

# A magyar szociálhigiénés munka

ELŐADTA JOHAN BÉLA

A tanfolyam vezetősége arra kért fel, hogy a magyar szociálhigiénés munka célkitűzéseit, eszközeit és szervezetét ismertessem. A szociálhigiénés munka határköveit kitűzni tulajdonképpen meglehetősen nehéz. Az egészségügyi rendészet és a modern, értelemben vett szociálhigiénés munka között ugyanis átmenet van; a határt nem lehet és nem is volna helyes túlságosan élesen meghúzni.

Szociális jelentőségűnek – vagy „népbetegségnek” – egy betegséget akkor szokás mondani, ha az a betegség széles néprétegeket illet, vagy nagyon gyakran fordul elő és ha az a betegség annak a néprétegnek a gazdasági helyzetében súlyosabb nyomokat hagy hátra.

Ha egy betegség bármily súlyos, de csak egy-egy embert illet, akkor azt a betegséget nem szokás szociális jelentőségű betegségnek nevezni. Szociális jelentősége tulajdonképpen minden betegségnek van, mert hiszen minden betegség többé vagy kevésbé a megbetegedettnek gazdasági helyzetére befolyást gyakorol. Itt van pl. az úgynevezett vészes vérszegénység, amely a májkezelés bevezetése előtt nem ritkán halállal végződött, – ezt nem nevezzük szociális betegségnek. Viszont azt a vérszegénységet, amely pl. az ólom munkásoknál, vagy a nyomdaiparban dolgozó munkásoknál fordul elő, szociális jelentőségűnek tartjuk. Vagy példaképpen emlitem az influenzát. Ez – a nagy járványoktól eltekintve – aránylag könnyű lefolyású megbetegedés, rendszeren nem okoz sok halálozást. Átlag 2-3 évenként január-február hónapokban az influenza megbetegedések száma rövid idő alatt erősen emelkedik. A társadalombiztosító intézetekben ezekben a hónapokban az orvosoknak az elfoglaltsága erősen megnő, a gyógyszerszámla megnövekszik, a kifizetett táppénz erősen megterheli az intézetek költségvetését. Az influenza tehát enyhe megbetegedés, mégis azért, hogy nagyon sok embert von el a keresetétől, keresetkiesést, sőt sok kiadást jelent, – a szociális jelentőségű betegségek típusát mutatja.

Népbetegségnek szokás nevezni a tuberkulózist, a nemibetegségeket. Ebbe a csoportba szokás sorolni a rákot, a csecsemőhalálozást, a reumát. De ezeken túl is ki kell terjesztenünk a betegségeknek azt a kategóriáját, amelynek szociális jelentősége van. Itt rámutatok egy, hazánkban – sajnos – elég gyakori megbetegedésre: a hastifuszra.

A hastifusz jelenleg évenként kb. 10.000 megbetegedést okoz. Ha figyelembe vesszük azt, hogy egy hastifuszban megbetegedett ember átlag hat hétig munkaképtelen, akkor ez 10.000 betegnél kb. 420.000 munkanap-kiesést jelent. 1932-ben 22.000 tifusz megbetegedés fordult elő. Nem voltunk akkor nagyon messze az 1.000.000 munkanap-kieséstől. Ennek kétségtelenül igen nagy nemzetgazdasági jelentősége van, különösen, ha tekintetbe vesszük azt is, hogy a tifuszos megbetegedések egy része akkor mutatkozik, amikor még erős mezőgazdasági munka folyik. Magyarországon tehát a hastifusz-

megbetegedéseket joggal sorolhatjuk a szociális szempontból is fontos megbetegedések közé.

Meg lehetne kísérelni és meg is tették amerikai szerzők, hogy pénzben fejezték ki azt a veszteséget, amely a nemzetet éri bizonyos szociális megbetegedések folytán előállott munkaképtelenség, vagy halálozás következtében. Reá szeretnék mutatni arra, hogy Magyarországon még ma is évenként kb. 23.000 csecsemő pusztul el egy éves koron alul. Az anya 9 hónapig van áldott állapotban és ez idejének egyrészében a munkaképessége erősen csökkent. Vannak vidékek, ahol az anyánál az egyik áldott állapot a másikat követi. A mérleg másik oldalán azt látjuk, hogy vannak még ma is községek, ahol a csecsemőknek még ma is 25-30%-a egy éven belül meghal.

De tovább megyek! A 15 éven alul elhaltak aránya az összes halálozások 25.6 százaléka, ami óriási vérvesztést jelent a nemzet szempontjából. A nagy csecsemőhalálozás a nemzet szempontjából igen szomorú és komoly dolog és olyan kérdés, amivel államnak és társadalomnak továbbra is komolyan kell törődnie. Ha azonban nemzetgazdasági szempontból nézem a halálozást, akkor azt kell mondanom, hogy egy fejlődő élet pusztulása annál nagyobb veszteséget jelent, minél közelebb van az a produktív korhoz.

Nézzük már most azt, hogy hazánkban a népbetegségeknek, ezeknek a szociális jelentőségű megbetegedéseknek a leküzdése céljából milyen *szervezet* áll a rendelkezésünkre és ezzel a szervezettel lehetett-e már eddig is eredményeket elérni?

A szociálhigiénés munka céljára hazánkban két szervezet áll rendelkezésre. Az egyik a *hatósági orvosi személyzet*, illetőleg *szolgálat*, a másik pedig az úgynevezett *egészségvédelmi személyzet*, illetőleg *szervezet*. Ez a két szervezet hosszú időn keresztül egymástól függetlenül, egymás mellett, egymással parallel, fejlődött ki és dolgozott. A szociálhigiénés feladatok és célkitűzések szaporodásával nyilvánvalóvá lett, hogy e két szervezet között az eddiginél szorosabb kapcsolatot kell létesíteni. Ez szükségessé tette a hatósági orvosi szolgálat bizonyos fokú átszervezését. A *hatósági orvosi személyzet* két részre tagozódik: a tiszti orvosi karra és a városi-, községi-, illetőleg körorvosok csoportjára.

A hatósági orvosi szolgálatban az 1936. IX. törvénycikk igen lényeges változtatást hozott létre. Ez főleg a tiszti orvosi szolgálatra vonatkozik. Ezek közül a leglényegesebb a *tiszti orvosi szolgálat államosítása*.

A tiszti orvosi szolgálat államosításának elsősorban a tiszti orvosi személyzet szelekciója szempontjából volt igen nagy jelentősége. Ez szorosan összefügg a tiszti orvosok képzettségének kérdésével.

A tiszti orvosok képzése 1928-ban nagy átalakuláson ment át, amidőn az addigi 3 hónapos és inkább elméleti tanfolyam helyébe 9 hónapos tanfolyam állított be. Azelőtt a tiszti orvosi tanfolyam hallgatói napjuknak csak egy részét töltötték a tanfolyamon. A hallgatók gyakran egyetemi tanársegédek, kórházi segéd- és alorvosok voltak, akik állásukkal járó elfoglaltságuk mellett végezték el napi pár órai előadás hallgatásával a tiszti orvosi tanfolyamot.

A közegészségügyi feladatok és célkitűzések fejlődésével ez rövidesen nem bizonyult elégségesnek és ezért 1928-tól, az Országos Közegészségügyi Intézetnek a felállításától kezdve 9 hónapos tiszti orvosi tanfolyamot szerveztünk. Ebből 5 hónap elméleti és részben gyakorlati tanfolyam, négy hónap pedig tisztán gyakorlati tanfolyam, amely idő alatt a hallgatók a székesfőváros tiszti főorvosi hivatalában, illetve kerületi tiszti

orvosi hivatalaiban, egy kisebb városban, de különösen falusi egészségügyi szolgálatban kapnak gyakorlati kiképzést. Eleinte ez kissé szokatlan volt, de egy példával mutathatók rá ennek fontosságára. Senkisé tudja ma már elképzelni, hogy a belgyógyászatot tisztán csak a tanteremben lehetne tanítani. Az orvostanhallgatót oda kell vinni a kórházban, a: klinikán a beteghez, s ott, a betegen kell bemutatni a betegség jeleit, s a betegen kell bemutatni a gyógyítás módját és a gyógyulás folyamatát. Épen így lehetetlen a közegészségügyi szolgálatokban tisztán tanteremben, előadásokon képezni az orvosokat. Ki kell őket vinni az életbe és ott meg kell mutatni a leendő tisztí orvosnak az adódó problémákat és azoknak gyakorlati megoldási módját. S meg kell ismertetni őket az egészségügyi rendszert kérdésein kívül a szociálhigiénés munka gyakorlati módszereivel is.

A tisztí orvosképzés új rendjének bevezetése óta hazánk egészségügyének vezetői, a tisztí orvosi pályára készülő orvosokat a 9 hónapos tanfolyamon és az azt követő vizsgákon jól megismerik, s így megvan a lehetősége a legjobb emberek kiválasztásának.

A másik nagy változás, amely 1936. július 1-vel a tisztí orvosi szolgálatban bekövetkezett: *a tisztí orvosoknak a magánorvost gyakorlattól való eltiltása*. Ez az intézkedés annak idején bizonyos kritikát váltott ki. Azt mondták, hogy a tisztí orvos, ha gyakorlatot nem folytat, elszakad az élettől, elszakad a betegről, nem fogja tudni fenntartani a kapcsolatot az orvosokkal és az orvosok gondolatkörétől is nagyon el fog szakadni. Közel 3 éves tapasztalat alapján mondhatjuk, hogy ez nem következett be. Tisztí orvos hazánkban csak az lehet, akinek az életben már orvosi tapasztalatai voltak. Az 1936: IX. törvénycikk kimondja, hogy tisztí orvosnak csak az nevezhető ki, aki előzőleg 5 éven át mint községi- vagy körorvos, vagy ezzel miniszteri rendeletben aequivalensnek tekintett állásban szolgált. Így egyrészt megismerte a hatósági orvosi szolgálatot legelső fokozatán, másrészt pedig az életben bőséges orvosi tapasztalatot is szerezhethet.

A tisztí orvosoknak a magánorvosi gyakorlattól eltiltására elsősorban azért volt szükség, hogy egész idejüket a közegészségügyi munkának szentelhessék. A tisztí orvosra a közegészségügyi szolgálat kiépítésével, illetőleg átszervezésével kapcsolatban olyan feladatok is hárultak, amelyek azelőtt nem voltak a kezükben. A szociálhigiénés, az úgynevezett egészségvédelmi munkára gondolok, amelynek rendszeres kiépítése az egész országban, különböző ágazataiban, alig 5 éve kezdődött el. Ennek szervezésében és kiépítésében az oroszlanrész a tisztí orvosokra vár.

Indokolt volt a tisztí orvosoknak a magánorvosi gyakorlattól eltiltása azért is, mert a tisztí orvos nem egyszer kerülhetett inkompatibilis helyzetbe a magánbetegeivel kapcsolatban, ha az illetők üzemében, vendéglőjében stb. hatósági orvosi minőségben kellett eljárnia. De nehéz helyzetben volt nem egyszer a kollégáival szemben is, akik néha úgy vélték, hogy a tisztí orvosok a vidéki magánorvosi gyakorlat versenyében előnyt élveznek abból a tényből kifolyólag, hogy ők hatósági orvosok is.

Egy további rendezendő kérdés: a *községi orvosok* problémája volt. A községi orvosok azelőtt nem egyszer egyetemről nemrég kikerült fiatal orvosok voltak. A múltban elég gyakran azok az orvosok mentek ki a falura, akik másképpen a nagyobb helyeken elhelyezkedni nem tudtak. Bár ezek közül igen sokan később autodidaxis vagy továbbképző tanfolyamok hallgatása útján igen jó gyakorló orvosok lettek, mégis ezt a helyzetet így fenntartani nem lehetett. Változtatni kellett ezen, és pedig azon elgondolás alapján, hogy a községi orvos elég gyakran az illető község egyedüli orvosa, az az orvos tehát, akire egy egész község lakosságának egészsége – szinte azt mondhatnám – élete vagy halála reá van bízva. Azt hiszem, nem túlzás, ha azt mondom, hogy a falura ezen elgon-

dolás és eme tények alapján tulajdonképpen a legjobb orvosokat kellene kivinnünk, mert hiszen, ha egy kórházban az egyik orvos téved a diagnózisban, a mellett többnyire van egy másik, vagy harmadik orvos is, aki észreveheti a tévedést. Ha azonban ott a faluban az az egy orvos nem ismeri fel a betegséget, például nem ismeri fel a heveny vakbélgyulladás, akkor az a beteg ember – szinte azt mondhatnám – halálra van ítélve. Ebből kellett tehát kiindulnunk, s a hatósági orvosi állást az eddiginél kívánatosabbá kellett tenni.

Ebben a vonatkozásban státuszrendezést egyelőre nem sikerült keresztülvinni. Sikerült azonban egy másik gondolatot pár év óta belevinnünk a községi orvosi szolgáltatba, illetve a községi orvosi alkalmazásokba. Azelőtt a községi orvosok alkalmazása választás útján történt. Közismert, hogy ezeknél a községi orvosi választásoknál a dolog természetéből kifolyólag nem a szakszemponatok érvényesültek, hiszen azok a szervek, amelyek a választást végezték, nem is voltak alkalmasak arra, hogy szakszemponatok szerint ítéljék meg a pályázókat. Épen ezért a törvényhozás 1936-ban megváltoztatta ezt a rendszert és azóta kinevezés alapján kerülnek a községi orvosok ezekbe az állásokba. Ez lehetővé tette a szakszemponatok érvényrejuttatását.

Jól képzett és anyagi okokból állás elfoglalására nem szoruló orvosok azért nem mentek azelőtt szívesen a községi orvosi állásokba, mert nagyon messze kerültek a kultúrától. A választási rendszer mellett az volt a helyzet, hogy egy orvos, ha egyszer kijutott egy kis faluba, igen nehezen került el onnan, – szinte azzal számolhatott, hogy egész életét ott töltheti. A kinevezési rendszer ezt megváltoztatta.

Egy másik probléma, amely az orvosokat a falun letelepedéstől visszatartotta: a községi orvos lakás kérdése. Közismert, hogy milyen nehéz faluhelyen orvos számára elfogadható bérlakást kapni. Megfelelő községi orvosi természetbeni lakás pedig sok községben nincs. Ebből a szempontból haladást jelentett az, hogy másfél évvel ezelőtt vitéz Imrédy Béla, a Nemzeti Bank akkori elnöke és vitéz Keresztes-Fischer Ferenc, a Pénzügyi Központ akkori elnöke, társadalmi forrásból tekintélyes összeget szereztek, amelyet Faluszociális Alap néven kezelünk. Ennek egyik rendeltetése az, hogy segítségével a falvakban községi orvosi lakásokat építsünk. Ez az akció megindult, de a tavalyi őszi nyugtalan idők miatt kissé lassan haladt. Törekszünk segíteni a községet, hogy kölcsönt vehessen fel az OTI-től, vagy a MABI-től. Ez az aránylag jutányos kölcsön hosszú időre szól. Ennek törlesztésére a község leköti a községi orvos lakáspénzét 25 évre. Az így szerzett összeg – kb. 6.000-8.000 P – még nem elég orvosi lakás építésére. A mutatózó hiányt a Faluszociális Alapból pótoljuk. Ha az orvos részére sikerül falun jó lakást biztosítani, akkor ma többnyire sikerül oda jó orvost is kapnunk.

A községi orvosi kérdéssel kapcsolatban még egy problémát kellett megoldanunk, amely szintén a hatósági orvosok szociális helyzetével kapcsolatos. A községi orvosi állásokat többnyire nőtlen orvosok nyerik el. Később megnősülnek, gyerekek születnek. Ameddig kicsinyek a gyermekek, nincs különös probléma, amikor azonban kezdenek felnőni, a gyermekek neveltetési, iskoláztatási problémái mind súlyosabbá és súlyosabbá lesznek.

Az elmúlt évben sikerült a belügyminiszternek bizonyos számú új kör- illetve községi orvosi állást szerveztetnie. Ezelőtt az volt a nehézség, hogy új községi- illetve kör-orvosi állás szervezése esetén az ebből származó többkiadást teljesen az érdekelt közegeknek kellett viselniük. Tulajdonképpen paradox a helyzet: minél szegényebb egy község, többnyire annál inkább van szükség orvosra, viszont orvost szereznie annál

nehezebb éppen mert szegény, minthogy a község pótdója olyan magas, hogy nem lehet az orvos illetményeit beállítani a község költségvetésébe. Tehát a szegény község, ahol esetleg sok a betegség is, és talán éppen azért szegény, mert ott nagyon sok a betegség, – nem tudott orvost kapni, mert nagyon szegény. Ez a *circulus vitiosus* állott fenn. Vitéz Imrédy Béla miniszterelnök és vitéz Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter ezt rögtön átlátták és az állami költségvetésben évi 540.000 pengőt bocsátottak rendelkezésre abból a célból, hogy azokban a községekben, ahol nagy a szegénység, s e miatt ott orvost beállítani nem lehetett, alkalmazhassunk orvost és államsegélyből pótoljuk, illetve adjuk meg a községnek azt a pénzt, amely az orvos fizetésére szükséges. Munkatársaim rövid idő alatt átszervezték az ország közegészségügyi (kórorvosi) köreit. Az eddigi 945 községi kórorvosi állás számát 206-tal szaporítottuk, ami aránylag elég tekintélyes szaporításnak mondható. Felvetődött a kérdés, vajjon fogunk-e kapni orvost erre a 206 állásra. Azt mondták, hogy nem fogunk kapni, s nekem is voltak bizonyos aggodalmaim. Ezért kérésemre az orvosi kamara tagértekezletet hívott egybe, ahol ismertettem a belügyminiszter „orvospolitikáját”. Közöltem, hogy az egészségügyi kormányzatnak az 1936: IX. te. 16. §-a alapján ma már módjában áll az orvosok elhelyezkedését irányítani, mert hiszen a belügyminiszter kezén megy át az orvosi állásokra való alkalmazások közel 90 százaléka. Közöltem az orvoskollégákkal, ne számítsanak arra, hogy nagyobb helyre kerülhetnek, ha nem kezdik künn a falun, kis helyen. Az orvosok számára az út a nagyobb községekbe és a városokba a kis községeken keresztül vezet. Ennek az lett a következménye, hogy a 206 állásra közel 900 kérvény érkezett be.

A falu orvosokkal való ellátásának kérdését a különböző országokban különbözőképpen oldották meg. Törökországban, Bulgáriában, Lengyelországban és Romániában törvényt hoztak, amely lényegileg azt mondotta ki, hogy minden orvosnak falun kell bizonyos időt töltenie. Nálunk nem volt erre szükség, mert általában az orvosok alkalmazása, az „orvosok irányítása” egy fórum, a belügyminiszter kezében van, aki konzekvensen keresztül viszi, hogy ha egy kis községben már állásban lévő községi (kórorvosi) orvos pályázik nagyobb helyre, akkor annak előnye van olyanok felett, akik még nem voltak állásban, – feltéve természetesen, hogy az illető a szolgálatát megfelelően látta el.

A szociálhigiénés munka másik súlyos problémája az *egészségügyi védőnők* kérdése volt. Az orvosnak egészségvédelmi munkájában épúgy szüksége van egészségügyi védőnőre, mint a kórházi orvosnak ápolónőre.

Az egészségvédelmi munka nálunk elsősorban a következő három tagozatból áll: Anya- és csecsemővédelem, iskolás gyermekek egészségvédelme és tuberkulózis-gondozás. Ezek közül nálunk is, külföldön is először az Anya- és csecsemővédelem, illetve főleg a csecsemővédelem indult fejlődésnek. Utána egy idő múlva, vagy helyenkint majdnem vele egyszerre: a tuberkulózis gondozás, míg az óvodáskorú és iskoláskorú gyermekek gondozása csak később indult meg.

Az egészségvédelem fejlődésének ez a menete oda vezetett, hogy a nagyvárosokban, nálunk elsősorban Budapesten három szervezet épült ki egymás mellett: anya- és csecsemővédelmi szervezet, óvodáskorú és iskoláskorú gyermekek gondozását és a tuberkulózis elleni küzdelem céljait szolgáló szervezet. Később – esetleg külön szervezet alakjában – többfelé megindult a nemibetegségek elleni küzdelem.

A szociálhigiénés munkának a tagozódásából származó nehézségek akkor kezdtek mutatkozni, amikor a szervezésben a falvakra került a sor. Kiderült, hogy a falvakban lehetetlen egymás mellett három ilyen egészségvédelmi szervezetet kiépíteni. Lehetetlen

különösen kisebb községben külön Anya- és csecsemővédőnőt, külön tuberkulózis-gondozónőt és külön iskolanővért beállítani. Lehetetlen a három intézmény számára három különböző épületet emelni. De igen gyakran lehetetlen egy faluban e három egészségvédelmi ágazatnak megfelelő három szakorvost találni, hiszen igen gyakran a kisebb falvakban csak egyetlen orvos van. De a falu e három különálló egészségvédelmi munka anyagi terheit sem bírja el. Ezért ezt a kérdést egyszerűsíteni, egységesíteni kellett.

Ezt az egységesítést szolgálta az úgynevezett *zöldkeresztes egészségvédelmi rendszer* bevezetése. A zöldkeresztes egészségvédelmi munka tulajdonképpen családi egészségvédelmi szolgálat, amelynek alap gondolata, hogy egy egységbe foglalja össze az összes egészségvédelmi ágazatokat és az egészségvédelem céljából nemcsak az anya vagy a csecsemő, nem egyedül a tuberkulotikus beteg, vagy az iskolásgyermek egészségvédelmét tekinti, hanem az egész család egészségvédelmének biztosítását.

Társadalmunk legkisebb egysége a család. A család egyes tagjai egészségügyi és szociális szempontból sokszor nem is tekinthetők külön egyedeknek. Hiszen az apának a keresetnélkülisége az egész családnak a szociális nyomorát jelenti. Az apának a tuberkulózisa az anyára, a csecsemőre, az iskolásgyermekre egyformán kiható probléma. A társadalommal foglalkozó minden munkában arra kell törekednünk, hogy a társadalomnak ezt a kis egységét lehetőleg megőrizzük, megtartsuk. Ezért kifogásolható a magyar gyermekvédelem rendszere, amely a családból nem egyszer – szociális okokból, anyagi elhagyottság címén – kiemeli a gyermeket és elhelyezi egy másik családban. 1929-ben megkísérelték, hogy az elhagyottá nyilvánított gyermeket saját családjában helyezték el. Ennek eredménye azonban az volt, hogy az elhagyottnak nyilvánított gyermekek száma fél év alatt kb. kétszeresére emelkedett. A szülőknél természetűl fogva megvan a gyermek iránti szeretet. A szülő ma többnyire csak akkor engedi elhagyottnak nyilvánítani a gyermekét, ha nagyon súlyos anyagi bajai vannak.

A gyermekvédelem rendszerének a családvédelem rendszerén kell felépülnie. A gyermeket akkor védjük legjobban, ha a családot képessé tesszük a gyermek eltartására, gondozására. Ennek legracionálisabb módja az, – ha lehetséges, – hogy keresetbe juttatjuk a családot. Ha pedig ez nem lehetséges, illetve ameddig ez nem sikerül, átmenetileg támogatjuk a családot, hogy gondoskodhassék a gyermekről. Utánanézzünk, hogy a kapott segítséget valóban erre használja-e fel? A gyermekek táplálásában a családnak nagy segítséget jelent, ha legalább ingyen tejet és cukrot tudunk adni. A kormány átlátta ennek jelentőségét és e célra jelentékeny összeget bocsátott rendelkezésre. Ez év január 1-e óta körülbelül 17,000.000 liter tejet és 148 vagon cukrot tudunk ingyen szétosztani. Ezáltal segítjük a szülőt, hogy otthon tarthassa gyermekét.

A szociálhigiénés munka szervezésével kapcsolatban újra hangsúlyozom, hogy nem szabad az egészségvédelmi és szociális munkát az egészségrendészeti munkától, a hatósági orvosi munkától elválasztani. A közigazgatást minél közelebb kell hozni a néphez, ezt pedig akkor érjük el legkönnyebben, ha a közigazgatás szerveit érdekeltté tesszük a szociálhigiénés munkában, s amit a közület pénzéből a népnek nyújtani tudunk, azt nem közvetve valamely társadalmi szerven át adjuk, hanem az erre a célra kiképzett hatósági apparátuson át. Ezt úgy érhetjük el, hogy a hatósági apparátust, a közigazgatási szolgálatot szociális gondolattal telítjük. Amikor ma mint elérendő célról a „szociális államról” beszélünk, akkor nem bízhatja a közigazgatás a szociális feladatok végrehajtását, a szociális igények kielégítését másra, ezt a munkát nem adhatja albérletbe, hanem

magának kell keresztülvinnie és akkor természetesen az elismerést is maga fogja elkönyvelhetni.

A szociálhigiénés munkakörben a csecsemővédelem fejlődött ki leggyorsabban. Az országos Stefánia Szövetség összes városainkban és a nagy községeinkben kiépítette védőintézeteit. Támogatta a Szövetséget a hatóságok megértése és a társadalomnak a gyermek iránt mindig melegen érző szíve. A csecsemőhalálozás csökkentése terén a Szövetségnek, s elsősorban lelkes országos ügyvezető igazgatójának, Keller Lajosnak igen nagy érdemei vannak. A Stefánia Szövetség védőintézeteivel kapcsolatban létesített szülőotthonok az anyavédelemnek is jelentékeny központja. Ott, ahol nagyobb kórházak és ezekben szülészeti osztályok nincsenek, kívánatos ilyen kis szülőotthonok létesítése.

A csecsemővédőmunkát a Szövetség orvosai és védőnői végzik. A védőnők statuskérdésével az egészségügyi kormányzat most foglalkozik.

Az országban a Stefánia Szövetségnek jelenleg 332 védőintézete működik 743 védőnővel.

A tuberkulózis elleni küzdelem valamivel később indult fejlődésnek. A székesfőváros 10 tüdőbeteg gondozóintézetén kívül az országban jelenleg 81 tuberkulózis diszpanzér működik. Hangsúlyozom, hogy a tuberkulózis gondozók hálózatát nem lehet – de tulajdonképpen nem is szükséges – annyira decentralizálni, mint a csecsemővédőintézeteket. Az egészségügyi kormányzat járónként és nagyobb városokként egy-egy tuberkulózisgondozót kíván felállítani, viszont súlyt helyez arra, hogy ezek Röntgennel legyenek szerelve, és légmellkezelést is lehessen bennük végezni. Mindennek természetesen az a feltétele, hogy a gondozót jól képzett szakorvos vezesse, – ezekben pillanatnyilag bizonyos fokú hiány mutatkozik.

Az iskolaegészségügyi munka, helyesebben az iskolásgyermek rendszeres egészségügyi gondozása jóval később fejlődött ki. Budapest székesfőváros ebben is vezet. Csak egy-két nagyobb város tudta e téren követni példáját. Egyébként az iskolásgyermek gondozását a városi vagy tiszti orvosok látják el. A vallás- és közoktatásügyi miniszter több város középiskolái részére iskolaorvosi és egészség-tanári állást szervezett. Az elemi iskolák egészségvédelmi szolgálatának ellátása a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatok egyik igen fontos feladata.

Nagyon érdekes fejlődést mutatott a falvakban az iskolafogászati munka. Igen egyszerű, három ládában hordozható felszerelést viszünk ki a falvakba, s ott bizonyos rendszer szerint a gyermekek fogát nemcsak megvizsgáljuk, hanem a szegénysorsúakét rendbe is hozzuk.

A szociálhigiénés munkát jellemzi, hogy benne az egészségügyi és szociális célkitűzések kapcsolódnak. Ennek igen jellegzetes gyakorlati példáját kívánom még ismertetni.

Már két éve biztosít a kormány fokozatosan emelkedő összeget a falusi szegénysorsú lakosság ingyen cukorral való ellátására. Ez év januárja óta pedig a rendelkezésre bocsátott igen tekintélyes összegű hitelből a falusi lakosság – főleg a gyermekek – bizonyos csoportjainak ingyentejjel való ellátása is megindulhatott. Ennek az ügynevezett *zöldkeresztes cukor- és tejakciónak* lényege, hogy szociális és egészségügyi indikáció alapján adunk a terhes anyáknak, a szoptató anyáknak, a csecsemőknek és a kisdedeknek s bizonyos kategóriákban az iskolásgyermeknek is havonta bizonyos mennyiségű cukrot és naponta bizonyos tej-kvantumot. Azt mondtam, hogy itt az egészségügyi indikáció is szerepel. Ez alatt azt kell érteni, hogy az anyagi okokból reászorulok közül azok részesülnek elsősorban ezekben az ingyen juttatásokban, akiknél az orvosi vizsgálat

gyenge tápláltságot vérszegénységet, vagy ezzel összefüggő más defektust talál. Csecsemőknél különösen fontos lehet bizonyos esetekben, hogy az orvos előírása szerint szükséges tej- és cukormennyiséget megkaphassa! Terhes anya csak akkor kapja meg ezt a napi tej-kvantumát, ha bizonyos időközökben, havonta egyszer, vagy kéthavonként egyszer a terhesrendelésen (az úgynevezett anyavédelmi tanácsadáson) megjelenik.

Az anyavédelem a fálvakban nagyon nehezen fejlődött ki, mert a magyar falusi asszonyok nagyon nehezen mennek el orvoshoz, amikor áldott állapotban vannak. Érdekes azonban, hogy az a cukor, amit a szegénysorsúaknak adunk – havonta 1 kg – és a tej – havi 15 l -, erősen fokozta a terhesrendelések forgalmát. Ugyanakkor bevezettük azt, hogy ezekben az intézetekben vért is vesznek Wassermann-vizsgálat céljából, hogy megállapítsuk, mennyi a lueszes fertőzöttség és hogy a fertőzött anyákat gyógykezelhessük. Az Országos Közegészségügyi Intézet most már több ezer ilyen vizsgálatot végzett a cukor- és a tejakció révén oda beédesgetett anyákon. Megállapítottuk azt, hogy a terhes anyáknak kb. 2 százaléka szifiliszben szenved. Hazánkban most egy év alatt körülbelül 190.000 szülés van. Eddigi vizsgálataink adataiból következtetve kb. 4.000 anya szenved szifiliszben. Ez nemcsak 4.000 anya betegségét jelenti, hanem azt is, hogy gyermeke vagy halva születik, – ez az esetek nagyobb része – vagy pedig vele született szifilisszel jön a világra. Viszont ha idejében kezelésbe vesszük az anyákat, akkor nagy valószínűséggel egészséges magzatok jönnek a világra. Hogy ezt a kezelést a legszegényebb betegnél is el lehessen végezni, bizonyos mennyiségű salvarsant és bizmuthot bocsátunk a védőintézetek rendelkezésére. Az áldott állapotban lévő anyákat tehát szociálisan látogatjuk, egyszersmind azonban egészségi vizsgálat, illetve ellenőrzés alá is vesszük őket s a megbetegedettek kezeléséről is gondoskodunk. Így kapcsolódik össze más vonatkozásokban is a szociális gondozás az egészségvédelmi munkával.

Önmagától felvetődik a kérdés: milyen *eredményeket* várhatunk, illetve remélhetünk a szociálhigiénés tevékenységtől? Erre bizonyos választ kapunk a mezőkövesdi járásban kb. 10 éve folyó zöldkeresztes egészségvédelmi munka eddigi eredményeinek vizsgálata alapján.

1927-ben, mielőtt a mezőkövesdi járásban az egészségvédelmi munkát, az úgynevezett zöldkeresztes munkát megkezdték volna, a Rockefeller Alapítvány itteni megbízottja, Mitchell, egészségügyi felvételt készített, amelyben leírta a járás szociális és egészségügyi helyzetét és ismertette e járás egészségügyi viszonyaira vonatkozó számadatokat. 1937-ben a Népszövetség egyik bizottsága foglalkozott ilyen egészségügyi adatok számszerű kifejezésének kérdésével, és feltette a kérdést, vajjon nem adnánk-e módot arra, hogy egyik statisztikusuk idejöhessen hozzánk Magyarországra és az egészségügyi adatfelvételnek ezt a módját, az úgynevezett egészségügyi jelzőszámok rendszerét nálunk kipróbálhassa. Így jött el hozzánk 1937-ben a Népszövetség Egészségügyi Osztályának támogatásával Stouman. Az első adatfelvétel 1927-ben volt, a második adatfelvétel tehát 10 évvel később. Közben pedig folyt a mezőkövesdi járásban az egészségvédelmi munka, amely tulajdonképpen a gödöllői és a mezőkövesdi járásban indult meg, s amelyet zöldkeresztes egészségvédelmi munka néven az egész országban törekszünk kifejleszteni. Megemlítem, hogy Mezőkövesd községben az Anya- és csecsemővédelmi munkát a Stefánia Szövetség végezte. Stouman munkájából idézek egy pár részt, aki az 1927. évi és az 1937. évi adatfelvétel adatait tanulmányában összehasonlította. Szerinte a mezőkövesdi járásban e 10 év alatt a csecsemőhalálozás görbéje igen nagy javulást mutat. A csökkenés 34.1 százalék, ami ilyen rövid idő alatt szerinte igen jó ered-



menynek mondható. Az országos csecsemőhalálzási arányszám ez alatt 17 százalékkal csökkent. Az egy- és kétéveseknél a javulás 333 százalék. A kettőtől-hat évesek csoportjában a halálzás arányszáma 33.6 százalékkal javult. Stouman szerint ez idő alatt a járásban az általános helyzet nem javult, sőt a búzaárak nagyfokú esésével a szociális helyzet inkább rosszabbodott és így szerinte az ott folyó „közegészségügyi munka hatóságának meggyőzőbb döntő bizonyítékát kívánni sem lehet” azt kell mondani, hogy gyorsabb és eredményesebb munkát az egészségvédelmi munkától kívánni nem lehetett volna. Azt mondja továbbá, hogy az általános halálzás arányszám csökkenése a mezőkövesdi járásban 22 százalékos volt, míg az egész országra vonatkozóan ez a csökkenés 14.5 százalék. „A mezőkövesdi járás példája bizonyította, hogy a csecsemők, a gyermekek és serdülők halálzás egy szegény és primitív falusi vidéken néhány év alatt harmadával csökkenthető, ha erre a munkára bár kisszámú, de tehetséges és lelkes, csak a legszükségesebb felszereléssel ellátott személyzet áll rendelkezésre és ezt az eredményt évenként és fejenként számítva 10 cent (kb. 50 fillér) költséggel lehet elérni.”

Azt hiszem, hogy a hazai kb. 10 éves rendszeres, szélesebbkörű szociálhigiénés munka mérlegét a következőképpen állíthatjuk fel: az elmúlt 10 év alatt sikerült megállapítani a szociálhigiénés munkának hazánkban használható rendszerét, kidolgozni a részletes munkamódszereket, felkelteni eziránt a kormány és a társadalom érdeklődését és megszerezni ezek támogatását. Stouman tanulmánya amellet szól, hogy jó úton haladunk. Hogy munkánk sikerét széles körben biztosíthassuk, meg kell még szerezünk, illetve állandóan biztosítanunk kell a munkához a *hatóságok támogatását*. Hogy ezt a támogatást megszerezhessük, ehhez szükséges az, hogy a hatóságok megtudják, miről van szó. Ezért örülök annak, hogy e tanfolyam hallgatói előtt a magyar szociálhigiénés munkáról szólhattam, mert így alkalmam nyílt arra, hogy a közigazgatásban dolgozókkal célkitűzéseinket, eszközeinket, munkamódszereinket megismertethessem és támogatásukat kérhetem.