

MAGYAR MILLENNIUM

Gyógyszerészet 44. 418–420. 2000.

AZ ORVOSI MÚLT MÉRFÖLDKÖVEI Anya- és csecsemővédelem – iskolaegészségügy

Dr. Kapronczay Károly

A hazai orvostörténelem legrégebbi századaiból rendelkezünk számos olyan adatsorral, amely a rendkívüli gyermek- és csecsemőhalandóságot, a fiatal korosztályokat sújtó járványbetegségeket bizonyítják. „Mérhetővé” az orvosi- és általános statisztika bevezetésével vált, amikor nemcsak egyes tájak és területek betegség és halandósági statisztikáit lehetett nyomon követni, hanem az egyes korcsoportok megbetegedését, halálozását, halálokait is. Az 1876. évi közegészségügyi törvény egyik alapelve a prevenció lett, ennek megalapozására és elemzésére 1868-ban – az Országos Közegészségügyi Tanács kezdeményezésére – bevezették az országos elemző megbetegedési és halálzási statisztikát. Az első ilyen igénnyel elkészített statisztika 1872-ben készült el, ezen belül pontos képről fel a csecsemő- és gyermekhalandóságról: 1872-ben a 0–5 éves korú gyerekek 50,87%-a halt meg egy éves kora előtt, az összes elhaltak 51%-a 10 éves kor alatti gyermek volt. Akkor 23 ország hasonló elvek alapján készült statisztikájának összehasonlítása után Magyarország az utolsó helyen állt, ami csak hangsúlyozottabbá tette az 1876. évi közegészségügyi törvény anya-, csecsemő- és gyermekvédelmi rendelkezéseit. Ez elrendelte a 7 éven aluli gyermekek ingyenes orvosi és kórházi ellátását, szigorú feltételeket szabtak a dajkaságra vonatkozóan, országosan gondoskodtak az elhagyott gyermekekről, de kötelező erővel – a büntetés terhe mellett – elrendelték a himlőoltást.

E törvénynek, a gyermekorvoslás fejlődésének, a preventív intézkedéseknek, valamint a közegészségügyi állapotok folyamatos fejlődésének volt tudható, hogy 1876–1890 között a 0–5, illetve a 5–10 éves korú gyermekek halandósága 21,5%-ra csökkent, 1904-re 19,7%-ra esett vissza, a további években – 1904–1910 között – 19–21% között ingadozott. A csecsemőhalandóságot 28–30%-ban veleszületett gyengeség, vérhas, csecsemőkorban végzetes tüdőgyulladás, különböző gyermekjárványok okozták. A járványbetegségeket a diftéria, a skarlát, a szövődményes kanyaró, városi peremterületeken a vérhas jelentette. A csecsemőhalandóságban 20%-os volt a szülési katasztrófa, a szakszerűtlen (házi) szülésvezetés következménye és a magzati halál. A statisztikai adatok bizonyították a helytelen csecsemőtáplálást: például 18–24%-os volt – elsősorban vidéken – a bélhurutból eredő halálozás. A tágabb értelemben vett gyermekhalandóság legnagyobb részét a gümőkór okozta. A halálokok elemzése során bizonyítást kapott, hogy a gyermekhalandóság ott volt a legkisebb, ahol az anyák maguk szoptatták gyermekeiket.

A múlt század utolsó évtizedeiben és a századforduló első évtizedében az anya- és csecsemővédelem két irányból szerveződött: az orvosi és a társadalmi összefogás oldaláról. Az *orvosi mozgalom* kiterjedt a szülés előtti anyavédelemre, a szakszerű újszülött gondozásra, az ezzel kap-

csolatos ismeretterjesztésre. Ezzel kapcsolatban elsők a bábaképzés reformjára (1894), majd az anya- és csecsemővédelmet biztosító Stefánia Szövetség (1915) megszervezésére kerül sor, amelynek célja a rendszeres terhesgondozás, az anyák szülés utáni gondozása, a csecsemők védelme, szakszerű ellenőrzése és a tanácsadás volt.

Más formát öltött a *társadalmi gyermekvédelem*. Ez alatti nemcsak az árvák és elhagyott gyermekek állami gondozását, hanem a gyermekek egészségének megővését is értették. Már *II. József* 1784-ben – a szegényügy rendezésének törvényében – lelencházak felállítását rendelte el, de anyagiilag is támogatta az egyházak ilyen intézményeit. Az 1870-es években az árváügy együtt jelentkezett az anya- és csecsemővédelemmel, így alakult meg – *Bökay János* szervezésében – a Budapesti Első Országos Gyermekmenhely Egyesület, amely 1870-ben 40, 1871-ben 115 betegágygal rendelkezett, ezeken 14 éves korig ápoltak elhagyott gyermekeket. A Budapesti Királyi Orvosegyesületen belül külön orvosi szakbizottság alakult – az árva- és lelencházak gyermekorvosi munkájának meghatározására, beteggyógyító részlegei kialakítási elveinek kidolgozására. E tervet a belügyminiszter elé terjesztették, ez lett az elvi alapja a *Szalárvy Mór* által alapított Szegény Beteg Gyermekek Egyesületének (1885), amely nem várt széles társadalmi támogatásra, anyagi alapokra talált. 1891-ben felvette a Fehérkereszt Országos Lelencház Egyesület nevet, magába olvasztotta a kisebb egyesületeket, 1893-tól Országos Lelencház Létésítő Egyesület néven működött. Sorra alapították a menhelyeket, amelyeket 1895-től a belügyminiszter állami támogatásban részesített; 1895-ben 30 vidéki fiókotthont és 100 gyermektelepet létesítettek. 1897-ben megnyitották Budapesten – a Tüzoltó utcában – a Fehérkereszt Kórházat és székházat.

Az Országos Közegészségügyi Tanács 1893-ban kezdeményezte az „országos gyermekmentőház és szervezet” felállítását, amit a kormány költségvetési hiány miatt nem tudott felkarolni, de jelentős összegekkel támogatta a gyermekvédelmi társadalmi szervezeteket és felügyeletüket a BM egészségügyi osztályára bízta. Az 1898. évi XXI. tc. alapján kiadott 50.000/1898. évi belügyminiszteri rendelet a 0–5 éves árvák gondozását az Országos Betegápolási Alapból fedezte, amely feladatot a Fehérkereszt szervezet intézte. E célra alakult 1901-ben a Magyarországi Munkások Gyermekbarát Egyesülete, 1906-ban az Országos Gyermekvédelmi Liga és 1911-ben a Zsófia Országos Gyermekszanatóriumi Egyesület. A szegény sorsú gyermekek nyaraltatására alapították 1882-ben a Budapesti Szünidei Gyermektelep Egyesületet, amely akkor évente csak 20–30 gyerekről tudott gondoskodni, viszont 1895-ben már négyezer gyermeket nyaraltatott az ország 13 saját tulajdonú gyermeküdülőjében.

Valójában ez volt a jogelődje az 1908-ban alapított Országos Iskolaszanatóriumi Egyesületnek, amelynek célja a szegény beteg gyermekek erdei gyógyiskolákban történő gyógykezelése. 1908-ban az Országos Gyermekvédő Liga országos gyűjtést szervezett gyermeküdülők létesítésére, a meglévők üzemeltetésére. 1909-ben az OGYL kiépítette az országos gyermek és ifjúsági orvosi tanácsadó és rendelő hálózatát, átmeneti fiú és leányotthonokat szervezett az erkölcsileg veszélyeztetettek számára. 1911-ben a Zsófia Országos Gyermekszanatóriumi Egyesület Balatonalmádiban és Balatonszabadiban alapított szanatóriumot tbc-s gyermekek gyógyítására és üdültetésére.

1908-ban alakult meg – társadalmi érdekvédelmi és segítő egyesületként – az Országos Anya- és Csecsemővédelmi Egyesület *Temesváry Rezső* orvosprofesszor szervezésében, amely országosan szervezte a terhes- és csecsemőgondozást. Az egyesület menedékház-hálózatot szervezett szegény terhes anyák részére, a szegény sorsúakat vándorkelengyével látta el. 1912-ben Stefánia Szövetséggé alakult át, állami támogatással igen hathatós szervezetet épített ki 1914-ben 345 orvos állt szolgálatában és elkezdte a védőnők szakszerű kiképzését.

A szervezett anya-, csecsemő- és gyermekvédelem jogi alapját az 1876. évi XIV. tc. 4., 9., 19., 20., 21. §-a adta, valamint anyagi támogatását 1898-tól az Országos Betegellátási Alapból biztosították, de különösebb jelentőségű az 1901. évi VIII. tc. volt, amely a 7–16 éves korú gyermekek ingyenes orvosi ellátását kodifikálta. Az 1901. évi XXI. tc. állami gyermekmenhelyek felépítését rendelte el és az országos gyermekvédelem megszervezésére négy orvosfelügyelőt nevezett ki. A gyermekmenhelyeket olyan városokban szervezték, ahol bábaképzők működtek, a beteg gyermekeket saját intézeteikben, az egészségesekeket erre vállalkozó családoknál helyezték el, az intézetekben és nevelőknél levő gyerekeket havonta orvosi ellenőrzésre rendelték.

Az egész rendszert a Belügyminisztérium felügyelete alá rendelték, a kiadott Gyermekvédelmi Szabályzat részletesen szabályozta az elhelyezést, a gyermekmenhelyek működését, a központi igazgatás kérdését. Lényeges módosítást jelentett az 1907. június 5-i 6.000/BM rendelet, amely bevezette az erkölcsileg elhagyottság fogalmát, ami az egész rendszer kiterjesztését jelentette nemcsak az árvák vonatkozásában. Az országos hálózat kiépítését az I/1903/BM rendelet határozta el, amely kimondta és kötelezte az önkormányzatokat a gyermektelepek felállítására, amelyek működtetését az állami adóbevételekből biztosították. Az 1912. évi 80.000/BM rendelet részleteiben szabályozta a családoknál elhelyezett gyermekek ellenőrzését, orvosi vizsgálatait, majd az 1908. évi 36. tc., illetve az 1913. évi 7. tc. az igazságügyi gyermekvédelem kérdéseit rendezte: a javítóintézeti fiatalok bűnözők bíróság elé állításának egyik feltétele az orvos vélemény lett, majd az 1906. évi 95.727/BM rendelet az állami gondozásba vett gyermekek kötelező tuberkulózis vizsgálatát írta elő, amit kiterjesztettek a nevelőszülőkre is.

Az I. világháborúig hazánkban kiépült az állami és társadalmi anya- és gyermekvédelem, amit 1920-ban a Népjóléti Minisztérium felügyelete alá helyeztek. A Stefánia Szövetség 1920-ban elindította – önerőből és jelen-

tős állami támogatással – az 1912-ben megszervezett védőnőképzést, és az az ápolónőképzés részévé vált.

A gyermekvédelem egyik lényeges területe az *iskolaegészségügy* lett, amely a 19. században vált általános feladatává Európában. A múlt század közepén több európai államban készítették felmérést az iskolások megbetegedéseiről, az iskolai körülményekről (világítás, elhelyezés, zsúfoltság, fűtés, szellőztetés stb.), s a járványok mellett „iskolai megbetegedésnek” tartották a körülményekből fakadó betegségeket. Az 1882. évi genfi demográfiai kongresszus a világ szakmai közvéleményéhez fordult az iskolaegészségügy helyzetének javításáért, a tanulók egészségnevelési programjainak megvalósításáért. Hazánkban aránylag jobbak voltak a feltételek, mivel az 1876. évi közegészségügyi törvény a közegészségügyi hatóságok, illetve a tisztiorvosok feladatkörébe utalta az iskolák egészségi és közegészségügyi ellenőrzését, lehetőséget adott – nemcsak járványok idején – az iskolák működésének felfüggesztésére, ha azok nem feleltek meg az egészségi feltételeknek. Az iskolák építésénél feltétel lett az orvosi engedély, biztosítani kellett a szellőztetést, a megfelelő világítást, a vízellátást stb. A statisztikai felmérések rendkívül riasztóak voltak: 1872-ben a meghalt gyerekek 49%-a iskoláskorú (7–15 éves) volt, főleg járványban haltak meg. 1880-ban *Fodor József* felmérése szerint a péremvárosokban meghalt gyerekek 70%-a zsúfolt, osztatlan osztályú népiskolákba járt, gyakran egész osztályok haltak meg diftériajárványban. Az iskolaegészségügy nemcsak orvosi, hanem oktatási kérdéssé vált, az egészségnevelés egyik eszköz lehetett a megelőzés kérdésében.

Ezen elképzelések valósultak meg a 48.281/1885. évi vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendeletben, illetve ennek 44.250/1887. évi végrehajtási utasításában. Mindkettő a középiskolai iskolaorvosok és egészségtanárok alkalmazásáról, képzéséről és intézkedési köreiről szolt, alapját képezte az iskolaorvosi hálózat kiépítésének. Feladatkörük nemcsak a tanulók rendszeres vizsgálata és az iskolai környezet rendszeres ellenőrzése, hanem a tanulók otthoni viszonyainak ellenőrzése is lett. Az iskolaorvos egyben egészségtan tanár is lett. Ezt a rendszert 1886-ban kiterjesztették a polgári iskolákra, 1889-ben ezen elveket a népiskolákban is alkalmazták. Lényeges vonatkozás volt, hogy 1885-től a gimnáziumok 7., a polgári iskolák 4. osztályában kötelező lett az egészségtan, 1891-től pedig a testnevelés. Ez utóbbi érdekében 1895-ben az Országos Közegészségügyi Tanács országos tornaterem-építési programot szervezett. 1909-ben összehívták az első hazai testnevelési kongresszust, a kormányzat 1913-ban – az iskolai testnevelés érdekében – létrehozta az Országos Testnevelési Alapot. 1887-ben *Trefort Ágoston* kinevezte az első 34 iskolaorvost, 1888-ban már 185, 1896-ban 342, 1909-ben 896 függetlenített iskolaorvos működött, 1347 hatósági orvos látott el népiskolákban iskolaorvosi feladatkört. Az utóbbiak működését az 1906. évi 14.532. sz. BM rendelet biztosította. Ez a rendszer lényegében az I. világháború végéig változatlan maradt, majd a 13.618/1926. sz. VKM rendelet az iskolaorvos-képzést kiemelte az orvoskari közegészségtani intézetek feladatköréből és az Országos Orvostovábbképző Bizottságra

ruházta. Az iskolaorvosi képzés hat hét volt, de akik egészségtant is tanítottak, azoknak fél évig egy kijelölt középiskolában kellett természetrajz, fizika és kémiai tárgyak előadási módszertanát gyakorolni, majd ezek után kaptak előadási jogot. A 32.155/1926. sz. VKM rendelet ezt a gyakorlást féléves próbatanítással kötötte össze, ezután vált lehetségessé az egészségtan tanári képesítés megszerzése. 1929-ben ezt a képzést a tudományegyetemhez utalta át, de a képesítést továbbra is az Országos Orvostovábbképző Bizottság adta ki. 1936-ban minden népiskolát is köteleztek iskolaorvos alkalmazására, akikről alapkövetelményként iskolaorvosi és egészségtan-tanári képesítést is vártak el. Az ő feladatuk lett – orvosi kötelezettségük mellett – az oktató-ismeretterjesztő munka végzése is. Közvetlen előljárójuk a helyi tisztiorvos volt, aki javaslatukra hatósági vizsgálatokat rendelhetett el. Az iskola-egészségüggyel legfelsőbb fórumként az Országos Közegészségügyi Tanács Iskolaorvosi Bizottsága foglalkozott, amely elvi állásfoglalásait a BM és a VKM iskolaorvosi osztályain keresztül érvényesítette. 1922-től minden tanulót évente négy alkalommal kellett megvizsgálni. 1929-től az iskolaorvosoknak gyermekgyógyászati szakképesítéssel is kellett rendelkezni, 1930-ban felállították Budapesten a Gyógypedagógiai Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadót, amelynek feladata az iskolai szűrés alapján a beilleszkedési gondokkal küzdő gyerekek vizsgálata és az 1921-től működő gyógypedagógiai iskolákban történő foglalkoztatásuk elrendelése lett.

Az 1937. évi felmérés szerint a városi tanulók 26,3%-a, a vidékiek 71,42%-a volt gümőkórral fertőzött, a vidéki gyerekek közül 45,52%-nál angolkóros elváltozást találtak. A falusi gyerekek 77,5%-a vérszegénységet mutatott, a főiskolások mintegy 50%-a volt teljesen egészséges, 7,3%-nál találtak aktív tbc-t, 25,5%-nál meszes gócot. A hallgatók 50%-ánál találtak beteg mandulát. A fogászati vizsgálatnál a népiskolai tanulók 8,6%-a, a középiskolások 3,3%-a, a főiskolások kb. 2–3%-a volt ép fogazatú.

1945 után az iskolaorvosi hálózat felügyelete 1950-ig a Népjóléti, azután az Egészségügyi Minisztérium illetékes osztályaihoz tartozott, helyi viszonylatban a tanácsok egészségügyi osztályai alá tartoztak. A fővárosban és a nagyobb településeken működtek önálló, vagy körzetesített iskolaorvosok, vidéken általában a körzeti orvosok látták el a feladatot. Az iskolaorvosok alkalmazása a helyi egészségügyi osztályok jogkörébe tartozott. 1950-től – elsősorban Budapesten és a városokban – kiépült az iskolafogászati hálózat, évente egy alkalommal kötelezően megvizsgálták a tanulók fogait. Vidéken vándor iskolafogászati rendelést biztosítottak. Budapesten megszervezték az Iskolafogászati Központot, minden rendelőintézetben külön gyermekfogászati részleget hoztak létre. Az ellátást 1949-ben kiterjesztették a szív- és ideggondozásra, 1950-től működött a Mentálhygiéniai Intézet, elkülönült a gyógypedagógiai ellátás. Bővült az ellátás lehetősége: 1965-től az orvosegyetemeken gyermek szívgyógyászok, 1980-tól megyei gyermekkardiológiai állomások működ-

tek, 1962-ben Sopronban megnyitották az Állami Gyermekek Szívszanatóriumot, fokozatosan bővítették az erdei iskolaszanatóriumokat, 1951-től általánossá tették a szak- és felsőoktatásban az orvosi alkalmassági vizsgálatot.

1945 után az anya- és csecsemővédelmet, hasonlóan a gyermekvédelemhez – alapjaiban átszervezték, e fogalom alatt a gyógyító-megelőző egészségügyet értették. 1949-ben életre hívták az állami egészségvédelmi szolgálatot, melytől elválasztották a beteggondozást, kizárólag a védelemre összpontosítottak. A körzeti orvosra bízta a megelőzést, elsősorban vidéki viszonylatokban. Ezt egészítette ki a Mozgó Szakorvosi Szolgálat, de közvetlen megjelenítője a védőnő lett. Kialakították a védőnői körzeteket, hálózatot, 1950-től – például – bevezették a csecsemőkelengye juttatást, ezt 1990-től a szociális helyzettől tették függővé. 1953-tól a helyi egészségügyi osztályokon anya- és csecsemővédelmi szakelőadókat alkalmaztak, akik feladata nemcsak a védőnői tevékenység szervezése, hanem a felvilágosítás is lett. 1953-tól kiépült a kötelező terhesgondozás, területi alapon szervezték a szülészeti osztályokat, szülőotthonokat. Az utóbbiak járási székhelyeken és nagyobb községekben működtek, ahol nem volt kórház, és 40–60 km-es közelségben szülészeti osztály sem volt. A kórházi szülések száma városi körülmények között 1950-ben 92,8%, 1965-ben már 100% volt, míg vidéken 1950-ben 24,7%, 1965-ben 98% volt. Mind a terhesgondozás, mind pedig a szülészeti ellátás a körzeti szülészeti osztály feladata lett, ezek szakmai irányítója az Egészségügyi Minisztérium Anya- és Gyermekvédelmi Főosztálya. Az újszülöttek otthoni gondozója a védőnői hálózat, illetve a gyermekorvosi hálózat. Az utóbbiit legjobban a városi körülmények között szervezték meg. Az 1950-es évektől a nők 90–95%-a vállalt munkaviszonyt, így szükséges lett a bölcsődei hálózat gyors kiépítése, amely gyermekorvosi felügyelet alatt működött. 1952-ben – a lakosság számának növekedése érdekében – szigorú abortusztilvényt vezettek be, amelynek következtében 1,2 millióval növekedett a lakosság, s 1952–1965 között folyamatosnak mondható a lélekszám növekedése. 1967-ben bevezették a gyermekgondozási segélyt, amelynek hasonló ösztönző feladata volt, viszont a lakosság életszínvonala, a gazdasági helyzet romlásával párhuzamban rendkívüli módon csökkent a szülések számával, rohamosan nőtt az előregedés, a munkaképes lakosság csökkent. 1995-ben eltörölték az alanyi jogú gyermekgondozási segélyt, amit a kormányzat 1999-ben újból visszaállított.

IRODALOM

1. *Antall J., Kapronczay K.*: Fodor József és az iskola-egészségügy. *Magy. Pedagógia*, 1975. 2. sz. – 2. *Hahn G-Melley J.*: Fodor József élete és munkássága. Bp. 1965. – 3. *Biebermann L.*: Iskolaorvosok képzése és feladata. Bp. 1905. Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért. Bp. 1967.

K. Kapronczay: Institution care of mothers and infants – health care in the schools