

37. Országos Tudományos Diákköri Konferencia
Had- és Rendészettudományi Szekció
Budapest, 2025. április 22–24.
Nemzeti Köszolgálati Egyetem
Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar

Baleseti sérültellátás a Magánbiztonságban

Jelige: *Magánbiztonság*

Pályamunka lezárásának időpontja: 2024. szeptember

2025.

TARTALOMJEGYZÉK

1	Bevezetés.....	3
2	Komplementer Rendészet	6
2.1	Biztonság	8
2.1.1	Fogalmak.....	10
3	A három szerv	12
3.1	Disaster Medic.....	12
3.2	Combat Life Saver	14
3.3	Police Medic	15
3.3.1	Külföldi kitekintés.....	20
4	Elsősegélynyújtás	22
4.1	Ellátás előtti lépések.....	23
4.2	Betegvizsgálat menete	24
4.2.1	Taktikai megközelítés	26
4.2.2	Kommunikáció.....	26
4.3	Előforduló sérülések.....	27
4.3.1	Fulladás	30
4.3.2	Mérgezések.....	31
4.4	Fektetési módok és légútbiztosítás	33
4.4.1	Eszközös légútbiztosítás	35
4.4.2	Gerinc.....	37
4.5	Görcsrohamok.....	39
5	Vérzések	40
5.1	Kötszerek és kötözések.....	40
5.1.1	Érszorító.....	43
5.1.2	Izraeli trauma kötszer.....	45
6	Tömeges balesetek.....	47
6.1	Sérült cipelése.....	48
6.2	Reanimáció eszköz nélkül és eszközzel	49
7	A képzés.....	51
7.1	Megvalósítás	53
8	Összegzés	54
	Felhasznált irodalom	56

1 BEVEZETÉS

Azért választottam ezt a témát dolgozatomnak, mivel a baleseti sérültellátás egy kevésbé hangsúlyos terület a magánbiztonságban. Jelenleg még nincs rá megfelelő szintű képzés, sem pedig vizsga. Nagyon érdekel az elsősegélynyújtás mint terület és mellette a magánbiztonsági szféra is, mert ebben dolgozom. A dolgozatom a személy vagyonvédelmi törvényben meghatározott tevékenységi körökön alapul és ezek közül a rendezvényeket emelem ki. A dolgozatom terjedelme sajnos nem teszi lehetővé, hogy minden részt részletesen bemutassak, mivel minden területről lehetne írni egy-egy külön dolgozatot, annyira tágas e paletta.

Olyan tudást szeretnék dolgozatommal átadni, amely itinerül szolgálhatna a magánbiztonság jövőjében. Egy olyan anyagot próbáltam meg összeállítani, amely nem csak tájékoztató jellegű, hanem andragógiai szempontból is kiemelkedő. Dolgozatomban szeretném bemutatni, azokat a rendkívüli eseményeket, amelyek megtörténhetnek egy rendezvényen. Laikus olvasóimnak remélem érthetően tudom átadni, azokat az elemeket, amelyek segítségével, akár életüket is képesek lesznek megmenteni a vagyonőrök. Nemes feladat segíteni egy bajbajutott embertársunkon és minden embert biztatok is arra, hogy – megfelelő szaktudás birtokában – ne habozzon segítséget nyújtani, mert már azzal is rengeteget tesz, ha képességeinek és lehetőségeit megfelelően felmérve, azt legalább megpróbálja. Baleseti szituációkban felértékelődik bennünk, azaz illúzió, hogy semmi baj nem történhet és mindennek az urai vagyunk. De ez nem így van, és ezt a dolgot minél hamarabb megtanuljuk annál biztonság tudatosabbá tudunk válni a jövőben.

Napjainkban a Covid világiárvány után ismét nagyon népszerűek és látogatottak a rendezvények. Többféle rendezvényt különböztetünk meg, dolgozatomban leginkább a zenés-táncos rendezvényeket és sportrendezvényeket veszem példának. De ezeken kívül még számtalan kultúr rendezvény, politikai rendezvény, nemzeti ünnep és még sok más rendezvény létezik. Mivel egyre nagyobb teret hódítanak, azok biztosításához elengedhetetlen a megfelelő létszámú magánbiztonsági szakember is. Ezzel az a baj, hogy túl gyors mértékben nőnek ezen fesztiválok száma és a szakma nem tud hozzájuk megfelelő minőségben és ütemben igazodni. Ezért manapság szinte mindenki lehet vagyonőr, aki ki tudja fizetni a képzés költségeit. Sajnálatos tapasztalat, hogy a vizsgákat sem veszik túl komolyan a vizsgabiztosok, mert szinte mindenkit átengednek ahhoz, hogy kiválthassák az engedélyt. Aztán vannak az igazolvány nélküliek, akik még a vagyonőröknél is kevesebb tudással rendelkeznek. Valószínűleg azért nem kapnak olyan volumenű képzést, mint kellene, mert ők csak „egyszerű civilek” és nem kell

érteniük túlzottan sok mindenhez. Holott ez nem igaz, mert a komplementer rendszet részének a legnagyobb szeletét képezik. A vagyonőröknek egy kicsit mindenhez kellene érteniük. Dolgozatomban csak egy részre világítok rá azon tudások közül melyekkel tisztában kellene lennie nem csak minden vagyonőrnek, hanem minden embernek is.

Hipotézisem szerint a vagyonőröknek is részesülniük kellene egy szerteágazóbb magasabb szintű elsősegélynyújtó ismereteket oktató képzésben; ugyanis egy rendezvényen rengeteg minden megtörténhet a legegyszerűbb napszúrástól kezdve akár egy terrortámadásig. Azzal, ha meglenne a tudásuk akkor segíteni tudnák az egészségügyi szakszemélyzet munkáját, gyorsítanák az ellátás menetét és növelnék a sikerességi rátát.

Miért választottam a sportrendezvényeket és a zenés-táncos rendezvényeket? Ez a két terület az, ami a legjobban szembetűnő. Hatalmas embertömegeket mozgat meg és minél több ember tömörül egy helyre annál nagyobb a sérülések és rosszullétek esélyének a kockázata. Nézzünk meg egy koncertet vagy egy sportmérkőzést, rengeteg ember egy kisebb területre van összezsúfolva. Ahogyan említettem egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek ezek a területek így a biztonság efféle növelése is elengedhetetlen. Nincs annyi egészségügyi ellátó, hogy ha kell sok embert egyszerre tudjon kezelni, erre pedig egy ilyen képzés tudna megoldásul szolgálni, mint amiről a dolgozatomban írok. A biztonság igénye az emberrel vele született tulajdonsága, ugyanis olyan helyekre megyünk a városban is, ahol biztonságban érezzük magunkat. Szintén olyan rendezvényekre mennek többen, ahol kevesebb baj történik. Természetesen a problémákat minden rendezvény próbálja a minimálisra csökkenteni. Nos a baleseteket tudják szabályozni azzal, hogy elkerítik azokat a helyeket, ahova nem szabad menni, mivel esetleges veszélyt jelenthetnek a vendégekre. Ezért vannak kialakítva a bejáratok és kapuk, hogy itt közlekedjen mindenki. Ha össze-vissza mennének az emberek szabályozás nélkül abból több baleset is bekövetkezhetne, például elesnének az emberek, amelyek egy potenciális végtagtörést is magával hordozhat. Az egészség már más téma, hiszen nincs minden emberre ráírva az egészségügyi állapota és nem tudhatják a kapuknál ki lesz rosszul a naptól, ki nem ihat esetleg alkoholt betegsége következtében, ki nem bírja a tömeget, a nagy zajt és még sok más. Úgy vélem az emberek egy nagyobb része, úgy megy el egy rendezvényre, hogy szem előtt tartja az egészségügyi állapotát és annak értelmében cselekszik. De vannak olyanok is, akik nem törődnek ilyennel ők vannak emiatt a legnagyobb kockázatnak kitéve. De ettől függetlenül bárki lehet rosszul, bárkivel történhet rengeteg minden. A vagyonőrök, mivel lefedik a rendezvények területeit járőrözéssel és a különböző felállítási pontokkal így több mint valószínű, hogy ők fogják először észlelni a problémákat és hozzájuk fognak először fordulni a

vendégek, ha történik velük vagy a környezetükben valami. Tehát a biztonsági őrök az első vonalbeli ellátók a rendezvényeken nekik kell megoldani a problémát legyen az egészségügyi vagy akármilyen eredetű. Sérült esetében pedig a segítség kiérkezéséig el kell látnia a legjobb tudása szerint. Erre a tudásra pedig képzés alapján kell szert tennie, amelynek tartalmaznia kellene a dolgozatomban leírt részeket.

2 KOMPLEMENTER RENDÉSZET

Mielőtt tovább mennénk pedig szeretném röviden bemutatni a biztonság megteremtésében részt vevő állami rendészeti szerveket, komplementer rendészetet, ezzel együtt pedig a biztonság fogalmát.

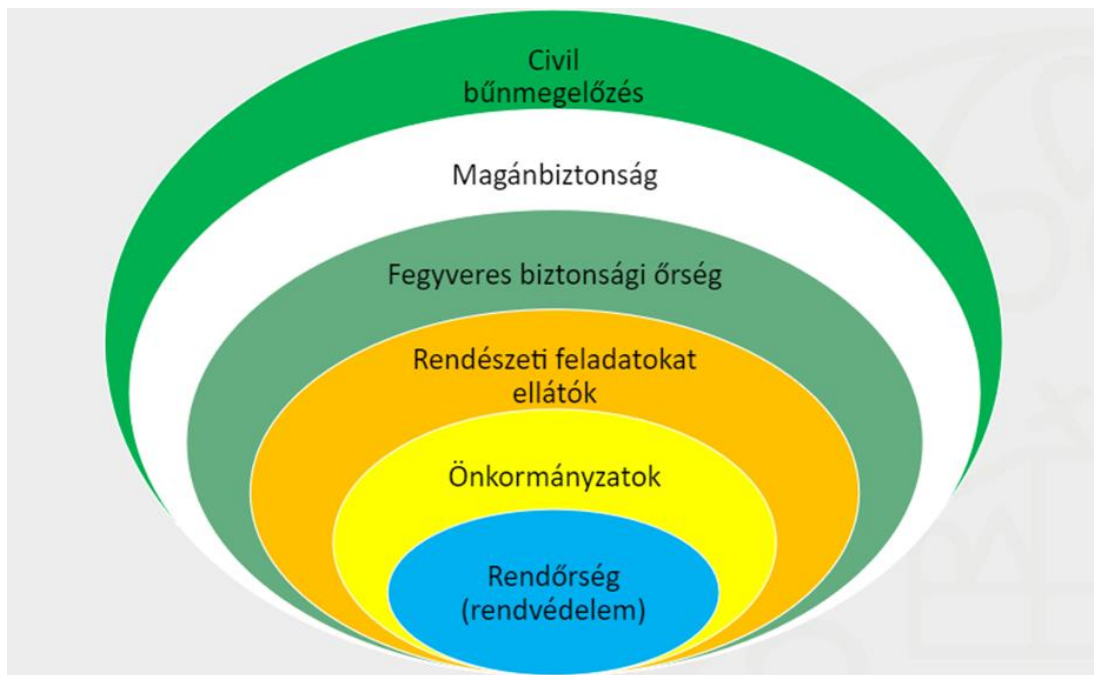
A 2012. évi CXX. törvény az egyes rendészeti feladatokat ellátó személyek tevékenységéről, valamint egyes törvényeknek az iskolakerülés elleni fellépést biztosító módosításáról szóló törvény határozza meg azt, hogy kik ezek a személyek. Kezdjük is a természetvédelmi őrszolgálattal/önkormányzati természetvédelmi őrszolgálattal. Feladatai meghatározásukat tekintve a természeti értékek és területek, különösen a védett természeti értékek és területek őrzése, megóvása, károsításának megelőzése a dolguk. A nemzeti park igazgatóságok szervezetében működik a természetvédelmi őrszolgálat, tagjai intézkedésre jogosult hivatalos személyek. Az önkormányzati természetvédelmi őrszolgálatot hivatalos személyek alkotják. (KNP, 2019) A következő az állami/hivatásos halőrök a 1997. évi XLI. törvény a halászatról és a horgászatról szóló törvény alapján. Az ő feladatuk a halászatra jogosult halgazdálkodási terv alapján hasznosított halgazdálkodási vízterületének őrzése, a benne található halállomány és annak élőhelye védelme. A mezei őrszolgálat az önkormányzat közigazgatási területéhez tartozó termőföldek – ide nem értve az erdőt és a halastavat – őrzése, a termőföldön lévő, illetve ahhoz tartozó termények, termékek, felszerelések, eszközök, haszonállatok, mezőgazdasági építmények, földmérési jelek vagyonvédelme. (Szilvásy, 2024)

A 2009. évi XXXVII. törvény az erdőről, az erdő védelméről és az erdőgazdálkodásról szóló törvény alapján a következő az erdővédelmi szolgálat az erdők védelmére vonatkozó előírások betartatása és annak betartásának az ellenőrzése. Az erdészeti szakszeméllyel össze nem keverhető még ha hasonló is az elnevezésük mivel a feladatuk és meghatározásuk más. Az erdészeti szakszemélyzet az erdőben, az erdőgazdálkodási tevékenységet közvetlenül szolgáló földterületen és az erdészeti magánúton végzett erdőellenőrzési tevékenységével, valamint a jogellenes cselekmény hatásának történő jelzésével kapcsolatban közfeladatot ellátó személy. A hivatásos vadásznak a feladata a vadgazdálkodás szabályszerűségének a biztosítása a vad és élőhelyének a védelme. (Szilvásy, 2024)

A hegyőr egy borvidék egy vagy több településének szőlészeti és borászati termelői által e tevékenységükhöz fűződően közös érdekeik elősegítésére, valamint az általuk előállított termékek származás-, minőség- eredetvédelmére létrehozott köztestület (hegyközség) a

működési területéhez tartozó szőlők őrzését hegyőrök alkalmazásával látja el. A települések önkormányzatai a hegyközséghez nem tartozó szőlők őrzését a hegyközséggel kötött megállapodás alapján a hegyőrökre bízhatja, akik növelik majd a biztonságot az egész területen. (Szilvász, 2024) A közterület felügyelők tevékenységét szabályozza az ERFESZ (ezen törvény), 1999. évi LXIII. tv. közfeladatot ellátó személyek, feladatukat közterületen látják el. Ide tartozik még az önkormányzati rendészet és a segédfelügyelők. Ők is hasonló feladatkörrel rendelkeznek. Általános feladatuk a közbiztonság, köztisztaság fenntartása és megóvása. Az 1997. évi CLIX. törvény a fegyveres biztonsági őrsegről, a természetvédelmi és a mezei őrszolgálatról szóló törvény pedig a fegyveres biztonsági őrök feladatait szabályozzák. Fegyveres őrzést látnak el objektumvédelem tekintetében (például repülőterek, kulturális javak) és pénz és értékszállítás.

A fent említett rendészeti feladatellátók plusz a 2005. évi CXXXIII. törvény a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól szóló törvény alá tartozó vagyonőrök. Ők objektumvédelemmel, rendezvények biztosításával, személyvédelemmel foglalkoznak stb. Majd végül, de nem utolsó sorban a 2011. évi CLXV. törvény a polgárőrségről és a polgárőri tevékenység szabályairól szóló törvény alá tartozó személyek testesítik meg a komplementer rendészetet. Az említett szervek mind találkozhatnak olyan szituációkkal, amikor elsősegélyt kell nyújtaniuk például erdőben, közterületen vagy bármilyen helyen, ahol bajbajutott állampolgárt észlelnek. Még mielőtt kifejténém mi is az a komplementer rendészet szeretnék arról beszélni, hogy a rendőrség alapvető feladata a bűnüldözés a bűncselekmények megakadályozása és felderítése, a közbiztonság és a közrend fenntartása ennek megsértőivel szemben pedig szankcionálás. A rendőrség személyi állományát és sokszínű feladatait még tekintve, lehetetlen, hogy minden helyen és minden időpontban jelen legyen és szolgálatot teljesítsen. Már csak azért is mert harmad annyian vannak, mint a rendészeti feladatokat ellátó személyek a polgárőrökkel és a vagyonőrökkel együtt. Tehát az együttműködés elengedhetetlen és nagy figyelmet kell fordítani a kapcsolódási pontokra. Ezen együttműködés segítségével az egész országot be lehet hálózni, úgy, hogy leveszik a rendőrség válláról a feladatok egy hatalmas részét ezzel segítve a munkájukat. Amely egyébként egy közügy és ezzel kapcsolódik be a képbe a komplementer rendészet. Ennek a fogalma nagyon leegyszerűsítve kiegészítőt jelent. De ezt most kifejttem sokkal részletesebben.



1. ábra komplementer rendészet (Christián, 2022, p.66)

A komplementer rendészet fogalma a következő: „Azt a rendszert nevezzük komplementer rendészeti rendszernek, amelyben az állami szervek tevékenységét piaci és civil szerveződések egészítik ki, valamint támogatják, és segítik egymást. A legfontosabb küldetése a bűnmegelőzés és az állampolgárok biztonságérzetének a javítása. A bűnmegelőzés lényege, hogy aktív prevenciós tevékenységgel kell csökkenteni a bekövetkező jogsértéseknek a számát, ezenkívül az alulról felfelé építkezés, amely az egyén, a közösség irányából építkezik a szélesebb társadalom felé. A komplementer rendészet által az állami rendőrségnek jelentős mértékű erőforrásai szabadulnak fel, amelyek más területekre tudnak így koncentrálni ezáltal segítve a feladat sikerességét. Az említett szereplők (civil bűnmegelőzés, különösen, a polgárőrség, magánbiztonsági ipar, önkormányzati rendészek és egyes rendészeti feladatokat ellátók) kizárólag bűnmegelőzési feladatokat látnak el. A rendőrök és az említett intézmények között fontos, hogy ne formális kapcsolat legyen, hanem állandó információ áramlás.” (Christián, 2022)

2.1 Biztonság

Ennek a lényegét leszűrve a biztonság megteremtése számít, ez egy közös küldetés a zavartalan együttélés elengedhetetlen része. A biztonság tudatának érzete az emberrel

együtt fejlődött ki. Már az ókorban is nagy szerepet fordítottak erre. Ezt a következő idézet bizonyítja is, amelyet maga Arisztotelész fogalmazott meg. *„Pedig a vitézségnek nem az a feladata, hogy pénzt, hanem az, hogy biztonságot teremtsen, ahogyan a hadvezéri és orvosi tudományé is az, hogy a győzelmet, illetve az egészséget biztosítsa.”* (Arisztotelész, 1984) Arisztotelész itt azt fejt ki, hogy a különböző társadalmi szerepeknek nem az anyagi haszonszerzés a célja, hanem a közösség jólétének a megbecsülése és a biztosítása. A vitézség célja a biztonság megteremtése, ahogy a hadvezér feladata, hogy győzelemre vezényelje a katonákat háború idején, vagy az orvos feladata az egészség helyreállítása és az életek megmentése. Ezzel hangsúlyozza a társadalmi funkciók és azok közjóléti szerepének fontosságát. Tehát általánosságban elmondható, hogy az emberek mindig is a biztonságot keresték és azért próbáltak megtenni a lehető legtöbbet. Legyen az egészség vagy egy város esetleg ország védelme, hiszen mindenki nyugodt zavartalan környezetre és együttműködő egymás munkáját és életét segítő társadalomra vágyott és úgy gondolom vágyik a mai napig is.



2. ábra Maslow-piramis (Brandbook, 2020)

Mint, ahogy ezt az ábra is mutatja a Maslow-piramis második fokán helyezkedik el a biztonság. Ez azonban sosem papírforma szerint valósul meg, ahogy meg kellene valósulnia. Ezért nehéz egy egységes fogalmat találni rá. Úgy vélem nem is lehet röviden és tömören megfogalmazni mert a biztonságérzet akár földrészenként vagy országokként

is változhat. Ugyan ezek nem drasztikus változások és több az azonosság, mint a különbség, de mint fentebb említettem, ha már földrészenként nézzük ezt a fogalmat akkor már jelentősebb az eltérés. Ennek tudatában mást jelent Európában a biztonság és mást jelent a közel keleten. De ugyanúgy másabb az értelmezése Dél-Amerikában ennek a fogalomnak és a Balkánon is. De szintén mást jelent a biztonság békében és háborúban. Az utóbbiban azért felértékelődik a szó jelentése, de mégsem teljesen. Megvannak azok a dolgok ott is, amelyek egy kicsit növelik a biztonságot vagy inkább a túlélési esélyt. De van még politikai biztonság és van anyagi biztonság is. Már az is biztonságot ad miután autóba ül az ember becsatolja a biztonsági övet. Tulajdonképpen bármilyen területet is vizsgálunk a biztonság szerves része mindennek a lehetőségek száma pedig végtelen. Nagyon elrugaszkodni sem akarok, de ugyanúgy az állat és növényvilágban is megvan ez a fogalom, csak egy kicsit mást jelent. A madár is elrejt a fészket a ragadozók elől, de már maga a tollazata színe is álcázást biztosít neki, amiért biztonságosabban élheti mindennapjait. Vagy bizonyos növények azért növesztenek hosszú tüskéket, hogy azokkal megóvják a termésüket. Azonban tudni illik, hogy maximális biztonság nincs és sosem létezett és képtelenségnek tűnik az, hogy a jövőben százszázalékos biztonság lenne az élet minden területén. Ha el nem is lehet érni a maximum értéket arra kell törekedni minél magasabb legyen ez a szám és ne legyen mérhető. Miután mérhető a biztonsági szint már valamelyik területen kár következett be ezért az sérült.

2.1.1 Fogalmak

„A biztonság egyrészt a veszély és fenyegetések hiányát, másrészt a veszély és a fenyegetések elhárításának képességét jelenti. E képességek (intézmények, eszközök eljárások) többsége a politika bevett intézményrendszeréhez, a politika szokványos menetéhez tartozik. Ugyanakkor a biztonság nem egy elérhető állapot, mindig relatív, hiszen a fenyegetések sosem küszöbölhetők ki teljesen. A biztonság sokkal inkább tekinthető egy döntően percepcionális kérdésnek, vagyis azt, hogy az egyén és közösség mit gondol a biztonságról, az objektív biztonság (biztonsági helyzet) és a szubjektív biztonság (biztonságérzet, percepció) együttesen határozza meg, s koránt sem biztos, hogy ez a két megközelítés mindig egybeesik. Ezzel együtt a biztonságnak sokféle értelmezése létezik. Napjainkban az egyik leggyakrabban elterjedt az úgynevezett koppenhágai iskola szektoriális biztonság értelmezése, amely különbséget tesz a

biztonság katonai, politikai, társadalmi, gazdasági, környezeti, információs stb. vetületei közt.” (Tálas, 2017)

„A biztonság fogalma rendszerszemléletű megközelítésben egy rendszer, egy vagy több kijelölt elemének viszonylatában értelmezett állapota, amely a rendszer egy meghatározott időszakban és meghatározott határértékek között vizsgálva összetevőinek, illetve a környezet és a rendszer viszonylatát tekintve stabilnak, kiszámíthatónak tekinthető.” (Szabó, 2013)

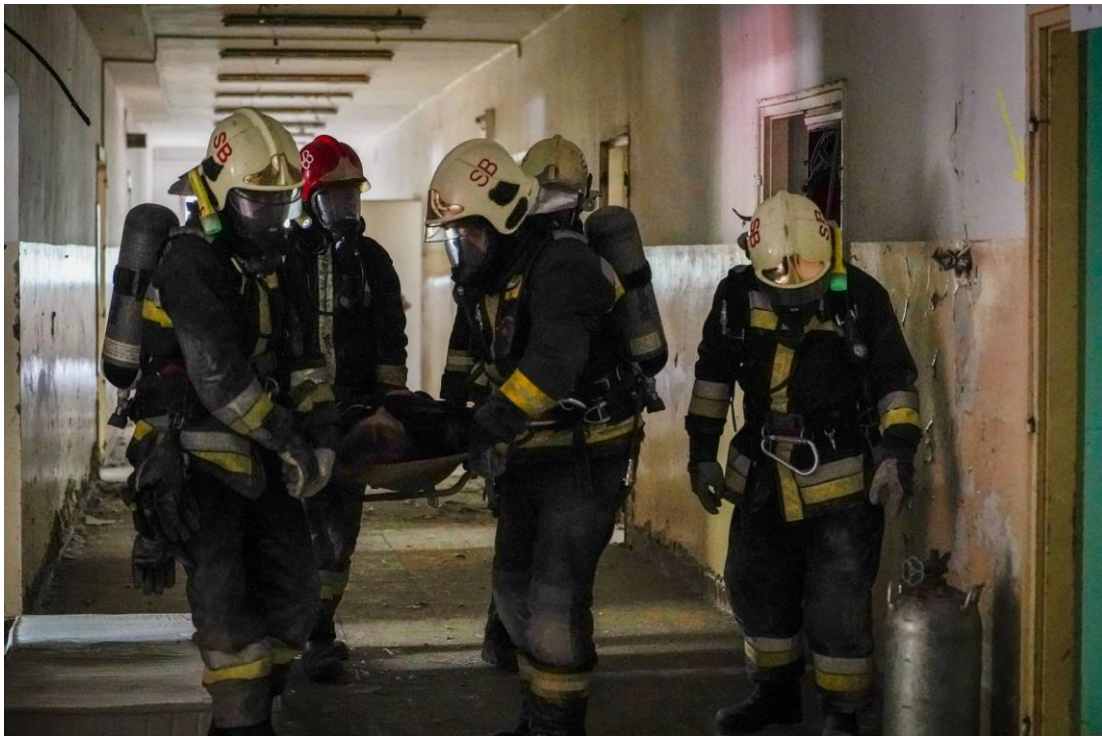
Én az első fogalommeghatározáshoz csatlakozom mivel bővebben fejti ki álláspontját a szerző ezzel pedig biztosítja a gyorsabb értelmezést.

3 A HÁROM SZERV

Nézzük meg a teljesség igénye nélkül a Katasztrófavédelem, a Magyar Honvédség és a Rendőrség egészségügyi képzéseit.

3.1 Disaster Medic

A katasztrófavédelem Műveleti Medicina programját Disaster Medicnek nevezzük. Háttérét megfogalmazza a következő idézett szövegrész. „A Műveleti Medicina egy kórházon kívüli egészségügyi ellátási rendszer, mely elősegíti a műveleti feladatok sikeres végrehajtását. A Disaster Medic programban célunk olyan, főképp beosztott tűzoltók képzése, akik olyan speciális, a kárhelyszínen sajátosságaihoz igazított egészségügyi tudással rendelkeznek, mely a magas időfaktorú, azaz beavatkozás nélkül gyorsan halálhoz vezető sérülések hatékony ellátását végre tudják hajtani. Fontos eleme emellett a másodlagos sérülések elkerülése, valamint a hosszú távú gyógyulás elősegítése. Ezen feladatok ellátásához egészségügyi végzettség nem szükséges, azonban az elsősegélynyújtási feladatok elvégzéséhez elengedhetetlen a sokszor veszélyes kárhely felszámolásmenetének, az abban rejlő veszélyeknek az ismerete. A Disaster Medic programban célunk olyan, főképp beosztott tűzoltók képzése, akik olyan speciális, a kárhelyszínen sajátosságaihoz igazított egészségügyi tudással rendelkeznek, mely a magas időfaktorú, azaz beavatkozás nélkül gyorsan halálhoz vezető sérülések hatékony ellátását végre tudják hajtani. Fontos eleme emellett a másodlagos sérülések elkerülése, valamint a hosszú távú gyógyulás elősegítése. Ezen feladatok ellátásához egészségügyi végzettség nem szükséges, azonban az elsősegélynyújtási feladatok elvégzéséhez elengedhetetlen a sokszor veszélyes kárhely felszámolásmenetének, az abban rejlő veszélyeknek az ismerete. Az elsősegélynyújtás, segítőfoglalkozásban dolgozóktól elvárt ismereteit illesztjük a testületi beavatkozások közé.” (Keresztes D., WothG., NagyB. J., FarkasJ., NémethZ., Maróti P., RendnekiM. és RendnekiS, 2023, p. 205).



3. ábra tűzoltók sérült személyt mentenek szakmai verseny keretei között (fmc, 2022)

A katasztrófa védelemben dolgozó tűzoltók szolgálati feladataik keretein belül találkozhatnak olyan kárhelyszínekkel, ahol több ember élete is veszélybe került. A mentési munkálatokat többnyire valamilyen nehézség hátrálja, illetve olyan is előfordulhat, hogy a mentőegységek nem tudnak beavatkozni a betegellátásba azonnal. Ez abban az esetekben történik meg, amikor a mentőegységnek a felelős vezetője úgy ítéli meg, hogy nem biztonságos a helyszín az egészségügyi dolgozók számára. Nem tudják megkezdeni a beavatkozást, mert nincs megfelelő védőfelszerelésük ahhoz és így saját életüket és testi épségüket is veszélybe sodornák a mentés során. Ezért elsődleges mentőegységként kell funkcionálnia a beavatkozó állománynak. Képesnek kell lennie egy alapvető sérültellátásra, és a sérültek szakszerű kimentésére, hogy aztán átadhassák azt az egészségügyi szakszemélyzet részére. A tűzoltók képzésében már eddig is megjelentek az egészségügyi jellegű képzések azonban elengedhetetlen volt a Police Medic mintájára történő műveleti speciális jellegű sérültellátó képzési rendszer felállítása. A katasztrófavédelem a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Műveleti Medicina Tanszékével együttműködve alkotta meg a Disaster Medic képzést az állomány részére. Ez egy több szintű elsősegélynyújtó képzési forma, amelynek szintjei egymáshoz igazodnak egyre magasabb szakértelemmel és speciálisabb helyzetek megoldásával. Az alaptanfolyam (Disaster Medic 1) 8 órás képzés, amely arra jogosítja fel az állományt - tűzoltási, vagy műszaki mentés kárterületén - hogy a tanfolyamot

elvégzett tűzoltók egyedül is végezhetnek általános elsősegélynyújtó tevékenységet. A második része (Disaster Medic 2) már egy szaktanfolyam, amely jóval szélesebb körű taktikai felkészítést nyújt az abban résztvevő személyeknek. A tanfolyam már 80 órát ölel fel és egy félíg elsősegélynyújtással félíg pedig mentéstaktikai elemekből tevődik össze. A harmadik (Disaster Medic 3) egy instruktori képzés. Az ő feladatuk, az, hogy a központilag kiadott elsősegélynyújtó tanfolyamokat megszervezésében, lebonyolításában és az állomány képzéseiben, valamint továbbképzéseiben részt vegyenek. (GubiczaJ. és PéterZ., 2023)

3.2 Combat Life Saver

A következő terület pedig a CLS azaz a Combat Life Saver. Ehhez a területhez nem állt rendelkezésemre magyar szakirodalom, mivel a képzés le van titkosítva, így nem is tudtam volna hivatkozni rá. Ennek eredményeképpen néhány külföldi forrást fogok kielemezni. A CLS-t az Amerikai Egyesült Államok hadserege vezette be tanfolyami szinten. A tanfolyam célja, hogy nem orvosi feladatokat ellátó katonákat képezzenek, hanem olyanokat, akik magas szintű elsősegélynyújtó és életmentő képességeiknek köszönhetően egy hidat képezzenek a magasan kiképzett egészségügyi szakszemélyek között. Az elsősegélynyújtás túl mutat az alap szintű ellátási módokon. Megtanulják, hogyan kell alkalmazni az érszorítót és hogyan kell felhelyezni egy nyomókötést. Képesek lesznek a betegek gyors osztályozására. Továbbá képesek lesznek a gyors trauma vizsgálatokra és arra, hogy kell biztosítani és szabaddá tenni a légutakat. Legfőbb lényege mindenképpen, az, hogy a sebesült katonák addig szakszerű ellátásban tudják részesíteni, amíg nem érkezik magasabb szintű segítség.



4. ábra CLS vizsga (Nationalguard, 2019)

Minden CLS képzést megszerző katona jogosult egy IFAK csomagra (Individual First Aid Kit). Nagyobb biztonságérzetet is kölcsönöz ez terepen, mert amennyiben sérülés történik lesz, aki el tudja látni a sérültet. A képzés 40 órát vesz igénybe majd egy vizsgával zárul az egész kurzus. Amennyiben sérültellátásra van szükség, az csak azután kezdődhet meg, miután kialakították a tűzfölényt és legyőzték az ellenséget. Egyszerűbben miután meggyőződtek róla, hogy biztonságos a helyszín. (Hakeem, 2019; Flynn, 2014)

3.3 *Police Medic*

A következő pontban pedig a Police Medicről szeretnék tágabban beszélni, mivel ez a legnagyobb egység. Mint a Disaster Medic esetén már említettem ebből a területből vált ki önálló egységre a feladatellátás különbsége végett. Itt mélyinterjú alapján sikerült megszereznem a szükséges adatot és információt. Az interjú alanyom Gáspár Attila r. alezredes, rendőrségi főtanácsos, és mentőtiszt. Képzései közé tartozik a Basic Life Support (BLS) képzés, Advanced Life Support (ALS) instruktori, Combat Life Saver (CLS) instruktori (oktatói rész). Rendelkezik két főiskolai végzettséggel, amelyből az egyik egy diplomás ápolói a másik pedig

egy aneszteziológusi iskolája és végül, de nem utolsó sorban egy szociális munkás végzettsége. Ő az egyik megálmodója ennek az egész képzési rendszernek. Nélküle ez nem jöhetett volna létre. Már most fontos megemlítenem Dr. Vajda Márk nevét is, aki nélkül szintén nem jöhetett volna létre az a Police Medic képzés, amelyet a mai napon is oktatnak.

Először is történeti visszatekintéssel kezdődik az interjú, majd egy általános résszel aztán pedig eljutunk egészen napjainkig. Gáspár Attila a 90-es években a Központi Bűnüldözési Igazgatóságnál teljesített szolgálatot (KB) ez egy speciális egység volt, akiknek olyan vezetői voltak, akik még ma is aktív rendőrök. Volt egy elvárás, hogy a különlegesen veszélyes bűnözők elfogásánál legyen a helyszínen egy olyan szakember, aki, ha betegség vagy sérülés van azt azonnal tudja ellátni. Ezt a szakembert testesítette meg interjú alanyom. Felmerült továbbá egy olyan gondolat a lőtereken és más társ szerveknél, hogy milyen jó lenne, ha ezt a képzést más is megkapná, hiszen más is fog el bűnözőt és más is kerülhet veszélyhelyzetbe. Ezt Gáspár Attila a szabadidejében kezdte el szervezni úgymond baráti alapon. Annak idején Budapesten a Vágóhíd utcába jártak át és az ottani lökiképzőknek, szaktanfolyamosoknak tartott előadásokat, amikor nem volt akció. Miért lett Police Medic? Mert ez nemzetközileg egy olyan elfogadott és érthető felirat. Ami jelzi, hogy aki ezt viseli az ért hozzá és el tudja látni a feladatát. Ezt mindenképpen ki akarták emelni. Ezért adta neki Gáspár Attila a Police Medic nevet. Dr. Vajda Márkkal (akkor még mentőorvos, sürgősségi szakorvos volt, illetve a Pécsi Orvostudományi Egyetemen is oktatott) egy véletlenszerű találkozás során egy nagyon fontos beszélgetés történt meg amelyben kifejtették egymásnak milyen egészségügyi képzést szeretnének beépíteni a rendszerbe. Ezzel gyakorlatilag a két akarat találkozott. A további levelezések és beszélgetések eredményeképpen megbizonyosodott bennük az, hogy ennek lenne értelme. Pécsen Dr. Redneki Szilárddal (a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karján dolgozott és dolgozik a mai nap is) együtt immár hárman, elkezdtek azon gondolkodni, hogyan lehetne egy egységes jól működő képzést megvalósítani. Ez az együttműködés annyira jól sikerült, hogy Pécsen képesek voltak indítani egy nem hivatalos Police Medic képzést, ahogyan ez a Pesten, a Vágóhíd utcában is zajlott. Majd ez a dolog odáig jutott, hogy hivatalból felkérték Gáspár Attilát és Dr. Vajda Márkot, hogy kezdjenek el oktatni. Sikerült azt elérni, hogy 2013-tól immár hivatalosan is elkezdődhetett a Police Medic oktatás a Vágóhíd utcában.



5. ábra Police Medic bemutató a Pécsi Tudományegyetemen (ORFK Kommunikációs Szolgálat 2016)

A gyakorlati ötleteket, mint a Mentőgyakorlatot és a Monster gyakorlatot mind elfogadták. Az előbbit, melyet a Gáspár Attila intézett még a mai napig is működik. Ezt a Police Medic oktatást két hétben adták meg, amelybe tartozott, mint elméleti, mint pedig gyakorlati oktatás. A képzés végén pedig ebből egy vizsgát kellett tenni. Akkora siker volt, hogy lehetetlen volt bejutni erre a képzésre, mivel állandó telt ház volt. Gáspár Attila hozzávetőlegesen 600-700 embert oktatott le. Dr. Vajda Márk is többször felutazott oktatni, de inkább vizsgáztatott mivel ő Pécsen tevékenykedett. Nagyon hiteles előadókból álló csapat állt össze egyetemi tanárok, pszichológusok, ORFK főorvos, TEK tárgyalótiszt, főorvosok, katonaoorvosok, közegészségügyi vezető mentős előadó, mint főorvos és még mások. Tehát összességében egy nagyon jól képzett csapat dolgozott össze. Az ORFK szolgáltatta a vizsgabizottságot. Az Egyetem egyre jobban kezdett bekapcsolódni az oktatásba és a módszertani része át is került hozzájuk. Ennek oka az volt, hogy kinőtték a Vágóhíd utcát, mint emberszámban mint pedig szakmai értelemben véve. Azok az alapok, amiket interjúalanyom és Dr. Vajda Márk lefektetett az természetesen megmaradt. Viszont az óraszám lecsökkent egy hétre. Amit úgy oldottak meg, hogy csináltak egy e-learning képzést, ami pótolta a másik egy hetet. Ebből vizsgázni kellett, a jelentkezés napján, aki itt elbukott az kiesett a képzésből, aki pedig teljesítette a minimumot az

továbbjutott a képzés gyakorlati részére. Minden Police Medic és ehhez hasonló képzések végén magas szintű szakmai vizsga van. Ez magába foglalja az elméleten elsajátított tudást és a gyakorlatban megszerzett ismereteket. A régebbi képzésekben még volt reanimációs vizsga is. Az újraélesztés oktatását és vizsgáztatását BLS instruktorok végezték.

Az egész képzés lekerült Pécsre és átvette a szervezését Baranya vármegye és együtt foglalkoznak a Police Medic képzéssel. Ez már Police Medic 2 néven fut, aki nagyon jó minősítéssel zárta a képzést és andragógiai tehát felnőttoktatás szempontból is használható volt azt felkérték, hogy legyen instruktor. Ez egy három napos bentlakásos képzés és andragógiai alapelveket és tematikákat takar. Aki ezt elvégezte az oktathatta a Police Medic 1-et továbbképzés volt pedig a Police Medic 4 és a Police Medic 5. Jelenleg öt modulból áll ez a rendszer, amelyet három, illetve öt évente meg kell ismételni, hogy ne felejtődjön.

A képzést elvégzők jogosítványt kapnak az életveszély felismerésére, vérzéscsillapító eljárásokra, fektetésekre, reanimációra, defibrillátor használatára, egyszerű légútbiztosításra, Nasopharyngealis tubus elhelyezéséből és hővédelemből. Megtanulják még a TQ és az Izraeli kötszer, valamint az egyéb kötszerek szakszerű alkalmazását.

Interjúalanyom arra a kérdésre, hogy egy ilyen képzés beépíthető-e a magánbiztonságba a következőképpen válaszolt. Ez a terület nem röghöz kötött, hiszen Gáspár Attila is rendszeresen oktat fegyveres biztonsági őrköt is, vadásztársaságokat, és hajózóknak. A Hajózási Kamarájának a hivatalos oktatója, hiszen az oktatás egy engedélyezett tevékenység, mert szellemi szabadfoglalkozásnak minősül. Ezek a beavatkozások magasabb szintűek, mint a közúti elsősegélynyújtás. Ezért a civil magánbiztonsági és vagyonvédelmi szférában ez elengedhetetlen, hogy az itt dolgozóknak legyen egy átfogó képe mi van akkor, ha azonnali beavatkozást kell végrehajtania. Interjúalanyom itt ajánlást is tett mi lenne szerinte a legoptimálisabb ebben a szakmában. A legtesthezállobb mindenképpen a Combat Medic vagy a Police Medic. A sürgősségi ellátás más, mint ha valaki otthon elvágja a kezét vagy más, ha egy rendezvényen elvágják a kezét. Ezért fontos, hogy rendészeti sérültellátási szemlélet szerint kell megközelíteni. A rendészeti kárhely fogalmát Dr. Vajda Márk fogalmazta meg a következő módon. Egy olyan veszélyes kárhely vagy rendészeti tevékenység miatt lezárt terület, ahol sérült ember/emberek tartózkodnak és ellenséges emberi aktivitással kell számolni. Ezért ez szervesen kapcsolódik a rendészethez/rendőrséghez ezért mindenképpen nagy szükség van arra, hogy ilyen területen is kiképzett sürgősségi beavatkozásra képes szakemberek álljanak készen. Hiszen a BTK. 166. paragrafusa kimondja, *„Aki nem nyújt tőle elvárható segítséget*

sérült vagy olyan személynek, akinek az élete vagy testi épsége közvetlen veszélyben van, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”. Ez a büntetés az öt évet is elérheti, amennyiben az, aki elmulassza a segítségnyújtást egyébként köteles lenne rá.

Interjúalanyom következőleg arra a kérdésemre felel, hogy kezdettől fogva rendelkeztek-e Police Medic táskával a vizsgával rendelkezők. Ezt a felszerelést kezdetben nem kapták meg a képzést sikeresen teljesítő rendőrök, azonban ez tervben volt már. Végül ezt a tervet Dr. Vajda Márknak sikerült megvalósítani így tehát a Police Medic táska az ő nevéhez fűződik. Erre azok a személyek voltak jogosultak, akik teljesítették a képzést és azon kívül még a mentőgyakorlatot is. Ezen kívül még felvarrót is kaptak, ahogy ez a mai napig sincsen máshogy.



6. ábra a Police Medic táska és a karjelvény (Bács-Kiskun Vármegyei Rendőr-főkapitányság, 2020)

A következő kérdésekre, hogy fejlődik-e folyamatosan a rendszer, Gáspár Attila igennel válaszolt. A képzés folyamatosan fejlődik az új tanulmányokkal és új ismeretekkel kiegészítve. Az intézkedéstaktikán belül ez egy nagyon fontos terület. A felállás a következő: rendészeti, rendészeti medic és medic. Amikor bemennek egy kárhelyre előbb rendészeti feladatot kell ellátni tehát előbb el kell kezdeni az intézkedést. Majd mikor a rendőr észleli a sérültet, akkor továbbra is rendészeti a tevékenység, de már medic feladatot is végre hajt. Végül pedig, amint lezárult az intézkedés és biztonságos lett a helyszín, valamint biztosítva lett a rendőr elláthat már csak medic feladatot.

Utolsó kérdésem pedig az interjúalanyomhoz az volt, hogy mi az egész lényege a Police Medicnek. Az elsősegélynyújtás célját Gábor Aurél (1923-ban született és 1976-ban halt meg) írta le 1972-ben. Az elsősegélynyújtás az a beavatkozás, amit bárki végezhet a végleges szakellátás megkezdése előtt a további egészségügyi állapotromlás megakadályozása érdekében. A célja tehát, addig életben tartani a sérültet vagy beteget, amíg egészségügyi szakember, mentős nem érkezik a helyszínre.

3.3.1 Külföldi kitekintés

Volt szerencsém egy rövid interjút készítenem Namgung, Hyun-nal a Denveri Metropolitan State Egyetem Professzorával. Megkérdeztem tőle, hogy milyen szintű egészségügyi képzést kapnak a rendőrök Amerikában és Koreában. Elmondása alapján mind a kettő országban magas szintű képzést kapnak, azonban a két földrészen elhatárolódik a feladat. Mert Koreában a rendőröknek el kell tudnia látni a sérültet a segítség kiérkezéséig, nincs külön magasabb szintű medic feladatuk. Amerikában viszont, jóval magasabb szintű tréninget kapnak erre a rendőrök és ehhez mérten medic feladatot is el kell tudni látniuk. Ha a hazai példához kellene hasonlítanom, akkor Koreában BLS képzést kapnak és ilyen feladatot is látnak el a rendőrök, míg Amerikában ALS képzést és ehhez mérten látják el a feladatkörüket is.

Megkérdeztem interjúalanyomat, hogy külföldön a vagyonőrök kapnak-e egészségügyi képzést. Erre nemleges választ adott, mivel a vagyonőröknek a feladata a két országban az őrzésre van specializálva. Ha sérültet kell ellátni egy rendezvényen azt az ottani orvosok, ápolók, illetve a mentősök fogják végrehajtani.

Végezetül pedig az utolsó kérdésem, az volt, hogy mit gondol a hipotézisemről. Jó ötletnek tartja és fontosnak is, mert nem biztos, hogy mindig ki tud érkezni időben a mentő és

ha egy életet is megment ez a képzés már megérte. Valamint ezzel is segítik a vagyonőrök az egészségügyi dolgozók munkáját és nagyobb biztonságot is teremtenek ezzel.

4 ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS

Mint már dolgozatomban kifejtettem nincs maximális biztonsági szint. Valahol mindig lesz egy hibafaktor vagy egy gyengepont. Azonban minden áron arra kell törekedni, hogy a rendezvények zavartalan lebonyolítása érdekében minél magasabban tartjuk ezt a biztonsági szintet természetesen olyannyira magasán, hogy ezt ne lehessen mérni. Ahogy a hipotézisem is tartja, a személy és vagyonőröknek is elengedhetetlen lenne egy magasabb szintű egészségügyi képzés. Jelenleg a közúti elsősegélynyújtáshoz hasonló, azzal megegyező szintű képzést kapnak, amikor megszerzik a vagyonőri vizsgát. Mivel ezt összesen pár órában tanulják a tudásuk nagyon csekély, amit átadnak és mivel nincsen ismételve ezért az többnyire elfelejtődik. Főleg egy extrém szituációban, ahol azonnali beavatkozás lenne szükséges, mert a vagyonőrön kívül éppen senki nem tartózkodik azon a területen, aki nála sérültellátásban képzetebb lenne. Az extrém szituáció miatt megemelkedik a pulzus és a vérnyomás majd beszűkül a gondolkodás csőlítás alakul ki. Ijedtségből fakadóan elfelejthetik a megszerzett tudásukat. Amennyiben ez a tudás mélyen gyökerezett és sokszor begyakorolt úgyis megtörténhet ilyen, azonban, ha a gyakorlati tudás nem biztos és nem begyakorolt, akkor nagyon magas annak az esélye, hogy a vagyonőr nem fogja tudni ellátni a beteget, mert nem tudja mit csináljon. Az is benne van a kockázatban, hogy a tudása hiánya miatt inkább arrébb megy, vagy elnéz mintha nem is venné észre a beteget. Ezzel már az a probléma, hogy a törvény értelmében kötelesek vagyunk a tőlünk telhető segítséget nyújtani a sérült embertársunk részére. Aki pedig ezt elmulasztja az akár börtönnel is járhat, főleg abban az esetben, ha a sérült életét veszti, de esetleg az elsősegélynyújtás megmenthette volna.

Ahogy azt már említettem rengeteg ember megfordul a fesztiválokon és sportrendezvényeken például válogatott meccsek, Campus Fesztivál. Ha csak a Campus Fesztivált veszem példának akkor egy 2023-as cikk szerint több mint 118 ezer ember fordult meg ott a négy nap alatt. A cikk mellé tette, hogy ez egy kicsivel több mint amennyien tavaly vettek részt a fesztiválon. (Bekecs, 2023) Ez pedig azt jelenti, hogy évről évre fokozódik a látogatói kör az ilyenfajta rendezvények tekintetében. Alapvetően ez kiemelt magánbiztonsági kockázatot jelent, mivel a sok emberre való tekintettel nagyobb az esélye annak, hogy valaki valamilyen sérülést szenved el. Természetesen szintén nő annak is a kockázata, hogy valamilyen külső behatástól sérül meg valakit például megtámadnak, vagy esetleg fejen dobznak akármivel akár direkt akár véletlenszerűen is. Hisz egy fesztiválon a koncerthangulat közben nem ritka eset, hogy az emberek poharakat vagy üvegeket dobálnak. Azonban nem muszáj

egyéből drasztikusabb dolgokra gondolni, hiszen magától értetődő, hogy a hatalmas nyári hőség nincs pozitív hatással az emberi szervezetre. Főleg akkor nincs, ha az a szervezet fáradt, alkohol vagy valamilyen tudatmódosító szer hatása alatt van beteg esetleg minden egyszerre. Ez ugyanúgy megvalósulhat egy Forma 1 rendezvényen, ahol tényleg kevés árnyék van. Dolgoztam ott egy nyáron és csak úgy tudtam túlélni, ha egész nap locsoltam magam. Semmi kétség afelől, hogy nagyon fontos a megelőzés. A Campus fesztivál mivel Debrecenben a Nagyerdőn kerül megrendezésre és összességében ott sok a fa a nevéből adódóan is ezért több az árnyékos hely is. De egy Forma 1 ennek a szöges ellentéte, ahogyan azt említettem. Ott kevés az árnyék, a nap süt egész nap. De még mielőtt bővebben belemennék a részletekbe kezdjük az elejétől.

4.1 Ellátás előtti lépések

Nem mindegy, hogy ki a sérült. Intézkedéstaktikai szempontból máshogy kell eljárni abban az esetben, ha a társunk sérül vagy egy vétlen állampolgár. Szintén máshogy kell eljárunk abban az esetben, ha egy ellenséges érzelmű személy a sérült és őt vagy őket kell ellátni a helyszínen. Egy ilyen eset, ahol ilyen embereket kell ellátni, igazolja a rendészeti kárhely megfogalmazását a kérdésben. Egyszerűen azért mert, a rendezvény, ahol történik a rendkívüli esemény az egy lezárt hely. Csak az mehet oda be, aki jegyet vásárolt. A vagyonőr pedig egy speciális helyzetben van, hiszen ő ott dolgozik ő felel a rendezvény zavartalan lebonyolítása érdekében. A támadó pedig a vagyonőrt is megtámadhatja úgy, ahogy megtámadta a vétlen állampolgárt is. Ezért, ha elsősegélynyújtásról beszélünk nem elég csupán a civil medicina. Abban nem számolnak ellenséges emberi aktivitással, mivel maga a szituáció is olyan, hogy mindenkit egységesen kell ellátni protokollnak megfelelően. A taktikai sérültellátásban mindenekelőtt a társunkat kell ellátni és kimenteni a kárhelyről és aztán a többi sérülttel foglalkozni. Intézkedéstaktikai szempontból megvalósul ellenséges személy esetén az, amit Gáspár Attila mondott el nekem, hogy előbb rendészeti majd rendészeti medic és medic a feladatellátási sorrend. Ez a vagyonőröknél sem lesz másképpen, mivel előbb mindenképpen intézkedni kell a veszély okozója ellen. Ha a támadó sérült az intézkedés következtében vagy már előtte, akkor őt is el kell látnunk, de előtte biztonsági lépéseket kell tennünk. Át kell vizsgálni a ruházatát van-e nála olyan dolog, amivel másokban vagy esetleg magában kárt tehet. Majd csak ezután lehet ellátni.

4.2 Betegvizsgálat menete

Ide sorolnék egy nulladik lépést, ami arról szól, hogy csak akkor kezdjük meg a betegellátást, amennyiben biztonságos a helyszín. Ha nem egy biztonságos környezetben csináljuk az ellátást azzal magunk és a sérült életét is veszélyeztetjük. Ha biztonságos a helyszín megkezdődhet az első állapotfelmérés. A.V.P.U. (A)lert, (é)ber a sérült), (V)erbal (megszólításra reagál), (P)ain, (fájdalomingerre reagál), (U)nresponsive (nem reagál). (Hunka; Kisiván, 2018) Kovács Sándor tű. törzsőrmester szerparancsnok Disaster Medic Instruktorként pedig megismerkedtem ennek a magyar megfelelőjével is. Az É.B.E.R. skálával. Igazából ugyanaz, mint az AVPU skála csak magyarosítva van. Az első két esetben ébernek kell tekinteni a sérültet az utolsó kettőben viszont eszméletlennek. Ismertetném az eszméletlenség fogalmát: „A külvilág ingereire (fény, hang, fájdalom) nem reagáló, alvó ember benyomását keltő beteget eszméletlennek tekintjük. Az eszméletlenségből fakadóan saját reflexei, védekező mechanizmusai nem működnek, ezért életveszélyes állapotban van”. (Gulyás, 2020, p. 68.) A következő lépés (Gulyás, 2020) könyvében az ABCDE vizsgálati folyamatot pedig a következőképpen foglalja össze. Általános szabály, hogy mindig a legegyszerűbb módszert kell választani és mindig sorban kell haladni. Lehetőség szerint, amennyiben indokolt ismételjük is ezt a vizsgálatot egy eszméletlen esetén. „A” (AIRWAY) a szabad légutak biztosítását jelenti. A légút vizsgálata három elemből áll. Az első a légút felszabadítása, a második a légúti hangok szabad füllel való hallása, a harmadik pedig a légúti fenyegetettség azonosításából. Eszméletlen betegnél a vizsgálat oldalról történik. Ezt mindenki tanulta már, aki részt vett bármilyen elsősegélytanfolyamon. Velem Kovács Sándor gyakorolta át és a következőképpen kell kivitelezni abban az esetben, ha nem áll fent nyakigerincs-sérülés gyanúja. Az ellátó a fejet egy kicsit hátra kell hajtania, majd a két mutatóujjával előre kell emelnie az állat. Ezután a beteg szája és orra közé kell tennie a fülét és figyelni a mellkast. Látom-érezem-hallom alapelv. Látom, ha emelkedik a mellkasa, hallom, ha veszi a levegőt, és érzem, hogy rám fújja a levegőt. Figyelni kell, hogy nem e hörgős, szörcsögős, vagy horkolós a hangja. Következő a „B” (BREATHING) a légzés vizsgálata. A légzésvizsgálat mindig a hármas érzékeléssel történik. 10 másodperc alatt a sérültnek kettő vagy három egészséges lélegzetet kell vennie. Valamint figyelni kell arra is, ha túl magas vagy túl alacsony egy perc alatt a légzésszám, mert ezek légzési nehézségekre utalnak. Pontosabban a 9 alatti és a 30 feletti 60 másodperc alatt. „C” (CIRCULATION) azaz keringés vizsgálat. Meg kell vizsgálni a bőrszínt, a verejtékezést és annak mértékét, a testhőmérsékletet, perifériás pulzust, valamint a CRT. A bőrt meg kell vizsgálnunk ránézéssel és tapintással is. A hűvös és nyirkos bőr sokkfolyamatra hívhatja fel a

figyelmet, míg a meleg bőr tapintata lázra is utalhat. A száraz és verejtékes bőr tapintatának az elkülönítése azért fontos, mert hideg időben sokra hívhatja fel a figyelmet. A perifériás pulzus tapintásánál számoljuk meg a szívverések számát úgy, hogy 10 másodperc alatt kapott számot megszorozzuk hattal. Fontos az „elnyomhatóság „vagy a „teltség” megítélése, mert az előbbi keringési instabilitásra utal. A CRT azaz a kapilláris újratelődési idő. A körömágy alapvetően rózsaszín, azonban, ha elnyomjuk kifehéredik, majd pedig ismét visszanyeri eredeti színét. Ezzel a módszerrel öt másodpercig kell nyomni a körömágyat és elengedés után, amennyiben nem telik meg vérrel (azaz nem lesz ismét rózsaszín) kettő másodperc alatt az keringési zavarra utal. Következő a „D” (DISABILITY) vagyis idegrendszeri vizsgálat. Idegrendszeri eltérés lehet a nem egyenlő méretű pupillák. (Hunka; Kisiván, 2018) szerint a meg kell vizsgálni, hogy reagálnak a fényre a pupillák, illetve milyen gyorsan. Ha eszméleténél van a beteg zavart-e a tudata és amennyiben zavart mennyire az. Tegyük fel neki egyszerű kérdéseket, hogy ki ő, hol lakik stb. Figyelni kell arra vannak-e görcsei az ellátandónak. „E” (EXPOSURE) minden egyéb körülmény vizsgálata. Ez egy mindenre kiterjedő áttekintési betegvizsgálati mód. Nagyon fontos része ennek az egész algoritmusnak, mert lehet itt derül ki, vagy merül fel olyan körülmény, amelynek következtében részben vagy teljes egészében meg kell változtatnunk a tervezett beavatkozást. De ezt a kommunikációs részben fogom tovább boncolni. (Gulyás, 2020)

Az ABDCE vizsgálat traumás esetben kiegészülhet cABCDE és ccABCDE vizsgálatokkal. Ezt a Gáspár Attilával történő interjúm során tanultam meg, Kovács Sándor pedig ezt a tudást megerősítette. Egyszerűen fogalmazva a „c” -s esetben látható nagyobb kiterjedésű külső vérzés és mindenekelőtt ezt kell ellátni. A „cc” -s esetben pedig a vérzéscsillapítás után mindenképpen rögzíteni kell a nyaki gerincet eszköz nélkül a MILS módszerrel eszközzel pedig nyakrögzítővel, mert ennél az esetnél gerincsérülés gyanúja áll fent. A tűzoltók, ha sérültet találnak a kárhelyen azt potenciális gerincsérültnek kell tekinteni. Természetesen ez főleg a közúti baleseteknél fordul elő, illetve, ha a sérült magasból zuhant, akkor ennek a protokollnak az alapján látják el, mentősök úgyszintén.

Az ABCDE traumás esetekben már említettem mivel egészül ki, most pedig pontról pontra szeretnék erről egy pár sorban számot adni, mivel az ilyen eseteket már a mentősök fogják ellátni. De a vagyonőrök esetében is fontos, mert itt is történhetnek olyan balesetek, hogy valaki leesik a magasból, mert valahogy átesik a korláton vagy olyan helyre mászik, ahonnan könnyen le tud esni. Ilyen eset megtörtént 2023-ban a Puskás stadionban. Az „A” vizsgálat során a nyakigerinc védelme kiemelt fontosságú ezért a MILS módszer segítségével kell

kiemelni az állat a fej mozgatása nélkül. A „B” vizsgálat során elengedhetetlen a mellkas megtekintése és áttapintása elől oldalt és hátul is a sérült mozgatása nélkül. Ez a mellkasi instabilitás felmérése miatt kell megtörténni. A csontok enyhe nyomására való recsegés és ropogás bordatörésre utal és általában több borda is érintett. A bőrfelület alatt kialakult levegőréteg tapintása esetén hórecsegés hangja van, akkor az PTX-re azaz légmellre utal. A „C” a fel nem ismert külső vérzés forrásokat azonosítani kell és elállítani, ellenőrizni kell a már ellátott vérzéseket, a hosszú csöves csontoknak a töréseit fel kell ismerni és rögzíteni kell. A medencecsont törésének megítélése ránézéssel vagy tapintással. „D” vizsgálatnak részletesebbnek kell lennie gerincsérült gyanúja esetén. A mentő kiérkezéséig a lábujjaktól felfelé, ingerléssel ellenőrizni kell az érzetképződést. Az utolsó az „E” minél hamarabb meg kell kezdeni a beteg szállítását. Természetesen ez majd a mentősök dolga lesz, de ha bármiben tudnak segíteni például beteg emelésében a vagyonőrök azt tegyék meg.

4.2.1 Taktikai megközelítés

Szeretném ismertetni a beteg taktikai megközelítését. Számos taktikai megközelítési mód lehet a rendészeti munka során, a vagyonőrök részére viszont ezt a módot javaslom. Az álló vagy ülő testhelyzetben lévő sérültet mindig szemből a fekvő testhelyzetben lévő pedig mindig láb felől kell megközelíteni. Ez azért fontos, mivel a nem látható, de esetleges nyakigercs sérülést ne súlyosbítsuk és ne is idézzük elő. A fej irányából megközelítve a beteget a megszólításra vagy bármilyen hangra hirtelen hátra fordíthatja a fejét, ami akár azzal a következménnyel is járhat, hogy a kórosan rögzült, de még el nem szakadt gerincvelő elszakadhat ezzel akár légzésbénulás is bekövetkezhet, ami pedig végzetes lehet. (Gulyás, 2020)

4.2.2 Kommunikáció

Amennyiben a vagyonőr megközelítette a nem eszméletlen beteget, és már elkezdte megvizsgálni az algoritmus szerint tudnia kell vele megfelelően kommunikálni, amíg a mentő nem érkezik a helyszínre. Meg kell teremtenie a bizalom és nyugalom légkörét verbális és non verbális kommunikációjával. Mutatkozzon be a bajbajutott állampolgárnak korra és nemre való tekintettel. Mondja el neki, hogy képzett elsősegélyellátó ezzel is nyugtatva a beteget.

Helyezkedjen el vele szemben oly módon, hogy fel tudja venni a szemkontaktust, amennyiben a beteg ül guggoljon le. Érintse meg a kézfejét vagy karját, vagy a vállát és nyugtassa meg a beteget, hogy a segítség úton van hamarosan megérkezik addig ő fogja ellátni. Mindent kommentáljon, amit csinál a beteggel nyugodt hangon. Ne hazudjon a betegnek arról, ha valami fájni fog, mert főleg gyerekek esetében ezzel elveszítheti a bizalmat, amivel rengeteget ront a helyzeten. A beteg akár ellenségessé is válhat, ha nem vagyunk vele megértőek, türelmesek és őszinték. Amíg nem érkezik meg a mentő folyamatosan beszéljen hozzá, ápolja ezt a kialakított bizalmat tehát ezzel is segítsen a sérültnek. Amennyiben sérülése okán nem beszélhet a beteg akkor tájékoztassa róla nem kell válaszolnia, de a segítő fél ne hagyja abba a beszédet. Lehetőleg egy olyan témáról beszéljen, aminek nincs köze az ott kialakult baleseti szituációhoz. Legyen magabiztos a szóhasználata és érthető a beteg számára. Soha ne használjon sértő vagy obszcén szavakat és ne essen kétségbe, mert ezzel csak a beteget jobban megrémíti. Ha szükséges a beteg vetköztetése minden esetben szem előtt kell tartania a vagyonőrnek a bajbajutott szeméremérzetét, csak annyira vetköztesse le amennyire szükséges például egy kötszer felhelyezése végett. Valamint mindig igyekezzen arra törekedni, hogy ne lépje át a beteget. (Hunka; Kisiván, 2018) Végül pedig, de nem utolsó sorban az „E” vizsgálata a SAMPLE módszerrel. Alapvetően ezt már az egészségügyi szakszemélyzet fogja végrehajtani, de nem baj, ha a vagyonőr is tisztában van ezzel, mivel ő egybefoglalva gyorsabban tudja átadni a lényeges információkat az érkező ellátóknak. Ide tartozik még az ABCDE vizsgálat traumás esetben, mivel a gyorsan áradó információ akár életet is menthet. A SAMPLE módszer a következőt jelenti. „S” -Symtoms: rá kell kérdezni mik a beteg panaszai, tünetei, hol fáj, „A” -Allergies: van e valamilyen allergiája gyógyszerre vagy bármi másra, „M” -Medications: szed-e gyógyszert rendszeresen, milyen szed, ha igen, van e valamilyen alapbetegsége. „P” -Past history: korábban volt-e valamilyen betegsége, műtété. „L” -Last oral intake: mikor evett és ivott utoljára pontosan. „E” -Events: minden olyan körülmény, amelyet fontosnak tart a kialakult betegségével kapcsolatosan megemlíteni a beteg. Minden elmondott információt továbbítani tud az egészségügyi szakszemélyzet fele a vagyonőr ezzel is segítve a gyorsítva a folyamatot. (Gulyás, 2020)

4.3 Előforduló sérülések

Az előzőekben a sérültellátás megkezdésének az alapjait boncolgattam most pedig szeretném specifikusabban megvizsgálni a rendezvényen előforduló sérüléseket és azok

kezelésének a módjait. Nem vizsgálom meg minden egyes esetet, amely előfordulhat, mivel a dolgozat terjedelme ezt nem teszi lehetővé. A legenyhébbtől kezdem és haladok folyamatosan az egyre súlyosabb fele közben pedig az eszközöket is bemutatom, amelyekkel orvosolni lehet a problémát.

Szóval az első dolog, ami előfordulhat egy fesztiválon és talán a legnagyobb számban azok a hőártalmak. Mint a napszúrás, a hőguta, hőségkollapszus, hőkimerülés Ide tartozik még a kiszáradás is. Ezeket meg kell próbálni megelőzni, azzal, hogy a vendégek le tudják hűteni magukat egy kicsit és legyen biztosítva számukra a bőséges folyadékfogyasztás. A hűsítést meg lehet oldani például párapukkal, vízosztással. Ezt a kettőt akár még egy koncert közben is lehet alkalmazni legalábbis valahogy azt, hogy egy porlasztó kis nyomású vízszugárral néha lelöcsölje a vendégeket. Koncert hangulat közben ez még pozitívan is jönne ki a fesztiválozók részéről. Ezzel egy kicsit lehűtve a szervezetüket és a körülöttük lévő levegőt. Mert a tömeg közepén elhasználdik és felmelegszik a levegő. Ez ténylegesen beltéri rendezvények során érződik jobban. Két fogalmat kifejték előtte, mielőtt bővebben belemennék. Hyperthermia: „*kifejezetten akkor használjuk ezt a fogalmat, ha a testhőmérséklet a normál tartományhoz képest megemelkedik.*” (Hunka; Kisiván, 2018, p. 153)

Verejték: „*a szervezet hűtőmechanizmusaként alacsony nátriumtartalmú folyadékot bocsát ki a bőr felszínére a verejtékmirigyeken keresztül, ezt a folyadékot nevezzük verejtéknek.*” (Hunka; Kisiván, 2018, p. 153) Fontos megjegyezni, hogy erős hőhatás vagy jelentős fizikai tevékenység esetén óránként akár 2-3 liter folyadékot is veszíthet a szervezetünk. (Hunka; Kisiván, 2018)

A hőségkollapszus az ájulásnak az egyik formája. A magas hőmérséklet hatására kitágulnak az erek és csökken az agy vérnyomása. Ennek a tünetei a szédülés a gyengeség, kipirult meleg tapintású verejtékes bőr szapora és gyengén kitapintható pulzus. Ennek az ellátási módja pedig a következők. A sérültön alkalmazzuk a sokkfektetést, ami azt jelenti, hogy az alsó végtagjait megemeljük miközben hanyatt fekszik a beteg. Amennyiben van szorosabb ékszer vagy ruházat lazítsuk meg, illetve kapcsoljuk ki. Vigyük árnyékba lehetőleg szellősebb, hűvösebb helyre. Miután magához tér vizsgáljuk meg szenvedett-e valamilyen sérülést az esés következtében. 5 perc elteltével ültessük fel a beteget és adjunk neki limonádét, vagy izotóniás italt majd pedig fektessük vissza még 5 percre. Egyértelműnek tartom, hogy tíz percen belül megérkezik az egészségügyi szakszemélyzet egy rendezvényen, de nem árt tisztában lennie a vagyónőrnek, hogyan is kell az ilyen sérültet szakszerűen ellátni mielőtt átadná a szakembereknek. (Hunka; Kisiván, 2018) Természetesen, ahhoz, hogy gyorsan megérkezzen a

segítség, számít, hogy hol történt a baleset és mekkora a tömeg, amely között el kell haladnia a mentőnek.

A következő a hőkimerülés, ami akkor alakul ki, ha a magas külső környezeti hőmérsékletnek a hatására magas fokú verejtékezés indul meg és emiatt a szervezet jelentős folyadékot és sókat veszít el. Ennek a tünetei a fejfájás a gyengeségérzés a szédülés a kábultság és szomjúság erős verejtékezés a hányinger vagy esetleg hányás, sápadt hideg verejtékes bőr. Az ellátása érdekében a beteget árnyékos és lehetőleg hűvös helyre kell vinni, ha lehetőség van rá akkor légkondicionált helyiségbe. Ahogy az előző esetben is, itt is alakítsuk ki a sokkfektetést és lazítsuk meg a ruházatot. Adjunk a betegnek enyhén sózott italt, mint például izotóniás italt. Helyezzünk hideg vizes borogatást a törzsre, amennyiben rendelkezésre áll a hónaljba vagy lágyékhajlatba. Ha rendelkezésre áll a borogatás helyett használjunk jégakkut. De az bőrrel nem érintkezhet tehát előtte valamibe bele kell tekerni. Végezetül pedig adjuk át a beteget a mentőnek, ha nem érkeztek ki addig. (Hunka; Kisiván, 2018)

A hóguta már egy életveszélyes állapot, a hőség okozta rosszullétek közül a legrosszabb és legsúlyosabb állapot. Gyors és radikális beavatkozás szükséges a beteg életben tartásához, mert ilyenkor teljesen felborul a szervezet hőszabályozása. Ilyenkor a szervezet már nem képes hűteni magát tehát nincs verejtékezés. Elpusztulnak a sejtek és visszafordíthatatlan károsodás, illetve halál következik be, ha nem érkezik minél hamarabb a segítség. Ennek a tünetei pedig tachycardia, szapora légzés, alacsony vérnyomás, kezdetben meleg és száraz bőr, amely később cianotikussá változhat, fontos, hogy a bőr nem verejtékes, görcsroham, tudatzavar akár eszméletvesztés és nagyon magas hőmérséklet. A beteget minél hamarabb hűvös árnyékos helyre kell vinni, amennyiben lehet hűtött helyiségbe. A beteget fektessük a hátára és ha eszméletlen biztosítsuk a szabad-átjárható légutakat. Amennyiben eszméleténél van a beteg úgy fektessük le, hogy a feje és a felső teste legyen egy kicsit megemelve. Távolítsuk el a beteg ruházatát és azonnal kezdjük meg a test hűtését, bármilyen lehetséges módon. Közben hívjuk a helyszínre az egészségügyi szak személyzetet vagy tárcsázzuk azonnal a mentőt. A beteget, mint az előbb említettem bármilyen módon le kell hűteni, akár zuhannyal, ventilátorral, borogatással, jégakkal stb. (Hunka; Kisiván, 2018)

Az utolsó pedig a napszúrás, amelyet a fejbőrt ért közvetlen direkt napsugárzás következtében a fejbőr és az agyhártya erei oly módon tágulnak ki, hogy ez egyfajta gyulladást eredményez a szervezetben. Ennek a tünetei közé tartozik a fejfájás, hányinger vagy hányás, szédülés, gyengeségérzés, hőemelkedés és láz. A beteget hűvös árnyékos helyre kell vinni, ha lehet akkor légkondicionált helyiségbe. Úgy fektessük le a beteget, hogy a feje a felsőtestével

enyhén meglegyen emelkedve. A ruhadarabokon, amennyiben lehetőség van lazítani kell a nyak és a derék tájékán. Helyezzünk hideg vizes borogatást a beteg homlokára és a tarkójára. Adjunk neki folyadékot, mivel fontos a folyadékpótlás. Ha van nála gyógyszer akkor segítsük annak bevitelében. Amennyiben nem múlnak a panaszai értesítsük erről a közelben tartózkodó mentőorvost. (Hunka; Kisiván, 2018) Hozzá kell tennem, hogy a napszúrás a legenyhébb a hőártalmak közül általában másnapra a panaszok megszűnnek. Továbbá tapasztalataim alapján úgy lehet a leggyorsabban orvosolni ezt a problémát, ha alvás előtt sok folyadékot iszunk, illetve elfogyasztunk egy C-vitamin tablettát vagy kapszulát. Másnap ettől szagosabb lesz a vizeletünk, de a problémák biztosan megszűnnek.

4.3.1 Fulladás

Előfordulhat bármilyen helyen szinte, hogy a vendég félre nyeli, amit éppen eszik, vagy véletlenül felszippant valamit egy hirtelen lélegzetvétellel, ami részlegesen vagy teljesen elzárja a légcsövet. Ez az oxigénhiányos állapot rövid időn belül halálhoz is vezethet, megfelelő betegellátás nélkül. Gyermekes esetében ez gyakrabban fordul elő, hiszen ők mindent a szájukba vesznek.

A tünetei a nehéz légzés, a beteg a torkához kap arca eltorzul, erőtlenséggel köhög. Köhögésre viszont biztatni is kell mindaddig, amíg képes erre önerőből, hátha az elzáródást okozó idegentest kilöködik az útból a mellkasi és a hasi mozgástól. Ha a köhögés nem oldja meg a problémát a levegővétel egyre kisebb mértékű lesz majd meg is szűnik, ezzel az elzáródás teljessé válik. Ilyenkor elkezdődik a cianózis, azaz a beteg bőre elszíneződik. Kékes/lila színű lesz főleg az arcon és a száj körül. Ezután pillanatokon belül eszméletét veszti a beteg és leáll a keringése.

Megkülönböztetünk felnőttet, gyermek korút és csecsemő beteget mivel változik az ellátás módja közöttük. Felnőtt esetében továbbra is biztassuk köhögésre a beteget ezzel pedig párhuzamosan álljunk mögé és zárt ujjakkal mérjük öt háti csapást a beteg lapockacsontja közé méghozzá úgy, hogy a másik kezünket tegyük a mellkasa elé, ezzel a beteget kis mértékben előre döntjük és kihasználjuk a gravitációs elmozdulás lehetőségét. Ha a háti csapások nem vezetnek eredményre úgy álljunk a beteg mögé, hogy karunkat át tudjuk fűzni a hóna alatt és kezeinket össze tudjuk kulcsolni. Amennyiben a beteg magasabb nálunk azonnal térdepeltessük le különben nem fogunk tudni segíteni rajta. Az összekulcsolt kezünket tegyük a sérült hasának

a felső-középső régiójára, gyomortájékon a szegycsontnak a vége alá. Az így összekulcsolt kezünkkel végezzünk kanalazó mozdulatokat befelé és ezzel párhuzamosan felfelé mozdítva a kezünket. Ennek a technikának a neve Heimlich műfogás. Ebből öt mozdulatot végezzünk el, az így végzett lökésekkel a gyomorban való levegőt felfele préseljük ezzel ki tudjuk mozdítani valószínűleg az idegen testet A helyéről. Ezt a két manuális technikát addig kell váltogatni, amíg nem oldódik meg az elzáródás vagy a beteg el nem veszíti az eszméletét. Amennyiben a beteg elvesztette az eszméletét meg kell kezdeni az újraélesztést. Az idegen testet nagyobb erejű befúvásokkal is meglehet próbálni eltávolítani. (Gulyás, 2020)

Gyermekeket biztassuk köhögésre és ezzel együtt végezzük el a háti csapás technikáját, ami abban különbözik, hogy az ellátó az erejét a gyermek életkorához mérten kell csökkentenie. A gyermek magasságát figyelembe véve érdemesebb a combunkra fektetni a hasát-mellkasát. A Heimlich technika kivitelezéséhez általában a beteg mögé kell térdelni eszméletlenn válása esetében pedig életkorának megfelelően kell elkezdeni az újraélesztést. (Gulyás, 2020)

Az eszméleténél lévő csecsemőt ingereljük köhögésre és ezzel egyidőben kivitelezzük a háti csapás technikáját az erejét jelentősen lecsökkentve. A csecsemőt az alkarunkra kell fektetni úgy, hogy a nyaka alsó részénél villa szerűen be tudjuk akasztani a kezujjainkat az ott lévő anatómiai mélyedésekbe ezzel a stabilitást kialakítva a fejét előre-lefelé lógatva, ezzel az elsősegélynyújtás előnyére fordítva a gravitációt. Háti lökést csecsemőknél tilos végezni helyette mellkasi lökést kell alkalmazni. A csecsemőt fektessük a hátára az alkarunkra megtámasztva stabilan és a mellkaskompresszió helyén ugyanolyan technikával csak lassabban öt darab nyomást végezzünk. Ha eszméletét veszti, akkor a megfelelő algoritmus alkalmazásával kezdjük meg az újraélesztést. (Gulyás, 2020) A fuldokló betegen, amennyiben nem tudunk segíteni értesítsük a helyszínen lévő egészségügyi személyzetet és a kiérkezésükig mindenképpen életben kell tartania a sérültet a vagyonőrnek.

4.3.2 Mérgeзések

A következő betegség az alkoholmérgeзés, amely a túlzott mértékű alkoholfogyasztásból ered. Ez akár halálos kimenettel is végzőдhet, ugyan ritka ebből a végzetes eset, de megtörténhet tehát oda kell rá figyelni. Négy stádiuma tudjuk osztani az alkoholos befolyásoltságot. Első stádium a „*spicces állapot*” Ez túlzott jókedvvel, közvetlenséggel és kábultsággal jár. A második az „*enyhe részeg állapot*” ebben romlanak a koordinációs képességek, olykor agresszivitás és eufórikus érzet. A harmadik a „*részegség*”

aluszékonysággal, erőtlenességgel, koordináció képesség elvesztésével jár, illetve alacsony vérnyomással és megjelenik a kihűlésnek a kockázata. Az utolsó negyedik stádiumba tartozik az eszméletlenség, elsőfokú légzési nehézségek, hiányzó reflexek, valamint légzés és keringésleállás is megtörténhet. (Hunka; Kisiván, 2018)

Az összes általános tünetet az alkoholos befolyásoltság tekintetében úgy gondolom nem kell bemutatnom tehát csak néhányat említek. Szédülés, hányinger, hányás és izgalmi állapot. Az alkoholmérgezést szenvedett vendégekkel elsősorban nem a vagyonőr fog foglalkozni, hanem az orvos ezért minél hamarabb mentőt kell hozzájuk hívni. Ez fontos, hogy ne maradjon el, mert ha leáll a beteg légzése, illetve egy hűvösebb éjszakán elalszik az időjárásnak nem megfelelően felöltözve akkor a hypotermia következtében meghalhat.

Ha eszméleténél van a beteg, akkor ültessük le a beteget egy félig ülő helyzetbe és takarjuk be. Nyugtassuk meg és ne hagyjuk magára. Vizsgáljuk meg van-e rajta bármilyen sérülés. Hányás esetén döntsük előre és támasszuk meg a mellkasát. Lássuk el bő folyadékkal a mentő kiérkezéséig. Ha eszméletlen, akkor vizsgáljuk meg a légzését, keressünk rajta esetleges szemmel látható sérüléseket, fordítsuk oldalra a fejét, vagy rakjuk stabil oldalfekvésbe, aspiráció ellen. Nézzünk bele a szájüregébe van-e abban idegen test. Óvjuk a kihűléstől és mint az előző esetről itt is értesítsük az egészségügyi szakszemélyzetet. (Hunka; Kisiván, 2018)

A következő szintén előfordulhat fesztiválokon méghozzá a drogok okozta mérgezések. Ez azért egy nagyon bonyolult téma, mivel rengetegféle fajta és hatású drog van. Nincs arra egy egységes algoritmus, hogy a drogfogyasztásnál minden általános tünet előforduljon. Tünetek közé lehet sorolni a kábultságot, eufóriát, hallucinációt, hányást, tág pupillákat, izomrángást, fényérzékenységet stb. Fontos ismételtén kihangsúlyozzam, hogy a felsorolt tünetek különböző drogok használatával következnek be. Tehát egy betegen nem lehet tapasztalni az összes tünetet. Az ellátása egy ilyen esetnek veszélyes már rá lehet mondani, hogy intézkedéstaktikai eset. Mivel aki valamilyen szer hatása alatt van, lehet maximálisan nyugodt és barátságos is, de lehet nagyon veszélyes ön és közveszélyes is. Ezért mindenképpen a mentő mellé értesíteni kell a rendőrséget is. Meg kell győződni róla, nincs-e látható dolog a beteg birtokában, amivel másoknak vagy magának sérülést tudna okozni. Nem tudhatjuk mi van a zsebében, addig amíg arról nem bizonyosodunk meg. Kezeljük az ilyen eseteket fokozott figyelemmel és óvatossággal. Mindenképpen használjunk védőkesztyűt az ellátásához. (Hunka; Kisiván, 2018) Ne érintkezzünk túlszorosul a beteg közelében találunk. Ha van rajta sérülés és meggyőződünk arról, hogy nem ellenséges szándékú lássuk el. Ha eszméletlen vizsgáljuk meg

a légzését, és ha nincs keringése kezdjük meg az újraélesztést. Ha vélhetően ellenséges szándékú vagy a hangulati és érzelmi állapota labilis, tehát bármikor változhat, akkor előbb távolítsunk el minden olyan dolgot a közeléből, amivel sérülést okozhat nekünk.

4.4 Fektetési módok és légútbiztosítás

A következő részben szeretném bemutatni dolgozatomban a sérült fektetési módjait még mielőtt tovább haladok. Vannak az úgynevezett egyszerű fektetési módok (a stabil oldalfektetés kivételével) Amelyek olyan betegekre/sérültekre vonatkoznak, akik eszméletüknél vannak és kizárható a gerincsérülés lehetősége.

Az első, amelyet már megemlítettem a dolgozatomban az a sokkfektetés. Úgy kell kialakítani, hogy a beteg a hátán feködjön miközben a lábai 45-50 fokkal vannak megemelve és megtámasztva. Ezt az ájulásoknál és sokk, azaz erős vérzés esetén alkalmazzák. (Hunka; Kisiván, 2018) Az ájulás után közvetlenül kell alkalmazni így pillanatokon belül magához tud térni a beteg. Tapasztaltam is már ilyet gimnazista koromban, mikor a hazafele tartó buszon a mellettem lévő férfi egyszerűen, csak összeesett. Ekkor még semennyire sem voltam jártas és nulla lexikális tudásom volt az elsősegélynyújtással kapcsolatban. Szerencsére viszont az egyik utastársam arra utasított, hogy emeljem fel az ájult férfi két lábát a csípőm magassága fölé, és én így is tettem. Néhány másodperc múlva a beteg magához tért.

A következő a lapos fektetés enyhén megemelt felső testtel nevezetű pozíció, amelyet már szintén megemlítettem a dolgozatomban. Úgy kell kialakítani, hogy a beteg feje és vállai alá tegyünk valamilyen támasztékot, hogy megemelkedjen a felsőteste 15 fokkal. Viszont ügyeljünk rá, hogy a feje neutrális helyzetben maradjon. Ezt leggyakrabban koponyasérülteknél, agysérüléseknél, különböző fejsérüléseknél és stroke esetén kell alkalmazni. (Hunka; Kisiván, 2018) Ilyenfajta sérülések könnyen előfordulhatnak, hiszen elég csak arra a szituációra gondolni, mikor koncert közben az emberek poharakat és üvegeket dobálnak. Nos biztosan állíthatom, hogy ezek az üvegek nem minden esetben lesznek műanyagból készültek. Ezért egy ilyen, ha valakit egy nagyobb erővel eltalál, abból még koponyasérülése is, következhet az egyszerűbb fejsérülésen kívül.

A félig ülő testhelyzetet úgy kell kialakítani, hogy a beteg felsőteste 40-60 fokkal legyen megtámasztva akár általunk akár egy szék által például. A beteg a kezeivel oldalt támaszkodjon

meg, mert ez segíti a légzési segédizmok munkáját. Mellkasi sérültek esetében, szív eredetű rosszullétek esetében, egyéb légzési zavarok, illetve asztmás esetén kell ezt alkalmazni.

A következő kettő fektetés, már egy kicsit speciálisabb, mert extrémebb esetekben kell alkalmazni, de nem árt, ha megtanulják ezt is a vagyonőrök, hiszen bármi előfordulhat bármikor. Amennyiben egyszer is csak alkalmazniuk kell bármelyiket már megérte a képzés.

A lapos fektetés térdben behajlított, felhúzott és alapolcolt lábakkal enyhén megemelt felsőtesttel nevezetű fektetés kialakítása a következő. Meg kell emelnünk enyhén a felsőtestet majd ezt alá is kell támasztanunk, majd a lábakat fel kell húzni térdhajlatban behajlítva. Ezt szintén meg kell támasztanunk valamivel például egy táskával. Ez a helyzet a hasi fal feszülését csökkenti, amivel csökken a nyomás is és ezáltal a fájdalom. Hasi sérülés, hasüregi vérzés esetén kell ezt alkalmaznunk. A másik pedig a hason fektetés alátámasztott mellkassal és homlokkal nevet viseli. A sérültet úgy kell a hasára fektetnünk, hogy a mellkasa alá van támasztva és a homlokát is tudja valamin megtámasztani. Kezével a feje mellett támaszkodjon. Állkapocscsonttörés esetében kell ezt a helyzetet alkalmazni. (Hunka; Kisiván, 2018) Előfordulhat egy verekedés közbeni állkapocscsonttörés, amit a vagyonőrnek a felismerés után egyből el kell látnia. Amíg az egészségügyi szakszemélyzet megérkezik, ebben a pózban kell tartania a sérültet. Ilyen esetben az őr részéről ez a fektetés, mint „kezelés” maximálisan elég.

Végezetül pedig a jól ismert stabil oldalfekvés. ez egy eszközök nélkül végzett fektetési módszer, mivel nem kell semmi a kivitelezéséhez a betegnek a szabad légutakat hivatott biztosítani. Amennyiben magára kell hagynunk a beteget, valami miatt (például súlyosabb sérültet kell ellátnunk) ebben a pozícióban biztonságban lesz. A nyála és a hányadék amennyiben van oldalt kifolyik ezzel megelőzve az aspirációt. Nagyon egyszerű ennek a kivitelezése. Kemény alapon fekvő beteg (miután megvizsgáltuk, hogy végrehajthatjuk-e rajta ezt a módszert) mellé helyezkedjünk el úgy, hogy magunk felé tudjuk fordítani. A betegnek a hozzánk közelebb eső karját 90 fokkal behajlítva oldalsó középtartásban a feje mellé helyezzük el. Majd a fejhez közelebb eső karunkkal ragadjuk meg a beteg túloldali karját csuklónál és azt emeljük át a betegre a hozzánk közelebb eső arcfeléhez. Érdemes ezt a kezünket a vállára helyeznünk, hogy könnyebben tudjuk majd kivitelezni az átfordítását a sérültnek. A beteg tőlünk távolabb eső térdhajlatába nyúljunk be alulról és ezzel hajlítsuk be a lábát és tartsuk meg, hogy a talpa támaszkodjon a talajon a sérültnek. A hozzánk közelebb eső végtag maradjon továbbra is nyújtott állapotában. Miután kialakítottuk azt előbbi fogásokat, egy egyenletes mozdulattal fordítsuk át a beteget. (Gulyás, 2020) Mint már említettem ezzel felszabadulnak a beteg légutai, mert ez egy légzésbiztosító pozíció. Azonban vannak ellenjavallatai a stabil

oldalfektetésnek például nyílt hasi sérülés, gerincsérülés, gerinctörés, sorozatos bordatörés, medencecsonttörés, combcsonttörés vagy a nagy kiterjedésű súlyos fokú égési sérülés.

Az előbb felsorolt kivételes esetekre van az Eschmark-Heiberg féle műfogás. Ez is egy eszköz nélküli légútbiztosító technika. Ezzel kell helyettesíteni a stabil oldalfekvést. (Gulyás, 2020) könyv pedig leírja, hogy a beteg feje mögé kell térdelnünk úgy, hogy a két alkarunk párhuzamosan a földre legyen fektetve a beteg feje mellé mind a kettő oldalon. A nyitott ujjaink úgy helyezkednek el a beteg arcán, hogy a hüvelykujjunk és a tenyerünk szimmetrikusan legyenek egymással szemben mindkét oldalt, a szájug és a járomív vonalában, a homloknak az oldalsó részén húzódva feküdjenek. A többi ujjunkat „kampószerűen” egymás mellé kell akasztanunk állkapocs csont alá még hozzá úgy, hogy a lehető legszorosabban csak az állkapocs felületével érintkezzenek így nem elnyomva a lágyrészeket és még véletlenül sem sérve meg a nyelvcsontot. A kisujjat pedig az állszöglet mögé kell, hogy tegyük. Az így kialakított fogással pedig lassan és óvatosan hajtsuk hátra a beteg fejét és az állkapcsát pedig ezzel egyidejűleg toljuk előre és a beteg mellkasa felé párhuzamosan húzzuk felfelé 90 fokban a betegtől. Korábban már említettem egy ellenjavallatot, ehhez a technikához fűződően még hozzá azt, hogy nem lehet abban az esetben alkalmazni, ha feltételezhetően nyaki gerincsérülést szenvedett a beteg.

4.4.1 Eszközös légútbiztosítás

Az eszközös légútbiztosító eszközök közül kettőt fogok felsorolni, amelyhez nem kell különösebb szakértelem. (Gulyás, 2020) könyvében tökéletesen szemléltetve van ez a két eszköz, de ezen kívül még Dr. Molnár Gábor segített nekem, hogy biztosan megértsem a könyvbe foglalt információkat és semmit se keverjek össze. Tehát az egyik a Nasopharyngealis tubus (NPA) a másik pedig az Oropharyngealis tubus (OPA). Az elsőt orron keresztül kell bevezetni a másikat pedig szájon át. Mind két eszköz növeli a légútbiztosítás szintjét és a kettő közös használata javallott. Kivételt képez ez alól a nyolc évnél fiatalabb gyerek, mert ott csak 1 db eszköz behelyezése indokolt. Az egyszerű eszközökkel történő légútbiztosítás a manuális után elsőként választandó eljárás mert mint említettem még képzetlenebbek is be tudják helyezni ezeket az eszközöket. Fontos már most megemlíteni, ezeket az eszközöket légútbiztosításra alkalmazzuk. Ez azt jelenti, hogy csak akkor lehet behelyezni őket, ha a sérültnek van spontán légzése. Az NPA tubus behelyezhető eszméletlen betegbe is, amivel egyszerűen lehet fenntartani a légutak biztosítását. Nem invazív beavatkozás és nem lehet vele

kifejezetten sérülést sem okozni. Használat előtt megfelelő méretre kell vágni az eszközt. Ezt a méretet úgy kell kimérni, hogy a beteg lehetőség szerint a jobb orrnyílásához tesszük a tubus karimával ellátott végét a másik végét pedig a fülcimpa végéhez rakjuk. Ez lesz az a méret, amellyel használnunk kell az eszközt az adott sérülten. Ezek a méretek eltérhetnek nemtől, életkortól és fizikai felépítéstől függően. A tubus végét 45 fokos szögben le kell vágni majd ezután kell megkezdeni a használatát. Az eszközt a hozzá tartozó síkosító anyaggal kell bekenni, amennyiben nincs a beteg nyála is tökéletes, mint kényszermegoldás. A behelyezni kívánt eszközt az orrnyílásnál kezdjük el behelyezni úgy, hogy a levágott hegyes vége az orrsövény irányába nézzen. Azt eszközt apró morzsoló mozgással kell bevezetni ezzel párhuzamosan pedig enyhén lefelé kell tolni. Abban az esetben, ha az eszköz akadályba ütközik meg kell próbálni egy kicsit fordítani rajta, és egy picit több erővel beljebb tolni. Viszont nem szabad erőltetni, mert az sérülést okozhat. Ha túl erőszakosan toltuk be a tubust és ezzel egy kisebb vérzést okoztunk, nem szabad kivenni a tubust, mivel az egyszerre tamponálja is a kialakult kapilláris vérzést. Ahhoz, hogy szakszerűen teljesen bent legyen az eszköz a karimának az orrjárat szélére fel kell feküdnie. Az OPA tubus az egyszerű légútbiztosítóeszközök másik családjába tartozik. Az NPA-tól eltérően a betegnek teljesen eszméletlen állapotban kell lennie, mert a gyengén meglévő garatreflex esetén is azonnal hányást generálhatunk vele. Ezzel veszélybe sodorhatjuk a beteg életét mivel ott lesz az aspiráció kockázata. Ez nem egy elsőként használandó eszköz, de önmagában is lehet alkalmazni. Ennek az alkalmazásához fel kell mérnie az ellátónak a beteg tudati szintjét az ehhez tartozó algoritmus szerint. Egy kicsit több szakértelem kell ennek a használatához pont amiatt, mert ha a beteg nem teljesen eszméletlen, akkor instant hányást generálunk az eszközzel. Ebben az esetben azonnal el kell távolítani a tubust és a fejet oldalra fordítani, hogy távozzon a hányadék. Használat során a tudati szintet a Glasgow Kóma Skálán folyamatosan ellenőrizni kell. Használat előtt ki kell választani a megfelelő méretet úgy, hogy az eszköz karimáját a szájjughoz illesztjük és a végét pedig az állkapocscsont szögletéhez kell tudni érinteni. Fontos, hogy nem lógjon túl se ne legyen túl kicsi, megfelelő méretet kell választani. Miután kiválasztottuk azt, fordítsuk el 180 fokkal és úgy kezdjük el a kemény szájpadláshoz finoman hozzá szorítva befelé tolni. Miután a hosszának a feléig az eszközt betoltuk fordítsuk vissza 180 fokkal ezzel arrább kanalazva a nyelvet és párhuzamosan toljuk be a teljes hosszáig a tubust. Ennek az a feladata, hogy leszorítsa a nyelvet ezáltal megakadályozza, hogy az hátraessen és ezzel elzárja a légutat. Sem az NPA sem az OPA nem véd az aspiráció ellen, tehát amint a sérült öklendezni kezd haladéktalanul el kell távolítani mind a két eszközt. Ezeket az eszközöket, mint már említettem spontán légzés esetén lehet alkalmazni. Nyaki gerinc sérült esetén nagyon jól

lehet ezeket alkalmazni, mivel nem kell mozgatni a beteg fejét maximum egy minimálisan. Még mielőtt tovább haladok szeretnék ismertetni egy légzéstámogató pozíciót. A „*fulladozó*” beteget ültessük le egy félig ülő pozícióba, úgy, hogy a háta meglegyen támasztva valamivel. Ahogyan a kommunikációnál már említettem próbáljunk teremteni egy nyugodt környezetet.

4.4.2 Gerinc

A gerincsérült személy ellátását szeretném röviden ismertetni. Ez egy rendezvény keretein belül akkor valósulhat meg, amennyiben egy vendég magas helyről esik le. Ilyenkor mindig feltételezni kell a gerincsérülés lehetőségét. De itt a legfontosabb a segítségkérés mellett, hogy rögzítsük a nyakigerincet és ne mozgassuk a beteget a mentő kiérkezéséig. A módszer neve, ami alapján ezt kivitelezni kell Manual In-Line Stabilizáció röviden csak MILS. Ez a legegyszerűbb eszköz nélküli mód a nyaki gerinc rögzítésére. Legegyszerűbben a beteggel egy szinten elhelyezkedve kemény talajon négykézláb térdelő pozícióban tudjuk végrehajtani, amely egy teljes mozdulatlanságot garantálhat. A szabályos kivitelezés úgy történik, hogy az ellátó a beteg feje mögé térdel egy síkban a beteg tengelyével ezután pedig a beteg fejét a feltalálási pozíciójában rögzíti. Úgy kell végrehajtania, hogy a két alkarját a talajra stabilan a beteg feje mellé úgy, hogy be tudja fogni a beteg fejét nyitott ujjakkal és így tudja mozdulatlanul stabilizálni. Mint már dolgozatomban említettem, ilyenkor egy minimálistól nagyobb mozdulat akár végzetes is lehet. Tehát a nyitott ujjak optimális esetben a következőképpen helyezkednek el a sérült fején. A hüvelykujj szimmetrikusan és mind a kettőt a homlok vonalába helyezzük, a mutatóujjak a járomív külső harmadán helyezkednek el, a hármas és négyes ujjak közre fogják a beteg fülét úgy, hogy a hallójáratot ne zárják el. Ez a vér esetleges kifolyása miatt fontos. A kisujj, vagyis az ötös párhuzamosan felzár a négyes ujj mellé, ami a fül mögött kap helyet. (Gulyás, 2020) Kovács Gábor pedig felhívta arra a figyelmet, hogy a gerincsérültet egy Rögbi nevű fogás segítségével kell megemelni. Ehhez lehet nem lesznek elegendő a mentősök, tehát a biztonsági őröknek is segíteniük kell a sérült egyszerre történő megemelésében. A Rögbi fogáshoz akár 5-6 ember is szükséges, hogy az emelés után a hordágyat gyorsan belehessen helyezni a beteg alá. Valamint az egyszerű Tálca fogás, aminek egyanez a rendeltetése.



7. ábra Rögbi fogás (saját készítésű)



8. ábra Tálca fogás (saját készítésű)

4.5 Görcsrohamok

Nem csak rendezvényeken, hanem bárhol előfordulhatnak görcsrohamok tehát nem tudok eltekinteni afelől, hogy néhány mondatban ne tennék róluk említést. Egy görcsrohamkor az ember egész teste megfeszül és rángatózik. A beteg ilyenkor maga alá is üríthet nincs öntudatánál és miután magához tér nem is fog emlékezni arra mi történt vele. A vagyonőrnek el kell látnia a beteget a további segítség kiérkezéséig. Egy görcsrohamnál mindenképpen védjük meg a beteg fejét terhes nőnek pedig a hasát is. Legkönnyebben úgy, hogy valami puhát a feje alá teszünk. Akár a táskánkat akár a kabátunkat, de bármit, ami a célnak megfelelő. Nagyon fontos, hogy ne fogjuk le a végtagjait mert a görcs erejétől függően az erő és ellenerő eredményeképpen eltörhetnek a beteg csontjai. Nem szabad a szájába sem nyúlni és nem szabad semmit sem belerakni. Ellenkező esetben leharaphatják az ember ujjait, illetve a régi „fakanalas megoldást” sem szabad alkalmazni. Ellenkező esetben kitörhetnek a beteg fogai és az így keletkezett vérzésbe, illetve a „foga” félrenyelésével meghalhat (volt egy ilyen eset is, melyet az egyik katonai medic mesélt nekem). Miután magához tért nyugtassuk meg, mivel nem emlékszik semmire és még kába, illetve a szervezete pánikreakcióban van még így ellenséges lehet. Ezért meg kell próbálni megnyugtatni és türelmesnek lenni vele. Mondjuk el mi történt és mink kik vagyunk mit csináltunk. A másik, amely még megtörténhet az a pánikroham. Ebben van tapasztalatom is olyan szinten, hogy az egyik barátomért kellett érte menjek, mert rosszul volt stresszelt és pánikolt. Miután odaértem nem sokkal pedig elkezdődött a tényleges pánikroham. Ilyenkor a beteget próbálni kell nyugtatni és arra ösztönözni, hogy az orrán vegye a levegőt a szája helyett. A kezek és a száj lezsibbadnak a roham következtében. Mély lélegzetekre kell biztatni ekkor a beteget, mivel kapkodja a levegőt. Ez a roham megközelítőleg 10-15 percig tart. Nem kell mentőt hívni az ilyen esethez. A rohamot követően egy órán belül kitisztul a beteg feje és visszanyeri az irányítást a teste felett. Amint már nem zsibbadt a szája meg kell itatni lehetőleg ásványvízzel. Valamint rá kell venni arra, hogy fogyasszon gyorsan felszívódó szénhidrátot például csokoládét.

5 VÉRZÉSEK

Ebben a részben a vérzésekről ezek ellátásáról és előfordulásáról lesz szó. A vérzések három fajtáját különböztetjük meg. A kapilláris vérzést, azaz hajszáleres vérzést, a vénás, vagyis a gyűjtőeres vérzést és az artériás tehát ütőeres vérzést. Az első a legenyhébb gyakorlatilag, ha elvágjuk az ujjunkat ilyen vérzésünk lesz. Kis nyomással jön a vér maximum csepeg. A sejtek folytonossága megszakad ezt gyakorlatilag elég egy fedőkötéssel ellátni, de sebtapasszal is lehetne. A következő a vénás vérzés ettől már jóval komolyabb mértékű. A véna szállítja az oxigénben szegényebb széndioxiddal telítettebb vért. Ez a vérzés már jóval nagyobb volumenű. Sötétebb színű, a vér folyik és bugyog. Erre mindenképpen nyomókötést kell helyezni. A harmadik pedig a legsúlyosabb az artériás vérzés. Ez a fajta vérzés világos színű és a szív dobogására pulzál és spriccel. A lehető leghamarabb el kell állítani ezt a vérzést mivel nagyon rövid idő alatt el lehet ezáltal vérezni. A kötözést megelőzően el kell nyomni vagy szorítani a megfelelő artériás nyomópontot. Én ezekből kettőt ismertem az a karnál és a lábnál. Kovács Sándor viszont megmutatta, hogy van még a halántéknál és nyaknál. (Gulyás, 2020) remekül jellemzi az artériás nyomópontokat azzal, hogy mindig olyan helyen vannak, ahol könnyen elérhetőek és elnyomhatóak mert a bőrfelszínhez ott van a legközelebb a csontos alap. A halántékot nem kell taglalni, hogy hol van, a nyaki artéria a nyak oldalán helyezkedik el. A karnál hónaljhoz közel van a bicepsz belső részénél. A combartéria a combhajlathoz közel helyezkedik el inkább a comb oldala/teteje fele helyezkedik el, tehát nem a comb belső részénél. Ezeket a pontokat direktben eszköz nélkül is el lehet nyomni és a kötözés megkezdése előtt el is kell. Minél erősebben kell ezeket elnyomni akár bele is lehet térdelni ezekbe a pontokba. Fájdalmat okoz ezzel az ellátó a sérültnek, de így kell csökkenteni a vérzést mielőtt felhelyezi a nyomókötést. A halántékot, abban az esetben kell elnyomni, ha nagyobb artériás vérzés van a fejen és nem a koponyába belülről, hanem kívülről a külvilágba folyik. A nyakat pedig egyértelműen nyaki artériás vérzésnél kell nyomni, ügyelve arra, hogy a sérült kapjon levegőt is. A karon, illetve combon lévő artériát pedig végtagsérülés következtében kialakult artériás vérzésnél. Miután csökkentettük a vérzést csak azután lehet felhelyezni a nyomókötést.

5.1 Kötszerek és kötözések

Vannak steril és nem steril kötszerek a civil elsősegélynyújtásban. Ezek a kötszerek nem olyan minőségűek, mint a harctérre gyártottak, de ezért jóval olcsóbbak és könnyebben

beszerezhetőek is. De szeretnék megemlíteni egy harctérre szánt kötszert is. Alapvetően lőtt, szúrt vagy vágott, illetve egyéb hasonló sérülések ellátására fejlesztették ki a Quickslot Combat Gauze – hemosztatikus kötszer. Különlegessége, hogy egy kaolin nevezetű anyaggal van átitatva. Ez gyorsítja a vérárvadás folyamatát. Ugye a civil ellátásban kapott kötszerek a vérárvadás folyamatát speciálisan nem befolyásolják. Felhasználásukat tekintve ugyanúgy ellátható velük bármilyen életet veszélyeztető vérzés, természetesen a megfelelő méretben és mennyiségben. Ezekkel a steril és nem steril kötszerekkel minden jogosítványt szerző személy találkozik. (Gulyás, 2020)

Kovács Sándor és Gáspár Attila mind a ketten ismertették velem a sebellátásnak az általános szabályait. A hajszáleresnél nagyobb vérzés ellátásához, ültessük le vagy fektessük le a beteget, próbáljuk arra ösztönözni, hogy nyugodjon meg és ne beszéljen. Ha végtagon van a sérülés azt emeljük fel és ha lehet, támasszuk meg a vállunkon. Míg a hajszáleres vérzésre elég egy fedőkötés addig a vénás és artériás vérzés esetén mindig nyomókötést kell alkalmazni. fedőkötést lehetően mindig alulról felfelé kell tekerni, így nem fog lecsúszni a kötés. Inkább használjunk nem steril kötszert/pólyát és kapjon el valamilyen fertőzést a beteg, mint hogy hagyjuk elvérezni. Az előbbiből meglehet gyógyulni az utóbbiból viszont nem. Egy vénás sérülésnél, ha nincs nálunk kötszer akkor oldjuk meg más alternatívával például ruhával. Dr. Molnár Gábor ezt szintén megerősítette és mellé említette, hogy miután felkerült valamennyi réteg géz vagy mullpólya, vagy végső esetben ruhaanyag nyomhatunk a sebbe egy követ és így is megtudjuk oldani a nyomókötést, ha nincs elegendő kötszer vagy ruha nálunk A lényeg, hogy erősen el legyen nyomva a seb, hogy minél rövidebb időn belül elálljon a vérzés. Amennyiben nagyfokú a vérzés használhatunk érszorítót is. Ha van nálunk gumikesztyű, azt húzzuk fel, hogy elkerüljük a fertőzéseket és ne juttassunk be felesleges szennyeződést a sebbe. A gyakorlatban viszont nem mindenkinél van kesztyű vagy, ha van az nem egy azonnal elérhető helyen. Mivel dolgozatomban a vagyonőrök képzését szeretném magasabb szintre emelni a séültellátás tekintetében, így valószínűleg nem lesz elegendő gyakorlati tapasztalatuk még éles helyzetben, mivel ők vagyonőrök és nem egészségügyi dolgozók. Tehát ha a vagyonőrnél van gumikesztyű, és nem felejt el, hogy fel kell vennie sem azt, hogy hova tette, akkor szinte biztosan szét fogja szakítani magán, mert kapkodni fog. Ez természetes reakció lesz tőle, mivel nem mindennaposak számára az ilyen éles helyzetek és ideges lesz mellesleg egy artériás vérzésnél nagyon gyorsan kell cselekednie. Viszont meg kell próbálnia megőrizni a hidegvérét és a feladatra kell koncentrálnia. Szóval, ha nem vette fel a gumikesztyűt az ellátás előtt, akkor abból semmilyen problémát nem szabad csinálni. A vagyonőr se húzza feleslegesen azzal az időt, ha

nem tudja a gumikesztyűt rendeltetésének megfelelően felhelyeznie a kezeire. Ahogyan azt már említettem az artériás vérzésnél előbb a megfelelő artériás nyomópontot kell elszorítani.



9. ábra fedőkötés jobb alkarra (saját készítésű)



10. ábra nyomókötés jobb alkaron (saját készítésű)

5.1.1 Érszorító

Ezt érszorítóval is el lehet szorítani, vagy egyéb rögtönzött megoldásokkal, akár kötéllel, övvel vagy hevederrel stb. a manuális megoldások mellett Viszont kifejlesztettek az ilyen esetekre egy strapabíró és nagyon hatásos érszorítót melynek neve Combat Application Tourniquet azaz C.A.T. vagy egyszerűbben TQ. „Az eszköz célja: Végtagvérzések esetén használható gyors vérzéscsillapító eszköz, amely a felhelyezés szintjétől lejjebb kizárja a keringésből az adott végtagi szakaszt.” (Gulyás, 2020, p. 82.) Ez baleseti körülmények között az elsőként választandó vérzéscsillapító eszköz legyen a végtagokra lokalizálódó kontrolálhatatlan, nagyfokú vérvesztéssel járó sérüléseknek az ellátása során. A működése nagyon egyszerű, felhelyezzük a végtagra az ott futó artériára és vénára gyakorol körkörös nyomást hozzányomva őket a csonthoz és izomhoz, amelyek mellett futnak. Az eszköz ténylegesen megfelelő működtetése fájdalommal jár, de csak így tudja csillapítani a vérzést tökéletesen. Ha a megfelelő erővel szorítják meg az eszközt, akkor az adott végtag vérellátása teljesen megszűnik. (Gulyás, 2020)



11. ábra TQ felhelyezésre jobb karra (saját készítésű)

A TQ-nak kettő hatása van. Elsődleges a vérzés mihamarabbi minimalizálása a második pedig az, hogy elzárja az adott végtagot a vérellátástól. Ha hosszú ideig nem kap vért a végtag,

akkor vérrögösödhet, majd pedig el is halhat, ami után amputálni kell azt. Ezt úgy lehet kiküszöbölni, a Gáspár Attila és Kovács Sándor elmondása szerint, hogy 15 és 20 percenként fel kell engedni egy rövid időre, hogy a végtag ismét bekapcsolódhasson a keringésbe. Valamint ezzel azt is megtudjuk nézni, hogy a nyomókötésünk mennyire szorít és nyom mennyire sikerült azt helyesen megcsináljuk. Maximum 6 órát lehet fent az érszorító, még visszafordíthatatlan végtagelhalás nélkül. Ezért nagyon fontos felírni a „*Time*” lapra, ami a TQ-n van, hogy mikor helyeztük fel. Csak hogy gyakorlati lépést is említsek, ahogy a gumikesztyű esetében is az ijedtség mértékében ez a kezdő, de olykor még a haladó ellátók részéről is kudarcra van ítélve. Először is azért, mert ha minden csupa vér, akkor a tollnak a tintája nem fog majd a szöveten. A második pedig, az adrenalin hatására észre sem vesszük, de a toll kettétörik a kezünkben. Erre találták ki azt a praktikus megoldást, amíg nem tudjuk felírni sehova mikor is raktuk fel az eszközt egyszerűen felírjuk az időpontot a beteg homlokára a saját vérével. Vagy a saját alkarunk belső részére amennyiben pólóban vagyunk. De én inkább a homlokra írás megoldást támogatom. Az eszközt használat előtt még a bázison vagy ha saját, akkor otthon tegyük „*combat ready*” állapotba. „Engedjük ki a feszítést végrehajtó forgatók rudat a helyéről a biztosító tépőzár kioldásával ezután teljes méretre megfeszítve az eszközt, húzzuk ki valóban teljes mérete azt. Ezután a tépőzár heveder végét úgy hajtsuk vissza, hogy áthúзва a bújató részén maximum 10-12 cm részt tudjunk majd hozzá tépőzárazni a hevederhez, mégpedig oly módon, hogy ne teljesen rázárjuk az alsó része, hanem szándékosan egy fület képezve „*félre*” rögzítsük azt. A forgató rudat akasszuk be a helyére, majd a felhelyezési idő felírására szolgáló tépőzár részét szintén szándékosan zárjuk félre oly módon, hogy egy kis rész kilógjon felfele az eszköztől. Az eszköz heveder részét ezután oly módon hajtogassuk össze, hogy a részeket egymásra simítjuk és az eszköz maximális magasságánál ne hajtogassuk a részeket hosszabbra.” (Gulyás, 2020 p. 88.) Ennek az a lényege, hogy egyből használható állapotba hozzuk csak úgy, hogy „*kicsapjuk*” azt. Felhelyezés előtt ereszkedjünk féltérdre és fűzzük bele a „*hurokba*” ezzel pedig párhuzamosan tegyük a sérült végtagot a vállunkra, hogy a szívtől magasabban legyen. Az eszközt illesszük minél közelebb a hónaljhoz és a vállhoz a karok esetében lábak esetében pedig minél közelebb a combhajlathoz. Húzzuk meg erősen az eszközt és tépőzárazzuk össze. A forgatókart kezdjük el forgatni amennyire azt kell ezzel tovább szorítva az eszközt majd pedig akasszuk be a helyére. Tépőzárazzuk be az idő felírására szolgáló részt, de erről már tettem említést. Ha magabiztosan rátudjuk írni az időt abban az esetben írjuk rá tollal. Ezután helyezzünk fel nyomókötetést a sebre. Tegyük bele mull lapot majd kezdjük el bekötni és tegyük oda annyi pólyába tekert kötszert, amennyi szükséges a megfelelő nyomás kialakításához a kötés során. Jó erősen és szorosan kössük be. Amennyiben

nem szükséges ne alkalmazzunk TQ-t az említett negatív hatásai miatt. Ha ki tudjuk azt váltani Izraeli kötszerrel, akkor inkább válasszuk azt. Bármilyen kötszer vagy érszorító esetében távolítsuk el az adott részről a ruházatot, ha kell vágjuk azt le. Ha erre nincs lehetőség, akkor minden vegyünk ki például a zsebekből, hogy a TQ megfelelően működjön.

5.1.2 Izraeli trauma kötszer

A következő nagyon elterjedt baleseti sérültellátásnál alkalmazandó kötszer típus az úgynevezett Emergency Bandage – Israel Bandage (Izraeli trauma kötszer)

Az eszköz célja: főként vérzési alapításra alkalmas, speciálisan kialakított kötszer, gumírozott felépítésének köszönhetően azonban több célú, amelyet kreatívan, számos más területen is lehet alkalmazni, mint például a végtagok rögzítésére, nyílt hasi sérülés ellátására. (Gulyás, 2020 p. 88.) A kapilláris vérzésen kívül bármilyen vérzéstípusra alkalmazható. TQ-val lehet együtt is alkalmazni, ha az szükséges. A kötszer vákuum csomagolt steril tépő perforációval ellátott külső zárófóliában található, amelyet kibontva először egy pólya tárul a szemünk elé majd ezt kibontva láthatjuk a kötszer belsejében a steril gézlapot, amelyet közvetlen a seb felületre teszünk rá. A másik dolog, amivel szembesülünk az az integrált műanyag nyomópad, amely nyomás kifejtésében segít és a kötszer megfeszítésével. A kötszer használata során ezt a fajta nyomást és feszítést úgy érhetjük el, hogy a nyomópadon átfűzzük a rugalmas kötszert majd visszahajtjuk ellenoldali irányba és ezzel párhuzamosan meg is szorítjuk. A másik végén egy fogazott rögzítő látható, amelyet a használat végén beleakasztunk a kötszerbe. Ezt azonban egy rotátorként is tudjuk alkalmazni a TQ kiváltása érdekében. A trauma kötszer kiválóan alkalmazható nagy vérzéssel járó sérülések nyomókötéssel való ellátására, és nem csak kizárólag végtagokra lokalizálódott ezáltal akár egy nyak sérülést is el lehet látni a használatával. (Gulyás, 2020) Használat előtt a sebet nyomjuk tele mullal vagy gézzel, hogy azt teljesen kitöltse és úgymond a sebbe „*dagadjon*” ezzel is tamponálva azt. A steril nem tapadó kötszerbetétes részét a kötszernek helyezzük rá a sebfelületre. Kezdjük el a kötszert körbetekerni és átfűzni a nyomópadon. Ha párszor körbetekertük akkor csavarjunk egyet a kötszeren és kezdjük el visszafelé is tekerni, úgy, hogy mindig a nyomópad előtt húzzuk meg erősen, hogy szoros legyen és megfelelő mértékű erőt fejtsen ki magára a műanyag nyomópadra. Forgathatjuk is a kötszert ezzel is fokozzuk a nyomást. Végezetül pedig akasszuk be a rögzítőt magába az Izraeli kötszerbe.



12. ábra Izraeli trauma kötszer felhelyezése jobb karra (saját készítésű)

6 TÖMEGES BALESETEK

Tömeges balesetek esetén a vagyonőrök elengedhetetlen segítséget kell, hogy adjanak az egészségügyi szakembereknek. Egy ilyen baleset megtörténhet egy vihar által, egy ledőlő emelvény által, tűz által vagy a legrosszabb esetben egy terrorcselekmény következtében. Két időre osztom a tömeges baleseteket. Az első idő, mikor megtörténik maga a baleset és abban sérülnek meg a vendégek, illetve ott dolgozó véltlen személyek. A második időben pedig azok az emberek sérülnek meg, akik el tudnának menekülni a helyszínről, de a pánik következtében az emberek egymást taposva menekülnek. Természetesen megkérdeztem egy szakembert ebben a témában Vónház Bálintot a Gewiss Guard Security egyik területi koordinátorát, aki főleg a rendezvényekért felel. Azt mondta, hogy minden rendkívüli esemény kezelésére van egy protokoll, amit be kell tartani. Így van ez villámlás esetén is, jégeső esetén is és akár terrortámadás esetén is. Mivel a „modern” terrorizmusban a fesztiválok is válhatnak célponttá a nagy létszámú embertömeg miatt. Gáspár Attila felvilágosított, hogyan működik egy ilyen eset. Egy tömeges baleset bekövetkezésekor az első dolog, hogy „triázsolni” kell. A Triage beteg osztályozást jelent színskálákat hozzárendelve az adott állapotokhoz.

Többféle Triage rendszer létezik (NATO, START stb.); lényegtelen melyiket használjuk, mert csak minimális eltérés van közöttük és mindegyiknek ugyanaz a lényege. Dolgozatomban a START rendszert veszem alapul mivel ezt használja az Országos Mentőszolgálat is. Ez a Simple Triage And Rapid Treatment rövidítése. Színskálák segítségével van részekre osztva. A piros szín (T1) a közvetlen életveszélyben lévő sérülte, aki, ha nem részesül azonnal 30 másodpercen belül ellátásban, akkor meghal, a sárga (T2) a súlyos, sürgős ellátást igénylő beteg, aki pár órán belüli ellátásban kell részesíteni. Miután elláttuk az életveszélyben lévő betegeket velük kel foglalkozni. A zöldben lévő sérültek (T3) a „halaszthatók” mivel nem igényelnek sürgős beavatkozást órákon belül és járóképesek. Könnyebb sérüléseket szenvedtek. A feketébe (T4) tartozók a halottak vagy azok, akik az étellel összeegyeztethetetlen sérüléseket szenvedtek. Amennyiben van elég ellátó a helyszínen is kell Triage-t használni, de a színskála kiegészül egy színnel. A kék szín beékelődik a fekete elé és az ehhez(T4) tartozók azok, akik klinikai halottak, de újra lehet élesztetni őket. A feketébe (most T5) azok a sérültek tartoznak, akik biológiailag meghaltak vagy a mai modern orvostudomány szerint az étellel összeegyeztethetetlen sérüléseket szenvedtek.

6.1 Sérült cipelése

Abban az esetben, ha nem biztonságos a helyszín, de mindenképpen gyorsan el kell vinni onnan a sérülteket haladéktalanul, akkor a következő pár technika segítségével ez kivitelezhető. Ha egyedül vagyunk fektessük hanyatt a beteget, ereszkedjünk térdre mögötte és emeljük fel a ruhájánál fogva a felső testét és támasszuk azt meg a combunkon. A hóna alatt átnyúlva megfogjuk a két kezünkkel az egyik alkarját a sérültnek felállunk vele, és elkezdjük húzni. Ha van társunk, akkor ő a lábát keresztbe rakja és annál fogva emeli meg. Fontos, hogy a két ellátó egyszerre emelje meg a beteget.



13. ábra első cipelési mód (saját készítésű)

Másik technika alkalmazásánál rá kell feküdnünk háttal a sérült mellkasára, kezeinkkel megragadni az egyik karját és egyik irányba így hasra fordulni mialatt párhuzamosan ráhúzzuk a beteget a hátunkra. A beteg két karját a vállaink fölött kell elvezetni, majd pedig négykézláb helyzetből felállni és elindulni a beteggel.



14. ábra második cipelési mód (saját készítésű)

6.2 Reanimáció eszköz nélkül és eszközzel

Az újraélesztése első és legfontosabb szabálya a megfelelő minőségű mellkaskompressziók mihamarabbi elkezdése. Az újraélesztést minden alkalommal kemény alapon kell elkezdeni. Felnőttek esetében 30 mellkaskompressziót 2 befúvás követ, ezek együtt egy ciklust jelentenek, amelyet négyszer kell megismételni (30:2). 2 percet fog ez kb. igénybe venni és ez fog egy „körnek” számítani. Ahhoz, hogy megfelelő minőségű legyen a mellkaskompresszió 5-6 cm-re kell lenyomni a mellkas közepét majd visszaengedni. 100-120/perces frekvenciát kell generálnunk folyamatosan. Ez egyébként a Stayin’ Alive zenének a ritmusa nekem még így is tanították. Két percenként pedig ellenőrizni a beteget a hármas módszerrel (látom-hallom-érezem). Ha mellkaskompresszió közben jön vissza a beteg, akkor azt fogjuk érezni, hogy valami oknál fogva nehezebben kell csinálni. Valószínűleg a beteg nem fogja kinyitni a szemét és nagy levegőt venni, ezért kell figyelni a jelekre. A befúvás és a keringési vizsgálat ne tartson tovább 10 másodpercnél. Egy befúvás során kb. 500-600 ml liter levegőt szeretnénk egyenletes erővel bejuttatni a betegbe úgy, hogy emelkedjen meg a mellkas.

A befúvást lehet szájból szájba és szájból orrba is végezni. Gyermekes esetében figyelni kell a méret és erőviszonyok közötti különbségekre. Ez igaz a mellkaskompresszióra is és a befúvásra is. Gyermekes esetében 5 befúvással kezdődik majd 15:2 arányban folytatódik az újraélesztés. Lehetőség szerint a mellkaskompressziókat egy kézzel végezzük. (Gulyás, 2020)

Amennyiben félautomata defibrillátorral végezzük az újraélesztést, a beteg nyakáról távolítsuk el az ékszereket. Ha van órája és gyorsan ki tudjuk csatolni azt is vegyük le. Mivel az eszköz elektrosokkot ad le ezért az ékszer megégeti a bőrt. Az eszközt a zöld gombbal kapcsoljuk be és a sérült mellkasára kell felhelyezni az elektródákat. Gyermek esetén van egy másik elektróda, amit használni lehet, de ez nem minden defibrillátor tartalmazza még. Miután felhelyeztük az elektródákat a gép kiértékeli az eredményeket. Addig a rövid ideig, amíg ez tart nem szabad mozgatni a beteget. Miután kiértékelte a gép a monitoron mutatja a pulzusát, ha van. Egyébként minden utasítást elmond a gép magyarul. Ha sokk leadása indokolt, akkor meg kell győződni, hogy senki nincs a beteg közvetlen közelében és senki nem érhet hozzá. Elektrosokk akkor indokolt, ha halálos szívritmuszavar jelentkezik. Sokk leadása után folytatni kell a manuális újraélesztést, hogy a szív a megfelelő szinuszritmusában újra indulhasson. A gép kettő percenként tölt újra, aminek hangja is van és adja a további utasításokat.

7 A KÉPZÉS

Egy olyan képzési rendszert szeretnék dolgozatommal megvalósítani, amely érthető a vagyonőrök számára és könnyen elsajátítható. Ezt a képzést szeretném három részre szedni méghozzá „Tier” szintekre. A szintekre bontás pontosan a könnyebb megértés érdekében történik. Ha nem lenne szétosztva a képzés és mindenkitől egységesen mindent elvárnánk abból katasztrófa lenne. Nem mindenkinek van érzéke az efféle dolgokhoz és tőlük nem lehet azt követelni, hogy mindennel tisztában legyenek, mint az arra szakosodottak. A Tier 1-es (T1) szintbe szeretném a legalapvetőbb dolgokat és elsősegélyellátó metodikákat belefoglalni. Mindenképpen bele kell építeni ebbe a szintbe a sérültellátás előtti lépéseket. Kezdve azzal, hogy meg kell arról győződni biztonságos-e a helyszín. Amennyiben nem biztonságos a szükséges védőfelszerelések hiányában, illetve a vezető engedélye nélkül nem szabad megkezdeni a betegellátást. Különben a vagyonőr veszélybe sodorja magát és aztán már lehet őt is menteni kell. Taktikai megközelítést, illetően pedig fel kell ismerni az ellenséges szándékú személyeket és az, ahhoz tartozó protokoll szerint ellátni őket. Tudniuk kell az intézkedés helyes menetét, hogy előbb intézkednek a vendéggel szemben tehát egyfajta rendészeti feladatot látnak el majd, mint már említettem észlelik a sérültet és rendészeti-medíc feladatot látnak el. Végezetül pedig medic feladatot, ha vége az intézkedésnek és a helyszín is biztonságos. Meg kell tudnia közelíteni a beteget a megfelelő irányból a vagyonőrnek. Képesnek kell lennie felmérni a beteg állapotát az É.B.E.R. skála alapján. Ha eszméletlen beteget kell ellátnia az ABCDE elvből az ABC szerint tegye ezt meg. Ha nem eszméletlen a beteg, akkor alakítsa ki vele a szükséges kommunikációt és SAMPLE módszert használja, hogy minden fontos információ a birtokában legyen, hogy azt gyorsan át tudja adni a kikerkező mentőszolgálatnak. Tudjon ellátást nyújtani a hőártalmakat elszenvedett vendégek részére. Mindenképpen ismerje a fektetési módokat és a manuális légútbiztosítás technikáit és szabályait. Ne essen abba a hibába, hogy egy magasból leeső embert ijedtében stabil oldalfektetésbe tesz, mert ott gerincsérülés gyanúja áll fent. A fuldokló személyen tudjon segíteni a leírt technikák alapján. Legyen a vérzések megkülönböztetése is az ismeretei között és ezek ellátása mert nem mindegy, hogy nyomókötetést vagy fedőkötetést kell felhelyezzen. Artériás vérzés esetén ismerje a végtagokon lévő artériás nyomópontok helyét és funkcióját. Merjen beletérdelni ezekbe a pontokba, ha nem áll a rendelkezésében érszorító és nem tudja az szakszerűen helyettesíteni az övével. Végül pedig, de nem utolsó sorban ismerje a reanimáció menetét, mint manuálisan, mint pedig defibrillátorral. Rengetegnek tűnhet az, amit most

leírtam, de ezek a dolgok a legalapvetőbbek és nem mindegyiket határoztam meg. Az alap elsősegélynyújtásban is rengeteg mindenre kell készülnie az embernek, mert bármi megtörténhet bárkivel. A vagyonőröknek pedig a cégek készítsenek egy olyan kártyát, ami a szerintük legfontosabb dolgokat tartalmazza képek formájában lépésről lépésre. Ezzel segítve a biztonsági őrök abban, hogy semmit ne csináljon rosszul és ne felejtse el. Akár azt is bele lehet írni, hogy a beteghez már menet közben vegye fel a gumikesztyűt preventív jelleggel, hogy elkerülje az annak elszakadását. A kártyán legyen feltüntetve egy „*NE ESS PÁNIKBA!*” felirat, ami, ha csak az elsősegélyellátók 3%-át egy kicsit is megnyugtatja és megfelelő minőségű odafigyelésre ösztönzi őket már megérte. Ez a sérültellátó képzés a vagyonőrré válás alap követelményi rendszerébe legyen beleépítve.

A Tier 2 (T2) tehát a második szintje ennek a képzésnek legyen hosszabb és alaposabb. Erre tényleg csak a hozzá értő embereket válogassák be és azokat, akik akarják is ezt a dolgot és érdekli őket. Erre már a cégek saját finanszírozásukkal küldjék el az embereket. Az ebbe a szintbe tartozó emberek középen helyezkednek el, de ez nem azt jelenti, hogy tudásuknak is közepesnek kell lennie. Ők nem profik, nem is az a feladatuk és nem is olyan képzést kapnak, de tudásban álljanak közelebb a harmadik szinthez, mint az elsőhöz. Nekik már profin kell tudniuk az alap ellátási elemeket. Tudniuk kell az összes artériás nyomópont elnyomására, használniuk kell tudni a TQ-t és Izraeli kötszert. Fel kell ismerniük a gerincsérülteket. Az ABCDE rendszerből el kell tudni látniuk a c és ccABCDE betegeket is. Traumás eseteteket tekintve számukra elég az AB elv alapján sérülteket tudni ellátni. El kell tudni látniuk az alkohol és drog által okozott mérgezéseket. Ezeket ki is kell szűrniük, és mivel ebben a szakmában a vendégeket kell figyelni csak előnyt jelent, ha egy kicsit orvosi szemmel is tekintünk rájuk.

Végül pedig a Tier 3 (T3), ami már instruktori szint is azon kívül, hogy alaptudásban is bőven túlesz az előző kettőn. Az instruktori képzés azért hasznos, mivel, ha továbbképzést tartanak vagy egy ismétlést az elsősegélynyújtási ismeretekből azt képesek lesznek leoktatni és elintézni cégen belül. A harmadik kategóriába tartozik minden egyes pont, amelyet dolgozatomban leírtam a sérültellátásról. Ezen kívül még tovább kell képezniük ismereteiket, mivel mint mondtam, a dolgozat terjedelme nem teszi lehetővé, hogy minden lehetséges dologról számot adjak és azt hosszasan kifejtsem. Ennek a szintnek a profizmust kell tükröznie, a vezetők mindenképpen egy ilyen volumenű képzésben kell, hogy részesüljenek, ahhoz, hogy minden körülményre a lehető legnagyobb hozzáértéssel tudjanak reagálni. Nekik tényleg a maximumot kell hozniuk egy elsősegélynyújtó szituációban és mindenképpen addig életben tartani a beteget, amíg nem érkezik meg egy magasabb szintű ellátócsoporthoz a helyszínre. Ehhez pedig

minden eszköznek a birtokukban kell lennie, ezért rendelkezniük kell egy kisebb IFAK csomaggal a cég nagyobb elsősegélynyújtó táskáján kívül, hogy az mindig elérhető helyzetben legyen.

7.1 Megvalósítás

Vonház Bálinttal folytatott beszélgetésem során megkérdeztem mit gondol erről az általam kidolgozott képzésről és ennek a szintjeiről. Egyetértett magával az ötlettel, de elmondta az első szintbe a legegyszerűbb dolgokat kell beletenni, mivel a vagyonőrök közül rengetegen nem fogják megérteni azt, hogy mit is kellene csinálniuk. A kártyás ötletemre azt mondta, hogy az azért nem valósulhat meg mivel sok vagyonőr éles helyzetben elfelejti majd használni vagy olyan helyre rakja el, ahol meg sem találja, illetve elhagyja. Elmondása alapján a T2 szint nem tudna megvalósulni, mivel ingáznak az emberek. Arra a kérdésemre, hogy a csoportvezetők kapják ezt meg azt mondta, hogy ők sem állandó emberek és nem állandó csoportvezetők sem. A cég így nem finanszírozná meg nekik, maximum 1-2 embernek. Megkérdeztem tőle, hogy elképzelhetőnek tartja-e viszont azt, hogy a T3-as szintet elvégezzék a vezetők. Erre igennel válaszolt és kifejtette, hogy a vezetőknek mindenképpen rendelkezniük kellene egy ilyenfajta szintű egészségügyi képzéssel. Azt is elképzelhetőnek tartotta, hogy nekik legyen egy IFAK csomagjuk. Megtudtam tőle, hogy a vagyonőr, ha valamilyen balesetet észlel előbb a vezetőnek kell szólania és majd a vezető megmondja neki a további teendőket és hív mentőt, ha szükséges. Pont ezért lenne jó, ha minél több vezető rendelkezne ilyen magas ismeretekkel, hogy már telefonon koordinálni tudja a beosztottját, hogy mit csináljon. Illetve természetesen a vezető is képes beavatkozni a mentők kiérkezéséig, ha az szükséges. Elképzelésem szerint egy ismétlés megvalósulhatna fél évente különböző időpontokban, azonban erre interjúalanyom azt mondta a gyakorlatban ilyen nem lehetséges. Évente valósulhatna meg az ismétlés egy napba sűrítve mindent nagy csoportosan.

8 ÖSSZEGZÉS

Dolgozatomban bizonyítást nyert, hogy a személy és vagyonvédelemben dolgozók részére elengedhetetlennek kell lennie egy átfogó egészségügyi képzésnek, amelyet a vagyonőri vizsga megszerzése előtt több napban is oktatnak. Ezzel a rendezvényeken nőne a biztonság, a vagyonőrök az egészségügyi ellátók segítségére lennének és végül, de nem utolsó sorban növelné a szakmaiságot. Ha ez megvalósulna és sikereket érne el, akkor a szakma lerázná magáról a sztereotípiákat is. Azok a cégek, biztosan népszerűbbek lennének, akik baleseti szituációkban is tudnának jeleskedni és akár életeket is menteni.

A különböző fejezetekben bemutatásra kerültek a komplementer rendszer szereplői, a biztonság fogalma és annak értelmezése, a különféle medicinák, a rendezvényeken előfordulható sérülések és balesetek fajtái. Ezek ellátására szolgáló taktikai elemek és módszerek eszközökkel és eszközök nélkül.

Kutatásomat szakirodalmakból, mint cikkek és könyvek, mélyinterjúkból, már meglévő ismereteimből és tényleges gyakorlatokból készítettem. Ez idő alatt sikerült mélyebb betekintést nyernem a magánbiztonságba, illetve az elsősegélynyújtásba. Utóbbiból tényleges gyakorlati elemeket is képes voltam elsajátítani, hogy ezáltal is hitelesebb képet tudjak átadni a témáról.

Bebizonyítottam, hogy a vagyonőröknek fejleszteni kell a képzésükön kezdve az egészségügyi képzéssel. Vonház Bálinttal folytatott interjúm során kiderült, hogy nem feltétlen abban a hármas osztályozásban tudna megvalósulni a képzés olyan elemekkel, amiket leírtam. Azonban kettő szintes formában megvalósítható és meg is kell valósítani, mivel egyre nagyobb kihívásokkal kerül szembe a személy és vagyonvédelmi terület. A kihívásokra pedig mindenképpen reagálni kell, és meg kell előzni az esetleges problémákat. Sok erőt kell folytatni a prevencióra, de akkor is képesnek kell a vagyonőröknek lenni a feladatuk ellátására, ha rendkívüli események következnek be.

Remélem a dolgozatomat olvasók részére könnyen érthetően tudtam átadni a szükséges információkat és remélem az ő ismereteiket is kiegészítettem, vagy megerősítettem az elsősegélynyújtási ismeretekkel.

Személyes véleményem szerint is egy összefoglaló képet tudtam adni a témáról. Megvalósítható az elképzelés, de biztosan kell hozzá néhány év, mert egy olyan taktikai átfogó képzést kell majd kreálni, amely megállja a helyét a 21. századi kihívásokkal szemben.

Továbbá úgy vélem, akár egy vagy több emberen segítünk, akár egy vagy több ember életét mentjük meg, azzal saját magunk egy apró kis darabját is megmentjük.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Gubicza J., Péter Z. (2023) „A kárhelyszín egészségügyi ellátásra történő felkészítés rendszere, a Disaster Medic képzési struktúra kialakítása, hasznosíthatósága: Mottó »Aegroto dum anima est, spes est (Amíg a beteg lélegzik, van remény«) Cicero”, *Védelem Tudomány a Katasztrófavédelem online szakmai, tudományos folyóirata*, 1(4), o. 284-296.

<https://ojs.mtak.hu/index.php/vedelemtudomany/article/view/13047>

(Elérés:15szeptember2024).

Keresztes D., WothG., NagyB. J., Farkas J., NémethZ., Maróti P., RendnekiM. és RendnekiS. (2023) „Kárhelyszíni elsősegélynyújtás - a disaster medic képzés első tapasztalatai tűzoltók körében”, *Védelem Tudomány a Katasztrófavédelem online szakmai, tudományos folyóirata*, 2(1), o. 204-216.

<https://ojs.mtak.hu/index.php/vedelemtudomany/article/view/13079> (Elérés:

15szeptember2024).

S. Hakeem (2019) New combat lifesavers certified;

<https://www.nationalguard.mil/News/Overseas-Operations/Article/1994914/new-combat-lifesavers-certified/> (Utolsó letöltés: 08/09/2024)

M. Flynn (2014) Combat Lifesaver Course trains Soldiers to save lives on, off battlefield;

https://www.army.mil/article/130979/combat_lifesaver_course_trains_soldiers_to_save_lives_on_off_battlefield (Utolsó letöltés: 08/09/2024)

Brandbook (2020) Maslow-piramis: Mi motivál és miért? (régi és új modell);

<https://www.brandbook.hu/2020/06/maslow-piramis> (Utolsó letöltés:08/09/2024)

fmc (2022) Fakivágás, életmentés, tűzoltás – fehérvári tűzoltók nyerték a szakmai

versenyt; <https://www.fmc.hu/2022/06/02/fakivagas-eletmentes-tuzoltas-fehervari-tuzoltok-nyertek-a-szakmai-versenyt> (Utolsó letöltés: 08/09/2024)

ORFK Kommunikációs Szolgálat (2016) Police Medic bemutató a Pécsi

Tudományegyetemen; <https://www.police.hu/hu/hirek-es-informaciok/legfrissebb-hireink/szervezeti-hirek/police-medic-bemutato-a-pecsi> (Utolsó letöltés:

10/09/2024)

- Bács-Kiskun Vármegyei Rendőr-főkapitányság (2020) Segített a Police Medic képzésben részesült nyomozó; <https://www.police.hu/hu/hirek-es-informaciok/legfrissebb-hireink/helyi-hirek/segített-a-police-medic-kepzesben-reszesult> (Utolsó letöltés: 10/9/2024)
- HAON (2023) Rekordot döntött idén a Campus Fesztivál; <https://www.haon.hu/helyi-kultura/2023/07/haon-debrecen-campus-fesztival-rekord-zaras-elmany> (Utolsó letöltés: 01/09/2024)
- Tálas P. (2017) Biztonság; <https://lexikon.uni-nke.hu/szocikk/biztonsag-2/> (Utolsó letöltés: 01/09/2024)
- Szabó L. (2013) Mi a biztonság?; <https://www.securinfo.hu/termekek/biztonsagi-szolgalat-az-eloero-eszkozei/942-mi-a-biztonsag.html> (Utolsó letöltés: 01/09/2024)
- Szilvásy György P. (2024) Mezőőr; <https://lexikon.uni-nke.hu/szocikk/mezoor/> (Utolsó Letöltés: 05/09/2024)
- Szilvásy György P. (2024) Hivatásos vadász; <https://lexikon.uni-nke.hu/szocikk/hivatasos-vadasz/> (Utolsó letöltés: 05/09/2024)
- Szilvásy György P. (2024) Hegyőr; <https://www.lexikon.uni-nke.hu/szocikk/hegyor/> (Utolsó letöltés: 05/09/2024)
- knp (2024) A Természetvédelmi Őrszolgálat feladatai; <https://www.knp.hu/hu/a-termeszetvedelmi-orszolgalat-feladatai> (Utolsó letöltés: 05/09/2024)
- Christián L. (2022) Komplementer rendészet. Budapest, Ludovika Egyetemi Kiadó. ISBN 978-963-531-686-1
- Hunka B., Kisiván Cs. (2018) Az elsősegélynyújtás kézikönyve. Budapest, Medicina Zrt. Könyvkiadó. ISBN 978-963-226-680-0
- Gulyás G. (2020) A taktikai sérültellátás alapjai. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó. ISBN 978-963-318-728-9
- Arisztotelész, (1984) Politika. Budapest, Gondolat Könyvkiadó. ISBN 963-281-365-0

Jogforrások

2012. évi CXX. törvény az egyes rendészeti feladatokat ellátó személyek
tevékenységéről, valamint egyes törvényeknek az iskolakerülés elleni fellépést
biztosító módosításáról
1997. évi XLI. törvény a halászatról és a horgászatról
2009. évi XXXVII. törvény az erdőről, az erdő védelméről és az erdőgazdálkodásról
1999. évi LXIII. törvény a közterület-felügyeletről
1997. évi CLIX. törvény a fegyveres biztonsági őrségről, a természetvédelmi és a
mezei őrszolgálatról
2005. évi CXXXIII. törvény a személy- és vagyonvédelmi, valamint a
magánnyomozói tevékenység szabályairól
2011. évi CLXV. törvény a polgárőrségről és a polgárőri tevékenység szabályairól
2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről; Btk. 166. § Segítségnyújtás
elmulasztása

Ábrajegyzék

1. ábra komplementer rendészet (Christián, 2022, p.66)	8
2. ábra Maslow-piramis (Brandbook, 2020).....	9
3. ábra tűzoltók sérült személyt mentenek szakmai verseny keretei között (fmc, 2022)	13
4. ábra CLS vizsga (Nationalguard, 2019).....	15
5. ábra Police Medic bemutató a Pécsi Tudományegyetemen (ORFK Kommunikációs Szolgálat 2016)	17
6. ábra a Police Medic táska és a karjelvény (Bács-Kiskun Vármegyei Rendőr-főkapitányság, 2020) 19	
7. ábra Rögbi fogás (saját készítésű).....	38
8. ábra Tálca fogás (saját készítésű).....	38
9. ábra fedőkötés jobb alkarra (saját készítésű)	42
10. ábra nyomókötés jobb alkaron (saját készítésű)	42
11. ábra TQ felhelyezésre jobb karra (saját készítésű).....	43
12. ábra Izraeli trauma kötszer felhelyezése jobb karra (saját készítésű).....	46
13. ábra első cipelési mód (saját készítésű).....	48
14. ábra második cipelési mód (saját készítésű)	49