

Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola,
HM ÁEK Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet

A rehabilitáció rövid története és kapcsolata a katona-egészségüggyel

Dr. Weinhoffler Judit

Kulcsszavak: rehabilitáció, társadalmi visszailleszkedés, életminőség, katona-egészségügy, ROLE 4

A rehabilitáció célja a társadalmi életbe való visszailleszkedés elősegítése. Korunkban egyre nő a jelentősége, a baleseti és egyéb sérültek növekvő száma miatt. A rehabilitáció fogalma a történelem során folyamatosan változott. A kezdeti önrehabilitációs törekvéseket, a felvilágosodás korától a szervezett rehabilitáció vette át. Kapcsolata a katona-egészségüggyel végigkövethető a történelem során. Katona-egészségügyünk jelenleg a NATO elvárásoknak megfelelően működik, benne a rehabilitációnak kiemelt jelentősége van.

A rehabilitáció röviden a társadalmi életbe való visszailleszkedést jelenti. A rehabilitáció jelentősége korunkban kifejezetten megnőtt, mert a balesetek száma meredeken emelkedik, az orvostudomány fejlettségi szintje pedig odáig ért, hogy egyre súlyosabb állapotú sérülteket tudunk életben tartani. Természetesen érvényes ez egyéb betegségek esetében is, nemcsak a baleseti vagy háborús sérültekre. Azonban az élet megléte önmagában messze nem minden, a hogyan élni, legalább annyira fontos. Nem mindegy, hogy egy beteg ember milyen életminőséggel él tovább, akár még évtizedekig. A rehabilitáció célja, egy adott károsodás után, a megmaradt lehetőségekre építve, a lehető legmagasabb szintű életminőség biztosítása a betegnek. Ez a beteg aktív közreműködése nélkül lehetetlen, és sokszor bizony nehéz az útja. A rehabilitáció a károsodott teljes társadalmi visszailleszkedéséhez orvosi, pedagógi-

ai, foglalkozási és szociális téren egyaránt támogatást nyújt.

A rehabilitáció kezdete

A fogyatékoság különböző megnyilvánulási formái már az őskori leletekben is fellelhetők. Az ősember csak csapatban volt életképes. A horda a gyenge tagjait kidobta magából, hiszen a saját életben maradási esélyei csökkentek a sérült vagy beteg társak miatt. Már tízezer évvel ezelőtti barlangrajzokon is láthatók sérült vadászok, őket vagy magukra hagyták, ez is halált jelentett, vagy megölték a horda tagjai [1].

Az életkörülmények javulása, és talán az emberi psziché fejlődése következtében az ókori civilizációk ábrázolásaiban már fellelhetők kezdetleges rehabilitációs törekvések, ezek azonban az akkori gyógyítás színvonalához képest is csak igen kezdetlegesek voltak. Egyes területeken még elpusztítot-

ták, másutt már segítették az elesetteket. Jó példa az előbbire az ókori Spárta, ahol a sérültnél tűnő vagy fejletlen csecsemőket elpusztították, vagy Romulus törvénye, amely szerint a fiúkat és az elsőszülött lányt kell csak felnevelni. A kezdetleges rehabilitációs törekvések ebben a történelmi korban főleg a végtagamputáltak protetizálásában merültek ki. Elsősorban primitív fa vagy bronz művégtagokat készítettek [1].

A Római Birodalom bukása utáni évszázadokban a gyógyítás és a korai rehabilitációs törekvések is jelentősen visszafejlődtek. A népvándorlás teljesen szétzilálta az addigi szilárdnak tűnő társadalmi és gazdasági kereteket. A korai kereszténység a betegséget ördögi eredetűnek, a bűn megnyilvánulásának tartotta, az isteni tökéletességgel szemben. Imádkozást és vezeklést írtak elő a betegeknek. Ekkor jöttek létre a kolostori ispotályok. Magyarországon az ezredforduló után Esztergomban alapították az első ispotályt, majd 1007-ben Pécsváradon az első betegellátó kolostort. Az egyházi ispotályok mellett, általában a betegellátó menhelyeket a királyi család tagjai és más főrendek támogatták. Árpád-házi Szent Erzsébet a betegápoló tevékenysége mellett kórházakat is létesített. A Szentföldön folyó harcok sebesültjei, fertőzöttjei részére lovagrendek létesítettek leprosoriumokat illetve lazaretumokat [1, 2]. Ezek a törekvések főleg a gyógyítást és az ápolást célozták, ezekben az évszázadokban szervezett rehabilitációs törekvésekkel nem találkozunk.

A népesség számának növekedésével, a középkori higiénés viszonyok következtében óriási járványok söpörtek végig Európán. A városok elsősorban a fertőző betegeket kénytelenek voltak elkülöníteni, ekkor kezdték az első városi kórházakat építeni. Magyarországon Selmecen a bányászoknak 1224-ben, majd Esztergomban 1226-ban

épültek városi kórházak [1]. Ekkor minden beteget együtt, hatalmas termekben, elkülönítés nélkül fektettek, nem ritkán többet egy ágyban. A fogyatékosok csavarogtak, koldultak, egyedül vagy csoportosan, vagy átmenetileg menhelyeken húzták meg magukat.

Ekkor már újra megjelentek primitív rehabilitációs törekvésként a fából készült művégtagok, később a fémekből készült végtagpótlások. A következő évszázadok főleg a sebészet fejlődésének kedveztek, különösen a csonkoló műtéteknek, így különböző támasztó és végtagpótló szerkezeteket hoztak létre [1]. *Ambroise Paré* (1510 -1590) nemcsak elsőként alkalmazott érelkötést amputációs csonkban, de művégtagot is készítettett. Ezek a mai művégtagokhoz hasonló elvek alapján épültek fel, de igen nehezek voltak, és főleg fából, bőrből, esetleg fémből készültek [1, 3].

A XVI. század második évtizedétől létesültek Pesten és Budán katonai kórházak. Az első 1527-ben Budán, majd 1686-ban Óbudán, 1696-ban a Fő utcában, majd 1727-ben Pesten [4].

A szervezett rehabilitáció

A történelem során eddig a rehabilitáció tulajdonképpen önrehabilitáció volt, vagy ha segítettek is a rokkantakat, kitaláltak őket a társadalomból. A felvilágosodás kora hatalmas lendületet adott a rehabilitáció fejlődésének. A Francia Forradalom idején elfogadott alkotmányban szerepel az első törvény, amely a fogyatékosokkal foglalkozik (1793.). „A társadalom köteles megsegíteni szükségét szenvedő tagjait azzal, hogy munkát ad a munkaképeseknek, vagy eltartja a munkára képteleneket.” Minőségi változást jelentett, hogy az eddigi véletlenszerű segítség társadalmi kötelesség

lett, valamint a rokkant ember munkához juttatásával az önálló életvitelét segítették elő [1, 3].

Az orvostudományban is új szemléletmód alakult ki a felvilágosodás hatására. Fogyatékosokkal foglalkozó intézmények az iparilag fejlettebb országokban már a XVIII. században létrejöttek, Magyarországon kb. száz évvel később jelentek meg a hasonló intézmények. *Cházár András* alapította 1802-ben az első gyógypedagógiai intézetet, a váci siketek tanintézetét [1].

A magyarországi cs. kir. hadsereg egészségügyét 1848. májusa előtt a bécsi tábori orvosi főigazgatóság (Oberstfeldärztliche Direction) irányította. Az önálló katonai egészségügy megteremtése a honvédség megszervezésével vette kezdetét. 1848. május 23-án jelent meg *Sauer Ignác* országos főorvos felhívása, orvosi állásokra kért jelentkezőket a honvédszászlóaljokhoz. „Szeptember 20-án *Batthyány Sauert* nevezte ki az Országos Nemzetőrségi Haditanácshoz igazgató főorvosul, ezáltal hozzá tartoztak a honvédség, az önkéntes mozgó nemzetőrség és a mozgósított nemzetőrség orvosi ügyei.” [5] Később *Kossuth Stáhly Ignácot* bízta meg a katonai orvosi ügyek irányításával, *Sauer* pedig a polgári orvosi ügyeket kezelte. Az orvosok a sebesültek kezelése mellett a járványokkal is szembetalálták magukat. 1848 nyarán ismét kolerajárvány jelentkezett, gyakori volt a tüdőbaj és a nemi betegségek. 1848-49 tele igen kemény tél volt, nem ritkán $-15\text{ }^{\circ}\text{C}$ -al vagy akár $-25\text{ }^{\circ}\text{C}$ -al is, gyakori fagyásos sérülésekkel. A harcokban főleg az ágyúgolyók, a puskalövések, a szuronyszúrások okoztak sérüléseket.

1849 januárjában *Flór Ferenc* vette át a hadügyminisztérium egészségügyi osztályának vezetését, és az ő irányításával épült ki a

szabadságharc katona-egészségügye olyan példa értékűen, hogy ez a következő évszázadban is követendő mintát adott.

A sérülteket a bajtársaik vitték a kötözőhelyekre, innen az ideiglenes tábori kórházakba, amelyek gyakorlatilag szintén csak kötözőhelyként működtek. Innen a mozgó tábori kórházakba kerültek, amelyek már szabályos felszereléssel rendelkeztek, majd a hátszág állandó tábori kórházaiba küldték őket. *Flór Ferenc* már 1847-től próbálkozott kloroform és éter alkalmazásával a sebészetben. „Az európai történelemben először az 1848-49-es magyarországi és itáliai harcokban alkalmazták először a kloroformot a hadisebészetben.” [5] *Kossuth Lajos* a hűgát, Zsuzsát nevezte ki országos főápolónővé, de az ápolónői hálózat kiépítésére már nem jutott idő. A tervezett, de meg nem valósult rehabilitációs intézkedések közé tartozott a harcokban megrokkant embereknek ígért pénzjutalom, földbirtok. *Kossuth Lajos* tervezte, francia mintára, egy rokkantpalota felépítését Pesten. A szabadságharcot követő megtorlás során természetesen ezekből a rehabilitációs tervekben semmi sem lett [5].

A hátrányos helyzetűek államilag szervezett megsegítését az iparosodás, és a népesség növekedése nélkülözhetetlenné tette. A XIX. század utolsó harmadában megszületett az állami szociálpolitika. Az állam hatása két formában érvényesült, az adókból fizetett szociális segélyezés, és a kötelező társadalombiztosítás formájában [1].

Rehabilitáció a XX. századi Magyarországon

A XIX. század végén és a XX. század elején jelentek meg Magyarországon a szervezett rehabilitációs szolgáltatások. Ebben az időben az iparosodás, a városokba költözés miatt tömegméretekben elkezdődött

a hagyományos családszerkezet felbomlása, a modern kis család már nem tudott gondoskodni a fogyatékos tagjáról [1].

A Központi Honvédkórház 1899-ben nyílt meg, akkor 16. számú Helyőrségi Kórház néven [4].

A rehabilitáció történetében az igazán nagy lendületet a XX. század két világháborúja hozta. Olyan tömegesen sérültek a harcokban mind a katonák, mind a civil lakosság, hogy ellátásukról országos méretekben kellett intézkedni. *Dollinger Gyula* (1849-1929) sebész, már a háború előtt önkéntes ápolónőképzést indított, ennek köszönhetően a háború kitörésekor 1 000, két hónappal később 7 000 képzett ápolónő állt rendelkezésre. Hadikórházat állított fel, ahol a végtagcsonkoltak utókezelése és protézissel történő ellátása is megtörtént. Számos alapvető újítása van a protetizálás terén. A korai, jó kezelést a rokkantság legfontosabb profilaxisának tartotta, és nagy hangsúlyt fektetett az utókezelésre. *Dollinger* a hadirokkantakat megpróbálta eredeti munkakörükben munkába állítani, akiket nem lehetett, azok számára átképzést szervezett. Ez a magyarországi foglalkozási rehabilitáció első szervezett formája. A „teljesen megrokkantak” szociális ellátási rendszerét szintén kidolgozta [3].

Gróf Zichy Géza (1849-1924) akinek már tízévesen zongoraművészi pályát jósoltak, 15 évesen balesetben elvesztette a jobb karját. Az lett a célja, hogy soha ne szoruljon mások segítségére és páratlan akarattal elérte, hogy bal kézzel is tudjon zongorázni. Bal kézre átírt zongoradarabokkal egész Európában hangversenyeket adott. A hadikórházból kikerült karamputált rokkantaknak tanácsadó foglalkozásokat szervezett, 1915-ben könyvet jelentetett meg, „A félkezű ember könyve” címmel, amelyben

hasznos tanácsokat ad a karjukat elvesztett embereknek [3].

A VII. Hadisebészeti Konferencia 1915. január 21-én határozott, hogy a Béna Katonákat Gondozó Bizottság számlálja össze a rokkantakat. Április végére (még csak 1915!) 20 000 hadirokkantat találtak. „Az összeírás célja nem alamizsna gyűjtésének előkészítése, hanem a rokkantakat abba a helyzetbe hozni, hogy saját maguk és családjuk existenciájáról gondoskodni tudjanak” *Dollinger Gyula* [3].

A tömeges sérült miatt már országos méretekben kellett intézkedni a kezelésükről és rehabilitációjukról. A magyar királyi miniszterelnök 3300/1915. számú rendelete szabályozta a csonkolt, bénult katonák orvosi utókezelését és mesterséges testrészekkel való ellátását, valamint foglalkozási rehabilitációját. A 3301/1915. számú rendelet a Magyar Királyi Rokkantügyi Hivatal felállítását mondta ki, amelyet *Klebsberg Kuno* vezetett [1, 2, 3].

Ezek a törvények átfogóak voltak, a rehabilitáció összes területét érintették, az orvosi rehabilitáció mellett a foglalkozási, a szociális, a pedagógiai rehabilitációt is, de csak a katonákra vonatkoztak, a polgári lakosságra nem. A törvények mélysége, átfogó volta, nemzetközi szinten is újat adott, előremutató volt. A korát lényegesen megelőző színvonalú hadigondozás alakult ki, amely a későbbiekben követendő mintát adott a magyarországi rehabilitáció kialakításához. Sajnos a vesztes háború után a hadigondozás szervezete rohamosan tönkrement.

A győztes országokban töretlen volt a rehabilitáció fejlődése, Magyarországon a két világháború között összeomlott az egész hadigondozási rendszer, és az ebből kiinduló egyéb rehabilitációs törekvések is je-

lentősen csökkentek, a következő néhány évtizedben csak szórványosan figyelhetők meg. Az I. világháború utáni években alakult meg a Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége 1918-ban, a Hallássérültek Országos Szövetsége, a Hadirokkantak Szövetsége 1920-ban [1].

A múlt század harmincas éveiben egész Európában visszaesett a rehabilitációs tevékenység, főleg a hitleri Németország hatására. A fasiszta ideológia szerint a rokkant embereknek az élethez sem volt joguk, nemhogy a társadalomba való beilleszkedéshez. Főleg az elmebetegek váltak áldozatokká [2].

Hazánkban a második világháború után részben a súlyos gazdasági nehézségek, részben a szemléletmód lassították a rehabilitáció fejlődését. A traumatológusok az ötvenes években kezdték használni a komplex funkcionális kezelés fogalmát, amelyben felbukkant a rehabilitációs szemlélet. Baleseti Utókezelőt hoztak létre, amely később az Országos Traumatológiai Intézet Rehabilitációs Osztálya lett [2]. A gyermekbénulás járványok bénultjait speciális Heine-Medin osztályokon kezelték. Elmebetegeknek munkaterápiás intézeteket létesítettek. Jellemző volt ekkor Magyarországon a tbc-s fertőzöttek igen magas aránya, a nagy tömegű súlyos tbc-s beteg. A magyarországi rehabilitáció az I. világháború után a tüdőbeteg rehabilitációban ugyan jelentős eredményeket ért el, de az összes más jellegű rehabilitáció csak vegetált [2].

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 1975-ben alakult, elsősorban mozgáskorlátozottak számára, majd fokozatosan a megyei kórházakban is megalakultak a rehabilitációs osztályok. Jelenleg nem a rehabilitációs ágyszámok alacsony volta, hanem

sokkal inkább az ellátásban jelentkező lényeges minőségbeli különbségek okoznak problémát. Rehabilitáció fedőnév alatt sok helyen ápolási tevékenység zajlik.

A katona-egészségügy és a rehabilitáció kapcsolata

A rehabilitáció története minden korban szorosan kapcsolódott a katona-egészségüghöz, mondhatnám belőle táplálkozott. Viszont modern katona-egészségügy sem képzelhető el a rehabilitáció nélkül, sőt egyre növekvő jelentőségét figyelhetjük meg.

„A katona-egészségügyi ellátás alapvető rendeltetése békében és háborúban egyaránt az igényjogosultaknak a kor színvonalának megfelelő, lehető legteljesebb egészségügyi ellátás biztosítása, beleértve a megelőzés és rehabilitáció feladatait is” [6]. Tehát a katona-egészségügy egyik hangsúlyos feladata a rehabilitáció.

„Az alaprendeltetésből, valamint az összhaderőnemi haderő kötelezettségeiből eredően a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatnak az alábbi feladatoknak kell eleget tenni: gyógyító-megelőző alapellátás, intézeti járó- és fekvőbeteg-ellátás, rehabilitáció...” [7].

A II. világháború után Magyarországon a katona-egészségügy szovjet minták alapján szerveződött, a hadtáp alárendeltségébe tartozott. A nyolcvanas évek közepétől megindult haderőreform a katona-egészségügyben is jelentős változásokat hozott. Módosult a vezetési-irányítási rendszere, 1994-ben létrejött a MH Egészségügyi Csoportfőnökség, majd 1998-tól a HVK Egészségügyi Csoportfőnökség irányítása alá került a katona-egészségügy [8]. Lényeges intézményi átalakításokra is sor került. Pl. több honvédkórház megszüntetése, az addig szanatóriumként működő hévízi intézet rehabilitációs intézetté szervezése.

A NATO csatlakozás további új elvárásokat támasztott a katoná-egészségüggyel szemben, felépítésében, szerveztségében, képzettségben, felszereltségben egyaránt, elég csupán a missziókra gondolni. Az egészségügy működtetése költséges, hadszíntéren általában rövid időn belül kell a szükséges egészségügyi felszerelést előteremteni. Az egészségügyi biztosítási rendszer többnemzetiségűvé tétele az egyes országok anyagi terheit csökkenti, optimalizálja a rendelkezésre álló erőket, eszközök alkalmazását. A többnemzetiségű egészségügyi biztosítási rendszer csak akkor működőképes, ha egységes követelmények szerint, egyeztetett, közös – minden NATO tagállam katoná-egészségügyi szolgálata számára – szabványok alapján működik. A NATO katoná-egészségügyében az együttműködés az interoperabilitás szintjén valósul meg [6].

Interoperabilitás: "A rendszerek, egységek vagy erők azon képessége, hogy biztosítsák és/vagy elfogadják azokat a szolgáltatásokat, amelyek lehetővé teszik, hogy hatékonyan működjenek együtt" [6].

NATO Európai Szövetséges Főparancsnokság: Egészségügyi biztosítási elvek, módszerek és tervezési paraméterek című ajánlásában részletezi az egészségügyi ellátás szintjeit, kategorizálja a segélyhelyeket. ROLE 1 feladatköre az életfunkciók stabilizálása, elsősegély nyújtása, a sérültek elszállítása. ROLE 2 feladatköre a továbbszállítás, utánpótlás. ROLE 3 típusú segélyhely feladata a sebészeti ellátás, az intenzív és posztoperatív ellátás, ROLE 4

feladatkörébe a definitív ellátás, valamint a rehabilitáció tartoznak. Utóbbiakról az országok egészségügyi szolgálatai saját hatáskörükben gondoskodnak [6]. Ebben a dokumentumban is látható milyen nagy jelentőségűvé vált a rehabilitáció, és valamennyi NATO tagország saját felelőssége lett sérült katonái társadalmi visszailleszkedését biztosítani.

Konklúzió

Mint a fentiekből is látható, a rehabilitáció története elválaszthatatlan a katoná-egészségügyétől. A rehabilitáció fejlődését mindig valamilyen háborús esemény, és ezt követően a megnövekedett rehabilitációs igény lendítette tovább. Az újabb rehabilitációs elképzelések, módszerek, a katoná-egészségügyből gyűrűztek át a polgári egészségügybe. NATO csatlakozásunk után a katoná-egészségügyön belül még hangsúlyosabb lett a rehabilitáció szerepe.

Katoná-egészségügyi személyzetünk több NATO misszió egészségügyi biztosításában sikeresen vett részt. Nem véletlen hogy hazánkban jött létre a HM Katoná-Egészségügyi Kiválósági Központ. Jelenleg Magyarországon több telephelyen működik az ÁEK irányítása alatt rehabilitációs intézet, illetve osztály, ahol elsősorban az igényjogsultak és családtagjaik magas szintű rehabilitációs kezelése történik. Visszatekintve az elmúlt tíz évre, nyugodtan elmondhatjuk, hogy katoná-egészségügyünk beilleszkedett a NATO egészségügyi rendszerébe, feladatait magas színvonalon látja el, beleértve ebbe a rehabilitációt is.

IRODALOM

- [1] *Till A.*: A rehabilitáció története és a magyar rehabilitációs rendszer kialakulása. *Rehabilitáció* 2002,12(1): 41-44.
- [2] *Joós Márta*: Rehabilitációs alapismeretek. Orvostovábbképző Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Kézirat, Budapest, 1988.
- [3] *Huszár I., Kullmann L., Tringer L.*: A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2000.
- [4] *Göncz Á.*: Köszöntő a Központi Honvéd-kórház centenáriumi ünnepségén. *Honvédorvos*, 1999, 51(1-2): 5-6.
- [5] *Hermann R.*: 1848-1849 A szabadságharc hadtörténete. Korona Kiadó, Budapest, 2001, 83-86.
- [6] *Svéd L., Szonoki L.*: Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszerében a NATO elvek tükrében. *Honvédorvos*, 1998, 50(1): 5-36.
- [7] *Svéd L.*: Az MH Egészségügyi Doktrína rendeltetése, céljai, alapelvei. *Honvédorvos*, 1998, 50(4): 227-233.
- [8] *Svéd L.*: A MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészségmegőrzésben. *Honvédorvos, Supplementum*, 1999, 1: 13-16.

Judit Weinhoffner M.D.

Brief history of rehabilitation and the relationship of the rehabilitation to the military health service

The aim of rehabilitation is to help the patient's reintegration into society. Nowadays, the growing importance of the rehabilitation is explained by the rising number of victims of accidents and of other ways injured people. The concept of rehabilitation came through a continuous transition throughout the history. The initial efforts of auto-rehabilitation trials were taken over by the organised rehabilitation starting from the era of Enlightenment. The close relationship between rehabilitation and the military health service can be seen through the history. Our military health service functions according to the NATO expectations including the rehabilitation of priority importance.

Key-words: rehabilitation, reintegration into society, quality of life, military health service, ROLE 4

*Dr. Weinhoffner Judit
8380 Hévíz, Ady E. u. 31.*