzett gyakorlás csak az elméleti ismereteket erősíti a teljes körű készség szintű alkalmazás nem eredményez.



19. sz. ábra: A képességek gyakorlásának aránya 6 alkalomhoz viszonyítva
(saját szerkesztés)

A felmérés eredményei alapján megállapítom, hogy csak 9 főt (a minta 2,8%-a) tekinthetünk alkalmasnak, a fentiekben vizsgált beavatkozások teljes körű, képesség szintű alkalmazására, mert az intraosseális kanulálás legalább hat alkalommal történő gyakorlását végezték a célcsoportból a legkevesebben. Ebből a 9 főből 6 fő már több alkalommal járt külföldi misszióban, így több kiképzésen is részt vett. Szintén alacsony számban valósult meg a legalább hat alkalommal történő gyakorlás a mentesítés és segélyhely telepítés (29 fő), valamint a terepen és harci gépjárműből történő mentés esetében. Képességek közül az újraélesztés, a törések ficamok ellátása, a vérzéscsillapítás és a sebellátás gyakorlása volt az, amit legtöbben (62-63 fő) legalább hat alkalommal gyakoroltak már speciális körülmények között, a rendszeresített eszközök alkalmazásával.

Fontos adat téziseim vizsgálata szempontjából, hogy az eredmények kereszt táblában történő összehasonlítása alapján megállapítható, hogy az a 23 fő egészségügyi katona, aki a különböző beavatkozásokat már több, mint 6 alkalommal gyakorolta speciális körülmények között, több külföldi misszióban vett már részt. A missziós részvétel miatt több lehetőségük volt a missziós felkészítés

keretén belül katona-egészségügyi kiképzéseken részt venni, tehát ez a tény is bizonyítja és erősíti 4. hipotézisemben megfogalmazott felvetésem, hogy a képzések a prioritizálás elvén működnek.

4.4. A célcsoport önrevíziója, önértékelése

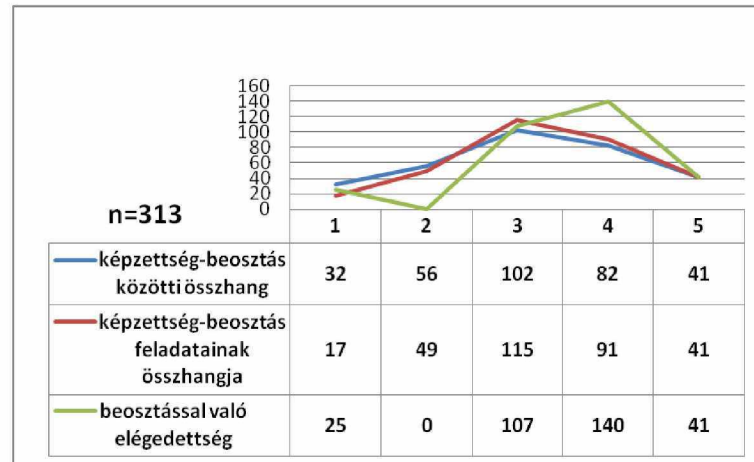
A kérdőívem utolsó szakaszában pedagógia célzattal több önrevízióra, önértékelésre alkalmas kérdéseket tettem fel, mert fontosnak tartottam, hogy a válaszadók milyen kritikával illetik önmagukat a vizsgált katona-egészségügyi témakörben képességeikről, tevékenységeikről, valamint az önrevízió, önértékelés alapján szükségét érzik-e képességeik fejlesztésének, ha igen, akkor milyen szempontok teljesülése alapján.

Kérdőíves felmérésemben fontosnak tartottam informálódni arról, hogy az egészségügyi tisztek és altisztek ismerik-e végzettségüknek és beosztásuknak megfelelő szakmai, egészségügyi feladatainak listáját, kompetenciáját. A válaszadók közül 139 fő (44%) állítja, hogy ismeri teljesen a végzettségének és beosztásának megfelelő szakmai és egészségügyi feladatát, kompetenciáját, a válaszadók közül 166 fő (53%) ezeket csak részben ismeri, és 8 fő (3%) egyáltalán nem ismeri azokat.

A rendelkezésemre bocsátott munkaköri leírás minták dokumentáció elemzése alapján megállapítottam, hogy az egészségügyi tisztek és altisztek munkaköri leírása mind a csapattagozatban, mind az MH Egészségügyi Központban csak általános feladatokat, kötetelmeket és jogköröket tartalmaz, az egészségügyi végzettségűek kompetencia listája pedig csak a végzettséghez előírt, rendeletben meghatározott kompetenciákat tartalmazza, speciális katona-egészségügyi kompetencia lista nincs rendszeresítve. **Ez a tény komoly jogi hézagot eredményezhet, akár békeidős, akár minősített helyzetben való munkavégzés során, valamint az érintett állomány felé nincs egyértelműen megfogalmazva az elvárt képesség és feladat.**

A feladatkörök és kompetenciák ismeretén továbbhaladva egy ötfokozatú skálán vizsgáltam, hogy a célcsoport milyennek ítéli meg a képzettsége és beosztása közötti összhangot, valamint képzettsége és a beosztásához rendelt feladatainak, kompetenciáinak összhangját, majd ezek alapján elégedett-e jelenlegi beosztásával. A képzettség, beosztás és a hozzá rendelt feladatok közti megfelelő összhang feltétele a szükséges képességek és kompetenciák teljes körű birtoklása. Ennek feltétele a

szükséges képességek elsajátíttatása, mely az ellátandó terület hatékonyságát eredményezi valamennyi mutató szempontjából.

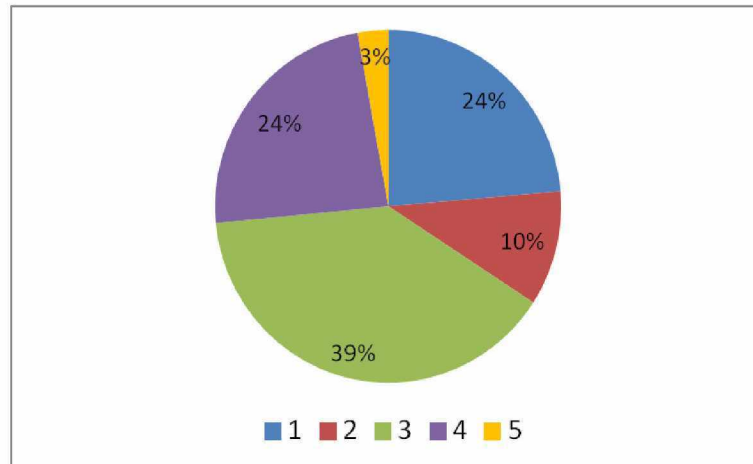


20. sz. ábra: A képzettség-beosztás-feladat kapcsolatának megítélése 5 fokozatú skálán (saját szerkesztés)

Az ötfokozatú skála értékelése során a 4-es és 5-ös értékeket tekintetem elfogadhatónak, a 3-2-1-es kategóriákat már nem tekintem optimálisnak. A grafikon jól szemlélteti, hogy a célcsoport a képzettség és beosztás közötti összhangot az ötfokozatú skálán inkább közepesre (3,14) ítéli. Csak 41 fő érzi azt, hogy teljes mértékben összhangba van képzettsége és beosztása, míg 32 fő szerint egyáltalán nincs összhangban a két tényező. Érdekességként említem meg, hogy ebben a 32 fős csoportban találhatóak azok a jelenleg altiszti beosztásban szolgálatot teljesítők, akik egyébként felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, de a jogi szabályozások alapján tisztii beosztásba nem sorolhatók. Ezért ezt az általam javasolt képzési struktúrához társított előmeneteli rendszer tervezésénél figyelembe veszem. Hasonló véleménnyel vannak a képzettség és a beosztás feladatai közötti összhangról is. Az eredmények ismeret alapján nem tartom biztatónak és nem tükröz megfelelő motiváltságot a célcsoport tagjai részéről az tény, hogy a válaszadók 58 %-a ettől függetlenül elégedett beosztásával.

Felmérésem során fontosnak tartottam a motivációs vonalat tovább vizsgálni, hogy az egészségügyi katonák beosztásukkal való elégedettségük alapján a beosztás ellátásához mennyire elégedettek szakmai fejlődésük lehetőségével, ami nem csak a

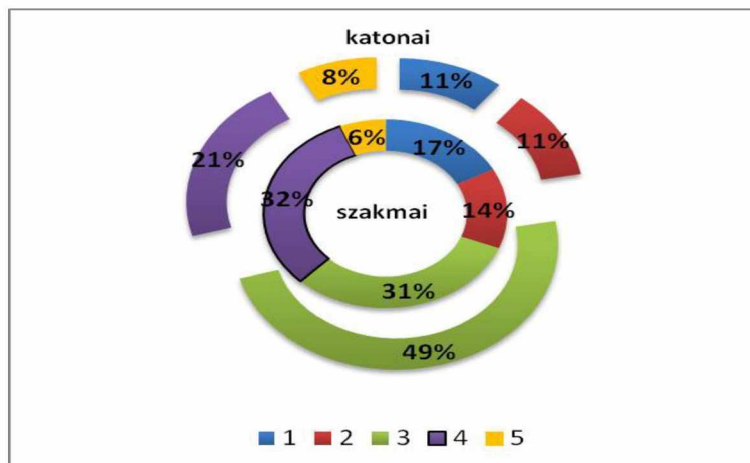
jelenlegi beosztás ellátásához, hanem az esetleges katonai előmenetel céljából is fontos lehet.



21. sz ábra: Szakmai fejlődési lehetőséggel való elégedettség (saját szerkesztés)

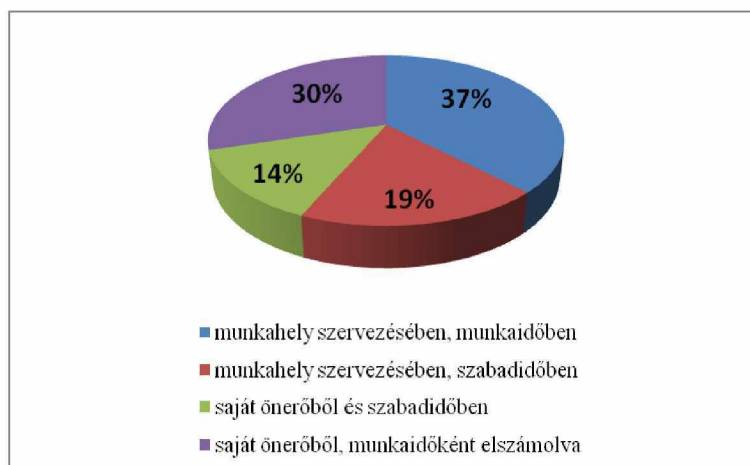
A válaszadók 3%-a (9 fő) teljesen elégedett, 24% (74 fő) elégedett szakmai előmeneteli lehetőségével, azonban a válaszadók jelentősebb része nem elégedett szakmai fejlődési lehetőségével. 39% (123 fő) közepesre, 10% (33 fő) elégségesre és figyelemre méltóan nagy arányban 24 % (74 fő) elégtelenre értékelte szakmai fejlődési lehetőségeit. Sajnálatos tény, hogy az MH Egészségügyi Szolgálatra jelenleg jellemző humán erőforrás helyzet (üres státuszok, Honvédkórház vonatkozásában az ellátandó feladathoz képest aránytalanul alacsonyra tervezett létszám stb.), valamint a gazdasági helyzet nem segíti a szakmai fejlődési lehetőségeket, mert minden továbbképzés, tanfolyam kieső munkaidőt generál, amelynek a visszapótlása csak igen korlátozottan lehetséges, de ezek ettől függetlenül nem mehetnek a szakmaiság rovására.

A szakmai fejlődési lehetőségek felmérése után a szakmai és katonai előmenetellel való elégedettséget is felmérte meggy ötfokozatú skálán, tekintettel, hogy értekezésem céljaként megfogalmazott képzési rendszer alkalmazásának egyik fontos motivációs eszköze a megfelelő előmenetel biztosítása a Magyar Honvédség humán-stratégiai koncepciójához adaptáltan.



22. sz ábra: Katonai és szakmai előmenetellel való elégedettség (saját szerkesztés)

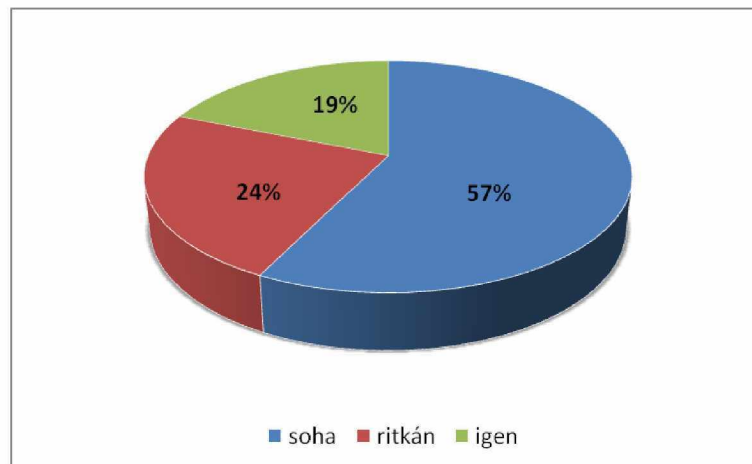
A grafikon elemzése rávilágít arra a tényre, hogy a felmérésben résztvevők katonai előmenetelével 29 %, míg szakmai előmenetelével 38 % elégedett, ez alacsonynak mondható. Fontos megjegyezni, hogy a katonai előmenetel rendeletileg szabályozott (8/2012. (VI. 11.) HM rendelet), ráadásul az is befolyásolja, hogy általános vagy speciális beosztási helyen teljesít szolgálatot az illető. A szakmai előmenetelnek pedig sok esetben nem következménye a katonai előmenetel. A szakmai előmenetellel a megkérdezettek 62%-a (az 1-2-3 kategóriát választók) nem elégedett, ezért kíváncsi voltam, mit tesznek meg előmenetelük érdekében, részt vesznek-e szakmai továbbképzéseken, ha igen milyen formában.



23. sz ábra: A továbbképzéseken való részvétel formája (saját szerkesztés)

A felmérésbe bevont egészségügyi katonák 37%-a a munkahely szervezésében, munkaidőként támogatott formában, míg 19% ugyan munkahelyi szervezés formájában, de szabadidejében vesz részt továbbképzéseken. Sajnálatos tény az is, hogy a megkérdezettek jelentős része önerőből támogatja továbbképzéseit, melyek regisztrációs díja igen jelentős kiadást jelent a célcsoport számára, és nem utolsó szempontként az is problémát jelent, ha a továbbképzést nem számolják el munkaidőként.

Az eredmények alapján fontosnak tartom, hogy az általam megtervezett képzési struktúra és annak szinten tartó elemeinek (továbbképzések stb.) tervezési, szervezési szempontjai ezek alapján kerüljenek majd meghatározásra. A cél, hogy a továbbképzések a munkahelyi szervezésben, munkaidőként elszámolva legyenek szervezve, nem utolsó sorban szem előtt tartva annak jelentőségét, hogy a továbbképzések akkreditálása is megtörténjen az egészségügyi szakdolgozók működéséhez szükséges továbbképzési pontok jóváírása céljából.



24. sz. ábra: Az évenkénti 2 hetes szakmai továbbképzéseken való részvétel gyakorisága (saját szerkesztés)

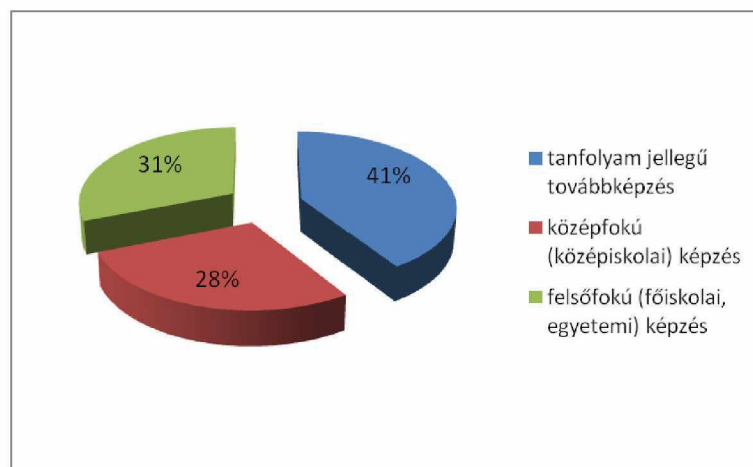
Az elméleti továbbképzéseken túl a gyakorlati képességek fejlesztése céljából szabályozott évenkénti 2 hetes továbbképzésen (szakmai napok) való részvételre is fókuszáltam. A megkérdezettek 57%-a soha 24% ritkán veszi igénybe ennek lehetőségét. Bár az elmúlt egy évben elindult hogy elsősorban az ápolói végzettséggel rendelkező egészségügyi katonákat a csapattagokat állományából 1 hetes gyakorlatra a Honvédkórházba vezényelnek. Nem jellemző, hogy a kórházi állományból hasonló

képesség fejlesztő jelleggel a csapattagokat egészségügyi szolgálatához vezényeljék egészségügyi katonát, pedig az egészségügyi katona képességei és kompetenciái részét képezi a csapat-egészségügyi szolgálat ellátása is.

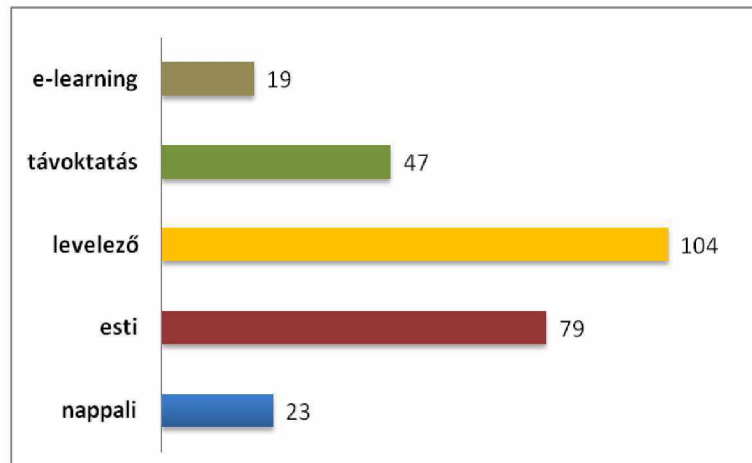
Az önrevízió utolsó részeként a képzésre való igényt és annak fontosabb szervezési szempontjait mértem fel. Igen pozitív megerősítést jelentett számomra, hogy a kutatásba bevont egészségügyi katonák 87%-a (272 fő) - amennyiben lehetőséget kapna - szívesen részt venne katona egészségügyi képzésen. Csak a válaszadók 13%-a (41 fő) véli úgy, hogy nincs szüksége ezen irányú ismereteinek bővítésére. Adataim további elemzése során derült ki, hogy ebből a 41 főből már 14 fő olyan, aki ezidáig legalább 3 külföldi misszióban vett részt, tehát több kiképzésen túl van, valamint 7 fő az aki, az elkövetkező 2 évben tervezi leszerelését, ezért valószínűleg nem érzi szükségét a képzésnek.

Véleményem szerint a célcsoport tagjainak jelentős része is érzi, szükségét látja annak, hogy feladatainak biztonságos és megfelelő színvonalú ellátásához akár békeidőben, de minősített helyzetekben is mindenképpen szükséges ismereteinek és képességeinek fejlesztése és szinten tartása.

A képzésre igényt tartók közül legtöbben, 41 % tanfolyam jellegű, 28% középfokú és 31% felsőfokú képzésen venne részt legszívesebben. Ezek figyelembevétel alapján fontosnak tartom, hogy az értekezésem céljaként megfogalmazott korszerű katona-egészségügyi képzési struktúra több szintű legyen, szem előtt tartva az előzetes ismeretek beszámításának és a ráépülésnek az elvét, lehetőségét.



25. sz ábra: A katona-egészségügyi képzés szintjeinek igénye (saját szerkesztés)



26. sz ábra: A katoná-egészségügyi képzés formájának igénye *(saját szerkesztés)*

A képzésre igényt tartók legtöbben a munka melletti (levelező, esti) képzési formát választanák. Véleményem szerint a Honvéd Egészségügyi Szolgálat jelenlegi helyzetében ezek a legoptimálisabb képzési formák minden képzési szinten. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi katonák kompetenciái jelentősen gyakorlatorientáltak, így olyan képzési formát kell választani, amelyben mind az elméleti, mind a gyakorlati képzések megvalósíthatók. Természetesen, társítani lehet költséghatékonyság céljából bizonyos, főként elméleti témakörökben az e-learning formát is. Nappali képzés indítása a már aktívan dolgozók körében nem optimális.

Értekezésem IV. fejezetében az értekezés legfontosabb hozományaként megfogalmazott egészségügyi tiszti és altiszti kompetenciák összeállítása, és az azok képzésére legalkalmasabb képzési struktúra kidolgozása céljából a kérdőíves felméréssel begyűjtött adatbázisomból az erre legalkalmasabb adatokat emeltem ki és szemléltettem grafikus ábrázolással, az ok-okozati összefüggések jelentőségének hangsúlyozásával.

4.5. Hipotézisek vizsgálata

Kutatásom céljaként deklarált elvárásaim teljesítése és a megfogalmazott hipotéziseim vizsgálata céljából az egészségügyi tiszti és altiszti állomány, mint célcsoport, kérdőíves felmérésének elvégzésével, majd az eredmények, rendszerezésével, statisztikai módszerekkel történő feldolgozásával és az eredmények ok-okozati összefüggéseinek több irányú összehasonlító vizsgálatával, valamint saját tapasztalataim felhasználásával hipotéziseim vizsgálata az alábbiakat eredményezte:

1. Első feltevésem - miszerint *az egészségügyi tisztek és altisztek jelentős része a polgári életben megszerzett felsőfokú vagy középfokú egészségügyi végzettségen túl nem rendelkezik a jelenlegi beosztásának ellátásához szükséges speciális katonai egészségügyi ismeretekkel és képességekkel az alábbi kutatási eredményeim alapján igazolódott.*

- a) Adataim elemzése során bizonyítást nyert, hogy a vizsgált célcsoport 98%-a a KVNR tanfolyamon szerezte meg katonai alapismereteit, ahol 8 órában részesült katonai egészségügyi alapismeretek képzésben, ami a feladatkör ismeretében nem elegendő a szükséges kompetenciák elérésére. 3 fő rendelkezett katonai szakközépiskolai, 4 fő katonai OKJ és 3 fő katonai főiskolai végzettséggel, amelyek közül egyik végzettség sem egészségügyi szakirányú, azokat később szereztek meg.
- b) Kutatásomban a legfontosabb harctéri életmentő képességeket, mint végzettségtől, beosztástól és rendfokozattól független alapkompenciákat vizsgáltam, majd súlyozott összesítést alkalmaztam. Ennek bizonyítására a képességek valóshoz lehető legélethűbb szituációban történő gyakorlásnak gyakoriságát néztem, ahol az egyes skill-ek vagy szcenarió-k legalább 6 alkalommal történő gyakorlását határoztam meg minimálisnak. Ezen szempontok alapján a csak vizsgálatban résztvevőknek csak 2,8 %-a felelne meg az elvárt feltételeknek.
- c) A minta önrevíziójának eredményei alapján maguk a felmérésben résztvevő egészségügyi tisztek és altisztek 87 %-a tartja szükségesnek egy széleskörű katonai egészségügyi képzésnek az elvégzését, tehát a jelenlegi beosztásuk ellátásához nem érzik megfelelően képzettnek magukat.

2. Második hipotézisem szerint *a célcsoport tagjai nem csak a jelenlegi beosztásuk ellátásához szükséges speciális katonaegészségügyi képességekkel nem rendelkeznek, de még a katonai ön- és kölcsönös segélynyújtás, mint minden katona számára elengedhetetlen alap képességgel sem rendelkeznek; vizsgálataim során ez szintén bebizonyosodott, igazolódott.*

Felmérésem során az ön-és kölcsönös segélynyújtás legmagasabb időfaktorú tevékenységeire - mint a kimentés, újraélesztés és a sérült ellátás különböző praktikumai (vérzéscsillapítás, sebellátás, törött végtag-, égett sérült ellátása stb.) - fókuszáltam. Az egyes skill-ek legalább hat alkalommal történt gyakorlásának súlyozott átlaga alapján csak a minta 17%-a (~53 fő) felel meg teljes egészében a kritériumoknak.

3. Harmadik feltételezésem megfogalmazása szerint *az egészségügyi tisztek és altisztek nem rendelkeznek a harctéri sérülések közül leggyakrabban előforduló lött-robbantott sérült ellátás során alkalmazandó képességekkel sem, és nem alkalmazták még csak gyakorlás szintjén sem az ellátás során alkalmazható skill-eket.* Ezen hipotézisem is **igazolódott** az alábbi adatok értelmezése alapján.

A harctéri sérülések nemzetközi mutatóinak tanulmányozása szerint a lött, robbantott sérülések gyakorisága miatt vizsgáltam annak megfelelő szintű alkalmazását - melynek algoritmusát a mentés terepen, és légútbiztosítás, vénabiztosítás alternatívái, infúzió bekötés, és a speciális összetett típusú sérülések (súlyos vérzés, roncsolás, égés) komplex team munkában történő alkalmazása jelenti -, s itt is a megfelelő képesség eléréséhez szintén a legalább hat alkalommal történő szituatív komplex gyakorlat (scenario) elvégzését határoztam meg: az eredmények alapján csak a minta 13,4 %-a 42 fő felel meg az elvárásoknak.

4. Negyedik hipotézisemben feltételeztem, hogy *a Magyar Honvédség jelenlegi katonaegészségügyi oktatási, képzési rendszere feladat prioritizálási elven működik, mert elsősorban csak azokat az egészségügyi tiszteket és altiszteket képezik ki a fentiekben leírt képességekre, akiket külföldi missziós szolgálatra készítenek fel.* Kutatási eredményeim alapján e tézisem csak **részben igazolódott**, nyert bizonyítást.

A válaszadók közül 66 fő vett már részt egy vagy több alkalommal külföldi katonai misszióban, így ők a feladatvállalásra való felkészítés miatt több katonaegészségügyi kiképzésen is részt vettek. Az eredmények elemzése során több adat is alátámasztja ezt a tényt, mert abból a 9 főből, aki a vizsgált katonaegészségügyi képességek tekintetében teljesen megfelelt az elvárásoknak, 6 fő már több, mint három alkalommal volt külföldi misszióban. Ezen állításom erősíti az is, hogy az önrevízió alapján, aki nem igényelte katonaegészségügyi képzésen való részvételét a 41 főből 14 fő már több mint 3 alkalommal járt külföldi misszióban, így több képzésen vett már részt. Tekintettel arra, hogy a kérdőíves felmérésben célirányosan nem kérdeztem rá, hogy milyen okból vett részt az illető több ilyen jellegű kiképzésen, a fenti eredmények nem mutatnak minden szempontból szignifikáns eltérést, ezért fogadtam el csak részben ezt a tézisémet, melynek egyértelmű bizonyítására a későbbiekben egy újabb felmérés elvégzése megfontolandó.

5. Ötödik feltevésem szerint *az egészségügyi tisztek és altisztek katonaegészségügyi ismereteikkel és képességeikkel szemben negatív önképet vallanak, ezért nyitottak lennének ezen képességeik fejlesztésére, egy új megfelelő előmeneteli rendszerrel harmonizáló képzési rendszerbe való csatlakozásra.* Ennek az alapját **bizonyítva** látom:

A kérdőívben elhelyezett, az önrevízió célját szolgáló kérdésekre adott válaszok szerint a kutatásban résztvevő egészségügyi katonák jelentős része nem elégedett szakmai fejlődési lehetőségeivel, így szakmai előmenetelével sem, ezért a válaszadók 87%-a szívesen részt venne elsősorban iskolarendszerű képzéseken ismereteinek és képességeinek bővítése céljából.

Az értekezésemben megfogalmazott elméleti és empirikus hipotéziseim vizsgálata alapján *kutatói alaphipotézisem*, mely szerint a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál különböző beosztásban szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek jelentős része nem rendelkezik korszerű, kompetencia szintű katonaegészségügyi ismerettel és képességgel, amelyet szükség esetén mind békeidőben, mind pedig minősített helyzetben megfelelően tudna alkalmazni, véleményem szerint *beigazolódott*, így azok szilárd tudományos alapot adnak következtetéseimhez, javaslataimhoz.

4.6. A kutatás során vizsgált képességek alkalmazhatósága a civil egészségügyben

A kutatás során vizsgált képességek alkalmazhatósága széleskörű, nem csak a Honvéd egészségügy különböző területeire adaptálható. Tekintettel arra, hogy a Magyar Honvédség feladatainak jelentős részét békeidőben végzi, így ezek a képességek megfelelő szinten tartással a hazai és bizonyos feladatokkal a nemzetközi civil egészségügyi ellátás különböző területein és is jól alkalmazhatók. Bár a katonae egészségügyi képességek történetileg nem a katonai-polgári együttműködés céljából lettek kialakítva, mégis gyakran van szükség ezen képességek közös alkalmazására. A haderő képességeinek, zord környezetben is működőképes vezetési rendszerének gyors telepíthetősége tették lehetővé a katonai-civil egészségügyi együttműködés egyre kiterjedtebb összehangolását és kiaknázását. A katonae egészségügyi erők számára a katasztrófa mentési műveletek egészségügyi biztosítása jelenti a legnagyobb kihívást, ugyanakkor egy sor egyéb helyzetben és műveletben is bevonásra kerülnek. A civil-katonai együttműködés CIMIC (Civil-Military Cooperation) rugalmas vezetési és irányítási struktúrájával szemben megfogalmazott követelményeket az AJP-9 számú Szövetségi Civil-katonai Együttműködési Doktrína tárgyalja. A katonai-civil együttműködés általános egészségügyi alapelvei az egészségügyi humanitárius segítségnyújtás és a humanitárius műveletek egészségügyi biztosítása.⁷⁰

A CIMIC szabályozott kapcsolódási pontjain túl a képzett katonae egészségügyi állomány feladatrendszerét elsősorban hazai viszonylatban az alábbiakban egészíteném ki.

- ❖ A professzionális katonae egészségügyi szakállomány megfelelő sürgősségi szemlélettel és képességekkel hazai és nemzetközi viszonylatban is jelentősen emelné a valóban szakképzett elsősegélynyújtók számát és így a sikeres esetek alakulását is.
- ❖ A civil lakosság számára is hozzáférhető nagy tömegeket vonzó katonai és állami rendezvényeken a megfelelően felkészített állomány bevonásával a minőségi

⁷⁰ Vekerdi Z; (2009). Civil-katonai együttműködés aspektusai és lehetőségei; A tervezéstől a műveletig Katonae egészségügy; 10. fejezet; ZMNE; 2009. Budapest

egészségügyi biztosítás ellátható, így költséghatékonyabbá válhat a Magyar Honvédség számára.

- ❖ A szakmailag felkészült állomány további oktatás módszertannal történő kiképzése után a lakosság minőségi elsősegélynyújtó képzésében jelentős pozíciót tölthet be.
- ❖ A MH preventív egészségügyi filozófiájával és szemléletével kiképzett egészségügyi katonák bevonhatók a különböző népegészségügyi programok hirdetésébe és a különböző kampányok lebonyolításába.
- ❖ A rendeleti szinten elismert katona-egészségügyi szakképesítés lehetőséget jelenthet a civil egészségügy több területén a szakdolgozói humán erőforrás hiányok átmeneti rendezésére, akár tervezett, akár krízis megoldás formájában.
- ❖ A szakképzett katona-egészségügyi állomány, jelentős puffer kapacitást jelenthet az Országos Mentőszolgálat és a Katasztrófavédelem számára a kapacitásaikat és képességeiket meghaladó speciális események esetén.
- ❖ Az ország több régiójában az állomány tagjaiból megszervezhető egy állandó készenlétet garantáló egység, amely szükség esetén megfelelő időablakon belül szervezetteren és szakszerűen tud részt venni a katasztrófák, rendkívüli állapotok felszámolásában és egészségügyi ellátásában.
- ❖ Végül szeretném kiemelni, hogy a vizsgált képességek alkalmazására nem csak az MH Egészségügyi Szolgálatánál kerülhet sor. A képességek és a feladatok jellegzetességei alapján a képességek alkalmazása a Katasztrófavédelem, Tűzoltóság és a Mentőszolgálat állományától is elvárható a rendkívüli és minősített helyzetekben történő sikeres ellátás céljából

Fontosnak tartom kiemelni, hogy ezek a tevékenységek és képességek jelentősen emelnék a Magyar Honvédség és Honvéd egészségügy pozitív társadalmi megítélését.

Kutatási témakörömhöz kapcsolódó előzmények és a jelenlegi helyzetelemzést követően a megfogalmazott céljaim alapján az egészségügyi tisztek és altisztek legfontosabb katona-egészségügyi képességeire és kompetenciáira fókuszálva a témával kapcsolatos ismereteiket mértem fel értekezésem 4. fejezetében.

A célkitűzéseimmel összhangban lévő hipotéziseim vizsgálatára mind a kutatási, mind pedig az adatok feldolgozására alkalmazott statisztikai módszerek alkalmasnak bizonyultak. Az öt, általam megfogalmazott hipotézisem közül négy bizonyítást nyert, egy feltételezésem az alacsony szignifikancia miatt csak részben bizonyult helytállónak, annak igazolása további vizsgálatokat érdemelne.

A kutatási eredmények alapján bizonyítást és megerősítést nyert számomra, hogy valóban szükséges az értekezésem célkitűzésében megfogalmazott korszerű katoná-egészségügyi képzési struktúra kidolgozása az egészségügyi tisztek és altisztek számára meghatározott képességek és kompetenciák alapján, melyet kutatásom eredményeinek adaptálásával, mint értekezésem hozományát teszem közzé dolgozatom következő fejezetében.

5. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK GYAKORLATI ALKALMAZÁSA

Értekezésem fő célja, saját motivációm és kutatási eredményei alapján a Magyar Honvédség állományában szolgálatot teljesítő egészségügyi tisztek és altisztek számára a beosztástól, iskolai végzettségtől és rendfokozattól független egységes, mindenki számára készség szinten alkalmazandó kompetencia lista meghatározása. Majd a meghatározott kompetenciák képesség szintű alkalmazásának elérésére és fenntartására alkalmas gyakorlat orientált oktatási, képzési struktúra megfogalmazása, amelynek eredményeként az egészségügyi tisztek és altisztek akár békeidőben, akár minősített időszakban képesek feladataik teljes körű ellátására mind a katonai-, mind a polgári egészségügy területén hazai és nemzetközi viszonylatban is.

A megfelelő tananyagtartalommal és kimeneti mutatókkal kidolgozott képzési rendszerhez a humán erőforrás megtartása és az állomány elkötelezettségének erősítése céljából javaslatot teszek az előmeneteli rendszer végzettséghez és képességhez történő adaptálására.

5.1. A kompetencia fejlesztés módszertana

Értekezésem 3.4.1. „Az egészségügyi tisztek és altisztek helye a rendszerben, feladatai, kompetenciái békeidőben és minősített időszakban” című fejezetében a kompetencia fogalmát és összetevőit és jellemzőit tisztáztam. Fontos hangsúlyozni, hogy a katonai nomenklatúra a képesség fogalmát alkalmazza előszeretettel, azonban maga a kompetencia egy magasabb szintet jelent ennél.

Ma már nem csak a szakképzésben, de a mindennapi munka során is alkalmazzuk a kompetencia kifejezést, amely a kvalifikációtól lényegesen átfogóbb jelentésű és már magában foglalja a személyes tulajdonságokat és jellemzőket is. Ezek figyelembevételével a kompetencia készségek, tudás és attitűdök összessége, amelyek lehetővé teszik egy adott funkció vagy foglalkozás (jelen esetben az egészségügyi katonai) hatékony teljesítését a megfogalmazott elvárás alapján. A kompetencia magába foglalja a kognitív, funkcionális, személyes és etikai kompetenciát. Napjainkban a gazdasági, társadalmi változások hatására (viszonylag rövid idő alatt, kedvező áron, minél multifunkcionálisabb képességekkel rendelkező tanuló) un. „kész anyag”

kibocsátását várják el a képző intézményektől, akikkel a munkáltatóknak a lehető legkevesebb problémájuk adódik és mielőbb bevethetők önálló munkavégzésre. Ezeknek az elvárásoknak a teljesülését segíti elő a kompetencia alapú oktatás.

A kompetencia alapú oktatás során a hangsúly áttevődik az önszabályozó tanulásra, a tanulók személyes felelősségére, az iskolán kívüli tapasztalatok, előzetes ismeretek integrációjára, és a flexibilis gyakorlatokra, ezért a kompetencia alapú képzés egységesítését a kimeneti szabályozás jelenti, mely szabályozás alapját a munkahelyi elvárások jelentik, vagyis mondja meg a felhasználó (vevő) milyen szakemberre van szüksége, és a képzőintézmények „előállítják” azt számára.

Az egységes kimeneti szabályozásokban (SZVK, KKK) az adott képzettség ellátásához szükséges feladatprofilok és tulajdonság profilok vannak szabályozva. A feladatprofil a szakképesítés megszerzése birtokában betölthető munkakörben elvégzendő feladatok célszerűen csoportosított listája, vagyis maga a kompetencia lista. A tulajdonságprofil azoknak a tulajdonságoknak a listája, amelyek birtoklása révén a személy képes a szakképesítés birtokában a munkafeladatok elvégzésére.

Mint ahogy az előzőekben írtam, az egészségügyi tisztek és altisztek katonaegészségügyi kompetenciáit a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának, mint felhasználónak kell meghatározni megfelelő kompetenciafejlesztési technikával.

A kompetenciafejlesztés egy komplex, több tudományterületet (pedagógia, andragógia, pszichológia, szociológia, jog, etika, maga az adott szakterület) érintő szabályozott folyamat, amely megfelelő szakértelmet és rutint igényel.

Az egészségügyi tisztek és altisztek katonaegészségügyi kompetenciáinak meghatározását egy fejlesztői munkacsoport felállításával a kompetenciafejlesztés hazánkban még viszonylag új és innovatív módszerével a csoportmunkán alapuló **DACUM** (Developmen of a curriculum) módszerrel állítottam össze.

Azért döntöttem e módszer mellett, mert több esetben munkacsoporti tagként részt vettem DACUM technikával végzett kompetencia fejlesztésében (pl. mentőápoló, sürgősségi szakápoló, ápoló) és a saját tapasztalataim is alátámasztják a szakirodalom által leírt tapasztalatokat a módszerről. A szakirodalomi adatok szerint az eddig elért eredmények bizonyítják azt, hogy a DACUM módszerben sokoldalú lehetőségek

rejlének, és viszonylag rövid idő alatt magas színvonalú végeredmény születik. Bizonyítottan gyors, olcsó és eredményes módszer a kompetenciáknak vagy azoknak a feladatoknak a meghatározására, amelyeket egy adott munkakörben vagy foglalkozási területen alkalmazott személyeknek kell teljesíteniük.⁷¹

A fejlesztői team tagjai a katona-egészségügyi szakterület különböző végzettségű, beosztású és rendfokozatú képviselői, akik több éves rutinjuknak köszönhetően reálisan tudják leírni saját munkájukat. A DACUM szabályok szerint a szakértőknek a 2 napos munkában folyamatosan jelen kell lenniük, nem volt mód arra, hogy helyettesítő személyt kérjenek fel. A munkacsoport tevékenységét DACUM facilitátorként saját magam koordináltam.

A műhelymunka során ötletroham technikával meghatároztuk a kompetenciákat és a hozzájuk tartozó feladatokat. Cselekvő igékkel megfogalmaztuk, hogy az egyes feladatcsoportokon belül "MIT CSINÁL?" a munkaterületen sikeresen teljesítő egészségügyi katona.

A kompetencia táblázatban meghatározott feladatprofilok sikeres teljesítésének a feltétele a tudás, a cselekvés, a magatartás és az eszköz, melyek mindegyike meghatározásra került a műhelymunka során.

A kompetencia táblázat összetevői:

Feladatprofil: megmutatja, hogy mit kell tennie annak a szakembernek, aki a szakmát gyakorolja. A követelménymodul tanulása során elsajátítandó szakmai tevékenységeket tartalmazza. A feladatprofil a feladatkompetenciák listája; azokat a munkatevékenységeket tartalmazza, melyek elvégzése során a kompetenciák megnyilvánulnak. A szakképesítéssel betölthető munkakörben elvégzendő feladatok célszerűen csoportosított listája.

Tulajdonságprofil: megmutatja, hogy a szakmát gyakorló szakembernek milyen tulajdonságokkal, kompetenciákkal kell rendelkeznie ahhoz, hogy a szakmában előforduló feladatokat végre tudja hajtani. A tulajdonságprofil a tulajdonságkompetenciák listája.

⁷¹ DACUM műhelymunka felhasználási területei; forrás: www.dacumbt.com/muhelymunka.htm (2013. 08.18.)

Tartalmazza:

- a szakmai ismereteket
- a szakmai készségeket
- a személyes-, társas- és módszerkompetenciákat

Személyes kompetenciák: személyes tulajdonságok, melyek megléte elősegíti, lehetővé teszi a munkatevékenység hatékony és eredményes elvégzését.

Társas kompetenciák: a munkatársakkal, ügyfelekkel való közvetlen kapcsolatot, a velük összefüggő cselekvéseket, különösen az együttműködés, kommunikáció és a konfliktuskezelés milyenségét leíró jellemzők.

Módszerkompetenciák: a munkatevékenység során a személy munkamódszerét, munkastílusát, a tevékenységhez való viszonyát leíró ismérvek.⁷²

A fejlesztés eredménye az *egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi kompetencia táblázata*, amelynek véglegesítésére kutatási eredményeim figyelembevételével a DACUM munkacsoport kollektív döntése alapján került sor és értekezésem következő alfejezetében ismertetem.

5.2. Az egészségügyi tisztek és altisztek javasolt katona-egészségügyi kompetenciái

Mint azt értekezésem 3.4.2. fejezetében ismertettem, a hazai egészségügyi ellátó rendszerhez hasonlóan a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatában is a szakirányú végzettségek rendkívül heterogén mutatóval jellemezhetők. A középfokú végzettséggel jelenleg az OKJ előtti alapképesítéssel rendelkezők, az egészségügyi szakiskolai/szakközépiskolai végzettséggel bírók, a szakosító képzésben szakmai végzettséget szerzők, illetve 1993-tól a többszörösen módosított OKJ-ban szereplő szakképesítéssel rendelkezők teljesítenek szolgálatot. A 2006. évben kiadott moduláris szemléletű és szerkezetű OKJ a szakképesítések újabb csoportját generálta, majd 2013. szeptember 01-től lép életbe a legújabb szakképzési rendszer az alábbiakban felsorolt

⁷² A szakmai kompetencia mérés módszertana; Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet; Budapest, 2010.

legfontosabb jogi szabályozások alapján, melyeket adaptáltam kompetenciafejlesztésemhez.:

- ❖ a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény,
- ❖ a szakképzésről szóló 2011. évi CLXXXVII. törvény,
- ❖ az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről szóló 150/2012. (VII. 6.) Kormányrendelet,
- ❖ az állam által elismert szakképesítések szakmai követelménymoduljairól szóló 217/2012. (VIII. 9.) Kormányrendelet
- ❖ az egészségügyi szakdolgozók által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzettségi feltételeiről szóló 66/2011. NEFMI rendelt
- ❖ a honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény

A katona-egészségügyi szakápoló szakképesítés munkaterületének rövid leírása:

A katona-egészségügyi szakápoló olyan professzionális szakember, aki az elsajátított ismeretek és képességek birtokában a katona-egészségügy területén, a civil-egészségügy pre- és intrahospitális sürgősségi ellátás területén valamint a katasztrófavédelem területén önállóan és/vagy szakmai elöljárói utasításra az érvényes szakmai, etikai, jogi szabályok betartásával képes az alábbi kompetenciák adaptálására hazai és nemzetközi viszonylatban, béke időszakban és műveleti területeken/helyzetekben egyaránt.

A szakképesítéssel rendelkező képes:

- munkáját az interoperabilitás elve alapján, önállóan vagy team munkában a szakmai szabályok, a jogi és etikai normák betartásával a transz- és szocio-kulturális jellemzők figyelembevételével végezni
- az optimális katona-egészségügyi ellátás megvalósításához szükséges információkat, erőforrásokat feltárni, felhasználni
- a katona-egészségügy területén rendszeresített technikai eszközök alkalmazására, karbantartására
- az egészségügyi szakanyagok anyaggyártó feladatainak ellátására
- vezetőként tervezési, irányítási, vezetői, ellenőrzési és értékelési feladatok végrehajtására

- mozgó egészségügyi biztosítási feladatokat tervezni, koordinálni és ellátni
- egészségügyi kiképzési feladatokat tervezni és ellátni
- önképzési feladatokat ellátni
- katona-egészségügyi tudományos tevékenységet végezni
- a rendkívüli események folyamatos készenlétét biztosítani
- a csapat és központi tagozat katona-egészségügyi feladatait önállóan vagy team munkában elvégezni
- elvégezni a speciális katona-egészségügyi szakápolói feladatokat béke- és műveleti területeken
- minősített helyzetek védekezésében és felszámolásában részt venni
- a műveleti egészségügyi ellátás valamennyi szintjén részt venni
- egészségügyi szakharcászatban való részvételre
- komplex ön és kölcsönös elsősegélynyújtást végezni a rendszeresített eszközök alkalmazásával
- taktikai szemlélettel harctéri sérülteket ellátni, transzportjukat megszervezni, részt venni abban (MEDEVAC, CASEVAC)
- a sürgősségi eseteket felismerni, ellátásukban kompetencia szintje szerint részt venni
- holisztikus szemléletű ápolói és asszisztensi feladatokat elvégezni békeidős és minősített helyzetekben a biztonsági szabályok teljes körű betartásával
- egészségfejlesztő, egészségnevelő, egészségügyi preventív feladatokat tervezni és végezni
- kompetencia szintű és formájú szakmai kommunikációt folytatni a beteggel, hozzátartozójával és az ellátó team tagjaival és a társ szervekkel
- konfliktust és agressziót kezelni, szükség esetén korlátozó intézkedést alkalmazni jogi keretein belül
- pszichés támogatást nyújtani a rászoruló betegnek, hozzátartozónak, katonatársnak
- fertőző beteget ellátni az infekció kontroll szabályai alapján
- CBRN sérültek ellátásában részt venni
- jelentési kötelezettsége alapján tevékenységeit dokumentálni, archiválni számítógépes és írott formátumban a hatályos jogi és minőségirányítási szabályozások alapján

A fentiekben meghatározott képességek alapján a képzés strukturálása szempontjából didaktikailag az alábbi három egymásra épülő szakmai követelménymodult határoztam meg.

1. modul - Katona-egészségügyi alapismeretek

2. modul - Békeidős katona-egészségügyi ellátás

3. modul - Minősített helyzetek katona-egészségügyi specialitásai

A **Katona-egészségügyi alapismeretek** szakmai követelménymodul tartalma

Feladatprofil:

- ismeri a hazai és nemzetközi katona-egészségügyi szolgálat kialakulásának fontosabb állomásait, eredményeit
- ismeri a MH Egészségügyi Szolgálat főbb feladatait (haderővédelem, kiürítés, gyógyítás, logisztika, kiképzés, kutatás-fejlesztés) és annak fontosabb alapelveit
- ismeri a hazai és a NATO katona-egészségügyi szolgálat rendszerét, tagozódását, filozófiáját az egyes szintek működési szervezési, humánerőforrás és anyagi-technikai jellemzőit
- ismeri a MH Egészségügyi Szolgálatának nemzetközi szerepvállalásait, annak fontosabb feladatait, szakmai eredményeit
- a hazai és nemzetközi katona-egészségügyi ellátás alapelvei, jogi és etikai szabályai szerint jár el és betartatja azokat
- ismeri a hazai egészségügyi ellátórendszer működését és annak kötődési pontjait a katona-egészségüghöz
- ismeri a hazai sürgősségi ellátás rendszerét, filozófiáját, és szakmai elveit és kompetenciáit
- tömeges sérülések, megbetegedések ellátásában vesz részt
- ismeri a hazai katasztrófavédelem rendszerét, feladatait, működését
- különböző katasztrófa helyzetek egészségügyi biztosításában vesz részt
- részt vesz az egészségügyi haderővédelem feladataiban
- ismeri és alkalmazza az egészségügyi biztosítás feladatait, szövetségi alapelveit
- részt vesz a NATO és a MH munka- és foglalkozás-egészségügyi programjában
- béketámogató-, válság- és katasztrófa műveletek munka-egészségügyi programjaiban vesz részt
- ismeri a katona-egészségügy állományának és műveleteinek mortalitási és morbiditási mutatóit

- ismeri a katonai járványtan feladatát, filozófiáját és módszereit
- ismeri a CBRN fegyverek hatásának elvi alapjait, főbb jellemzőit
- különböző egészségügyi kiürítésben vesz részt
- egészségügyi biztosításban és annak tervezésében vesz részt
- egészségügyi osztályozást végez
- béketámogató, válságkezelő és katasztrófa műveletek egészségügyi biztosításában vesz részt
- segédkezik és részt vesz pszichológiai felkészülésben
- katonai-civil egészségügyi együttműködésben vesz részt
- katonai rendezvények egészségügyi biztosítását végzi
- beosztása alapján allokációs stratégiával tervezi, szervezi, koordinálja, felügyeli, ellenőrzi és értékeli a katona-egészségügyi tevékenységeket
- egészségügyi logisztikai feladatokat lát el
- a katona-egészségügyi ellátáshoz folyamatos eszközös és technikai készenléletet biztosít
- tevékenysége során hatékony kommunikációs stratégiát folytat
- munka tevékenységeit dokumentálja, archiválja számítógépes és írott formátumban
- egységének működési hatékonyságát adatgyűjtéssel, indikátorok alkalmazásával és az adatok feldolgozásával követi
- szakterületén oktatói, gyakorlatvezetői és tudományos tevékenységet végez

Tulajdonság profil:

Szakmai kompetenciák:

Szakmai ismeretek:

Hazai és nemzetközi katona-egészségügyi rendszerismeret
 Polgári egészségügyi és sürgősségi rendszerismeret
 Egészségügyi-katonai jog, egészségügyi szabványosítás
 Etika, szakmai etika
 Egészségügyi haderővédelem
 Közegészségtan, járványtan, katonai járványtan
 Egészségügyi kiürítés
 Egészségügyi biztosítás
 Beteg osztályozás
 Szakmai protokollok, algoritmusok, eljárásrendek, szabályozók
 Egészségügyi tervezés, irányítás, szervezés, vezetés
 Logisztika, egészségügyi logisztikai
 Gép-műszer-eszköz ismeret és használat

Haditechnikai alapismeretek
Harcászati alapismeretek
Katasztrófa elhárítás, katasztrófavédelem
Szakmai, szaknyelvi kommunikáció
Konfliktus kezelés, krízis menedzsment
Pedagógia, oktatás módszertan, gyakorlatvezetés
Informatika, ügyvitel

Szakmai készségek:

Részvétel hazai és nemzetközi katoná-egészségügyi feladatokban
Egészségügyi haderővédelemben való részvétel
Egészségügyi biztosítási feladatok tervezése, szervezése, elvégzése
A katoná-egészségügyi ellátó rendszer szintjein tervezési, szervezési, logisztikai, ellenőrzési és értékelési feladatok végzése

Személyes kompetenciák:

Szervezőképesség
Döntésképeség
Határozottság
Logikus gondolkodás
Pontosság, szakszerűség
Oktatói, kommunikációs készség

Társas kompetenciák:

Adekvát metakommunikáció
Konfliktusmegoldó készség
Koordinációs képesség
Etikus, törvénytisztelő magatartás
Megelőző stratégia

Módszer kompetenciák:

Okok feltárása
Helyzetfelismerés
Elemző képesség
Értékelési képesség
Rendszerben való gondolkodás

A Békeidős katona-egészségügyi ellátás szakmai követelménymodul tartalma

Feladatprofil:

- a csapatsegélyhelyen szolgálatot lát el a jogi, etikai és szolgálati szabályok betartásával
- biztosítja a csapat-egészségügyi gyógyszer és szakanyagellátást
- a csapatsegélyhelyen rendszeresített egészségügyi technikai eszközöket használja és karbantartja
- folyamatos technikai készenléletet biztosít a béke- és minősített időszak betegellátáshoz
- orvosi alkalmassági vizsgálatok koordinálásában és végrehajtásában vesz részt
- egészségnevelést, egészségfejlesztést, beteg tájékoztatást és betegoktatást végez
- ápolói és asszisztensi feladatokat lát el
- tevékenysége során a higiénés-, munka- és környezetvédelmi szabályokat betartja
- közegészségügyi- és járványügyi szabályokat betartja, betartatja és ellenőrzi
- egészségügyi ügyeletet lát el
- gyakorlatok, rendezvények egészségügyi biztosítását végzi
- elsősegélynyújtást- elsőellátást végez
- alkalmazza a rendszeresített mentéstechnikai eszközöket kompetencia határon belül
- első állapotfelmérést végez az életkornak megfelelő score-ok, check listák és döntési algoritmusok alkalmazásával
- kompetencián belüli fizikális és eszközös betegvizsgálat alapján iránydiagnózist állapít meg
- 12 elvezetéses EKG-t készít, felismeri az életveszélyes állapotokat
- labor diagnosztikai gyorsteszteket alkalmaz az eredmények értékelésével
- labor diagnosztikai preanalitikai eljárásokat alkalmaz
- a beteg állapota alapján eszköz nélküli és eszközös betegmegfigyelést végez a megfigyelt paraméterek értékelésével
- a sürgősségi állapotokat felismeri, kompetenciája alapján ellátja
- eszköz nélküli és eszközös légútbiztosítást végez faringeális és szupraglottikus eszközökkel valamint konikotomiával
- lélegeztetést végez öntelődő lélegeztető ballon-maszk-rezervoár használatával
- inhalációs oxigénterápiát alkalmaz
- a beteg életkorának megfelelő BLS-t (alap szintű újraélesztést) végez
- AED-et alkalmaz
- az újraélesztés algoritmus alapján gyógyszerel

- perifériás vénabiztosítást végez
- megfelelő indikáció alapján intraosseális kanülálást végez
- kritikus állapotú betegnél intravénás/intraosseális folyadékpótlást alkalmaz krisztalloid infúzióval
- allergiás reakciót az érvényes szakmai ajánlás alapján gyógyszeresen ellát
- erős fájdalmat enterális/parenterális/inhalációs bejuttatással gyógyszeresen csillapít
- szénhidrát anyagcsere krízisállapotát enterális/parenterális gyógyszereléssel ellátja
- hypertóniás krízis állapotot az érvényes szakmai ajánlás alapján ellát
- mellkasi fájdalmat az érvényes szakmai ajánlás alapján ellát
- súlyos sérültet ellát az érvényes szakmai ajánlás alapján
- mellkasi tú-detenzionálást végez
- tourniquet-et alkalmaz
- vérzéscsillapítást végez (Chitosan, Quik Clot)
- tömeges balesetek, megbetegedések és katasztrófa állapotok pre- és intrahospitális ellátásában közreműködik
- mérgezeteket felismer és ellát
- emelt szintű ellátások team munkájában vesz részt
- fertőző betegséget felismeri és ellátja a beteget
- konfliktust és agressziót kezel, szükség esetén korlátozó intézkedést alkalmaz jogi keretein belül
- beteg utakat szervez és betegirányítást végez
- előkészíti a beteget, sz.e. részt vesz a különböző típusú beteg transzportban
- pre- és intrahospitális sürgősségi ellátásban tevékenykedik kompetenciáján belül
- vezetői beosztásban allokációs stratégiával tervezi, szervezi, koordinálja, felügyeli, ellenőrzi és értékeli alárendelt egységének katona-egészségügyi tevékenységeit
- egészségügyi foglalkozásokat, kiképzéseket vezet
- munka tevékenységeit dokumentálja, archiválja számítógépes és írott formátumban
- egységének működési hatékonyságát adatgyűjtéssel, indikátorok alkalmazásával és az adatok feldolgozásával követi

Tulajdonság profil:

Szakmai kompetenciák:

szakmai ismeretek:

Katona-egészségügyi ismeretek

Ápolástudomány

Szakmai protokollok, algoritmusok, eljárásrendek, szabályozók

Gép-műszer-eszköz ismeret és használat

Egészségügyi-katonai jog, egészségügyi szabványosítás
Etika, szakmai etika
Egészségügyi haderővédelem
Egészségnevelés, egészségfejlesztés
Anatómia-élettan-kórélettan
Elsősegélynyújtás-elsőellátás
Sürgősségi betegellátás
Reanimatológia
Mentés-mentéstechnika, logisztika
Labordiagnosztikai mintavételi, preanalitikai eljárások
Sürgősségi beavatkozások, terápiák
Gyógyszertan, gyógyszerelés
Monitorozás, megfigyelés, állapot követés
Katasztrófa elhárítás, katasztrófavédelem
Egészségügyi tervezés, irányítás, szervezés, vezetés
Logisztika, egészségügyi logisztikai
Szakmai, szaknyelvi kommunikáció
Pedagógia, oktatás módszertan, gyakorlatvezetés
Informatika, ügyvitel

Szakmai készségek:

Békeidős katoná-egészségügyi feladatok végzése
Csapategészségügyi szolgálat ellátása
Elsősegélynyújtás-elsőellátás kivitelezése
Sürgősségi diagnosztika, beavatkozás, terápia, ápolás alkalmazása,
Invazív beavatkozás szakszerű kivitelezése
Oktatás, gyakorlatvezetés

Személyes kompetenciák:

Önállóság
Pontosság, szakszerűség
Felelősségtudat
Megfigyelőkészség
Empátia
Manuális készség

Társas kompetenciák:

- Hatékony kérdezés készsége
- Meggyőzőkészség
- Irányítási készség
- Együttműködő képesség
- Interperszonális rugalmasság
- Rendszerező képesség

Módszer kompetenciák:

- Módszeres munkavégzés
- Gyors reakciókészség
- Problémamegoldó képesség
- Megelőző stratégia
- Higiénés szemlélet

A Minősített helyzetek katona-egészségügyi specialitásai szakmai követelménymodul tartalma

Feladatprofil:

- békeidős sürgősségi ellátásban alkalmazott beavatkozási és gyógyszerelési kompetenciáit a minősített, taktikai helyzet specialitásaihoz adaptálva alkalmazza az érvényes ajánlások alapján
- taktikai harci sérült-ellátást végez (TCCC)
- triage tevékenységet végez
- ön és kölcsönös segélynyújtást végez minősített helyzetben
- speciális kimentési és mozgatási technikákat és eszközöket alkalmaz
- ismeri és alkalmazza a harctéri sérültellátás, mobilizálás eszközeit
- tourniquet-et alkalmaz vérzéscsillapításhoz
- vérzéscsillapítást végez (Chitosan/ Quik Clot) alkalmazásával
- sebellátást végez speciális kötözések és rögzítések alkalmazásával
- súlyos sérült ellátását végzi
- lőtt, robbantott sérült komplex ellátásában részt vesz
- ismeri a Damage Control Surgery elvét és kompetenciája alapján részt vesz abban
- ellenséges sérültek ellátását végzi
- a civil lakosság ellátását végzi
- ismeri az egészségügyi kiürítés rendszerét, formáit, folyamatát és szabályait
- földi egészségügyi kiürítésben vesz részt, ellátást végez

- használja a rendszeresített sebesültszállító eszközöket
- légi egészségügyi kiürítésben vesz részt, ellátást végez
- helikoptert fogad
- ismeri és alkalmazza a MIMMS algoritmust tömeges sérülések ellátása során
- katasztrófa-egészségügyi ellátásban vesz részt
- segélyhelyet telepít
- a különböző szintű segélyhelyen rendszeresített egészségügyi technikai eszközöket biztosítja, használja és karbantartja
- a különböző progresszivitású ROLE képességekben teljesít szolgálatot
- ápolói, asszisztensi feladatokat lát el
- lélegeztetett beteget ápol
- CBRN sérültek dekontaminálását, ellátását és ápolását végzi
- fertőző beteget ápol
- gyógyszeres fájdalomcsillapítást végez
- profilaktikus antibiotikum adagolást végez
- COMBOPEN-t (autoinjekciós eszközt) alkalmaz
- akut stressz reakciót felismer és segédkezik a kezelésben
- közegészségügyi- és járványügyi szabályokat betartja, betartatja és ellenőrzi
- harctéri állat-egészségügyi ellátásban részt vesz
- jelentési kötelezettségének eleget tesz honi és műveleti területről (METHANE, 9-liner)
- tele-medicinát alkalmaz
- harctéri elsősegély oktatást végez
- munka tevékenységeit dokumentálja, archiválja az érvényes szabályozások alapján

Tulajdonság profil:

Szakmai kompetenciák:

szakmai ismeretek:

Katona-egészségügyi ismeretek

Harctéri sérültellátás

Katasztrófamedicina

CBRN védelem és elhárítás

Elsősegélynyújtás-elsőellátás

Sürgősségi betegellátás

Gyógyszertan, gyógyszerelés

Reanimatológia

Traumatológia
Sebészet
Intenzív terápia
Kisklinikumi ismeretek
Ápolástudomány
Szakmai protokollok, algoritmusok, eljárásrendek, szabályozók
Gép-műszer-eszköz ismeret és használat
Egészségügyi- katonai jog, egészségügyi szabványosítás
Egészségügyi tervezés, irányítás, szervezés, vezetés
Logisztika, egészségügyi logisztikai
Szakmai, szaknyelvi kommunikáció
Pedagógia, oktatás módszertan, gyakorlatvezetés
Informatika, ügyvitel

szakmai készségek:

Komplex taktikai harci sérült-ellátás végzése
Katasztrófa egészségügyi ellátásban való közreműködés
Segélyhely telepítés, szakfeladatok végzése a különböző szintű segélyhelyen
Részvétel egészségügyi kiürítésben
Invazív beavatkozás szakszerű kivitelezése
Oktatás, gyakorlatvezetés

Személyes kompetenciák:

Stressztűrő-képesség
Figyelemösszpontosítás
Kreativitás, ötletgazdagság
Pontosság, szakszerűség
Kockázatvállalás
Fizikai erőnlét

Társas kompetenciák:

Együttműködő készség
Önérvényesítő képesség
Szervezőkészség
Irányítási készség
Felelősségtudat
Visszacsatolási készség

Módszer kompetenciák:

Megelőző stratégia
Körültekintés, elővigyázatosság
Gyakorlatiasság
Helyzetismeret
Gyors reakciókészség
Higiénés szemlélet

Véleményem szerint a fentiekben strukturált és megfogalmazott kompetenciák teljes egészében lefedik az egészségügyi tisztektől és altisztaktól elvárható különböző szintű ismereteket és képességeket, melyeknek teljes körű birtokában az egészségügyi katona képes mind békeidőben, mind speciális helyzetekben hazai és nemzetközi viszonylatban feladatát ellátni.

E rendkívül összetett ismeret és képesség halmaz megfelelő szintű elsajátításához és a képességek szinten tartásához terveztem meg kutatásom eredményeimnek felhasználásával az optimális képzési struktúrát.

5.3. Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi képzésének javasolt struktúrája a kutatás eredményei alapján

Napjaink képzőintézeteinek a minőségi oktatás biztosítása céljából komoly kihívást jelent, hogy a meghatározott kimeneti képességeket hogyan, milyen szerkezetben oktassák hallgatóik számára. Tapasztalataim szerint minden szempontból megfelelő képzési struktúra nem létezik, tekintettel, hogy más és más elvárásai (idő és pénzügyi ráfordítás, minőség, rugalmasság, korszerű ismeret és képesség) vannak a munkáltatónak, a hallgatónak és a képzőintézménynek. Ezen eltérő szempontok optimalizálása szempontjából kell megválasztani a legmegfelelőbb képzési struktúrát és a hozzá rendelt oktatási programot és oktatásmódszertant.

A Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál szolgálatot ellátó egészségügyi tisztek és altisztek **Katona-egészségügyi szakápoló (KESZ)** képzésének struktúráját az alábbiak szerint javaslom megszervezni.:

- 1) A MH Egészségügyi Szolgálat egészségügyi tiszti és altiszti állomány arányainak megoszlása és a felmérésben kinyilvánított igények alapján a képzést **középfokú OKJ képzésként** kell megszervezni az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről szóló 150/2012. (VII. 6.) Kormányrendelet alapján.
- 2) A **szakképesítés-ráépülés** (az SZVK-ban meghatározott vizsgakövetelményre épül, saját modulokat tartalmaz, melyek újabb munkakörök ellátására képesítenek. Egy szakképesítés-ráépülés több szakmai előképzettségként elfogadható szakképesítésre is ráépülhet). Ez a forma jelentős költség és idő hatékonyságot jelent az MH Egészségügyi Szolgálat számára, tekintettel arra, hogy a célcsoport egészségügyi szakirányú alapképesítését a polgári életben szerezte meg és továbbra is ott szerzi meg.
- 3) **Szakmai előképzettségként elfogadható szakképesítések:** Az 54 723 01 0010 54 01 azonosító számú Ápoló, 54 723 01 0010 54 02 azonosító számú Csecsemő- és gyermekápoló szakképesítés, illetve az 52 723 01 1000 00 00 azonosító számú Mentőápoló szakképesítés vagy 5.4 szintű egészségügyi szakmacsoporton belüli szakirányú ismereteket tartalmazó szakképesítés vagy ennek megfelelő, OKJ előtti, államilag elismert szakképesítés legyen kompetenciaméréssel. Katonai előképzettség tekintetében a bemenet feltétele a katonai alapkiképzés valamelyik formájának sikeres abszolválása. A **katonai alapismeretek képzettség megléte** több szempontból fontos. Jogilag szabályozott, hogy az állománybavételt követően a 6 hónap próbaidő alatt a katonának a katonai alapismeretek és képességek elsajátítása céljából alapkiképzésen kell részt vennie és annak követelményeit sikeresen teljesítenie, ezért a képzés struktúrájába költség és időhatékonyság szempontjából szükségtelen beépíteni a katonai alapismereteket.
- 4) A **szakképesítés szintje:** 55 (ISCED 4) – emeltszintű szakképesítés-ráépülés, amely elsősorban iskolai rendszerű szakképzésben megszerezhető, érettségi végzettséghez kötött szakképesítésre épül. Az iskolarendszerű szakképesítés Magyar Honvédségen belüli indításának megszervezése céljából törekedni kell a Védelem- Egészségügyi Intézet alárendeltségébe tartozó Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet iskolarendszerben történő akkreditációjára, amely az iskolarendszerű képzés

rendeletileg szabályozott előnye in (diákigazolvány, utazási kedvezmény stb.) túl, hosszútávon alkalmas a képzés akár nappali formában történő indítására és a vizsgajogosultság elnyerésére.

- 5) **A képzés munkarendje:** levelező / esti / tanfolyami képzés. Kutatásomban a megkérdezettek elsősorban a levelező és esti képzést részesítették előnyben, előre kiszámítható metodika (pl. hetente egy alkalommal fix napon) alapján, melynek előnye, hogy a szolgálati beosztások jobban tervezhetők.
- 6) **Javasolt képzési idő:** 500 óra ~ 1 év
- 7) **Elméleti képzési idő aránya:** 40% (200 óra)
- 8) **Gyakorlati képzési idő aránya:** 60 % (300 óra szimulációs laborban, terepen, csapattagozatban és klinikai területen letöltendő a Képzési programban meghatározottak alapján.
- 9) **A vizsga formája**

A komplex szakmai vizsga vizsgatevékenységei és vizsgafeladatai:

I. Gyakorlati vizsgatevékenység

A) A vizsgafeladat megnevezése: A feladatprofilok alapján összeállított szituációs gyakorlati feladatok kivitelezése imitátorok segítségével, élethű környezetben valós eszközök alkalmazásával.

A vizsgafeladat ismertetése: A taktikai szituációs helyszín felmérését követően a biztonsági szempontok betartásával elsődleges állapotfelmérés után az azonnali beavatkozások elvégzése, majd a sérült állapotához adaptált részletes betegvizsgálat és diagnosztikai, differenciál diagnosztikai vizsgálatok kompetencia szintű elvégzése. A felmért állapot alapján szükséges beavatkozások elvégzése, önálló-függő-együtműködő funkció szerint, majd a sérült magasabb szintű ellátásának megszervezése és kivitelezése az ellátás folyamatának jelentésével és dokumentálásával

A vizsgafeladat időtartama: 30 perc

A vizsgafeladat aránya: 50 %

B) A vizsgafeladat megnevezése:

Kötelező jelleggel elvégzendő gyakorlati feladatok ismertetése:

1. BLS –XBL (maszkos-ballonos lélegeztetés, AED használat)
2. Kompetencia szintű eszközös légútbiztosítás fantomon
3. Perifériás vénabiztosítás után infúzióadagolás torzón
4. Intraosseális kanülálás torzón, majd gyógyszeradagolás
5. Tú-detenzionálás kivitelezése torzón

A vizsgafeladat időtartama: 25 perc

A vizsgafeladat aránya: 30 %

A gyakorlati vizsgatevékenységhez az SZVK-ban meghatározott feladatprofilok elvégzésére felszerelt Skill és szimulációs labor szükséges

II. Szóbeli vizsgatevékenység

A) A vizsgafeladat megnevezése: Elméleti ismeretek alkalmazás szinten történő felidézése

A vizsgafeladat ismertetése: A szóbeli vizsgatevékenység az SZVK feladatprofiljait lefedő a központilag kiadott feladatok alapján történik

A vizsgafeladat időtartama: 45 perc (felkészülési idő 30 perc)

A vizsgafeladat aránya: 20 %

A képzési szempontok alapján kell elkészíteni a képzés Központi Oktatási Programját, melyben az egyes modulok tantárgyait, annak oktatási tartalmát, óraszámát az oktatási formákat, a tantárgy oktatójának szakirányú végzettségét, a javasolt oktatói és hallgatói szakirodalmat és az oktatáshoz szükséges tárgyi feltételeket szükséges meghatározni.

Felsőfokú végzettséggel (BSc, MSc) rendelkező egészségügyi tisztek és altisztek részére a program teljes egészében adaptálható felsőoktatási intézmény által akkreditált postgraduális képzés formájában. Ennek céljából koordinálásommal megkezdődtek az egyeztetések az MH Egészségügyi Központ Honvédkórház és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar között.

5.4. Az oktatásszervezés új útján: Skill-szimulációs labor

A meghatározott kompetenciák megfelelő arányú beépítésével olyan elméleti és gyakorlati képzést kell biztosítani a hallgatóknak, hogy a mindennapi rutin munkaviszonyokhoz kevésbé hasonlító rendkívüli helyzetekben is képesek legyenek az egységes és legkorszerűbb ellátási elvek alapján önállóan vagy team munkában megfelelő szintű ellátást nyújtani. Az elméleti ismeretek elsajátítása után az oktató által bemutatott gyakorlati tevékenység, majd a tevékenység irányított gyakorlása után annak önállóan történő elvégzéséig kell eljutnia a hallgatónak a képesség elsajátítására legoptimálisabb körülmények között.

Az oktatásmódszertan hatalmas fejlődésen ment keresztül az elmúlt években, köszönhetően az oktatástechnikai eszközök (mulage-ok, fantomok, szimulációs fantomok és eszközök) fejlődésének. A hatékony oktatás biztosításához megfelelő kubatúrát, valamint a valódi szituációhoz a lehető legjobban hasonlító környezetet (pl. vizsgáló, shocktalanító, műtő) és korszerű eszközparkot kell biztosítani. Ennek legoptimálisabb formája egy **Skill-szimulációs labor**, melynek speciális feladatai a gyakorlati képzés, vizsgáztatás, továbbképzés, kutatás és fejlesztés.

Az oktatáshoz, szakképzéshez és a honvéd egészségüghöz való elkötelezettségem egyik jelentős eredményeként tekintem, értekezésemen túl, hogy kezdeményezésemre 2013. tavaszán az MH EK Honvédkórház vezetése deklarálta, egy a XXI. századi elvárásoknak megfelelő **Skill-szimulációs labor** létrehozását. A labor kialakítására együttműködési megállapodás született az Intézmény és a GYEMSZI között. A megvalósításhoz kiépítési és fejlesztési munkacsoportot alakítottunk a tervek és szakmai specifikációk elkészítését követően jelenleg már a kivitelezés fázisában tart a projekt, így a mintegy 65M Forintos beruházással kialakított Skill-szimulációs labor átadása dolgozatom zárása idején történik.

A Skill-szimulációs labor az egészségügyi szakképesítések kompetenciáinak oktatásán túl alkalmas lesz a fentiekben felsorolt kompetenciák elsajátításához tábori körülmények között. A minőségi gyakorlatvezetés és szervezéséhez szeretnénk felhasználni az általam elkészített Katona-egészségügyi Szakápoló képzés Szakmai és vizsgakövetelményeit, majd a Központi Oktatási Programját, felsőfokú postgraduális

képzés esetén a tantárgyi programját, az alkalmazandó oktatási tematikákat és oktatásmódszertanokat, valamint az elsajátított ismeretek mérésének módszertanát.

Valamennyi szakképzés esetében a célunk elsősorban készségek és képességek lehető legmagasabb szintű elérése, ezért a képzésben az arány a gyakorlat javára lett eltolva 60% -ban a kimenet hatékonyságának növelése céljából. Tekintettel mind az oktatói, mind a hallgatói oldal (főként a munka melletti képzés során) jelenlegi globálisnak mondható humánerőforrás problémáira az óraszámok meghatározásánál a legoptimálisabb óraszámot tervezzük. A túl hosszú gyakorlatok nem emelik az elvárt képességek hatékonyságát, de sokkal nagyobb a költségvonzatuk (képző részéről óradíj, teremdíj, hallgató részéről az eredeti feladat ellátásából kieső munkaidő).

A helyes oktatásmódszertant a célcsoport életkora, esetleges előzetes ismeretei, szakirányú végzettsége, motiváltsága alapján tervezzük. A gyakorlati oktatások során nagy hangsúlyt kell fektetni az oktatóknak a hallgatók megfelelő figyelemfelkeltésére, motiválására és a foglalkozásokon való aktív bevonására. Ehhez az oktatóknak pedagógiai, didaktikai, módszertani, oktatástechnológiai és andragógiai ismerettel kell rendelkezni, ezért fontos az oktatók körének meghatározása és az oktatók folyamatos szakmai és pedagógiai képzése. Az oktatók személyének kiválasztásánál minimumfeltétel az aktuális nemzetközi és hazai irányelvek, szakmai ajánlások és azok háttérének elméleti és gyakorlati ismeretén túl a megfelelő szakmai tapasztalat (missziós tapasztalatok) és oktatói gyakorlat. Bizonyos képességek oktatásához fontos követni a nemzetközi ajánlásokat például BLS/AED instruktorként, ALS instruktorként, ATLS instruktorként stb. Célszerű vegyes oktatói csoportokat kijelölni, amelyben a minimum feltételeknek megfelelő más egészségügyi végzettségű szakdolgozók (mentőtiszt, diplomás ápolók, szakápolók) is részt vehetnek. A minőségi oktatás és gyakorlatvezetés biztosítása szempontjából kiemelten kell kezelni az oktatók ismereteinek fejlesztését, szinten tartását, és az új, akár szakmai, akár módszertani koncepciók és praktikumok mielőbbi átadását.

A személyi feltételeknél az oktatói képességek és feltételek szabályozásán túl a gyakorlati képzés hatékonyságának megtartása céljából meg kell határozni az oktatók/hallgatók arányát a gyakorlati foglalkozásokon. A gyakorlati foglalkozásokon minden hallgató részére biztosítani kell, hogy az előírt gyakorlatot az elvárt készség szintjén

tudja elsajátítani, ehhez megfelelő alkalmat kell biztosítanunk a tanuló számára. A nemzetközi ajánlások alapján az ilyen foglalkozások során törekedni kell a kiscsoportos, maximum 6-8 fős létszám kialakítására, de bizonyos szituációs team gyakorlatok (pl. lőtt, robbantott sérült ellátása) során a 4 fős csoport javasolt.⁷³

A gyakorlatvezetés sikerét, hatékonyságát, és a megfelelő dinamikájú haladást segíti elő, ha a hallgatók az elméleti ismereteket és az egyszerűbb gyakorlati kompetenciákat már megfelelő szinten elsajátítják. Ezért célszerű a gyakorlathoz kapcsolódó elméleti tananyagot a gyakorlat kezdete előtt 2 héttel előre eljuttatni tanulmányozás céljából a hallgatók részére, melyhez legoptimálisabb egy **e-learning oktatási felület kialakítása a Honvéd-egészségügy számára**.

Heterogén összetételű csoportok esetében (pl. különböző végzettség, szakmai tapasztalatok) a helyes oktatásmódszertan és a képzés dinamikájának, struktúrájának meghatározását segíti, a hallgatók ismereteinek bemeneti mérése. Intézményünk és mi magunk is a minőségirányítás elkötelezettjei vagyunk, ezért a bemeneti mérést a képzés hatékonyságának vizsgálatára is fordítjuk, mert a képzés befejeztével összehasonlítható jelleggel ugyanolyan mérést végzünk és hallgatói elégedettséget is vizsgálunk.

A gyakorlatok legfőbb célja a skillek megfelelő elsajátítása után, azokat megfelelő scenariókba építve, a hallgató az adott körülményekhez, valós eszközökkel megfelelően adaptálja. Az egységes kimenet céljából valamennyi képesítéshez a tananyagtartalom és feladatprofilok alapján egy szakmailag és pedagógiaileg lektorált gyakorlati feladatsort dolgozunk ki a feladat megoldásra adható időtartammal.

A feladatprofilok és az elkészült scenariók alapján össze kell állítani a szükséges gép, műszer, eszköz, gyógyszer teljességi listát. A skillek, scenariók végzéséhez ki kell választani a kompetenciák fejlesztésére legalkalmasabb oktatástechnikai eszközök listáját és törekedni kell azok lehetőség szerinti mielőbbi beszerzésére. A kiválasztott és megfelelően felkészített gyakorlatvezetőknek a meglévő oktatástechnikai eszközökhöz scenariókat kell készíteniük.

A gyakorlati vizsga feladatait, szituációit törekszünk a legélethűbb körülmények között szervezni. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a gyakorlati vizsga kötelező

⁷³ Mezőcsáti M.; (2008). Kompetencia alapú gyakorlati képzés módszertanának fejlesztése; ETI 2008. Budapest

tevékenységeinél nem tartom célszerűnk a százalékos értékelést alkalmazni, mert ebben az esetben az egységes értékelési szempontok meghatározása alapján inkább a megfelelt – nem felelt meg értékelés a helytálló.

A megfelelt értékelést elért hallgatók ezt követően már a klinikai területeken a szakképzett mentorápoló felügyeletével és irányításával végezhetik a szakmai gyakorlatukat.

A személyi feltételek szabályozásán túl fontos megemlíteni a hatékony oktatás biztosításához szükséges tárgyi feltételek meglétét. A tárgyi feltételek és a szükséges kubatúra tervezése során ugyanolyan fontossággal kell kezelni a gyakorlathoz szorosan kapcsolódó helyiségek (gyakorló kórterem, dolgozó helység) túl a kiszolgáló helyiségek (öltözők, vizesblokk) meglétét is.

A hallgatók kompetenciájának teljes körű fejlesztése céljából fontosnak tartom, hogy valamennyi gyakorlatot kamerával rögzítsünk. A felvételt a gyakorlat résztvevőivel visszanezzük és elemezzük, értékeljük a gyakorlatot és a tanuló teljesítményét és nem utolsósorban a gyakorlatvezető módszertanát. Fontos szervezési résznek tartom, hogy a labor megfeleljen a folyamatos minőségirányítási elvárásoknak, ezért a folyamatok szabályozásán túl a hallgatói és oktatói értékelésekkel törekedünk a hibás folyamatok javítására a hatékonyság céljából.

A fentiekben vázolt szempontok maradéktalan teljesülése garantálja a kimeneti mutatókban meghatározott kompetenciák megfelelő szintű elérését és a képzési célok megvalósulását.

5.5. Az elsajátított ismeretek, kompetenciák szinten tartásának rendszere

Az egészségügyi, hadi, és valamennyi dinamikus változó technológia, az evidenciákon alapuló orvoslás, ápolás következtében folyamatosan módosuló diagnosztikus, terápiás eljárásrendek, protokollok és algoritmusok miatt egyre nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megszerzett tudás, ismeret, képesség megtartására, fejlesztésére.

A képzés kimeneti képességeinek szinten tartásához a life long learning filozófiája szerint meg kell határozni a kimeneti képességek szinten tartásának rendszerét.

Tekintettel arra, hogy a tervezett katona-egészségügyi szakápoló képzítés tervezetten az egészségügyi szakképesítések szakmacsoportjába tartozik, így a szinten tartást szabályozza a 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet, amely az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szól. A rendelet 1.§ (2) szerint a továbbképzési időszak teljesítéséhez az egészségügyi szakdolgozónak e rendelet szerinti

- a) kötelező szakmacsoportos elméleti,
- b) szabadon választható elméleti, és
- c) gyakorlati továbbképzési formákban kell részt vennie.

A rendeletben meghatározottak teljesüléséhez a fenti szakképzítés kötelező szakmacsoportos továbbképzéseinek témakörének és tematikájának meghatározását követő közzététel után lehet megszervezni a továbbképzést a célcsoport számára.

A képességek szinten tartásához kiemelt jelentőségüként kezelendő a rendszeres, legalább évente egy alkalommal történő komplex gyakorlatok elvégzését, melyet szervezeten az MH Egészségügyi Szolgálatnak kell egy egységes tematika alapján meghirdetni és akkreditáltatni szabadon választható továbbképzésre. A továbbképzés sikeres abszolválásának feltétele egy meghatározott gyakorlati vizsga sikeres teljesítése.

A képességek fenntartása, fejlesztése szempontjából kiemelt jelentőségű a rendeletileg szabályozott szakmai napok letöltése különböző katona egészségügyi alakulatoknál.

A szakmai napok hatékonyságának emelése céljából kiemelt jelentőségűnek tartom a jól szervezett gyakorlatvezetést, melynek egyik feltétele a **mentor rendszer** bevezetése. Véleményem szerint a gyakorlatvezetésre megbízott mentor megfelelő képzettséggel és képességekkel kell rendelkezzen. Fontosnak tartom, hogy a mentori cím szakmai, oktatói elismerést jelentsen, ezzel is motiválva az arra alkalmas, szakmailag elkötelezett egészségügyi tisztet, akik így a gyakorlatok minőségének biztosításával az MH Egészségügyi Szolgálat pozitív megítélését is elősegítik osztársadalmi szinten.

5.6. Az egészségügyi tisztek és altisztek karriermodelljének alakulása a javasolt képzési struktúra függvényében

A MH Egészségügyi Szolgálatának egészségügyi tisztjei és altisztjei speciális feladatot ellátó munkakörben foglalkoztatottak. A feladatrendszer ellátásához a munkaerőpiacon megfelelő szakember nem képződik. Jelenleg csak olyan munkaerő kerül be a katonai állományba, aki a szakmai végzettségének megfelelő kvalifikáció és kompetencia birtokában sem tudja teljes egészében ellátni a beosztásához szükséges speciális katona-egészségügyi feladatokat. A szigorúan szabályozott felvételi, állományba vételi rendszer ellenére szakmai alkalmasság címén elsősorban csak a polgári végzettséghez meghatározott képességeket, kompetenciákat és szakmai gyakorlatot tudjuk vizsgálni. A speciális katona-egészségügyi beosztások ellátásához szükséges feladatok esetében csak részben lehetséges megítélni, hogy a jelölt meghatározott időn belül alkalmassá válhat-e a beosztás ellátására, majd az előmenetel követelményeinek teljesítésére.

Az egységes beosztási követelményrendszer maradéktalan biztosításához a munkakör-elemzésen, értékelésen valamint a munkaköri feladatok meghatározásán és ennek biztosításához szükséges optimális képzési rendszeren túl kiemelt jelentőségű, hogy az egészségügyi szakállomány megfelelő karrier lehetősége is biztosított legyen, mint motiváló tényező. Ehhez meg kell határozni, az adott beosztás ellátásához szükséges szakmai végzettséget, a beosztási rendfokozatot a megfelelő juttatások meghatározásával, a mely alapja egy tervezhető és kiszámítható katonai életpálya modellnek, hosszú távon biztosítva az MH Egészségügyi Szolgálat hatékony, magas szintű működését.

Tekintettel arra, hogy az általam meghatározott Katona-egészségügyi szakápoló szakképesítés, mint 55 (ISCED 4) – emeltszintű szakképesítés-ráépülés, így a katonai középfokú szakképesítések figyelembevételére alapján rendfokozatilag megfeleltethető az 55-ös emelt szintű Honvéd zászlós képesítéssel, tehát **a képzést sikeresen elvégző egészségügyi altiszt amennyiben megfelel a rendfokozat betöltéséhez szükséges HJT-ben szabályozott egyéb feltételeknek zászlósi beosztásba sorolandó, előléptetendő.**

Véleményem szerint ez a rendfokozati előmenetel, jelentős anyagi pluszt is jelent az törzsőrmesteri vagy főtörzsőrmesteri rendfokozat illetményalapjához, járulékaihoz és

annak vonzataihoz, melynek eredményeként csökkenne a fluktuáció és így egy stabil állomány biztosítaná a honvéd egészségügyi professzionális működőképességét.

Egészségügyi tiszt esetében a Hjt. miatt már a beosztási követelmények és a rendfokozati előmenetel szigorúbban szabályozott. Az egészségügyi tisztek, akár OKJ, akár felsőfokú postgraduális formában szerzik meg ezt a szakképesítést, részükre a rendfokozati előmenetel csak részben lehetséges. Tekintettel arra, hogy a polgári felsőfokú végzettséggel rendelkezők (ápoló, mentőtiszt, gyógytornász, dietetikus stb.) a képzéseik során pedagógiát és oktatás módszertant tanulnak, ezt a képességet kihasználva **közülük emelnénk ki elsősorban az oktatókat, gyakorlatvezetőket és mentorokat, így részükre inkább a szakmai, tudományos-oktatói karriert látom motivációs lehetőségnek.** Amennyiben az MH gazdasági helyzete megengedi, ezt a plusz oktatói tevékenységet egy speciális pótlék formájában lehetne javadalmazni.

A fentiekben általam megfogalmazott előmeneteli javaslatok a továbbiakban egy pontos és részletes tervezést igényelnek, az MH jogi, pénzügyi, munkaügyi szabályozásainak figyelembevételével, melyhez speciális szakértői csoport szükséges. Véleményem szerint az általam elkészített katona-egészségügyi szakápoló kompetencia lista alkalmas a munkakörelemzés és pályatükör elkészítéséhez.

6. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

A Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának szerepe és jelentősége hazai és nemzetközi civil és katona-egészségügyi ellátás területén jelentősen felértékelődött. A MH Egészségügyi Szolgálatának deklarált céljai és speciális feladatai, valamint a NATO-nak felajánlott egészségügyi képességek maradéktalan teljesítése felkészült, magasan képzett szakembereket igényel. Ezek az elvárások csak akkor valósíthatók meg, ha az állomány valamennyi tagja és a maximális funkcionális megfelelést elváró vezetők, parancsnokok, politikai vezetők is tisztában vannak az elvárt képességek egyértelműen definiált tartalmi és formai jelentőségével, az azok eléréséhez szükséges feltételekkel, teljesítményekkel és korszerűbb lehetőségekkel.

Értekezésemben ezen elvárások megvalósításához szükséges képességeket, azok fejlesztésének jelenlegi rendszerét és hatékonyságát vizsgáltam a kutatáshoz szükséges elméleti háttér tanulmányozásával. Az elvégzett feltáró, elemző, rendszerező tudományos munka során saját tapasztalataim és kutatási adataimnak szisztematikus

rendszerzésének és elemzésének eredményeként a következő tézisekben összefoglalt tudományos eredményeket értem el:

- 1) Irodalomkutatással, dokumentációelemzéssel a hazai és nemzetközi katonaegészségügyi szolgálat, valamint a hazai oktatási struktúra tanulmányozása alapján meghatároztam a Magyar Honvédség Egészségügy Szolgálatának állományában szolgáló egészségügyi tisztek és altisztek polgári- és katonaegészségügyi végzettsége alapján ellátott feladatkörüket és szerepüket.
- 2) Kérdőíves felméréssel elsőként mértem fel az egészségügyi tisztek és altisztek békeidős és háborús/minősített körülmények között alkalmazandó legfontosabb katonaegészségügyi képességeinek alakulását és azok gyakorlati oktatásának hatékonyságát.
- 3) A katonaegészségügyi feladatkörök rendszerezését követően, elsőként határoztam meg azokat az ismereteket, készségeket, képességeket, amelyek valamennyi egészségügyi tiszt és altiszt számára alap kompetenciaként definiálható a beosztás ellátásához a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának valamennyi területén békeidőben és háborús/minősített helyzetekben egyaránt.
- 4) A kompetencia lista alapján definiáltam az azok ellátására alkalmas egészségügyi tiszt vagy altiszt szakképesítésének megnevezését katonaegészségügyi szakápoló szakképesítés néven, majd meghatároztam a szakképesítés munkaterületének főbb jellemzőit.
- 5) Kidolgoztam a katonaegészségügyi szakápoló szakképesítés hazai oktatási rendszerben alkalmazandó oktatási struktúráját, annak Szakmai és Vizsgakövetelményeit a képességek elsajátításának oktatás-módszertani javaslatával.
- 6) Az egészségügyi tisztek és altisztek karrier modelljének tanulmányozása és a képzési kompetenciák alapján javaslatot tettem a katonaegészségügyi szakápolók rendfokozati, szakmai és tudományos-oktatói előmeneteli lehetőségeire.

6.1. A kutatás folytatásának lehetséges irányai

Kutatási témába egyre jobban belemélyedve fogalmazódnak meg bennem kérdések és lehetőségek és újabb feladatok.

- a) Amennyiben az általam megfogalmazott kompetencia lista és a hozzá adaptált képzési rendszer elfogadást, majd megvalósítást nyer a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatánál az első és legfontosabb feladat a szakképesítés Központi Oktatási Programjának az elkészítése korszerű szakmai, oktatási, pedagógiai és andragógiai szempontok alapján.
- b) A képzés elindítása után fontosnak tartom az általam vizsgált mutatók időszakos feltárását a képességek eredményeinek és az oktatás hatékonyságának mérése szempontjából.
- c) Hosszú távú tervként tervezem a katona-egészségügyi szakápoló szakképesítés főiskolai és egyetemi szintűre történő akkreditációját a kompetenciák bővítésével.
- d) Tekintettel arra, hogy az új szakképesítés speciális témaköröket fed le a hazai és nemzetközi egészségügy és katona-egészségügy területéről, a hatékony oktatás szempontjából kiemelt jelentőségűnek tartom egy korszerű katona-egészségügyi ismeretek témakörű tankönyv megírását és kiadását nyomtatott és e-learning formában, melyhez digitális oktatási anyagot készítenénk a speciális beavatkozásokról.
- e) Az MH Egészségügyi Központ Honvédkórház területén épülő Skill-szimulációs labor hatékony oktatói tevékenységéhez megfelelő harctéri scenariók készítését is szükségesnek tartom.
- f) A kompetenciák alapján célszerűnek tartom hasonló jellegű felmérés elvégzését a Belügyminisztérium, Terrorelhárítás, Katasztrófavédelem állományában szolgáló egészségügyi tisztek és altisztek körében a képzésbe bevonható célcsoport bővítése céljából.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálatának hazai és nemzetközi feladatai jelentősen megváltoztak és kiszélesedtek. A változó feladatok az állomány arányainak átstrukturálódását és ez által a kompetenciák átruházását eredményezték. Ezen okok miatt és a technika fejlődésének köszönhetően egyre jobban előtérbe kerül az egészségügyi tisztek és tiszthelyettesek szerepe. A kompetenciák és feladatkörök szélesítése megfelelő képzést és szinten tartást igényel. A minőségi mutatókat jelentősen befolyásolja az a tény, hogy a hazai oktatási rendszer alapján az egészségügyi tisztek és altisztek jelenlegi szakirányú végzettségüket a civil életben szerzik meg, ahol a beosztásuk ellátásához elvárt speciális katona-egészségügyi képességeket nem oktatják olyan szinten, hogy azt akár békeidőben, akár minősített helyzetekben megfelelő képességgel tudják alkalmazni akár önmaguk, akár társuk megmentése céljából. számukra

Kutatási célkitűzéseimhez adaptált hipotéziseim kérdőíves felméréssel történő vizsgálata és saját tapasztalataim alapján hipotéziseim jelentős része bizonyítást nyert, így már megfelelő evidenciákkal készíthetem el értekezésem ráépülő, további részét. A katona-egészségügyi szakápoló szakképesítés definiálása után a szakképesítés ellátásához szükséges kompetenciákat határoztam meg, majd azok megfelelő szintű elsajátításához kidolgoztam és javaslatot tettem egy új és korszerű a XXI. század hazai és nemzetközi katona-egészségügyi, egészségügyi, oktatási, jogi és etikai elvárásainak megfelelő képzési rendszerre és annak gyakorlatban történő bevezetésére és alkalmazására.

Fentiek alapján úgy gondolom, hogy értekezésemmel egy soha véget nem érő folyamatot indítottam el, tekintettel arra, hogy az egészségügy, katona-egészségügy és az oktatástechnika fejlődése a rendszer valamennyi tagját beosztástól, rendfokozattól, végzettségtől függetlenül a life-long learning filozófiájával segíti az életben maradásban nem csak harctéri minősített körülmények, de a békeidős ellátás során is. Ebben nekünk oktatóknak kiemelt szerepünk és felelősségünk van, mert a hitelességünk érdekében egy lépéssel mindig előbb kell járjunk, hiszen az az oktató, aki a holnap szakembereinek a mai gyakorlatot oktatja az a múltat oktatja.

8. FELHASZNÁLT IRODALOM JEGYZÉKE

Hivatkozott irodalom a hivatkozás sorrendjében

- ¹ Pápai T., (2011). A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatás módszertani irányvonalai. *Hadmérnök VI. évfolyam* 4. 111-113.
- ² Farádi L., (1965). Az egészségügyi szolgálat fejlődése különös tekintettel a katonai és polgári egészségügyi szervek közötti együttműködésre és a háborús kórházi ellátásra. *Honvédorvos XVII. évf.* 213-218.
- ³ Marsi, Z., Dr. Mártai, I., (2010). Az ösztönöktől a tudományig. Az elsősegélynyújtás története. *Házipatika.com*, Retrieved 2013-02-25., http://www.hazipatika.com/eletmod/veszelyben/cikkek/az_oszttonoktol_a_tudomanyig/20081209173114
- ⁴ Marchand, Louis-Joseph, (2003). Portraits de Médecins. Chirurgien militaire francais, baron d'Empire. Tallandier, Retrieved 2013.02.25., http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/larrey_dj.html
- ⁵ Tóth, Z. (2007). A betegosztályozás (triage) jelentősége és módszerei a sürgősségi betegellátásban. *Újraélesztés* 5(1), 9-19.
- ⁶ Farádi L., (1965). Az egészségügyi szolgálat fejlődése II. *Honvédorvos XVII. évf.* 307-314.
- ⁷ Papp Z., (2011). Emlékezés Nyikolaj Ivanovics Pirogov professzorra (1810-1881). *Orvosi Hetilap, Akadémiai kiadó.* 152 (21), 840-841.
- ⁸ Pápai T., (2011). Kihívások az egészségügyi katonák katonakatasztrófa medicinális képzésében. Előadás. Magyar Katonai és Katasztrófa Orvostani Társaság XIV. Tudományos konferenciája, Budapest
- ⁹ Dr. Buda J., (1994). A betegápolás története, POTE Egészségügyi Főiskola, Pécs 112-143
- ¹⁰ Farádi L., (1966). Az egészségügyi szolgálat fejlődése III. *Honvédorvos XVII. évf.* 63-67.
- ¹¹ Farádi L., (1966). Az egészségügyi szolgálat fejlődése IV. *Honvédorvos XVII. évf.* 157-164.
- ¹² Medical treatment mash (2011). http://olive-drab.com/od_medical_treatment_mash.php Retrieved 2013-02-25
- ¹³ Svéd L., (2003) 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. Ph.D értekezés. ZMNE Hadtudományi Doktori Iskola

- ¹⁴ Birtalan Gy., (1954). A modern hadegészségügyi szervezet kialakulásának kezdete külföldön és hazánkban. Katonaorvosi szemle VI. évfolyam 691-701
- ¹⁵ Turcsán A., (2012). Gyógyításra esküdtünk Zrínyi kiadó, Budapest
- ¹⁶ Dr. Farádi L., (1983) Diagnózis az életéről, Gondolat kiadó, Budapest
- ¹⁷ Pácserné B.J., szerk. (1999). A Honvédkórház 100 éve jubileumi emlékkönyv, HVK ECSF-ség, Budapest
- ¹⁸ Kovács A. szerk., (2010). Csapathagyományok, Gyógyítás és megelőzés; Katonaegészségügy; Zrínyi Kiadó, Budapest
- ¹⁹ Dr. Schandl., (2011). A Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ lehetőségei és feladatai a tömeges és speciális sérült ellátásban; letöltés: <http://www.bmtt.hu/cuccok/letolt/bttaekkonf2011/SchandlLaszlo.pdf> 2013-03-24
- ²⁰ Tóth M., (2012). A NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központja; letöltés: <http://www.biztonsagpolitika.hu/?id=16&aid=1181> 2013-04-08.
- ²¹ Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25); A Magyar Honvédség 45. cikk; letöltés: <http://www.complex.hu> 2013-04-17
- ²² Magyar Honvédség; 2013-04-20. letöltés: <http://www.kormany.hu/hu/honvedelmi-miniszterium/honved-vezerkar/magyar-honvedseg>
- ²³ MH EK Alapító okirat; letöltés: <http://www.honvedkorhaz.hu/> 2013-04-07
- ²⁴ Dr. Zsíros L., (2013). Orvosigazgatói tájékoztató MH EK, Vezetőápolói értekezlet;
- ²⁵ Csapat-egészségügyi összevonas 2013-04-07 <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/492>
- ²⁶ Svéd L., (1999). A MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészségmegőrzésben, Honvédorvos, 1999. 1. szám 13-16.
- ²⁷ MH Egészségügyi Központ feladata. letöltés: http://www.honvedelem.hu/szervezet/mh_egeszsegugyi_kozpont 2013-04-20
- ²⁸ A Magyar Honvédség feladata. letöltés: <http://www.kormany.hu/hu/mo/honvedelem>, 2013-04-27 22:55
- ²⁹ Magyar Honvédség – Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrína
- ³⁰ Pápai T., (2011). A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatás módszertani irányvonalai. Hadmérnök, VI. évf. 4. szám. -2011. december
- ³¹ Hardi A; (2012). A MH Egészségügyi Kiképzésének Elvi Reformja – előadás vázlat
- ³² A Magyar Honvédség humánstratégiája a 2012-2021. közötti időszakra letöltés:http://www.kormany.hu/download/6/a9/40000/Hum%C3%A1nstrat%C3%A9gi_a.pdf 2013-04-25
- ³³ A Magyar Honvédség humán erőforrás összetétele; letöltés: www.honvedelem.hu 2013-04-22

- ³⁴ MH EK; állománytábla 2013. április 11
- ³⁵ MH ÖHP alárendeltségébe tartozó alakulatok Egészségügyi Szolgálatok egészségügyi tisztek és altisztek szakképzettségi kimutatása 2013. április 12
- ³⁶ Falus I., (2003). Didaktika; Nemzeti tankönyvkiadó, Budapest. 2003
- ³⁷ Végh F.: (1996). Tiszthelyettesnek lenni – Amerikában; Új Honvédségi Szemle; 1996. 61-17.
- ³⁸ A nemzeti erőforrás miniszter 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelete az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzettségi feltételeiről, letöltés: <http://jogszabalykereso.mhk.hu/MK11149.pdf> 2013-05-02
- ³⁹ Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara; Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen; 2011. Budapest
- ⁴⁰ Vízvári L.; Szerk. (2006). Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Egészségügyi szakképesítések jogszabálygyűjteménye 1946-2005, Budapest, 2006.
- ⁴¹ Az Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK irányelve (2005. 09. 07.) a szakmai képzések elismeréséről; letöltés:http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c11065_hu.htm
- ⁴² 118/3. nyt. számú Kiképzési Program Harctéri életmentő katonák egészségügyi szakkiképzése letöltés: http://www.honvedelem.hu/szervezet/mh_egeszsegugyi_kozpont 2013-04-20
- ⁴³ Jones and Bartlett.; (2005). Combat Medic Field Reference, 2005, 13-23, 209-214
- ⁴⁴ NATO Centre of Excellence for Military Medicine, Courses & Trainings letöltés: <http://www.coemed.hu/coemed/index.php> 2013-04-20
- ⁴⁵ 1/2011. (I. 7.) NEFMI rendelet: Az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról. Magyar Közlöny 2011. 1. szám
- ⁴⁶ Pápai T.; (2011).A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatási módszertani irányvonalai. Hadmérnök, VI. évf. 4. szám.
- ⁴⁷ Hornyák I.; (2008). Az elsősegélynyújtás attitűd és tudásvizsgálata az iskolai oktatás fejlesztéséhez doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2008.
- ⁴⁸ E. John Wipfler et all.; (2011). Tactical Medicine Essentials Jones and Bartlett Publishers 2011. Canada
- ⁴⁹ Elsevier M.; (2005). Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support, Military edition, 2005
- ⁵⁰ Mark. W. Wieting et all., (2010). 68w Advanced Field Craft: Combat Medic Skills, Jones and Bartlett Publishers 2010. Canada

- ⁵¹ Várhelyi L.; (2010). Robbanásos sérülések sebészi ellátásának kérdései – Doktori értekezés ZMNE (2010)
- ⁵² 79/2011. (VII. 29.) HM utasítás; A Magyar Honvédség humánstratégiája a 2012-2021.közötti időszakra letöltés: <http://www.kormany.hu/download/6/a9/40000/Hum%C3%A1nstrat%C3%A9gia.pdf> 2013-04-14
- ⁵³ 8/2012. (VI. 11.) HM rendelet "A Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú tagjainak beosztási kategóriába történő részletes besorolásáról, illetve a beosztásokban rendszeresített rendfokozatokról szóló 34/2007. (VIII. 17.) HM rendelet módosításáról"
- ⁵⁴ Bolgár J; Gál A; Gondolatok a katonanők esélyegyenlőségéről az önkéntes haderőre történő áttérés kapcsán; Humán Szemle IV: (4) pp. 21-28.
- ⁵⁵ Forgó S; (2005). Az e-learning fogalma. In: Hutter and all; E-learning 2005 (E-learning kézikönyv), Műszaki Könyvkiadó, 2005. 14.
- ⁵⁶ NATO STANAG 6001 akkreditált katonai egynyelvű szaknyelvi nyelvvizsgarendszer. letöltés: http://www.zmne.hu/tanszekek/Nyelvvizsga_kp/stanag_6001.htm 2012. 03. 10.
- ⁵⁷ Márton E; Gorove L; (2010). A súlyos sérült kórházon kívüli ellátása; Országos Mentőszolgálat Módszertani útmutató 2010.
- ⁵⁸ Folytatódik a felkészülés a Bocskai dandárnál; <http://www.dehir.hu/belfold/a-bocskai-dandarnal-folytatodik-a-felkeszules/2011/10/03/>
- ⁵⁹ Pápai T; (2011). Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringés megállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái; Nővér, 2011.24. évf. 4. szám.
- ⁶⁰ Kóródi Gy., (2005). Az agykoponya lövési sérüléseinek korszerű kezelése szervezései- és szakmai szempontok alapján, a NATO-tagságunkból fakadó kihívások tükrében; Doktori (PhD) értekezés; ZMNE; 2005
- ⁶¹ Pápai T; (2011). Intraosseális kanulálás a kritikus állapotú betegek sürgősségi ellátásában; Nővér, 2011. 24. évf. 3. szám
- ⁶² Jones and Bartlett.; (2005). Combat Medic Field Reference, 2005, 13-23, 209-214.
- ⁶³ Cooper BR, Mahoney PF , Hodgetts TJ, Mellor A.; (2008). Intra-osseous access (EZIO®) for resuscitation: UK military combat experience. JR Army Med Corps 2008;153:314-6.
- ⁶⁴ Alexander M., Infusion Nurses Society, Corrigan, A., Hankins, J., Gorski, I., Perucca, R.: Infusion Nursing: An Evidence-Based Approach.
- ⁶⁵ Urbán N.; (2012). A fizikai teljesítőképesség szerepe a traumát követő patológiás állapotok kialakulási valószínűségének csökkentésében. Hadtudományi szemle; 5. évfolyam 1-2 szám. Budapest, 2012.

- ⁶⁶ Vámos L.; (1995). A XX. század második felében vívott háborúk egyes katonatorvostani tanulságai a hadi irodalom alapján. *Honvédorvos*, 1995. 47. szám.
- ⁶⁷ Horváth Gy.; (2009). A sugárveszélyes hadműveletek egészségügyi biztosításának elméleti és gyakorlati vonatkozásai ; in Svéd L szerk; A tervezéstől a műveletig Katonaegészségügy; ZMNE 2009.
- ⁶⁸ Kenar L.; (2004). How would military hospitals cope with a nuclear, biological, or chemical disaster; *Military Medicine* 2004 Oct;169 (10): 757-60.
- ⁶⁹ Svéd L; Gyórfy Á.; (2009). Katasztrófa-helyzetek egészségügyi biztosításának sajátosságai; A tervezéstől a műveletig Katonaegészségügy; 5.4.4.fejezet; ZMNE; 2009. Budapest
- ⁷⁰ Vekerdi Z.; (2009). Civil-katonai együttműködés aspektusai és lehetőségei; A tervezéstől a műveletig Katonaegészségügy; 10.fejezet; ZMNE; 2009. Budapest
- ⁷¹ DACUM műhelymunka felhasználási területei; forrás: www.dacumbt.com/muhelymunka.htm 2013-06-18.
- ⁷² A szakmai kompetencia mérés módszertana; Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet; Budapest, 2010.
- ⁷³ Mezőcsáti M.; (2008). Kompetencia alapú gyakorlati képzés módszertanának fejlesztése; ETI 2008. Budapest

Nem hivatkozott irodalom - betűrendben

- Balogh, Z. (szerk.), (2011). Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen. Komárom: Literatura Medica Kiadó.
- Bellamy, R., Zajtchuk, R. (2012). Assessing the effectiveness of conventional weapons. Bellamy, R., Zajtchuk, R. *Conventional warfare ballistic, blast, and burn injuries* (pp. 53-82). Washington, D. C.
- Bethlehem, J., Puskás, T., Nagy, G., Marton, J., Galbavi, M. (2006). Amit minden egészségügyi dolgozónak ismerni illik a felnőtt újraélesztés legújabb európai irányelveiről. *Nővér* 19 (2). pp. 13-18.
- Büttner, C. (2012, 1 april). Second announcement 1st Dillingen International Forum on Military Medicine 21-22 June 2013. *Medical Corps* pp. 46.
- Czank, L. (2011d). A katonai alapismeretek tantárgypedagógiai rendszere. *Honvédségi Szemle* 65 (6) pp. 31-32.
- Demeter, Gy. (1995). NATO. Budapest: Stratégiai és Védelmi Kutatóintézet
- Devecseri, G. (2013). Személyi kompetencián alapuló objektív különbségtétel kreditrendszer segítségével. *Honvédségi Szemle* 141 (1.) pp. 51-56.

- Fedineczné Vittay, K (1997) Ápolás Magyarországon. Budapest: Medinfo
- Fekete (2005). Hogyan motiváljunk a tanulásra? Honvéd altiszti folyóirat XVII (3). pp. 54.
- Franke, a., Hölldobler, G. (2012, 1 april). Precinical Treatment of Casualites in the Field. Medical Corps pp. 47-52.
- Fűrész, J., Hideg, J., Svéd, L, Vámos, J. (1998). Az oktatás és a képzés helye, szerepe a Honvédegeszségügy startégiái koncepciójában. Honvédorvos 50 (4). pp. 300-310.
- Galambos, S. Vészhelyzet! Cross landing 2012. (2012). Magyar Honvéd XXIII. (11). pp. 28-30.
- Henczi, L. (2012). A szak-és felnőttképzés-szervezés gyakorlata. Budapest: Prime Rate Kft.
- Hoitz, J. (2012, 1. marc). Simulation in military medicine: More than just Skill Training. Medical Corps pp. 4-6.
- Honvédelmi Minisztérium (2013b) A Magyar Honvédség Afganisztáni Szerepvállalása. Honvédorvos LIV (1-2). pp. 31-34.
- Hornyák, I., Mészáros, J. (2007). Elsősegélynyújtási készség és tudás kérdőíves vizsgálata laikusok körében. Nővér 20 (4) pp. 14-22.
- János, Gy. (1976). Katonaorvosok szerepe a magyar orvostudomány fejlődésében a felszabadulás után Honvédorvos, 28. évf., pp. 91.
- Kádár, P. (2005). A honvédelmi ágazat katasztrófavédelmi rendszerének újragondolása. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola
- Kolossa, J. (2006). A Magyar Honvédség munkaerőpiaci marketingje. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola.
- Kolossa, L. (2005). A motiváció és a karrier kapcsolata. Doktori (PhD) értekezés, Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola.
- Kolossa, L. (2005). A szervezeti változások végrehajtásának folyamata. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola.
- Kóródi, Gy. (2002b). A környéki idegrendszer háborús sérüléseinek korszerű diagnosztikája és terápiája. Honvédorvos LIV (1-2). pp. 21-24.
- Kóródi, Gy. (2005). Az idegrendszer lövési sérüléseinek aktív megelőzése. Doktori (PhD) értekezés, ZMNE Hadtudományi Doktori Iskola, Budapest.
- Kovács, A. (2010). Gyógyítás és megelőzés- Medicine and prevention. Budapest: Zrínyi Kiadó.

- Kovács, G. (2005). Kettős igény a katonai szaknyelv oktatásában-a nyelvi csoportok kialakításának nehézségei. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola.
- Limmer, D., O'Keefe, M., D. Grant, H., Murray, R. Bergeron, D. (2002). Emergency Care New Jersey: Military Edition.
- M. Tóth, Gy. (2012). A hadszínterek magyar katonaeorvosai [1.] Magyar Honvéd XXIII (8) pp. 44-47.
- Mészáros, J., Hornyák, I. (2005). Képzés, szakképzés. Az újraélesztés oktatásának aktuális kérdései. Nővér 18 (6). pp. 3-11.
- Mosby, J. (2003). PHTLS Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support Ohio: Military Edition.
- Okpala, N. (2012, 1 januar). Management of Blast Injuries in Mass Casualty Environments-A Neww Algorithm. Medical Corps pp. 22-26.
- Orgován, Gy., Farkas, J. (1997). Katona és katasztrófa ovostan alapjai. Budapest: HVK Egészségügyi Csoportfőnökség Kiadványa
- Országos Mentőszolgálat. (2012). Kompetenciák az Országos Mentőszolgálatnál. Budapest: Országos Mentőszolgálat.
- Ötvös, E. (2001b). Vegyi sérülések ellátása tömeges sérültáramlás esetén. Honvédorvos LIII (1-2). pp. 55-63.
- Ritter, D. (2012, 1 januar). Joint and Combined – Roll1 Level Medical Support. Medical Corps pp. 10-14.
- Rókusz, L. (2001a). A klasszikus infektológiai kórképek sürgősségi katonaeorvosi ellátása. Honvédorvos LIII (1-2). pp. 5-21.
- Rókusz, L. (2002a). Különösen fertőző betegségek ellátásának szervezése a harctámogató kórházban. Honvédorvos LIV (1-2). pp. 5-20.
- Róth, Z. (2011b). A kiképzés rendszerelmélete-a kiképzés rendszere Honvédségi Szemle 65 (6) pp.16-20.
- Schandl, L., –Svéd, L, Többnemzeti egészségügyi ellátó rendszerben szerzett első katona egészségügyi tapasztalatok. Szakmai Szemle 2008., 1. szám, pp. 44-61.
- Sótér, A., Szücs, B., Németh, A. (2011f). Előtérben a prevenció-új stratégia a honvédelmi üdültetés rendszerében. Honvédségi Szemle 65 (6) pp. 38-41.
- Svéd, L. (1999). Az MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészségmegőrzésben. Honvédorvos 51 (1). pp.13- 16.
- Svéd, L. –Kopcsó, I. (2000) A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálata háborús és humanitárius műveletekben. Válogatás a Honvédelmi Minisztérium 1999. évi kutatási eredményeit összegező tanulmányokból, Budapest, pp. 91.

- Svéd, L., Szolnoki, L. (1998). Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszerében a NATO elvek tükrében. *Honvédorvos* 50 (1). pp 5-35.
- Szabó, B. (2011a). Haderő. *Magyar Honvéd* XXII (7) pp. 16-19.
- Szabó, B. (2013a). Belhaborúban. *Magyar Honvéd* XXIV (1) pp. 16-19.
- Szalay, Z. (2011c). A honvéd tiszthelyettesek helyzete a NATO-csatlakozástól napjainkig. *Honvédségi Szemle* 65 (6) pp. 26-30.
- Talabér, J (2006). Kompetenciák a sürgősségi ellátásban. *Magyar Mentésügy* XXVI. (1-4)pp.84-92
- Tamási, B. (2011a). A szervezeti hatékonyság növelésének kérdései az új típusú Katasztrófakihívások tükrében. *Honvédségi Szemle* 65 (6) pp.2-3
- Tamolya, J. (2005). A felülvizsgálatot követő haderő-átalakítás feladatainak jelenlegi kihívásai. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola.
- Tóth, S. (2011). A Katonai kiképzési rendszer korszerűsítésének dilemmái, út a jobb, és költséghatékonyabb kiképzés felé. *Honvédségi Szemle* 65 (4) pp. 32-38.
- Trautmann, B. (2011c). Hogy minden kéznél legyen. *Magyar Honvéd* XXII (7) pp. 38-39.
- Varga, A. (2011e). A katonai alapismeretek bevezetésének néhány kérdése. *Honvédségi Szemle* 65 (6) pp. 33-37.
- Zsíros, L. (2005) Sugársérüléssel kombinált kis kaliberű, nagy kezdősebességű lövedék okozta lövéses sérülések patofiziológiája állatkísérletekben. Doktori (PhD) értekezés, Budapesti Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem

9. MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: A kutatás engedélyezése

 HONVÉDKÓRHÁZ-ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT
1134 Budapest, Rózsotér 1/4-1/5. kft.
Telefon: 06 1 465 1800
Fax: 06 1 340 3129
E-mail: honvedk@egytel.gov.hu
www.honvedk.egytel.gov.hu




Nyt. szám: *47-45/* 2010-Honvédkórház 2. sz. pld

Dr. Németh András orvos dandártábornok
Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ
Parancsnok
(MH egészségügyi főnök)

Dr. Schandl László Ph.D orvos ezredes
címzetes egyetemi docens
megbízott főigazgató útján

Budapest

Tárgy: Ph.D kutatás engedélyezése

Dandártábornok Úr jelentem!

Kérem, szíves támogatását és engedélyezését, hogy a Ph.D doktori értekezésem kutatásához kapcsolódó kérdőíves felmérést a Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ állományában lévő hivatásos és szerződéses egészségügyi tisztek és tiszthelyettesek körében a mellékelt kérdőív alapján elvégezhessem.

A ZMNE KMDI által abszolutóriumot szerzett hallgatóként doktori értekezésem témája „Az egészségügyi tisztek és tiszthelyettesek speciális katonai- és katasztrófa medicinális képzési rendszere és tematikája.”

Kérdőíves felmérésem célcsoportja a Magyar Honvédség, hivatásos és szerződéses állományú, egészségügyi tisztjei és tiszthelyettesei. Ezen célcsoport jelentős része az Ön által vezetett szervezetnél teljesít szolgálatot. A felmérés főként ismeretre, képzésre, képzettségre, katonai előmenetelre és karriermodellre vonatkozik. A felmérés papír alapú és internetes formában kerül megszervezésre. Az adatszolgáltatás önkéntes és név nélküli. A felmért eredményeket doktori értekezésembé építem be.

A kutatás jogi és etikai normáit a felmérés, adatfeldolgozás és publikálás során betartom.

Jelentem befejeztem!

Budapest, 2011. március 09 - n.


Tisztelettel:


 (Pápai Tibor őrnagy)
 SBC vezető ápoló

Szolgálati előljáró záradéka:

Időközben!

Budapest, 2011. március 10. n.


 Dr. Schandl László Ph.D orvos ezredes
 címzetes egyetemi docens
 megbízott főigazgató

Készült: 2 példányban
 Egy példány: 2 lap
 Melléklet: kérdőív 1 db.
 Ügyintéző (tel.): Pápai Tibor őrnagy (HM 72002)
 Kapják: 1. sz. pld. Címzett.
 2. sz. pld. Irattár

*1 sz. példány a/hetek
 11.03.12 felvétel*

2. számú melléklet: A kutatás során alkalmazott kérdőív

Kérdőív Honvéd egészségügyi tisztek és tiszthelyettesek részére

Tisztelt Katona társam, Kollégám!

Pápai Tibor őrnagy vagyok, a Honvédkórház - Sürgősségi Betegellátó Centrum vezetőápolója. Ph.D doktori értekezésem egyik kutatásához tartozó felmérés céljából szeretném segítséged kérni az alábbi kérdőív kitöltésével. Doktori értekezésem az egészségügyi tisztek és tiszthelyettesek katona-egészségügyi ismeretei és képességei témakörben írom. Ezen kérdőív a témához szorosan kapcsolódó ismeretre, képzésre, feladatokra és karriermodellre vonatkozik. A kérdőív kitöltése önkéntes és név nélküli, 15-20 percet vesz igénybe. Amennyiben vállalod a felmérésben történő részvételt, kérek, a kérdőívet legkésőbb 2012. szeptember 30.-ig töltsd ki! A kérdőívben szereplő adatokat statisztikai módszerek felhasználásával dolgozatomba szeretném beépíteni, melyet annak elkészülése után, igény szerint szívesen rendelkezésedre bocsátom. Ha a kérdőívben esetlegesen olyan kérdést vélsz felfedezni, melyet nem tudsz értelmezni, felmerülő kérdésed küld el részemre a tibor.papai@gmail.com címre vagy 72002 HM számon tudok válaszolni kérdéseidre.

Segítő együttműködésed köszönöm!

Pápai Tibor

Kérem, írja be az adatait:

Nem

nő

férfi

Életkor:

Iskolai végzettség:

1. Mi az Ön legmagasabb, polgári egészségügyi szakirányú végzettsége (asszisztens, ápoló, szakápoló, diplomás ápoló stb.) és annak megszerzési éve?

2. Milyen idegen nyelvet és milyen szinten beszél Ön?

	alap fok	közép fok	felső fok
angol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
német	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
orosz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
olasz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spanyol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
francia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
román	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szlovák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szerb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyéb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mi az Ön első munkaviszonyának kezdete?

4. Ha Ön közalkalmazott volt katonai állományba vétele előtt, mikor volt közalkalmazotti jogviszonyának kezdete a Magyar Honvédségnél?

5. A Magyar Honvédségnél milyen állományban teljesít szolgálatot?

- szerződéses hivatásos

6. Ha Ön szerződéses állományú, szerződéses katonai szolgálati viszonyának kezdete?

7. Ha Ön hivatásos állományú, hivatásos katonai szolgálatának kezdete?

8. Szolgálati ideje alatt vett-e részt külföldi katonai misszióba?

- IGEN NEM

9. Ha volt külföldi misszióban, hány alkalommal és összesen mennyi ideig?

10. Katonai szolgálati ideje alatt volt-e távol tartós (6 hónapon túli) távollétek (GYES, GYED, illetmény nélküli szabadság, tartós betegség stb.) miatt?

	GYES/GYED	Illetmény nélküli szabadság	tartós 3 hónapot meghaladó betegség	Beteg, fogyatékos gyermek ápolása	egyéb ok miatt
NEM, soha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGEN, egyszer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGEN, kétszer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGEN, háromszor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGEN, háromnál többször	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Mi az Ön legmagasabb katonai iskolai végzettsége? (több válasz lehetséges)

- KVNR tanfolyam
 Katonai szakközépiskola
 OKJ katonai végzettség
 Katonai főiskola
 Katonai egyetem
 Egyéb

12. Az Ön családi állapota?

- hajadon
 férjhezett
 nős
 élettársi kapcsolatban
 egyedül élő
 elvált
 özvegy

13. Az Ön gyermekeinek száma?

- nincs gyermekem
 egy gyermek
 két gyermek
 három gyermek
 négy gyerek
 öt vagy több gyermek

14. Saját lakással rendelkezik-e?

- IGEN
 NEM

15. Az Önnel egy háztartásban élők száma?

- egyedül lakom
 1 fő
 2 fő
 3 fő
 4 fő
 5 fő
 5 főnél több

16. Az Ön lakásában az egy főre jutó szobák száma?

17. Családjában mennyi havonta az egy főre jutó bruttó jövedelem?

18. Rendelkezik-e otthonában internet hozzáféréssel?

- IGEN
 NEM

19. Rendelkezik-e saját gépkocsival?

- IGEN
 NEM

20. Az elmúlt 3 évben vett-e részt 7 napnál hosszabb ideig tartó külföldi nyaraláson?

- NEM
 IGEN egyszer
 IGEN kétszer
 IGEN háromszor
 IGEN több, mint háromszor

21. Az elmúlt 3 évben hány alkalommal vette igénybe a katonák regeneráló üdülését?

- NEM vettem igénybe
 egyszer
 kétszer
 háromszor

22. Kérem, időrendi sorrendben írja le polgári egészségügyi végzettségeit az alábbiak szerint: pl.: 1988 - általános ápoló, 1990- felnőtt szakápoló, 1995 -intenzív szakápoló, 2002 -Diplomás ápoló stb.

23. Kérem, időrendi sorrendben írja le szolgálati viszonyának kezdetétől rendfokozati előmenetelét és beosztásait az alábbiak szerint: pl: 2002. főtörzsőrmeister - ápoló, 2007. zászlós- szakápoló, 2010 -főhadnagy - vezető ápoló stb.

24. Kérem, időrendi sorrendben írja le szolgálati viszonyának kezdetétől milyen katona egészségügyi kiképzéseken és tanfolyamokon vett részt!

25. Ismeri-e végzettségének és beosztásának megfelelő szakmai, egészségügyi feladatainak listáját, kompetenciáját?

NEM IGEN, de csak részben IGEN, teljesen

26. Milyen rendszerességgel végzi békeidőben munkája során a felsorolt feladatokat?

	soha	naponta többször	hetente 4-5 alkalommal	havonta 1-2 alkalommal	évente 1-2 alkalommal
mentés terepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mentés harci gépjárműből	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
újraélesztés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
különböző sebek ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vérzéscsillapítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lőtt, robbantott sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
égett sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ficamok, csonttörések ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
véna biztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infúzió bekötés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intraosseális kanülálás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intramuszkuláris injekció beadása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
légútbiztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegyi sérült mentesítése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
segélyhely telepítés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Harctéri, hadi körülmények között hány alkalommal végezte már a felsorolt feladatokat?

	soha nem végeztem	1-5 alkalommal végeztem	6-10 alkalommal már végeztem	10-nél több alkalommal végeztem
mentés terepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
újraélesztés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
különböző sebek ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vérzéscsillapítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lőtt, robbantott sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
égett sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ficamok, csonttörések ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
véna biztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infúzió bekötés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intraosseális kanülálás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intramuszkuláris injekció beadása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
légútbiztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegyi sérült mentesítése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
segélyhely telepítés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. A katonai kiképzéseken ez idáig hány alkalommal gyakorolta a felsorolt feladatokat?

	soha	egyszer	2-5 alkalommal	6-10 alkalommal	10-nél több alkalommal
mentés terepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mentés harci gépjárműből	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
újraélesztés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
különböző sebek ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vérzéscsillapítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lőtt, robbantott sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
égett sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ficamok, csonttörések ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
véna biztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infúzió bekötés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intraosseális kanülálás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	soha	egyszer	2-5 alkalommal	6-10 alkalommal	10-nél több alkalommal
intramuszkuláris injekció beadása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
légútbiztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegyi sérült mentesítése	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
segélyhely telepítés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Az elmúlt öt évben részesült-e kiképzésben az alábbi ismeretekből?

	IGEN egyszer	IGEN többször	NEM
Béke és háborús egészségügyi anyaggazdálkodási ismeretek és feladatok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béke és háborús egészségügyi szervezési, vezetési ismeretek és feladatok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadszíntéri ismeretek és feladatok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kimentés speciális körülmények között	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Újraélesztés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lőtt, robbantásos sérült ellátása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegyvédelmi ismeretek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katasztrófavédelmi ismeretek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sebesült szállítási ismeretek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Járványügyi ismeretek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légútbiztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vénabiztosítás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraosseális kanülálás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elsősegélynyújtás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Kérem, rangsorolja, általában milyen formában vesz részt továbbképzéseken?

- Munkahely szervezésében munkaidőben
- Munkahely szervezésében szabadidőben
- Saját önerőből és szabadidőben
- Saját önerőből, de munkaidőként elszámolják

31. Részt vesz-e az évenkénti 2 hetes szakmai továbbképzésen?

- SOHA RITKÁN IGEN

32. Mennyire elégedett a katona egészségügyi továbbképzési lehetőségekkel?

1 2 3 4 5
Egyáltalán nem Teljes mértékben

33. Milyenek ítéli meg munkája során napi szakmai tevékenységét?

1 2 3 4 5
Nagyon rossz Kiváló

34. Ön szerint képzettsége és beosztása összhangban van-e?

1 2 3 4 5
Egyáltalán nem Teljes mértékben

35. Mi a véleménye, képzettsége és jelenlegi beosztásából eredő feladatai összhangban vannak?

1 2 3 4 5
Egyáltalán nem Teljes mértékben

36. Milyenek ítéli szolgálati helyén az elhelyezést?

1 2 3 4 5
Nagyon rossz Nagyon jó

37. Milyenek ítéli meg a mindennapi munkájához biztosított egészségügyi eszközöket.

1 2 3 4 5
Nagyon rossz Nagyon jó

38. Milyenek ítéli meg az egészségügyi ellátáshoz szükséges hadműveleti és gyakorló eszközöket?

1 2 3 4 5
Nagyon rossz Nagyon jó

39. Milyenek ítéli meg saját egészségügyi- szakmai tevékenységének elismertségét, vezetői részéről?

1 2 3 4 5
Nagyon rossz Nagyon jó

40. Milyennek ítéli meg saját katonai tevékenységének elismertségét, vezetői részéről?

1 2 3 4 5
 Nagyon rossz Nagyon jó

41. Mennyire elégedett szakmai fejlődésének lehetőségeivel?

1 2 3 4 5
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

42. Mennyire elégedett jelenlegi beosztásával?

1 2 3 4 5
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

43. Mennyire elégedett javadalmazásával?

1 2 3 4 5
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

44. Mennyire elégedett saját szakmai előmenetelével?

1 2 3 4 5
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

45. Mennyire elégedett katonai előmenetelével?

1 2 3 4 5
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

46. Mennyire elégedett beosztásbeli előmenetelével?

1 2 3 4 5
 Egyáltalán nem Teljes mértékben

47. Tervei közt szerepel-e az elkövetkezendő 2 évben leszerelni?

IGEN NEM

48. Előre láthatóan hány évig kíván az MH Egészségügyi Szolgálatánál szolgálatot teljesíteni?

1-5 évig 6-10 évig 11-15 évig nyugdíjazásomig

49. Amennyiben lehetősége lenne rá, részt venne-e speciális katona egészségügyi képzésen?

- IGEN NEM

50. Ha igen, akkor milyen formában

- tanfolyam jellegű továbbképzésen
 középfokú (középiskolai) képzésben
 felsőfokú (főiskolai, egyetemi) képzésben

51. Ha részt venne továbbképzésen, akkor milyen időbeosztással?

- nappali képzésen
 esti képzésben
 levelező képzésben
 távoktatás formájában
 e-learning (elektronikus) formában

52. Kérem, öt pontban írja le javaslatait, véleményét a katona egészségügyi ismeretek képzésével kapcsolatos témához!

4. számú melléklet: Ábrák, képek, táblázatok jegyzéke

Sorszáma	Az ábra címe	oldal
1. sz.	A harctéri sérültellátás progresszivitási szintjei	8
2. sz.	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ organogramja 2013.07.31.	40
3. sz.	A harctéri segélynyújtás láncolata lövész alakulatnál	49
4. sz.	Az egészségügyi ellátó képességek feladatrendszere	50
5. sz.	A hazai egészségügyi szakképzés rendszere 2013.06.30.	63
6. sz.	A populáció és a minta aránya	84
7. sz.	A nemek megoszlása a mintában állományonként	86
8. sz.	A családi állapot megoszlása a mintában	87
9. sz.	A populáció és a vizsgálati minta tisztai és altisztai állományának numerikus megoszlása	88
10. sz.	A vizsgált minta katonai végzettség szerinti megoszlása	91
11. sz.	A vizsgált minta katona-egészségügyi kiképzéseken való részvétele	92
12. sz.	A minta idegen nyelvi képességeinek százalékos megoszlása	94
13. sz.	A mentési módszerek gyakorlásának gyakorisága kiképzésen	98
14. sz.	Az újraélesztés és légútbiztosítás gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken	100
15. sz.	A vénabiztosítás, infúzió bekötés, IO kanülálás gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken	103
16. sz.	A különböző típusú sérültellátás gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken	107
17. sz.	A CBRN smentesítés gyakorlásának gyakorisága	114
18. sz.	A segélyhely telepítés gyakorlásának gyakorisága kiképzéseken	116
19. sz.	A képességek gyakorlásának aránya 6 alkalomhoz viszonyítva	118
20. sz.	A képzettség-beosztás-feladat kapcsolatának megítélése 5 fokozatú skálán	120
21. sz.	Szakmai fejlődési lehetőséggel való elégedettség	121
22. sz.	Katonai és szakmai előmenetellel való elégedettség	122
23. sz.	A továbbképzéseken való részvétel formája	122
24. sz.	Az évenkénti 2 hetes szakmai továbbképzéseken való részvétel gyakorisága	123
25. sz.	A katona-egészségügyi képzés szintjeinek igénye	124
26. sz.	A katona-egészségügyi képzés formájának igénye	125

Sorszám	A kép címe	Oldal
1. sz.	Dominique Jean Larrey	17
2. sz.	Nyikolaj Ivanovics Pirogov	17
3. sz.	A lámpáshölgy	19
4. sz.	Súlyos sérültek harctéri ellátásának kompetenciái	75
5. sz.	IFAK - Improved First Aid Kit	95
6. sz.	Mentés harci gépjárműből	97
7. sz.	Wendl- és Guedel tubus	100
8. sz.	Intraosseális kanülálás B.I.G. (Bone infusion gun) eszközzel	102
9. sz.	Az intraosseális kanül alkalmazásának menete	103
10. sz.	Izraeli trauma kötszer	108
11. sz.	Kerlex-kötszer	108
12. sz.	Törésrögzítés gyakorlása gyalogsági ásó használatával	109
13. sz.	Vérzéscsillapítás gyakorlása CAT alkalmazásával	111
14. sz.	Súlyos sérült ellátásának gyakorlása	112
15. sz.	Vegyisérült menetesítésének gyakorlása	114
16. sz.	Telepített segélyhely sürgősségi ellátóhelye	115

Sorszám	A táblázat címe	Oldal
1. sz.	Kiképzési, továbbképzési profilok 1958-1968	34
2. sz.	Magyar alakulatok missziós tevékenységei 2013-ban	48
3. sz.	A Magyar Honvédség humán erőforrás összetétele	53
4. sz.	A MH Egészségügyi Központ humán erőforrás összetétele	53
5. sz.	A MH ÖHP Egészségügyi Szolgálat humán erőforrás összetétele	53
6. sz.	A képzett elsősegélynyújtó kompetenciái békeidőben	70
7. sz.	A vizsgálandó populáció létszám, szakmai végzettség szerinti megoszlása	83
8. sz.	A vizsgált minta szakmai végzettség szerinti megoszlása a populációhoz viszonyítva	89
9. sz.	A képességek gyakorlásának összesített táblázata	117

10. PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Könyv, könyvfejezet:

1. Pápai T; Elsősegélynyújtás tankönyv
Műszaki kiadó, Budapest 2010. ISBN 978-963-16-6051-7
2. Pápai T; Egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringésmegállások, állapotromlások ellátásának rendszere és kompetenciái, In: Elsősegélynyújtás tankönyv 2. javított kiadás, Műszaki kiadó, Budapest 2013.
ISBN 978-963-16-6051-7

Publikáció:

1. Pápai T; Az egészségügyi szakdolgozók újraélesztési ismeretei 2007-ben
Ápolásügy, 2007. 21. évf. 4. szám 8-11 oldal ISSN: 1216-5026
2. Pápai T; Az egészségügyi tisztek és tiszthelyettesek katona-katasztrófa egészségügyi ismeretei begyakorlottságának kérdőíves felmérése
Hadmérnök, VI. évf. 2. szám. -2011. június
http://www.hadmernok.hu/2011_2_papai.php
3. Pápai T; A harctéri elsősegélynyújtás helye a hadszíntéri ellátásban és annak oktatási módszertani irányvonalai.
Hadmérnök, VI. évf. 4. szám. -2011. december
http://www.hadmernok.hu/2011_4_papai.php
4. Pápai T, Intraosseális kanülálás a kritikus állapotú betegek sürgősségi ellátásában. Nővér, 2011. 24. évf. 3. szám ISSN: 0864-700
5. Pápai T; Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringés megállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái, Nővér, 2011.24. évf. 4. szám: ISSN: 0864-7003
6. Pápai T; A betegfogadás és osztályozás folyamata, az ellátás sorrendjének meghatározása Sürgősségi osztályon ápolói kompetenciával. Nővér, 2012. 25. évf. 1. szám: ISSN:0864-7003
7. Nagy G; Pápai T; A gyermek sürgősségi ellátás ápolói szintű triage tevékenységének specialitásai és kompetenciái
Nővér, 2012.25. évf. 2. szám ISSN: 0864-7003
8. Pápai T; Standpoints of the organisation of the care of the seriously injured persons on the ROLE 3 level; Hadmérnök, VII. évf. 1. szám – 2012. március
9. Pápai T; Extension of the abilities of the medical officers, sub-officers of the care of the seriously injured persons in the Military Hospital-Emergency Center, Hadmérnök, VII. évf. 2. szám – 2012. június
10. Pápai T; Nekünk csak SÜA 3-a sürgősségi szakápoló képzésről
Etinfő; Egészségügyi szakmai információs lap 15. évf. 3. szám Budapest, 2012.
ISSN: 1418-4826
11. Pápai T; Sürgősségi kórképek első ellátása a gyógyszerházakban; Újraélesztés;
Gyógyszerészek lapja 2013. 1. szám ISSN: 2063-4722

12. Pápai T; Nagy G; „Sok bába közt elvész a gyermek” alapszintű újraélesztés ismerete? Etinfó; Egészségügyi szakmai információs lap 16. évf. 7-8. szám Budapest, 2012. ISSN: 1418-4826
13. Pápai T; Sürgősségi kórképek első ellátása a gyógyszertárakban; Külső defibrillátor (AED) alkalmazása újraélesztés során; Gyógyszerészek lapja 2013. 2. szám ISSN: 2063-4722

Előadások:

1. Ápolói feladatok újraélesztéskor
Honvédkórház Tudományos Napja, Budapest 2002. Nytsz. 647/2002.
2. Defibrillátor ápolói kézben
Egészségügyi Szakdolgozók XXXIV. Országos Kongresszusa, Balatonaliga 2003.
3. Motivációs eszközök alkalmazása az Intenzív osztályon
XXXV. Országos Szakdolgozói Konferencia, Kecskemét, 2004. Nytsz. 2031-1/2004
4. A MET szerepe a kórházi sürgősségi betegellátás rendszerében
XXXVI. Országos Szakdolgozói Konferencia Nyíregyháza, 2005. Nytsz. 21047-1/2005
5. Az ápoló szerepe a kórházi Sürgősségi ellátás rendszerében
MH Központi Honvédkórház Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2005. Nytsz. 20417-1/2005.
6. Az ápoló szerepe a cardiovascularis betegek egészségnevelésében
MH Központi Honvédkórház Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2005. Nytsz. 21046-1/2005.
7. Korszerű újraélesztés 2005
MH OLTP- Alapellátás Tudományos Napja, Göd, 2005.
8. Korszerű újraélesztés 2006
MH Egészségügyi Parancsnokság Tudományos Kongresszusa, Balatonkenese, 2006. Nytsz. 65-32-1/2006
9. Az ápoló szerepe a triage funkció ellátásában Sürgősségi osztályon
XXXVII. Országos Szakdolgozói Konferencia Pécs, 2006. Nytsz: 1803-1/2006
10. Ápoló szerepe a tápláltsági állapot felmérésében, egy kórházi tartózkodása alatt súlyosan alultáplálttá váló beteg esetének ismertetése alapján
MH Központi Honvédkórház IX. Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2006. Nytsz:10205-1/2006
11. A sürgősségi ellátás fő elvei, a triage funkció jelentősége a sürgősségi Ellátásban, MH Központi Honvédkórház IX. Szakdolgozói Tudományos Nap, 2006
12. A beteg megfigyelésének szempontjai
A korszerű sürgősségi betegellátás elmélete és gyakorlata, Budapest, 2007. Nytsz:4021-1/2007

13. A tápláltsági állapot felmérésének jelentősége
A korszerű Sürgősségi Betegellátás elmélete és gyakorlata, Budapest, 2007.
Nytsz: 4021-1/2007
14. Az Egészségügyi szakdolgozók újraélesztési ismeretei 2007-ben
XXXVIII. Országos Szakdolgozói Konferencia, Debrecen, 2007.
15. A sürgősségi műtő szerepe a mentési láncban
Magyar Műtőasszisztensi Társulás Kongresszusa, Siófok, 2007
16. Amit minden egészségügyi dolgozónak tudnia kellene
ÁEK I. Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2007.
17. A triage Funkció szerepe az intézeti ellátásban
AITSZME V. Nemzeti Kongresszusa, Budapest, 2007.
18. A Sürgősségi Betegellátó Centrum multidiszciplinális kapcsolatai
ÁEK Tudományos ülés, Budapest, 2008.
19. Nosocomiális infekciók a sürgősségi betegellátásban; Nosocomiális surveillance a sürgősségi betegellátásban továbbképzés, Budapest, 2008
20. Perifériás és Centrális kanülök használata a sürgősségi ellátásban; Nosocomiális surveillance a sürgősségi betegellátásban továbbképzés, Budapest, 2008
21. Fertőző beteg (MRSA) a sürgősségi ellátásban; Nosocomiális surveillance a sürgősségi betegellátásban továbbképzés, Budapest, 2008
22. A nosocomiális surveillance jelentősége a sürgősségi betegellátásban;
Nosocomiális surveillance a sürgősségi betegellátásban továbbképzés,
Budapest, 2008
23. Demjénné Németh S; Pápai T; Az időfaktor szerepe a radiológiai sürgősségi betegellátás során az Állami Egészségügyi Központban
Egészségügyi Szakdolgozók XXXIX. Országos Kongresszusa, Kaposvár, 2008.
24. A „golden hour” jelentősége a sürgősségi betegellátásban
HM ÁEK II. Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2008.
25. Bell B; Forrai G; Pápai T; Amikor minden perc számít
HM ÁEK II: Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2008.
26. Az időfaktor szerepe a Stroke sürgősségi ellátásban
MESZK Budapesti Szervezetének Tudományos Napja, Budapest, 2008.
27. Golden Hour a stroke betegek ellátásában
Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa, Veszprém, 2009
28. Tapasztalatok egy szakértő szemével
Szakdolgozói Továbbképzések az egészségügyben Konferencia, Budapest, 2009
29. Intraoszeális Folyadékpótlás a kritikus állapotú Betegek ellátásában
MH ÁEK III. Szakdolgozói Tudományos Nap, Budapest, 2010
30. Amit minden radiográfusnak érdemes tudni a sürgősségi betegellátásról.
Sürgősségi betegellátás a képalkotás tükrében - országos konferencia, Budapest, 2011. (ESZTB: 3848/2010)

31. Az újraélesztés elméleti alapjai, a BLS protokloja
Újraélesztés, mint az egészségügyi szakemberek legfontosabb kompetenciája című továbbképző konferencia, Honvédkórház, Budapest, 2011. (ESZTB: 4505/2010)
32. A kórházon belüli újraélesztés specifikumai
Újraélesztés, mint az egészségügyi szakemberek legfontosabb kompetenciája című továbbképző konferencia, Honvédkórház, Budapest, 2011. (ESZTB: 4505/2010)
33. A korai defibrillálás jelentősége és módja
Újraélesztés, mint az egészségügyi szakemberek legfontosabb kompetenciája című továbbképző konferencia, Honvédkórház, Budapest 2011. (ESZTB: 4505/2010)
34. Az egészségügyi katonák katoná- katasztrófa egészségügyi ismeretei.
Szakdolgozók IV. Tudományos Napja, Honvédkórház, Budapest, 2011.
35. Intraosseális kanülálás a kritikus állapotú betegek ellátása során
Egészségügyi Szakdolgozók XLII. Országos Kongresszusa, Várgesztes, 2011 (ESZTB: 1344/2011)
36. A sürgősségi légútbiztosítás és altatás kompetenciái
Sürgősségi légútbiztosítás és altatás- RSI továbbképző konferencia, honvédkórház, Budapest, 2011. (ESZTB: 385/2011)
37. A Légútbiztosítás specialitásának hadműveleti területen.
Sürgősségi légútbiztosítás és altatás- RSI továbbképző konferencia, Honvédkórház, Budapest, 2011. (ESZTB: 385/2011)
38. Az egészségügyi tisztek, tiszthelyettesek ismeretei, kompetenciái a harctéri sérültellátás algoritmusa alapján.
IV. Hadtudományi Doktorandusz Fórum – ZMNE, Budapest, 2011.
39. Kihívások az egészségügyi katonák katoná- katasztrófa medicinális képzésben.
Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XIV. Tudományos konferenciája Budapest, 2011.
40. A kórházi ellátás során hirtelen kialakuló keringés megállások, állapotromlások ellátásának szakdolgozói kompetenciái.
Budai Egészségközpont Kft. I. Szakdolgozói Nap Budapest, 2011.
41. Az intravénás gyógyszer és folyadék bejuttatás elsődleges alternatív újraélesztés és kritikus állapotú betegek sürgősségi ellátása során. Budai Egészségközpont Kft. I. Szakdolgozó Nap Budapest, 2011.
42. The military officers in the military health service, who are specialised in prevention of catastrophies-
From the jury to the operating theatre, Trauma care in London 2011
43. Nagy G, Pápai T; A sürgősségi Centrum Kihívásai a gyermek sürgősségi ellátásban
Szakdolgozók V. Tudományos Napja, Honvédkórház, Budapest, 2012.

44. Szimulációs lehetőségek a szakképzésben.
A szaktanácsadók felkészítése a kompetencia alapú moduláris képzési rendszer bevezetésére az egészségügyi szakmacsoportban továbbképzés (OK-410/135/2010), Demjén 2012
45. Nagy G, Pápai T, A gyermek sürgősségi ellátás képességének fejlesztése a Honvédkórház Sürgősségi Centrumában.
Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok 2012.
46. Demjén Németh S; Pápai T, A sürgősségi ápolók ismerete a radiológiai vizsgálómódszerekről a sürgősségi betegellátás során.
Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok 2012.
47. Szimulációs oktatás módszertana, szimuláció a szakképzésben.
A szaktanácsadók felkészítése a kompetencia alapú moduláris képzési rendszer bevezetésére az egészségügyi szakmacsoportban továbbképzés (OK-410/135/2010) Budapest, 2012.
48. Hirtelen kialakult állapotok ellátása, újraélesztés műtői területen.
A betegbiztonság jelentősége a műtői ellátásban című továbbképzés GYEMSZI-ETI Budapest, 2012
49. A gyakorlati oktatás története az egészségügyi szakképzésben
GYEMSZI-ETI 50éves jubileumi Kongresszusa Budapest, 2012.
50. Gyógyszertárban fellépő sürgősségi kórállapotok és ellátásuk című továbbképzés GYEMSZI-ETI Budapest, 2012
51. Technikai újdonságok a műtői ellátásban; Újraélesztés, és defibrillátor alkalmazása a műtői területen; GYEMSZI-ETI Budapest 2012.
52. A kórházon belüli keringés megállások, állapotromlások ellátásának rendszere és kompetenciái, Szakdolgozók VI. Tudományos Napja; MH Egészségügyi Központ Honvédkórház; Budapest, 2013
53. Nagy G; Pápai T; Az egészségügyi szakdolgozók gyermek alapszintű újraélesztési ismeretei 2013; Egészségügyi Szakdolgozók XLIV. Országos Kongresszusa; Eger, 2013
54. Lengyel A; Pápai T; Az ápolói triage tevékenység hatékonyságának vizsgálata Egészségügyi Szakdolgozók XLIV. Országos Kongresszusa; Eger, 2013
55. Skill laboratórium kialakítása az egészségügyi ellátó intézményekben; GYEMSZI- EEFF Igazgatói tájékoztató nap; Budapest 2013.

Egyéb, nem lektorált publikációk, kiadványok:

1. Ápolói feladatok helyszíni és intézeti reanimationál.
PTE EFK Pécs, 2002
2. A TQM szerepe az egészségügyi ellátórendszerben
PTE ETK Pécs, 2004
3. Oxiológia jegyzet az OKJ-ápolók részére – Tansegédlet
Simmelweis I. Humán SZKI Budapest, 2003

4. Az ápolási folyamat - jegyzet ápolók részére- Tansegédlet
Selye János Humán SZKI Vác, 2004.
5. Ápolásetika – jegyzet ápolók részére – Tansegédlet
Selye János Humán SZKI Vác, 2004
6. Ápolástudomány – Tansegédlet
Selye János Humán SZKI Vác, 2005
7. Emésztőrendszer szakápolástana – Tansegédlet
Selye János Humán SZKI Vác, 2005
8. Vizeletkiválasztó- rendszer szakápolástana – Tansegédlet
Selye János Humán SZKI Vác, 2005
9. Terápiás alapismeretek ápolók számára – Tansegédlet
Simmelweis Humán SZKI és Gimn. Budapest, 2005.
10. Elsősegélynyújtás - jegyzet ápolók részére – Tansegédlet
Simmelweis I. Humán SZKI és Gimn. Budapest, 2005
11. A keringési rendszer betegségeiben szenvedők ápolástana – Tansegédlet
Simmelweis I. Humán SZKI és Gimn. Budapest, 2006
12. A Sürgősségi betegellátás elmélete és gyakorlata – Tansegédlet az OKJ –s ápoló
szak hallgatói részére
Selye János Humán SZKI Vác, 2006
13. Kötözéstan – Tansegédlet az elsősegélynyújtás oktatásához
Selye János Humán SZKI Vác, 2009.

Szakdolgozati témavezetésem:

1. Kovácsné Ludvig Irén: Elégedettség a kórházzal. A beteg értékelése a kórház munkájáról (gyógyítás, ápolás, hotelfunkciók). Új szempontok a fogyasztói minőségellenőrzésben. SE ETK Ápoló Szak 2007.
2. Helmeczi Erzsébet: A teljes körű minőségirányítás a fővárosi Szent Imre kórházban, PTE ETK Ápoló Szak 2008
3. Nagy Gábor: Triage a gyermek- sürgősségi ellátásban. SE ETK Ápoló Szak 2011.
4. Zólyominé Szuszán Hajnalka: Általános anesztéziában részesülő betegek perioperatív ellátása a postoperatív fájdalomcsillapítás tükrében. SE ETK Ápoló Szak 2011.
5. Iváncsics Erika: Sürgősségi Betegellátó Osztály, mint multidiszciplináris ismereteket igénylő ellátó hely. SE ETK Ápoló Szak 2011
6. Horváth Alexandra: Intenzív osztályon szerzett noscomiális fertőzések ápolói prevenciója. SE ETK Ápoló Szak 2012.
7. Kuhárcsik Szilvia: A szív és érrendszeri betegségek életmóddal befolyásolható rizikófaktora SE ETK Ápoló Szak 2012.

8. Szabó Gézáné: Megfelelő-e a cardiovascularis prevenció kerületünkben. SE ETK Ápoló Szak 2012.
9. Laczkó Henrietta: A kontrolált hypothermia alkalmazása a sikeres resuscitációt követően. SE ETK Ápoló Szak 2012
10. Markó Adrienn: Akut respirációs distressz szindróma. Az ápolási és terápiás protokollok összehasonlítása. SE ETK Ápoló Szak 2012.
11. Tóth Gábor: A shock állapot praehosítális ellátásának vizsgálata, az ellátás hatékonyságának elemzése. SE ETK Mentőtiszt Szak 2012
12. Bernhardt Szilvia: A Point of Care Testing labordiagnosztikai vizsgálatok alkalmazásának ápolói vonatkozásai, előnyei az ápolási idő tükrében. SE ETK MSc Ápoló Szak 2012
13. Lengyel Attila: Az orvosi és Ápolói triage tevékenység hatékonyságának vizsgálata. SE ETK Ápoló Szak 2012.
14. Biczó Zita: Ápoló kompetenciák a triage tevékenység során. SE ETK Ápoló Szak 2012.
15. Kovácsné Ludvig Irén: A sürgősségi osztályon dolgozó ápolók triage ismeretei SE ETK MSc Ápoló Szak 2013.
16. Babarci Ágnes: Az ápoló, okleveles ápoló szerepe a sepsis korai felismerésében és kezelésében, Nosocomialis surveillance az intenzív ellátásban. SE ETK MSc Ápoló Szak 2012.
17. Sándor Balázs: A mentőtiszt kompetenciák alkalmazása Sürgősségi Betegellátó Osztályon. SE ETK Mentőtiszt Szak
18. Szita Nikoletta: Az intézetben belüli Sürgősségi stroke ellátás hatékonyságának vizsgálata. SE ETK Ápoló Szak 2012.
19. Taracközi Andrea: A sürgősségi osztályokon dolgozó ápolók EKG ismeretei. SE ETK Ápoló Szak 2012.

Megjelenés alatt:

Pápai T; Fizioterápiás kezelések közben kialakuló sürgősségi állapotok és első ellátásuk In: Sandra S; Fizioterápia könyv 2013.

Pápai T; Lágylézerterápia következtében kialakuló akut allergiás reakciók ellátása In: Sandra S; Lézerterápia könyv 2013.



"Sokak életéhez van közünk. Némelyekéhez kevesebb, némelyekéhez nagyon is sok. De nem fogják tudni a nevünket. Azt sem, hogy mit tettünk értük. A mi munkánk rejtett és névtelen..."

(Dr. Felkai Tamás)

Az értekezés lezárva 2013. szeptember 20-n.

Pápai Tibor