

Kiss László

Egészség és politika – az egészségügyi prevenció Magyarországon a 20. század első felében

A 19. század második fele Európa-szerte az új szociális jellegű intézmények kialakításának, a modern gyáripari termelés által létrehozott újszerű társadalmi viszonyoknak megfelelő intézkedések megtételének időszaka. Szociális kérdés, szegényügy, egészségügy – megannyi terület, ahol új problémák, új kérdésfelvetések, új feladatok és lehetőségek merültek fel. A nagyipari termelés előtérbe helyezte a munkáság szociális problémáit; a városi népesség gyors szaporodása új helyzet elé állította az egészségügyet, a városi szegénység megjelenése az igazgatást. A német és angol minták között ingadozó magyar törvényhozás a század végén jelentős lépéseket tett az új kérdések szabályozásának ügyében. Csak említés szintjén utalhatunk az 1872-es és 1884-es ipartörvényre, az iparfelügyeleti rendszer 1893-as létrehozására, vagy az 1891-es kötelező betegbiztosítási és az 1907-es balesetbiztosítási törvény megalkotására.¹

Szociális és egészségügyi kérdés a korszakban nem, vagy alig vált el egymástól. Érthető mindez: a nyomor betegség és járvány forrása lehetett, ezek pedig az egész társadalomra nézve veszélyesek voltak. A járványok gyakran a legszegényebb rétegek körében jelentkeztek először, de elterjedésük után nem válogattak. A kolera- és tifuszjárványok világosan megmutatták, hogy a hiányos szociális rendszer, a kezdetleges állapotban lévő infrastruktúra, a környezet-egészségügy hiányosságai mennyire súlyos következményekkel járhatnak. A század első felében az egészségügy még csak a betegek gyógyítását, kezelését jelentette. A század közepe felé vált világossá, hogy a betegségek összefüggésbe hozhatók egyéb kérdésekkel, mindenekelőtt a környezettel és a szociális állapottal. Az egészségügy fogalomköre ekkoriban bővült ki a betegségek megelőzésének, a prevenciónak a problematikájával.²

Magyarországon az egészségügy terén mérőföldkönek számító 1876-os közegészségügyi törvény már az új egészségügy-fogalom értelmében született, megjelentek benne az egészségügyi prevenció, elsősorban a környezet-egészségügy első szabályozási kísérletei is. A törvény az öt létrehozó korszak jellegzetes terméke is

1 Gortvay–Parassin 1927: 268–276; Bódy 2001.

2 Az egészségügy-fogalom átalakulása mindenképpen összefüggésbe hozható a társadalmi átalakulással, a modernizálódással. Nem véletlen, hogy az egészségügy preventív értelmezésében élenjáró ország az iparosodási folyamat (és a proletarizálódási folyamatok) akkori éllovasa, az Angol Királyság. Anglia a többi európai államot messze megelőzve fedezte fel az elemi higiéné jelentőségét, kezdte kiépíteni az ezzel összefüggő nagy környezet-egészségügyi berendezéseket, vízvezetékeket, csatornákat. (Weis 1926: 4)

volt: a liberális eszmekör jegyében ahol csak tehetett, mellőzte a közvetlen állami irányítást és végrehajtást, törvényhatósági, illetve községi szintre utalta a feladatokat. Sem a törvénykezés, sem a kiépülő állami és községi fennhatóság alatt álló egészségügyi intézményrendszer nem foglalkozott azonban az egyén szintjén értelmezett, az egyes egyénre irányuló egészségügyi prevenció kérdésével.³ Ezen a téren a klasszikus liberális minta jegyében a „társadalmi” jelleg dominált. Társadalmi alapon szerveződtek a „népbetegségek” elleni harcot zászlajukra tűző szervezetek. 1886-ban Országos Közegészségügyi Egyesület alakult, programjában a magyar társadalom közegészségügyi szemléletének átformálását, ember és környezet viszonyának javítását tűzte ki célul. 1887-től *Egészség* címen népszerűsítő folyóiratot is kiadtak és megindították az *Egészség Könyvtára* című ismeretterjesztő könyvsorozatot.⁴ A tuberkulózis elleni védekezés szervezését Korányi Frigyes professzor vállalta magára, a munkások Kék Kereszt egyesülete az 1890-es években megkezdte az alkoholizmus elleni harcot. Létrejött a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatórium-Egylete, a József Főherceg Szanatórium-Egyesület, a nemi betegségekkel kapcsolatos felvilágosító munkát feladatául kitűző Teleia Egyesület, majd 1913-ban a Venereás Betegségek Elleni Országos Védő Egyesület. 1911-ben Müller Kálmán vezetésével megalakult a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos és Központi Bizottsága.

Szociális téren a társadalmi jóléteknység a század közepe óta főleg különféle jótékony nőegyesületekben, „jóltevő egyletekben” öltött testet. Ez kijelölte tevékenységük fő irányát is: a részt, „lokális, részint felekezeti alapon szerveződő egyletek elsősorban támasz nélkül maradt polgárasszonyok, árva gyermekek segélyezését vállalták.”⁵ A nő és a gyermek megjelenése a társadalmi gondoskodásra érdemes csoportok közt a polgárosodás (és a városok) terméke. A 19. század második felében a hangsúly az özvegyek és az árvák segítésén volt; a fővárosban árvaházak, ingyennyoknyhák, óvodák nyíltak. 1870-ben jött létre gróf Károlyi Istvánné és gróf Károlyi Korniss Clarisse szervezésében az Első Pesti Gyermekmenhely, amely évi 100 gyermek befogadására volt alkalmas. Az elhagyott vagy árva gyermekek gondozása tipikus városi (még inkább fővárosi) ügy volt. Az országban működött néhány kisebb árvaház (Kolozsvár, Nyitra, Balatonfüred), de a probléma a fővároson kívül csaknem teljesen megoldatlan volt.⁶

A gyermekvédelem ügyének további szélesedését hozta Szalárdy Mór, Szt. Rókus kórházi szülészorvos felépése, aki az 1870-es évek végétől egyre több alkalommal hívta fel a figyelmet a törvénytelen gyermekek rettentően magas halálozására. „Tény, hogy egyetlen művelt állam sem oly mostoha a társadalom árvái iránt, mint a miénk s tény, hogy ezen igazi árvák árvaságuk következtében tömegesen elvesz-

3 Az egészségügyi stratégiákra, az értelmezési keretekre vonatkozóan Kearns–Lee–Rogers 1995.

4 Kapronczay 2001: 23–24.

5 Persze nem maradt el teljesen az általában értelmezett szegények, illetve hátrányos helyzetűek támogatása sem, a Budai Jótékony Nőegyesület és a Pesti Jóltevő Asszonyi Egyesület vakok és munkaképtelen szegények számára is szervezett intézeteket.

6 Pik 2001: 20–45.

nek.” – fogalmazott.⁷ Az árvák és elhagyott gyermekek szociális segítése az orvosi szakma érdeklődésének megjelenésével kapott egészségügyi színezetet is. A szegény beteg gyermekek ügye egyre exponáltabb témává lett. Szalárdy szervező munkájának eredményeképpen létrejött a Szegény Beteggyermek Egyesület, melynek tiszteletbeli elnöki posztját a miniszterelnök, Tisza Kálmán vállalta el, aki nem mellékesen fel is hívta a törvényhatóságok figyelmét az egyesület működésére. Az egyesület célja a szegény beteg gyermekek ingyenes orvossággal, orvoslással és táplálékkal való ellátása, a szegény szülő nők elhelyezése, gondozása és anyagi támogatása, valamint menhelyek és „dajkatelepek” létrehozása volt. 1887-ben az egyesület felvette a Fehér-Kereszt Egyesület nevet – nagyszabású munkája révén jelentősen csökkentek a gondozottak körében a halandóság, emelkedett a dajkaközvetítések aránya.⁸

1889-ben Országos Gyermekvédő Egyesület alakult, 1899-ben nemzetközi gyermekvédelmi kongresszust szerveztek Budapesten. A kormányzati beavatkozás is megkezdődött: ugyanettől az évtől a lelencek és az elhagyottak nyilvánított gyermekek gondozását 7 éves korukig az állam az Országos Betegápolási Alap terhére biztosította. Az állam a feladatok ellátására szerződést kötött a Fehér-Kereszttel, majd 1901-ben állami feladattá nyilvánította az árva gyermekekről való gondoskodást. 1906-ban megalakult az Országos Gyermekvédő Liga – fő célja az árvák gondozásának megszervezése és az ehhez szükséges források előteremtése lett.⁹

AZ ORSZÁGOS STEFÁNIA SZÖVETSÉG

1914 júliusában Budapesten megalakult a Városi Népsegítő Iroda. Madzsar József, a *Huszadik Század* munkatársa kezdeményezésére Bárczy István, Budapest polgármestere az Iroda munkaterületei közé sorolta az anyák és csecsemők szociális és egészségügyi védelmét, és egyben megalakította az Iroda Központi Segítő Bizottságának anyavédő osztályát két szülőotthonnal. Bárczy koncepciója továbbment az Anyavédő Osztálynál, és felvetette az anya- és csecsemővédelem országos megszervezésének ötletét. A nagyszabású munkát széleskörű összefogás alapján lehetett csak elképzelni. Az ötlet kidolgozó állami, helyhatósági és társadalmi együttműködést kívántak, minden résztvevő számára kidolgozott speciális munkafeladatokkal. A szervezés orvosi vonatkozásainak kidolgozását a gyermekgyógyászat kiválóságai, Heim Pál, Bókay János, Berend Miklós, Tauffer Vilmos vállalták magukra. Terveik alapján 1915. június 13-ára kitűzhetők az országos anya- és csecsemővédő szervezet alakuló ülését.

Az eseményre a budapesti új városháza közgyűlési termében került sor. Az alakuló szövetség munkájába a hazai politikai élet, az arisztokrácia, illetve az orvosi

7 A budapesti kir. orvosegyesület felterjesztése a belügyérséghez a közárvaházak ügyében. *A budapesti kir. orvosegyesület 1879. évi évkönyve*. 65. Idézi Hahn 1960: 72.

8 Az Első Pesti Gyermekmenhely gondozottai közül az első három évben például még minden második meghalt. (Pik 2001: 45)

9 Rottenbiller 1936.

kar prominensei is be kívántak kapcsolódni. Az alakuló ülésen beszédet mondott gróf Apponyi Albert, a képviselőház volt elnöke, volt vallás- és közoktatásügyi miniszter, Lónyay Elemérné, született Stefánia belga királyi hercegnő, Bárczy István, Prohászka Ottokár székesfehérvári püspök, az egyetemi tanár Bókay János és Tauffer Vilmos, valamint a gyermekvédelmi szakember Ruffy Pál is. Az alapszabályok elfogadása után Apponyi Albert bejelentette az anya- és csecsemővédelem első magyarországi országos szervezete, az Országos Stefánia Szövetség megalakulását. Elnökké Apponyi Albertet, társelnökké báró Bánffy Györgynét, gróf Czebián Istvánnét, gróf Teleki Sándornét, Bárczy Istvánt és gróf Zichy Rafaelt választották. Stefánia hercegnő elvállalta a Szövetség fővédnöki tiszteit.¹⁰

A Szövetség elsődleges munkaterületei között a terhes nők, a szülő nők, a gyermekágyas nők és a szoptató nők védelmét (anyavédelem), valamint az újszülöttek, csecsemők és kisgyermekesek védelmét jelölte meg.¹¹ Komplex egészségvédelmi, szociális, oktató-nevelő munkaszervezet kiépítését célozták. A védő tevékenység alapfeltételeinek biztosítását az államtól és a törvényhatóságoktól várták. Felvetették a kötelező anyasági biztosítás bevezetését, állami intézkedéseket sürgettek a bábaügy, a dajkaügy rendezése, a házasságon kívül szült nők és a házasságon kívül született gyermekek jogvédelme ügyében. Apponyi képviselőházi beszédében is hangsúlyozta az egészségügyi prevenció fontosságát. Szólt a szociális biztosítási rendszer megreformálásának, az orvosi és egyéb egészségügyi szakképzés bővítésének és javításának, a gyermekorvosok, szülésznők, bábák létszámemelésének szükségességéről is.¹²

A Stefánia Szövetség a munka koordinálására Központi Irodát hozott létre. Ezen belül kezdték meg működésüket az egyes szakosztályok, az Orvosi, a Szociálpolitikai, a Propaganda-, a Jogi és a Közigazgatási Osztályok. Az egészségvédelem gyakorlati megvalósítását a Stefánia alkalmazásában álló orvosok mellett egy új egészségügyi intézménnyel, az egészségügyi védőnők rendszerével tervezték. 1915 novemberében indult a Szövetség szervezésében az első anya- és csecsemővédőnői tanfolyam. A tanfolyamra jelentkező nőktől 4 elvégzett polgári iskolai osztályt, magyar nyelven írni-olvasni tudást, valamint feddhetetlen előéletet követeltek. 1916 májusában beindult a második tanfolyam, majd innentől kezdve féléves rendszerességgel újabb csoportok oktatását kezdték el. Az okleveles anya- és csecsemővédőnők a Stefánia Szövetség alkalmazásába kerültek, elhelyezésükről, munkába állításukról a Központi Iroda gondoskodott.¹³

1916-ban a Stefánia Szövetség megkezdte az országos hálózat kiépítését: az első évben Szeged, Arad, Debrecen, Újpest, Kolozsvár, Salgótarján városában és Pakson alakult meg a helyi Stefánia Fiókszövetség. 1917-ben Temesvár is csatlakozott hozzájuk. A Fiókszövetségek és a központ viszonya jogi értelemben egyelőre rendezetlen volt. A fiókszövetségek az Országos Szövetség mintájára kiépítették saját szervezetüket, bár nem feltétlenül másolták egyértelműen a Központi Iroda szer-

10 *Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről. 1915. jún. 13.–1917. jún. 15.* Budapest, 1917. 9–37.

11 Madzsar 1915: 6.

12 Apponyi 1916.

13 *Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről. 1915. jún. 13.–1917. jún. 15.* Budapest, 1917. 50.

vezetrendszerét. Az 1917-es év döntő fontosságú lett a Stefánia Szövetség életében. A 39.088/1917.BM és a 135.840/1917.BM sz. rendelet állami feladattá nyilvánította az anya- és csecsemővédelmet, ellátásával pedig az államtól átruházott hatáskörben az Országos Stefánia Szövetséget bízta meg. A rendelet a Stefániát a Belügyminisztérium felügyelete alá helyezte, feladatai közé sorolta a védőintézeti anyavédelmet, a védőintézeti csecsemő- és kisgyermekvédelmet, egészségügyi propaganda folytatását, valamint egyéves védőnőképző tanfolyamok szervezését.¹⁴ Hosszú távú feladatként megfogalmazódott az anya- és csecsemővédelemnek városoktól a falvak felé haladó megszervezése, majd az egészségvédelem kiterjesztése a tuberkulózis- és a nemibeteg-védelemre. A végső cél tehát egy, a speciális védekezési ágakból kiinduló, azokat fokozatosan egyesítő, az egész országra kiterjedő általános egészségvédelmi rendszer kialakítása lett.¹⁵

Az 1918-as összeomlás, majd a Trianoni határmódosítások erősen megrázták a Stefániát is, mivel elsősorban a leginkább veszélyeztetett erdélyi, délvidéki, illetve felvidéki területeken kezdte meg a szervezést, intézményeinek és személyzetének jelentős része a szomszédos országokhoz került. Az első segítséget 1920-ban kapták: a magyarországi Hollandi Misszió támogatásával tejkonyhát és rendelőintézetet tudtak létesíteni Budapesten. A tejkonyhát 1924-ig az Uránia Nővédő Egyesülettel közösen üzemeltették. A következő évben újraindult az egyelőre továbbra is hat hónapos védőnőképzés, majd 1921 júniusában megnyitotta kapuit a budapesti Apponyi Albert Anyaotthon. Újraindult a fiókszövetségek alakulása is: az 1920-as 27-ről 1921 végére 45-re emelkedett a számuk. Máshonnan is érkezett segítség: az Amerikai Vöröskereszt Egylet a Stefánia Szövetséggel együttműködve az 1921-es év folyamán megszerezte 56 anya- és csecsemővédő-intézetet állított fel, újrateremtve ezzel a magyarországi anya- és csecsemővédelem intézményi alapjait. 1922. június 1-gyel a Stefánia átvette a Vöröskeresztől a védőintézetek fenntartását és igazgatását, és újra önállóan intézte az egészségvédelem szervezését.¹⁶

1921–22-ben a Stefánia Szövetség a külső segítségeknek köszönhetően az immár megkisebbedett országterületen megkezdhette az anya- és csecsemővédelem intézményeinek rendszeres kiépítését, az intenzív prevenciók munkát.¹⁷ 1923-ban belügymi-

14 Melly–Zuckermann 1931: 93. A védőnőképzés fontosságát jelzi, hogy Ugron Gábor belügyminiszter külön rendeletben is kihirdette a védőnői intézmény megszervezését, valamint az állam részéről elvállalta, hogy viseli a védőnők szakképzésének teljes költségét. Az állam emellett további költségeket is átvállalt a Stefániától, így a higiénikus segélyezés egy részét, az országos és törvényhatósági biztosok tiszteletdíját és útiköltségeit, a központi és törvényhatósági védőnők fizetését és útiköltségeit, valamint a helyi védőnők javadalmazásának azt a részét, amelyet a helyi társadalom és az önkormányzat nem tud előteremteni. Atzél Elemér (szerk.) *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1913–1926*. Budapest, 1928. Mai Henrik és Fia Orvosi Könyvkiadó. 163–164.

15 Szénásy 1997: 178–179.

16 *Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez*. Budapest, 1932.

17 A munka egységesítését szolgálta a központi mintaintézetek (Országos Magyar Anya- és Csecsemővédelmi Központ – Zita Királyné Intézet) létrehozása. Ezek keretén belül működött a központi Védőnői Iroda, amely tanácsadással, terhes- és csecsemőelhelyezéssel, anyák munkába állításának segítségével, valamint különböző segélyezések intézésével foglalkozott; a bírósági, házassági, gyermektartási, törvényesítési, örökbefogadási, stb. ügyekben eljáró Jogvédő Iroda; a 25 ágyas Gróf Apponyi Albert Anyaotthon; a Központi Laboratórium; a Központi (Hollandi) dispensaire;

niszteri rendelet kötelezte a védőintézettel ellátott törvényhatóság területén működő állami anyakönyv vezetőket, hogy minden születést 24 órán belül közöljenek a területileg illetékes anya- és csecsemővédőállomással.¹⁸ A következő évben a 151.317/1924.NMM rendelet kijelentette, hogy anya- és csecsemővédelmet társadalmi egyesületek, községek, városok csak az Országos Stefánia Szövetség ellenőrzése és irányítása mellett végezhetnek. A Stefánia Szövetség a magyarországi egészségvédelem csúcsszerve lett. 1925-ben miniszterelnöki rendelet (41.000/1925.ME) utasította az egyes törvényhatóságokat, hogy alkossanak szabályrendeletet a Stefánia Szövetség helyi munkálkodásának támogatására.¹⁹

Nagy ütemben folyt az országos hálózat szervezése. Ennek jegyében védőintézeteket, tejkonyhákat, bölcsődéket és napközi otthonokat, anya- és szülőotthonokat hoztak létre. Az ellátó-intézmények típusainak megalkotásánál elsődleges cél volt az anyák és a csecsemők, kisgyermekek minél szélesebb körű gondozásba vétele. A szülésekkel kapcsolatban alapelveként fogalmazták meg, hogy azok lehetőleg otthon is lebonyolíthatók legyenek. Ennek természetszerű velejárója volt az otthoni higiénés körülmények optimalizálása, a fertőzés veszélyének lehetséges minimumra csökkentése. Ennek érdekében az egyes fiókszövetségeket arra utasították, hogy a központtól ún. „szülészeti vándorládát” béreljenek. A vándorláda azokat az eszközöket tartalmazta, amelyek a biztonságos szülés levezetéséhez nélkülözhetetlenek.²⁰

Rendellenesnek ígérkező szülés esetén az orvos a terhes anyát szülőintézetbe utalta. A szülőintézetek rendszerét csak 1925-ben kezdte kiépíteni a Szövetség, viszont számuk a harmincas években szép emelkedésnek indult. A szülőotthonok mellé 1930-ban kezdték meg a csecsemő- és gyermekkórházak létesítését; 1930-ban 2, 1933-tól 3, 1935-től pedig már 4 stefániás gyermekkórház üzemelt az országban. Más célt szolgáltak az anyaoththonok: itt azokat a gyermeküket megszült anyákat helyezték el (gyermekükkel együtt) ideiglenesen, akik lakáskörülménye alkalmatlan volt a gyermektartásra, akik szülésük miatt átmenetileg hajléktalanná és/vagy állás-talanná váltak (pl. volt házicselédek). Az anyaoththoni elhelyezés meg nem határozott időre szólt, de a Szövetség fontos feladata volt, hogy az anyaoththonból minél hamarabb jobb megoldást nyújtó helyre közvetítse ki az anyákat és gyermeküket. 1926-ig egy stefániás anyaoththon (az Apponyi Albert Anyaoththon) működött Magyarországon, ezután fokozatosan újabbakat alapítottak, de számuk nem érte el a szülőotthonok számát.

a Központi (Hollandi) Tejkonyha; valamint a M. kir. áll. Anya- és csecsemővédőnőképző Intézet és Internátus. A központi intézményekhez később a budapesti Fehérkereszt Kórházban működő gyermekgondozónői tanfolyam, valamint egy anya- és csecsemővédelmi múzeum társult. Az *Országos Stefánia Szövetség az anyák és csecsemők védelmére ismertetése*. Budapest, 1925. 2–4.

18 137.681/1923.BM, közli Atzél Elemér (szerk.): *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1913–1926*. Budapest, 1928. Mai Henrik és Fia Orvosi Könyvkiadó. 441–442.

19 Melly–Zuckermann 1931: 93.

20 *Mi a célja az „Országos Stefánia Szövetség anyák és csecsemők védelmére” (községi) fiókszövetségeinek?* Budapest, 1933. 10.

A csecsemők és a kisgyermek egészségvédelmét szolgálták a Stefánia által létesített és üzemeltetett tejkonyhák, valamint a bölcsődék és napközi otthonok. A tejkonyhák az anya által anyatejjel nem táplálható csecsemők ellátására, illetve a helytelen táplálásból fakadó nagy arányú nyári csecsemőhalandóság visszaszorítására jöttek létre. A csecsemők a tejkonyhákból a védőintézeti orvos által rendszeresen ellenőrzött minőségű napi tejadagban részesültek. Az első tejkonyha a már fentebb említett budapesti Uránia Tejkonyha volt, ez 1924-ben Központi Tejkonyhává alakult és a mintaintézetek sorába emelkedett. 1924-től kezdve országsszerte megindult a tejkonyhák szervezése. 1933-ban már 100 fölé emelkedett a számuk, 1938–39-ben pedig 150 Stefánia-tejkonyha üzemelt az országban.

A Stefánia Szövetség célkitűzései közé tartozott az újszülöttkor utáni egészségvédelem szervezése is. Az egészségvédelemben részesített gyermekek köre egészen a három éves felső korhatárig terjedt ki. Az egészségvédelem eszméjét mint már fentebb láttuk, szociális célkitűzésekkel, illetve nevelési célokkal is kiegészítették. Fontos szempont volt, hogy a szülés illetve a kisgyermek ellátása miatt az anya ne essen ki a társadalomból, ne szenvedjen kárt a család megélhetéséhez gyakran nagyban hozzájáruló asszonyi munkavégzés. A Stefánia kezdetben bölcsődék létesítésével igyekezett egyrészt tehermentesíteni az anyákat, másrészt ellenőrzött körülmények között ellátást és felügyeletet biztosítani a csecsemők részére. Hamar felmerült azonban a csecsemőkoron túllévő kisgyermek ilyen irányú elhelyezésének igénye. Az 1920-as évek végétől a bölcsődéket napközi otthonokkal egészítették ki, így már az összes 3 év alatti gyermekkel rendelkező szülő számára biztosíthatták a gyermek napközbeni szakszerű felügyeletét. Természetesen a bölcsődei, illetve napközi otthoni ellátás kiépítése anyagi és személyzeti szempontból is komoly kihívások elé állította a Szövetséget, így a rendszer kiépítése meglehetősen lassan ment végbe, és a korszak végére is csak 61 ilyen intézményt sikerült megalakítani.

Az országos szervezet alapját a Stefánia-fiókszövetségek hálózata adta. Fiókszövetségek a Szövetség kiépülési elveinek megfelelően elsősorban a 10.000 főnél népesebb településeken szerveződtek, de a Szövetség kísérletképpen néhány 1–2000 fő faluban is megkezdte a védelmi rendszer létrehozását.²¹ A fiókszövetségek munkája igazán az 1929-es gazdasági válság következtében vált fontossá. A válság hatására az addigi stabil állami támogatás nemhogy nem követte az intézményhálózat bővülését és ezáltal a fenntartási terhek növekedését, hanem 1932-ben az akkor már 5 éve rendszeresen folyósított 1.200.000 pengős támogatást még csökkentették is. A pénzelvonás megakasztotta a Stefánia Szövetség addigi intenzív terjeszkedését. A fiókszövetségek munkája szociális természetű lett: gyűjtéseket, ünnepélyeket rendeztek, ezek bevételét részint segélyezésre fordították, részint pedig felhalmozták – az új előírások szerint ugyanis nekik (valamint az adott községnek) kellett finanszírozniuk a felállítandó védőintézet megalakítási költségeit.²² A fiókszövetség saját forrásból szerezte be a szülészeti vándorládát illetve a vándorkelengyét, de gyűjtésekből, felajánlásokból étkeztetési akciókat, tejakciókat is szervezett. Ezek

21 Keller 1931.

22 *Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez*. Budapest, 1932. 5.

kívül „szervezte a helyi társadalmat”, propagandamunkát végzett, bekapcsolódott a községi vagy megyei ínségakciók lebonyolításába. A fiókszövetségek feladatává tették (védőintézet és védőnő hiányában) a terhesek felkutatását és segítségét, esetleges szülőotthonba juttatásuk költségeinek előteremtését, de a majdani egészségvédő feladatot ellátó orvos felkutatását, megnyerését is.²³ A Stefánia Szövetség tevékenysége tehát egyre markánsabban kétfelé vált: egészségügyi szakmunkára és szociális-karitatív tevékenységre. Előbbi a hivatásos alkalmazottak feladatköre maradt, utóbbit azonban már a „társadalom”, pontosabban fogalmazva a fiókszövetségbe tömörült helyi társadalom látta el.

A Stefánia Szövetség egészségügyi szakembergárdáját a Szövetség alkalmazásában álló orvosok, illetve az anya- és csecsemővédőnők alkották. Az orvosok szerepe egyértelmű: ők végezték a tényleges prevenciós szakmunkát, ők látták el az anya- és csecsemővédelem szűken vett orvosi részfeladatait. A Stefánia alkalmazásában álló orvosok száma a védőintézetek számával együtt gyorsan gyarapodott, a korszak végére a 600-at is meghaladta. A munka nagy részét az „egészségügyi segédszemélyzet” besorolás alá eső védőnői kar végezte. A védőnők az Anya- és Csecsemővédőnőképző Intézet tanfolyamán végeztek, 1925-től kezdve csak az itt kiadott oklevél birtokában lévők tevékenykedhettek ebben a munkakörben.²⁴ 1917-ben a képzés decentralizációját szem előtt tartva Szegeden, Temesváron, Kolozsvárott, Nagyváradon, Szombathelyen és Debrecenben is indítottak védőnői tanfolyamokat.

A háború után csak Budapesten indult újra a képzés, ekkor 6 hónapos tanfolyamokat szerveztek. A nagy újjászervezésre 1925-ben került sor. A felvételhez ekkor már 4 elvégzett gimnáziumi osztályt követeltek. A tanfolyam 6 hónap előzetes gyakorlati munkával kezdődött. Ezt 10 hónapos elméleti képzés, majd újabb 6 hónap gyakorlat követte, a védőnőjelölt csak ezután kapta kézhez oklevelét.²⁵ A védőnők – bár fizetésüket az államtól kapták – nem minősültek állami alkalmazottnak, nyugdíjjogosultságot sem élveztek.²⁶

A védőnők feladata meglehetősen sokrétű volt. Segédkeztek az orvosnak a tanácsadások és vizsgálatok alkalmával, rendszeresen látogatták a védőintézet által látott családokat, oktatták az anyákat a csecsemők és a gyermekek helyes gondozásának, táplálásának, öltöztetésének elveire. Egészségügyi tevékenységük mellett szociális tevékenységet is végeztek, megkeresték a segélyezésre jogosultakat, gazdasági, szociális jellegű tanácsokkal látták el a körzetükbe tartozó anyákat.

Az egészségvédelmi tanácsadás helyi szerve az anya- és csecsemővédő intézet volt. A védőintézet tevékenységi körébe tartozott a terhesvédelem, a gyermekágyas és szoptató nő védelme, valamint a csecsemő- és kisgyermekvédelem is. A védőintézetek mun-

23 *Mi a célja az „Országos Stefánia Szövetség anyák és csecsemők védelmére” (községi) fiókszövetségeinek?* Budapest, 1933. 3–9.

24 A képzés kezdetben 6 hetes volt. A tanfolyam anyagát szülészeti, csecsemő- és gyermekgondozási, ápolási, táplálási ismeretek, általános gyermekvédelmi ismeretek, törvényi és közegészségügyi ismeretek adták. 1918-ban 3 hónaposra növelték a tanfolyam időtartamát, a tanmeneten azonban ekkor még jelentősen nem változtattak. (Keller 1926: 10–11)

25 Keller 1926: 22.

26 *Az anya- és csecsemővédőnők szolgálati szabályzata.* Budapest, 1927.

káját nagyban megkönnyítette a fentebb említett rendeleti szabályozás a születések kötelező bejelentéséről. A prevenció munkáinak ellenőrzése, esetleges javítása érdekében nagy horderejű volt a belügyminiszter 1924-es rendelete, melyben kötelezővé tette a hároméves kor alatt elhalt gyermekek halálesetének 24 órán belüli bejelentését az illetékes védőintézetbe.²⁷ A védőintézetek számára a legfőbb nehézséget a terhesség megsemmisítése okozta – a bábák nem voltak kötelesek bejelenteni a tudomásukra jutott terhességi eseteket, ezért azok sok esetben elkerülték az intézetek figyelmét.

A Stefánia Szövetség szerepének értékelésénél nem hagyható figyelmen kívül, hogy az újszülöttek és csecsemők egészségügyi viszonyainak tekintetében Magyarország az európai országok között a legrosszabb helyzetűek közé tartozott: a száz évesülöttre jutó csecsemőhalálozás európai összehasonlításban a 20. század első felében végig a legmagasabbak között volt, rosszabb arányokat csak Romániában, Bulgáriában és néhány évben Portugáliában valamint Litvániában regisztráltak.²⁸ Budapest csecsemőhalandósága az 1920-as évek közepén Európa nagyvárosait tekintve szintén a legmagasabbak közé tartozott (12–15%), hozzávetőleg Velencével párhuzamosan mozgott. Rosszabb arányokat csak Varsó, Moszkva és Sevilla mutatott.²⁹

A csecsemőkor betegségei között az inkább „elfedő” diagnózisként értékelhető „veleszületett gyengeség”, a fejlődési hiányok és rendellenességek; az emésztőszervi megbetegedések: a gyomor- és bélhurut és az ezekből következő hasmenések; a megfázások, tüdőgyulladások, valamint az idegrendszer – gyakran „görcsök, rángások” néven feljegyzett – betegségei okozták a legtöbb problémát. A fertőző betegségek közül elsősorban a vérhas, a szamárköhögés, az influenza, továbbá a világra hozott szifilisz szedett sok áldozatot a csecsemők körében.³⁰

A vármegyék csecsemőhalandósága lényegesen rosszabb volt a városokénál. Az 1920-as évek elején a vármegyékben száz évesülöttre 19,6, a törvényhatósági városokban 17,2 csecsemőhalott jutott, a 30-as évek végén az arány 13,6 illetve 10%.³¹ A tanyák csecsemő-egészségügyével foglalkozó vizsgálat 20 alföldi város és község tanyáin 25,7%-os csecsemőhalálozási arányt tárt fel, míg az érintett települések belterületein a mutató „csak” 15,2%-ot ért el.³² A Stefánia Szövetség keretében működő védőintézetek eredményesen felvették a küzdelmet a vetélések, az illegális fogamzásgátlások és magzatelhajtások ellen, és jó eredményeket értek el a nyári csecsemőhalálozás visszaszorításában is (1. ábra). Nem tudtak azonban javítani a téli betegségek okozta halálozási statisztikán – itt a csak preventív munka kevésnek bizonyult. A megfázásból, tüdőgyulladásból bekövetkező csecsemő- és gyermekhalandóság visszaszorítására egyértelműen több anyagi erőforrásra, hatékonyabb szociális segítő tevékenységre lett volna szükség.

27 4563/1924.BM közli Atzél Elemér (szerk.) *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1913–1926*. Budapest, 1928. Mai Henrik és Fia Orvosi Könyvkiadó. 506.

28 Szél 1930: 295; Szél 1937: 871; Szél 1939: 1030; Petrilla 1943: 121. Sajnos a Balkánra és a Szovjetunióra vonatkozóan nem rendelkezünk megbízható adatokkal.

29 Thirring 1926: 547.

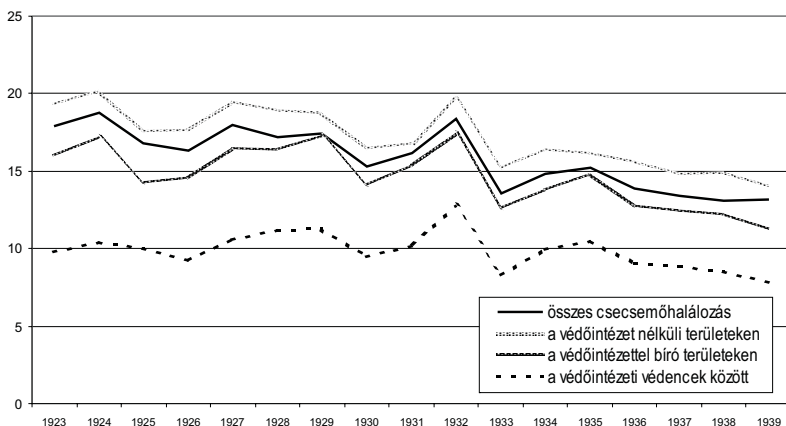
30 Szél 1930: 301–302., Petrilla 1943: 127.

31 Pfeiffer 1926; Szél 1937: 871; Szél 1939: 1031.

32 Fekete 1928: 40–41.

1. ábra

A csecsemőhalandóság Magyarországon a Stefánia Szövetség működésének tükrében (1923–1939)



(Forrás: Összesített kimutatás az országos szervezet fejlődéséről, működéséről és az elért eredményekről. In: *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940. 41. old.)

A KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM ÁLLAMI SZERVEZÉSE – AZ ORSZÁGOS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET

Az állami fennhatóság alatt álló központi egészségvédő intézmény ötlete már a 19. század második felében felmerült Magyarországon. Fodor József, a közegészségtan első magyarországi egyetemi tanára 1874-ben tett először javaslatot „Központi Észlelde” alakítására. Az Észlelde nyomon követte volna a közegészségügy alakulását, a járványok terjedését és ezáltal egységesen szervezhette volna az ellenük való védekezést – a közegészségügyi hiányosságok feltárása mellett azok pótlásának módszereit is kidolgozta volna.³³ Fodornak életében nem sikerült elfogadtatnia terveit, a központi intézet ötlete azonban nem ment feledésbe. 1912-ben a kormány előkészületeket tett egy központi közegészségtani intézet felállítására, de a munkát a világháború kitörése miatt nem kezdték meg. A háború után, 1918-ban Müller Kálmán, a tuberkulózis elleni küzdelem kormánybiztosa újra rámutatott a központi szerv szükségességére.³⁴ A segítség ezúttal is külföldről érkezett. Az amerikai központú Rockefeller Alapítvány, amely egészségügy-szervező tevékenységét a világháború után Kelet-Európára is kiterjesztette, megnyerhetőnek tűnt a magyar egészségvédelem hathatós támogatására.³⁵

33 Hahn–Melly 1965: 27–28.

34 Erdős–Szlobodnyik 1998: 9.

35 Az Alapítvány a korábbiakban már Franciaország, Csehország és Lengyelország számára is segítséget nyújtott a tbc-elleni küzdelem kiépítésében illetve központi intézmények létrehozásában. Támogatásukkal Varsó és Prága felépítette saját központi közegészségügyi intézetét.

Az Alapítvány európai vezetője, Solskar M. Gunn professzor támogatásáról biztosította a puhatolózó magyar kormányt, de az intézet felállítását a magyar orvosi karra kívánta bízni. 1922-re Liebermann Leó vezetésével kidolgozták az intézet terveit. A Rockefeller Alapítvány ekkor „környezettanulmányozásba” kezdett, Gunn hosszú körutat tett az országban, felmérte, megvizsgálta az egészségügyi helyzetet, a lakosság és az egészségügyi intézményrendszer állapotát. Az Alapítvány végleges döntését nagyban elősegítette, hogy időközben sikerült megfékezni az országban dúló inflációt, megindult a gazdaság helyreállítása. Gunn kedvező jelzéseinek köszönhetően 1924-ben a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium hivatalos kérvényt küldött a Rockefeller Alapítványhoz, amelyben egyszeri támogatást kértek az intézet létrehozására, valamint öt évi csökkenő összegű pénzsegélyt az intézet dologi kiadásainak fedezésére. A kérvény kedvező elbírálást nyert, 1924 decemberében az Alapítvány 245 ezer dollár egyszeri segélyt szavazott meg, és vállalta egy öt éves, csökkenő kulcsú (80, 60, 40, 20, 10%) fenntartási támogatás folyósítását. Az intézet létrehozásában a magyar kormány, valamint a főváros is komoly szerepet vállalt: az állam a fenntartási költségeket saját költségvetésébe illesztette, vállalta az addig működő, gyenge hatásfokú Központi Bakteriológiai és Közegészségügyi Vizsgáló Állomás felszámolását, annak felszerelését az új intézetnek ígérte. A székesfőváros 1925. május 10-én ellenszolgáltatás nélkül 2240 négyszögöles telket biztosított az építkezés céljaira.³⁶ Az 1925:XXXI. törvény hivatalosan is rendelkezett az M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállításáról. A Vizsgáló Állomás az építkezés befejeztével, 1927. június 30-án beszüntette munkáját, és 1927. július 1-én az OKI hivatalosan megkezdte működését.³⁷ Igazgatója Johan Béla lett. Hatásköre Budapest kivételével az egész országra kiterjedt, a székesfővárosban az 1893 óta működő Székesfővárosi Közegészségügyi és Bakteriológiai Intézet maradt illetékes.³⁸

1927 októberében az OKI megindította oktatási munkáját: kéthetes szociálhigiénés tárgyú tisztiorvosi továbbképző tanfolyamot szervezett. A tisztiorvosok képzése és a tisztiorvosi munka különböző feltételekhez kötése a századforduló óta megoldhatatlan feladatok elé állította az egészségügy reformját tervező szakembereket. 1894-től a törvényhatósági orvosoknak kötelező tisztiorvosi vizsgát írtak elő, tisztiorvossá csak azt nevezhették ki, aki a vizsgát sikeresen abszolválta. A vizsga előtti tanfolyamot csak 1919-ben rendszeresítették. A tanfolyam működtetéséhez azonban hiányoztak az elemi feltételek: nem állt rendelkezésre állandó helyiség az elmé-

36 Johan 1925: 861–863; Erdős–Szlobodnyik 1998: 9–10.

37 Az OKI-n belül négy osztály kezdte meg a munkát. A Patohisztológiai és Parazitológiai Osztály kórszövet-tani vizsgálatokba, valamint az élősködők elleni küzdelem kidolgozásába kezdett. Fontos munkaterületet kapott a Bakteriológiai Osztály: itt végezték a fertőző betegségek kórokozójának keresését, ide tartozott a vakcinatermelés, valamint a vidéki mozgó laboratóriummal történő vizsgálatok szervezése és koordinálása. A Szerológiai Osztály a Bakteriológiaihoz kapcsolódva a szérumok és a fertőző betegségek vizsgálatával foglalkozott, ellenőrző funkciókat kapott. A legnagyobb létszámmal a Kémiai Osztály állt fel: ennek a részlegnek a munkáját képezte a gyógyszerkészítmények ellenőrzése, az élelmiszer-ellenőrzés, valamint az egyik legnagyobb hangsúlyt kapó munka – a vidéki vízellátás, a vidéki kutak vízminőségének vizsgálata. (Johan 1926)

38 Erdős–Szlobodnyik 1998: 10.

leti képzéshez, nem volt lehetőség gyakorlati képzés beindítására. A tisztiorvosi tanfolyamon fennállásának hat éve során 348 orvos végzett. Az OKI felállításáról rendelkező 1925-ös törvény az Intézet feladatává tette a tisztiorvosképzés új rendszerének kidolgozását, illetve a tanfolyamok és vizsgák megszervezését.³⁹ Az első új rendszerű tanfolyamot 1928 februárjában indították. Az első tanfolyamon 24 orvos vett részt, 5 hónapos elméleti és 4 hónapos gyakorlati kiképzésben részesültek. A hangsúly a közegészségtan problémakörein és azok megoldási lehetőségein volt.⁴⁰ 1928 novemberétől rendszeresítették az egy évvel korábban próbaképpen indított tisztiorvosi továbbképző tanfolyamokat is.⁴¹

A tisztiorvosok képzése mellett az OKI feladatkörei közé sorolták az egészségügyi segédszemélyzet képzésébe történő bekapcsolódást is. 1926-ra már készen álltak az OKI felügyelete alatt létrehozandó Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet tervei. A cél ez esetben is egyértelmű volt: a szétforgácsolt, ellenőrizhetetlen és áttekinthetetlen védőnő- és ápolónőképzést központi intézmény illetékességi körébe helyezni, centralizálni, tananyagát, vizsgaanyagát egységesíteni. 1928-ban az egészségügyi igazgatás állami kézben történő összpontosítását minden szinten támogató Rockefeller Alapítvány 70.000 dolláros segítséget ajánlott fel az állami védőnőképzés megteremtésére. 1929 szeptemberében a Gyáli úton, az OKI szomszédságában elkezdtek az építkezést, 1930. szeptember 15-én pedig megindították az Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet első tanfolyamát. A képzés alapját az ápolónői ismeretek adták. A betegségek elleni küzdelmet, a prevenciót csak úgy lehet hatékonyan végezni – érveltek a szakemberek –, ha az egészségügyi segédszemélyzet ismeri is a betegségeket, amik ellen a harcot folytatja.⁴²

A védőnőképzés volt az egyik fontos terület, amelyen a centralizációra törekvő Közegészségügyi Intézetnek meg kellett küzdenie a saját befolyását és illetékességi körét féltő Országos Stefánia Szövetséggel. A Stefánia az 1925-ös védőnő-oktatási monopóliumot biztosító 22.707/1925.NMM miniszteri rendelet ismeretében saját jogkörének megcsorbításaként reagált az állami védőnőképzés beindulására. Az OKI a védőnőképzés terén „szavakban” nem törekedett teljes hatalomátvitelre: a munkába be kívánta vonni a „társadalmi jótékony intézményeket”, így a Stefánia Szövetséget is.⁴³ Az állami átruházott hatáskörrel működő Stefánia Szövetség „jóté-

39 Johan 1939: 82.

40 A tananyag *közegészségteni és járványtani* – bakteriológia, szerológia, fertőző betegségek elleni küzdelem, környezet-egészség, fertőtlenítés, gyógyszer- és gyógyszer-tárvizsgálat, stb., *társadalom-egészségteni és egészségvédelmi* – egészségstatisztika, általános egészségvédelem, csecsemővédelem, iskolaegészség, iparegészség, élelmezésügy, mentésügy, tbc- és nemibetegségek elleni küzdelem, egészségügyi propaganda, társadalombiztosítás és balesetvédelem, örökléstan és eugenika, rendőrorvosi szolgálat, szociális gondozás, stb., *egészségügyi közigazgatási* – közigazgatási szervezet, egészségügyi közigazgatás, törvények, rendeletek, valamint *egyéb ki-egésztő tárgyakból* – az OKI munkaköre, gázvédelem, testnevelés, törvényszéki orvosi munka – állt össze. (Johan 1939: 83–85)

41 Jelentés a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet 1928. évi munkájáról. In: A M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet *összegyűjtött közleményei*, 1929. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

42 Bielek–Kontra 1934: 93–94.

43 Gortvay–Parassin 1927: 73.

kony társadalmi” szervezatként való aposztrofálása természetesen csak olaj volt a tűzre. A Stefánia végleg elbarikádozta magát: csak akkor lett volna hajlandó részt venni az OKI-val közös védőnőképzésben, ha azt az Állami Anya- és Csecsemővédőnőképző Intézetben szervezték volna meg, a képzés alapjává pedig az általuk elképzelt közegészségtani és szociálpolitikai ismeretek tétettek volna.⁴⁴

1927 végén megkezdte működését az Országos Közegészségügyi Intézet Külső Munkák Osztálya. Induláskor feladatköre kettős volt: megszervezni a járványügyi és laboratóriumi vizsgáló munka decentralizálásának alapjait és beindítani az általános egészségvédelem szervezeti rendszerének tesztelését szolgáló mintajárás-akciót. A decentralizálási munkálatok során Magyarországot járványügyi szempontból kerületekre osztották. Az egyes kerületek vizsgálati anyagai a vidéki fiókállomások felállítása után már nemcsak a budapesti központba futhattak be, ezzel a központi laboratóriumok válláról nagy terhet sikerült levenni. 1928-ban négy fiókállomás kezdte meg a munkát, a következő évben újabb három: csatlakozott hozzájuk, így 10 kerülettel (9 fiókállomás és a központi laboratórium) hosszú időre kialakult az OKI országos vizsgálati szervezetrendszere.⁴⁵ 1930-ban az egészségügyi kormányzat elrendelte a kötelező laboratóriumi vizsgálatokat egyes fertőző betegségek gyanúja, illetve diagnosztizálása esetén. Ez hirtelen többszörösére duzzasztotta az OKI-hoz és a fiókállomásokhoz beérkező vizsgálati anyagok számát. A további folyamatos és megbízható működés biztosítása végett a munkavégzésre jogosult laboratóriumok körét bővíteni kellett. Mivel további fiókállomások felállításához sem anyagi, sem személyzeti lehetőség nem adódott, 1931-ben a fiókállomások mellett egyes közkórházi laboratóriumokat is feljogosítottak járványügyi hatósági vizsgálatok elvégzésével.⁴⁶ A fiókállomások rendszere a harmincas évek közepéig nem változott.⁴⁷

Az OKI Külső Munkák Osztálya létrejötte után azonnal hozzálátott az egészségügyi mintajárások rendszerének kiépítéséhez is.⁴⁸ A mintajárás kialakításának gondolata megelőzte a Közegészségügyi Intézet tényleges munkakezdésének időpontját.

44 *Az Országos Stefánia Szövetség memoranduma a népjóléti és munkaügyi miniszterhez a védőnők képzése és munkábaállítása tárgyában.* Budapest, 1930. Országos Stefánia Szövetség. 9–10. Elleztek az ápolónői és a védőnői képzés részleges összevonását is. A Stefánia elképzelése szerint ugyanis a védőnő nem foglalkozik betegápolással, tevékenységi körét a prevenció és a szociális segítés alkotja. A védőnők természetesen az OKI elképzelése szerint is végeztek volna prevenció és tanácsadó munkát – a különbség az arányokon volt: míg a Stefánia szakemberei a védőnői kar munkáját elsősorban a szociális, szociálhigiénés munkások tevékenységi körébe sorolták (Keller 1927: 16–17), addig az OKI egyértelműen egészségügyi segédmunkának minősítette a védőnői szolgálatot: Johan Béla megfogalmazásában: a védőnő az orvos segédje, „tényleges orvosi segédmunkás”. (Johan 1929: 68–69)

45 1928: Pécs, Debrecen, Miskolc, Székesfehérvár; 1929: Szeged, Baja, Hódmezővásárhely.

46 1931-ben vizsgálati jogot kapott a győri, kaposvári, nyíregyházi, szombathelyi, szekszárdi, balasagyarmati, sátoraljaújhelyi, soproni kórházi laboratórium, valamint a pécsi egyetemi belklinika, 1932 novemberében pedig az újpesti kórház laboratóriuma.

47 Bővítési lehetőség 1936-ban nyílt, ekkor Szombathelyen és Gyulán létesítettek új vizsgáló állomásokat. (Bakács 1959: 124–126)

48 A mintajárás eredeti formájában az Amerikai Egyesült Államokból átvett elgondolás. A „public health demonstration district” célja mintaszerű egészségügyi intézmények és irányítási formák létesítése és tesztelése, az országosan megteremtendő egészségügyi berendezkedés alapjainak gyakorlati kipróbálása, a közegészségügyi törvényalkotás számára kísérleti telep biztosítása. (Pfeiffer 1927: 72)

Az egészségügyi kormányzat megbízásából Gaál András Kálmán és Stoll Kálmán már 1926-ban széleskörű adatfelvételt végzett Pest vármegye gödöllői járásában. A felvétel során általános földrajzi és néprajzi adatokat, halálozási és morbiditási adatokat gyűjtöttek, felmérték a terület gazdasági viszonyait, megvizsgálták az infrastruktúra állapotát.⁴⁹ 1927 folyamán a Rockefeller Alapítvány támogatásával létrehozták az első magyarországi egészségügyi mintajárást a gödöllői járásban.⁵⁰

A Külső Munkák Osztálya 1928 októberétől fő feladatának a mintajárások rendszerének bővítését, illetve a mintajárásokban folyó munka kiszélesítését tekintette. A gödöllői járásban megindították a rendszeres és teljeskörű vízvizsgálatot, kútjavításokat kezdtek, mintakutakat létesítettek. A mintajárást használták fel a tisztiorvosok, illetve az egészségügyi védőnők gyakorlati kiképzésében is.⁵¹ 1928-ban befejeződtek a mezőkövesdi és a berettyóújfalui járásban folytatott előzetes felvételek és az év végén megalakultak a mezőkövesdi és a berettyóújfalui egészségügyi mintajárások. 1929-ben a népjóléti és munkaügyi miniszter rendeleti úton hivatalosan megbízta a Közegészségügyi Intézetet a mintajárások szervezésével és az ott folyó munka irányításával. 1930 márciusában a váci egészségügyi mintajárás, 1931-ben pedig a Pécs-városi és a Kisbéri Egészségügyi Mintakerület kezdte meg működését.

A mintajárásokban kezdődött meg az általános egészségvédelem intézményeinek kísérleti megszervezése. Egészségházak épültek, megalakultak a különböző védőintézetek. Bevezették az egészségügyi védőnő és az egészségőr intézményeit. A Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium mintaóvodákat és mintaiskolákat létesített.⁵² Az iskolákban megindult a gyermekek rendszeres szűrővizsgálata, amely speciális tevékenységként a súlyos népbetegségként felismert fogszuvasodás megfékezésére kialakított iskolafogászati munkával kapcsolódott össze.⁵³ 1930-ban a mintajárásokban folyó egészségvédőnői munka irányítására az OKI létrehozta az Ápolónői és Védőnői Irodát, az év októberében pedig útjára indította a *Népegészségügy* című folyóirat mellékleteként megjelenő, kézzel sokszorosított *Zöld Kereszt* című havi értesítő kiadványt.

1930-ban a népjóléti és munkaügyi miniszter a Közegészségügyi Intézet státusát nagyban befolyásoló rendeletet hozott: a fertőző betegségek bejelentését nemcsak az első- és másodfokú közegészségügyi hatóságok, hanem az OKI felé is kötelezővé tette. Ezzel újabb lépés történt az egészségügyi intézményrendszer központosítása terén: az OKI Járványügyi Alosztálya a fertőző betegségek követésének, a védekezés megindításának, irányításának központi szervévé vált. A Járványügyi

49 Gaál–Stoll 1926.

50 A gödöllői járás kiválasztásban több tényező is szerepet játszott. Fontos volt természetesen, hogy Pest vármegye és a járás egyaránt szívesen fogadta a tervet, de nem volt elhanyagolható az a szempont sem, hogy a járás Budapesthez való közelsége révén valóban könnyen tanulmányozható mintaként szolgálhatott, a kiépítendő egészségügyi berendezéseket pedig könnyen be lehetett kapcsolni a központi intézmények működésébe. (Pfeiffer 1927: 73)

51 Johan 1928: 19–20.

52 Pfeiffer 1927: 73–74.

53 Johan 1928: 1424–1425.

Alosztály a beérkezett jelentésekről heti rendszerességgel készített kimutatásokat, és a pontos, naprakész ismeretek terjesztése végett rendszeresen szétküldte azokat az egyes törvényhatóságok tisztí főorvosai számára.⁵⁴ Növelte az Intézet tekintélyét és befolyását az is, hogy az 1932 júniusával megszűnő Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium helyett a Belügyminisztérium vette át felette a felügyeleti jogkört. Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter Scholtz Kornél orvosállamtitkár javaslatára 1933 őszén megbízta az OKI-t az egész országra kiterjedő egészségvédelmi rendszer megszervezési terveinek részletes kidolgozásával. Az Intézet részéről Johan Béla és Gaál András Kálmán 10 éves munkaprogramot dolgozott ki, amelyet a kormány 1933 telén elfogadott. Ezen munkaterv alapján az OKI megkezdte az általános egészségvédelem (a „zöldkeresztes” egészségvédelem) országos kiépítését.⁵⁵

Az OKI belső szervezete a harmincas évek folyamán tovább bővült és specializálódott. Johan Béla 1934-es évi jelentésében rámutatott, hogy jelentős átfedések vannak a Belügyminisztérium illetve a Közegészségügyi Intézet egyes osztályai által végzett munkák között. Racionalizálási javaslatát a minisztérium elfogadta, és 1936 júniusában létrehozta a BM Egészségvédelmi és Járványügyi Osztályt (BM XV. ügyosztály), és az Országos Közegészségügyi Intézet épületében helyezte el. Vezetője az OKI igazgatója lett, aki ezzel párhuzamosan címzetes miniszteri tanácsosi címet kapott. Átszervezték az 1913 óta működő közegészségi felügyelői rendszert is: az addigi általános felügyeleti jogkört gyakorló kerületi felügyelői intézményt megszüntették, helyükbe szakfelügyelőket állítottak. A közegészségügyi felügyelők rendszeren a Belügyminisztérium alkalmazásában álltak, de az egészségvédelmi feladatokat ellátó felügyelők az OKI alkalmazottai lettek. Az OKI Külső Munkák Osztálya vezetését a BM-alkalmazott közegészségügyi főfelügyelő vette át.⁵⁶ Megkezdődött a Belügyminisztérium és a Közegészségügyi Intézet szervezetének és apparátusának összefonódása.

1936-ban változás történt az Intézet élén: az államtitkári székbe távozó Johan Béla helyett Tomcsik József lett az igazgató. Az év további szerkezeti bővülést hozott. Június 1-én önálló osztályként szerveződött meg az OKI Vízügyi osztálya, amely fő feladatául a vidéki (falusi) lakosság ivóvízellátásának javítását, illetve megoldását, a kútellenőrzések és kútlétesítések végrehajtását kapta. A városok és főleg a községek vízellátásának ügye az 1920-as évek végéig az igazgatás és az egészségügy mostohagyermekéi közé tartozott. A vízellátó rendszer kiépítettsége rendkívül hiányos volt: a trianoni országterület lakosságának 22%-át látták el vezetékes vízzel, a többiek kútvizet használtak.⁵⁷ A rosszul megépített, könnyen elszennyeződő kutak súlyos járványügyi kockázatot jelentettek: nagyobb esőzések után gyakorta jelentkezett és pusztított a hastífusz, a vérhas, a járványszerű hasmenés. 1928 óta az OKI mintegy 30000 falusi kutat vizsgált meg, és, bár a hivatalos nemzetközi standardoknál enyhébb megítélést alkalmaztak, mindössze 30%-uk vizét találták fo-

54 Johan 1939: 188–189.

55 Johan 1939: 262–263.

56 *Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet 1936. évi működéséről.* Budapest, 1937: Országos Közegészségügyi Intézet. 8.

57 Jendrassik 1942: 738.

gyasztásra alkalmasnak.⁵⁸ A kültétesítésnek az 1928 után meginduló vizsgálatok eredményeinek hatására komoly feltételei lettek. Bár nem csak artézi kutak, hanem kellő mélységig ásott aknás kutak telepítését is engedélyezték és javallották, a munkálatokat minden esetben tisztiorvosi helyszíni szemlének kellett megelőznie. Az ily módon létesített kutakat zöld kereszt „Jó ivóvíz” feliratú táblával látták el, törzskönyvezték, vizüket évente kétszer újraellenőrizték. Az OKI 1938 végén 1534 „zöldkereszt” kutat tartott nyilván.⁵⁹

A Külső Munkák Osztálya 1936-ban tbc-gondozási alosztállyal bővült, ennek vezetésével illetve a munkavégzéssel a belügyi alkalmazásban álló tbc-szakelőadókat bízták meg.⁶⁰ A tbc-gondozás központi irányítás alá helyezése, és általában a prevenció kiterjesztése a falusi lakosságra mindenképpen döntő jelentőségű lépésnek tekinthető. A tuberkulózis – amely a 20. századra megörökölte a kiütéses tífusztól a „morbus hungaricus” elnevezést – a legelterjedtebb népbetegségnek számított. A korabeli, faluval, parasztsággal, „néppel” foglalkozó irodalmi, publicisztikai írások a falu legpusztítóbb betegségeként tartották számon. Tény: a falusi lakosság körében is igen jelentős volt a tbc-halálozás aránya, ennél is magasabb volt azonban a városi lakosoké. Három különböző időszak halálozási adatait összevetve megállapíthatjuk, hogy ez az összefüggés az egész vizsgált korszakunkban igaz marad; a törvényhatósági jogú városok tbc-halálozása mintegy 1,2–1,3-szorosa a községekének.⁶¹

Tbc-halandóság törvényhatóság-típusok szerint (ezer főre)

	1920–23	1930	1939
Vármegyék	2,8	1,9	1,3
tj. városok	3,8	2,3	1,6

(Forrás: Pfeiffer 1926; Szél 1931: 763; Szél 1940: 561.)

A trianoni területen az 1920-as évek elején két – többé-kevésbé összefüggő – magas tbc-halálozást mutató régió rajzolható ki. Az egyik Dél-Magyarországon Bács-Bodrog vármegye Bajával, valamint Csanád, Arad és Torontál megye. A másik hosszan elnyúló terület Észak-Magyarországon található, Komárom és Esztergom vármegyétől indulva kelet felé Nógrád és Hont, Heves, Miskolc város, majd az ország legkeletibb részén kissé különválva Szabolcs és Ung valamint Szatmár, Ugocsa

58 Johan 1938: 448.

59 Johan 1939: 172–182.

60 A tüdőbeteg-gondozást 1936-ig több közsület és egyesület végezte, általában állami és törvényhatósági támogatással. A munka irányítását a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága végezte. 1936-ban a bizottságot megszüntették, a tbc elleni védelem irányítását és szervezését pedig a tbc-gondozási alosztályra bízták. A védekező munka egységesítésének szimbolikus jeleként a tbc-prevenciói szolgálatában álló *Tuberkulózis*, valamint az ugyanilyen tárgyú *Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis* című lapokat egyesítették, és 1937-től *Tuberkulózis Elleni Küzdelem* címen adták ki. 1937-ben új önálló osztályként megszervezték az OKI Influenzakutató Osztályt, amely még abban az évben bővítette profilját és Víruskutató Osztály néven folytatta működését. (Bakács 1959: 217–218)

61 A rendezett tanácsú városokra és a községekre vonatkozóan csak az 1920–23-as időszakból rendelkezünk különválasztott adattal: tbc-halálozásuk 3,3%, tehát a két másik településtípus között helyezkedik el. A későbbi évekre vonatkozó adatokban a községek és a megyei városok összevontan, a „vármegyék” kategóriában szerepelnek.

és Bereg megyével. A két régiót az ország közepén az ugyancsak magas tbc-mortalitási arányú Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye kötötte össze. A harmincas évekre a tbc-halálozás csökkenésnek indult. Az északi területeken a nagyvárosok, valamint Esztergom és Heves megye kivételével lényegesen javult a helyzet, nagyobb összefüggő tbc-s góc csak a Pest-Pilis déli részén és Bács-Bodroiban maradt.

1937–38-tól az OKI kezdte szervezni a malária illetve a nemibetegségek elleni védekezést is. 1937-ben először a Zala megyei Letenyén, majd a következő években Mándokon (Szabolcs vm.), Jánkon (Szatmár vm.) és Beregszászon is malária-állomásokot létesítettek. Az állomások feladata a betegellátás, a fertőzések kezelése és a fertőzés forrásainak kutatása mellett a malária-szúnyogok tenyészőhelyeinek felkutatása, a szúnyogok irtása illetve egy részüknek további vizsgálatok végzése céljából összegyűjtése és a központi laboratóriumba küldése lett.⁶² A munka eredményeként először is lényegesen javult a maláriás betegségek bejelentettségi szintje, majd a szúnyogirtás, illetve a betegséget terjesztő szúnyogfaj élőhelyének visszaszorítása a malária-morbiditás csökkenéséhez is vezetett.

1938-ban az addig társadalmi egyesületek, közületek irányításával és szervezésében zajló nemibeteg-gondozás is az OKI illetékességi körébe került.⁶³ Általánosan elfogadott tézis, hogy a nemi betegségek inkább a városokhoz, a városi lakossághoz kapcsolódnak. A magyarországi adatok részben igazolják is mindezt: az 1920–24-es évek átlagának szifiliszhalandósági mutatói szerint a törvényhatósági városok mindegyikében 1‰ fölött volt a szifiliszhalandóság, míg a vármegyék közül csak Békés, Csongrád, Csanád, Arad és Torontál, Hajdú, Jász-Nagykun-Szolnok és Tolna érte el ezt a szintet.⁶⁴ A községek veneriás fertőzöttségét leggyakrabban a vándorló népelemek hordozták. A summások, vándorló iparosok, vándorcigányok, illetve a városokba eljáró munkások könnyen széthurcolták a kórt az országban. Johan Béla arra mutatott rá, hogy minél gyakoribb, szorosabb volt az érintkezés egy-egy falu és valamely város lakossága között, annál nagyobb esélye lett az adott községben a különböző veneriás betegségek elterjedésének.⁶⁵ Az OKI irányításával kialakított szűrő- és gondozóintézetek – bár inkább a városokban koncentrálódtak – igen jelentős szerepet játszottak a teljes lakosság veneriás fertőzöttségének csökkentésében.

A harmincas években tovább fejlődött és bővült az OKI oktatási tevékenysége is. 1932-ben elindult az első községi és körorvosi tanfolyam, a tantárgyak között a közegészségtan, járványtan, társadalomegészségtan, egészségvédelem és az egészségügyi közigazgatás szervezetének ismerete szerepelt. A tanfolyam végén a hallgató az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által kiállított bizonyítványt kapott. 1932–35 között négy tanfolyamon 127 hallgató vett részt. 1936. június 30-tól megnőtt a községi és körorvosi tanfolyam jelentősége. Az 1936:IX. törvény

62 *Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet 1939. évi működéséről.* Budapest, 1940: Országos Közegészségügyi Intézet.

63 Bakács 1959: 219–221.

64 Doros 1926: 316–317.

65 Johan 1939: 243–245.

a községi orvosi, illetve körorvosi kinevezést a tanfolyam sikeres letételéhez kötötte. A tanfolyamok és a vizsgák szervezését a Községi Orvosi Vizsgabizottság intézte, a végzett hallgatók ettől kezdve Községi Orvosi Képesítő Bizonyítványt kaptak.⁶⁶ A tisztiorvosi kar és az egészségvédelmi intézményrendszer jobb összeforrasztásának eszköze volt az 1936:IX. törvény, amely a tisztiorvosi kart államosította, és eltiltotta a magángyakorlattól. A tisztiorvos feladata lett az iskolás gyermekek egészségvédelmének irányítása, az oltások megszervezése is.⁶⁷ A törvény értelmében a továbbiakban tisztiorvossá, illetve tisztifőorvossá csak azt lehetett kinevezni, aki az OKI tisztiorvosi tanfolyamát elvégezte és annak végeztével sikeres tisztiorvosi vizsgát tett.⁶⁸

Az ápolónő- és védőnőképzés intézményrendszerének bővítésére csak a harmincas évek végén került sor. Addig a budapesti M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet, valamint az OKI ellenőrzése alatt, de a Debreceni Tudományegyetem szervezésében működő Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben folyt az oktatás. 1938. február 1-én nyitotta meg kapuit a Szegedi M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet. A visszacsatolt területek védőnő-igényeinek ellátására 1939 elején megszervezték a felvidéki hallgatók számára induló tanfolyamot. A tanfolyam ideiglenesen Szegeden kezdte meg működését, majd 1939 végén Kassára költözött – 1939. november 15-én hivatalosan megnyílt a Kassai M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet. A védőnőképzés kiterjesztésének utolsó állomása 1940. november 14-én a Kolozsvári M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet megnyitása volt.⁶⁹

A ZÖLDKERESZTES EGÉSZSÉGVÉDELMI SZOLGÁLAT

Az általános egészségvédelmi munka, a zöldkeresztes egészségvédelem megszervezése az OKI felállításával vette kezdetét. A Külső Munkák Osztály által szervezett mintajárás-mozgalom már a későbbi zöldkeresztes egészségvédelmi rendszer alapjainak kidolgozását célozta. 1930-ban a beszervezett négy mintajárás (gödöllői, berettyóújfalui, mezőkövesdi, váci) egészségvédelmi tevékenysége összesen körülbelül 220.000 lakost érintett.⁷⁰ A kezdeti munka, amely egész járások egészségvédelmi rendszerének kiépítését célozta, 1930-tól átalakult: a járások teljeskörű beszerzése helyett áttértek egyes kisebb körzetek megszervezésére.

66 Johan 1939: 89–92.

67 Johan 1939: 264–265.

68 Johan 1939: 82.

69 A védőnőképzők mindenhol egységes tanterv és egységes vizsgakövetelmények szerint működtek. A felvétel feltételül 18–30 éves életkort, gimnáziumi érettségit vagy tanítónői oklevelet, valamint testi alkalmasságot követeltek meg. A képzés öt hónapos előkészítő tanfolyammal kezdődött, ezt egy év egy hónapos gyakorlati és elméleti képzés, majd fél év falusi egészségvédelmi munka követte. Az egyes tárgyak után kollokviumot, a tanfolyam végén pedig záróvizsgát rendszeresítettek. (Johan 1939: 93–95)

70 Johan 1939: 250.

Az egészségvédelmi körzetek kialakítása 1933-tól vett nagy lendületet.⁷¹ Ebben az évben fogadta el a kormány az általános egészségvédelem kiépítésének koncepcióját, az OKI pedig egyre nagyobb energiát fordított a Zöld Kereszt szervezésére. A Zöld Kereszt több esetben is illetékességi vitába keveredett az egészségvédelmet saját elvei szerint kiépítő Stefánia Szövetséggel. Sok helyen a már meglévő stefániás anya- és csecsemővédelem mellett szerveződött meg a zöldkeresztes tanácsadó – ezekben az esetekben a településen az anya- és csecsemővédelem nem került be a zöldkeresztes munkaterületek közé, hanem a Stefánia irányítása alatt maradt. A súrlódások elkerülésére végül a két szervezet a BM által jóváhagyott szerződést kötött: ennek értelmében a Stefánia Szövetség – a meglévő intézmények meghagyása mellett – nem folytatta a 6000 fő alatti települések egészségvédelmi szervezését, azokat egységesen a Zöld Kereszt illetékességi körébe tartozónak ismerte el.⁷²

Az egészségvédelmi körök átlagos lélekszáma kezdetben 6–8000 fő körül mozgott. A védőnői és orvosi apparátus fokozatos bővülésével vált lehetővé kisebb lélekszámú, 4–6000-es, esetleg még kisebb körzetek szervezése.⁷³ Az egészségvédelmi körök szervezésénél alapelveként merült fel, hogy az egészségvédelmi kör lehetőleg egybeessen az 1908:XXXVIII. törvény által létrehozott orvosi körökkel. Erre azért is szükség volt, mert a Zöld Kereszt, ellentétben a Stefánia Szövetséggel, nem kizárólag saját alkalmazású orvosok munkájára számított, sőt éppen ellenkezőleg: az általános törekvés az volt, hogy a helyi lakosság egészségügyi viszonyait legjobban ismerő illetékes községi vagy körorvost nyerjék meg az egészségvédelmi munka vezetésére. Az egészségvédelmi kör és az orvosi kör összetartozásából kiindulva az 1936:IX. törvény az „orvosi kör” elnevezést megszüntette, és helyette a „közegészségügyi kör” nevet alkotta meg.⁷⁴ A két intézményrendszer egyre inkább egymásra épült: az 1939-es új közegészségügyi körbeosztás során már csaknem teljes volt az egyezés – az új beosztás következtében az egészségvédelmi és a közegészségügyi körök átlagos lélekszáma 4900 fő lett.⁷⁵ Az egészségvédelmi kör általános munkája a csecsemővédelmet, a tuberkulózis és más fertőző betegségek elleni küzdelmet, az iskolaegészségügyet, az ideg- és nemibeteg-gondozást, a házassági és foglalkozási tanácsadást, a szociális gondozó munkát, az alkoholizmus elleni küzdelmet, oktatási tevékenységeket és a környezethigiéné javításának előmozdítását ölelte fel.⁷⁶

Nagyobb községekben illetve a több községből álló körök székhelyközségeiben az előzetes tervek egészségházak létesítésére irányultak. A létesítés költségeiről, illetve a működéssel kapcsolatos dologi kiadások fedezéséről az illető község volt köte-

71 Az egészségvédelmi körzetek legtöbbször egy település képezte, kisebb falvak esetében azonban több helység összevonására is sor került.

72 Johan 1939: 266.

73 Bakács 1959: 212.; Johan 1939: 257.

74 A zöldkeresztes egészségvédelmi kör élén a tanácsadó orvos, több orvos esetén a vezető orvos állt. A járási egészségvédelmi körök alkották a járási egészségvédelmi szolgálatot, a városi körzetek a városi egészségvédelmi szolgálatot. Ennek vezetője, a körzeti személyzet és segéd személyzet közvetlen feljebbvalója a járási vagy városi tisztiorvos volt. A tisztiorvosok az OKI igazgatójának utasításai alapján jártak el.

75 Johan 1939: 257–258.

76 Bielek–Kontra 1934: 13–14.

les gondoskodni.⁷⁷ Az egészségházak létesítése meglehetősen nehezen indult meg. A községek számára vállalhatatlan teher volt új speciális épületek létesítése, így az első időszakban főleg meglévő falusi lakóházak átalakításával próbálkoztak, természetesen ezáltal az egyes helyiségek célszerű és biztonságos elhelyezésének központi-lag elkészített terveit nem minden esetben lehetett érvényre juttatni.⁷⁸ Az egészségház-program tervszerű kiépítéséhez széleskörű társadalmi összefogásra volt szükség. 1937 telén Imrédy Béla, a Magyar Nemzeti Bank elnöke és Keresztes-Fischer Ferenc, akkor a Pénzügyi Központ vezetője három és fél millió pengős „Falusi Szociális Alap”-ot hozott létre. Az Alap elsődleges célja a szegény falvak egészségház-építéseinak anyagi támogatása lett.⁷⁹

A zöldkeresztes egészségvédelem talán legfontosabb alakja az egészségügyi (zöldkeresztes) védőnő volt. Ő volt az, aki munkája révén napi kapcsolatba került községi lakóival, aki oktató-nevelő és egészségügyi tevékenységével a legtöbbet tette a falu egészségvédelmének megszervezéséért. Munkájuk fő területei közé az anya- és csecsemővédelem, az iskolaegészségügyi tevékenység, a nemibetegségek és a tuberkulózis elleni küzdelem, a szegény betegek otthoni gondozása és a szociális gondozás tartozott.⁸⁰ Az ő feladata volt az orvosi utasítások betartásának ellenőrzése, ismeretterjesztő előadások szervezése, tartása, valamint általában az orvosi tanácsadó és vizsgáló munka előkészítése és segítése.⁸¹

A zöldkeresztes védőnők az Országos Közegészségügyi Intézet alkalmazásában álltak. Beosztásukról, munkába állításukról az OKI igazgatója döntött. Illetményük havi tiszteletdíjából – törzsfizetésből és lakáspénzből állt. Az első években a védőnői illetményeket a Rockefeller Alapítvány állta, majd a támogatások megszűnésével az állam vállalta át annak folyósítását. Törzsfizetésük szolgálati éveik száma szerint emelkedett. A védőnői fizetések – különösen a komoly képzettségi szint ismeretében – meglehetősen alacsonynak mondhatók. A szolid kispolgári életnívót biztosító 200 pengő körüli havi fizetést a védőnő csak több mint 25 év munkaviszony után érthette el. A nehéz munkafeltételek, a megterhelő szolgálat következtében valószínűsíthető, hogy csak kevesen maradtak ennyi ideig szolgálatban. Nagy nehézséget okozott a házasság és gyermekvállalás kérdése is – nemcsak a potenciális házastár-

77 Bielek–Kontra 1934: 38.

78 Johan 1939: 103.

79 A területvisszacsatolások az egészségház-építés terén is új nehézségeket támasztottak. A Falusi Szociális Alap 1941-re kimerült, nem tudta kielégíteni a megnövekedett igényeket. A visszacsatolt területeken végül két újabb társadalmi mozgalom, a felvidéki „Magyar a Magyarért” illetve az „Erdélyért” gyűjtéséből sikerült beindítani az építkezéseket. (Johan 1941a: 492)

80 Johan 1939: 64–65.

81 A védőnő iskolaegészségügyi tevékenységét az 52.231/1933. VKM rendelet szabályozta. Ennek értelmében a védőnő minden iskolában egészségügyi és tisztasági ellenőrzést tarthatott – ahol zuhanyfürdővel ellátott egészségház üzemelt, ő gondoskodott az iskolás gyermekek rendszeres fürdetéséről is. Nagy szerepe volt az iskolaorvosi szűrővizsgálatok és ellenőrzések során is: az orvosi vizsgálat előtt megmérte a gyermekek testsúlyát, magasságát, feljegyezte a látásélesség eredményeit, elvégezte a Pirquet-oltásokat. Az orvosi vizsgálat ezek után elsősorban a nemibetegségek, tuberkulózis, trachoma, a féregbetegségek (helminthiasis) illetve a hiányos táplálkozás kiszűrésére irányult. Az elemi iskola I–VI. osztályos valamint az ismétlő iskola I–III. osztályos tanulói körében az orvos és a védőnő időközönként részletes szív-, tüdő-, száj-, idegrendszer-vizsgálatokat, valamint ortopédiai vizsgálatokat is végzett. (Svoboda 1939: 804–806)

sak alacsony száma miatt, hanem a házasság utáni további munkavégzés szempontjából is. A házasságkötést követő gyermekszülés aztán végképp összeegyeztethetetlennek bizonyult a védőnői munkával. A védőnő elvileg bármikor munkára rendelkezési, a hosszú utazásokkal egybekötött családlátogatások és a saját gyermek gondozása, nevelése nem fért meg egymással. A házasságkötést követően a legtöbb védőnő hamarosan kénytelen volt megválni állásától.⁸²

„Az egészséges életnek egyik elengedhetetlen feltétele, hogy a táplálkozási, ruházati és lakásviszonyok biztosítsák az organizmus fejlődésének zavartalanságát, illetve teljesítőképességének épségben maradását. A gondozottak jelentékeny csoportjánál – önhibájukból, vagy önhibájukon kívül – hiányzik a lehetősége annak, hogy az egészséges élet feltételeit maguknak biztosítsák. Ennek következtében a segélyezés lehetősége – a socialis gondozás – szükségképeni kiegészítő része az egészségvédelmi munkaprogramnak.”⁸³ Az egészségvédelmi tevékenység fentiek szerint értelmezett szociális intézmény-csomagja a harmincas évek közepétől kezdve hódított teret az egészségügyi, egészségvédelmi reformtörekvések sorában.

Az intézkedések közül a zöldkeresztes cukorakció beindítása volt az első. Ennek keretében a segélyben részesülők utalvány ellenében 1 hónapra 1 kg kristálycukrot kaptak. A segélyjogosultak körének kijelölése a zöldkeresztes védőnő hatáskörébe tartozott. A ráutaltság feltételeként megszabták, hogy a családban legyen 12 éven aluli gyermek, illetve terhes anya, a család évi összkeresete pedig nem haladhatta meg a 600 pengőt. Az akció 1935-ben kezdődött 10 vagon ingyencukor szétosztásával. A mennyiség a következő évek során rohamosan növekedett: 1938-ban 40 vagon, 1939-ben 148 vagon, 1940-ben 155 vagon, 1941-ben pedig már 186 vagon cukor képezte az akció alapját.⁸⁴ 1939-ben 16.000 terhes és szoptató anya, 80.000 6 év alatti és 75.000 7–11 éves gyermek részesült cukorjuttatásban.⁸⁵

A harmincas évek végén kezdődött meg a cukorakcióhoz hasonlóan szervezett zöldkeresztes tejakció. Az igényjogosultak köre, az utalványozás mechanizmusa ugyanaz volt, mint a cukorakciónál. A ráutalt terhes nők (a terhesség negyedik hónapjától) és a szoptató anyák (a szoptatás hatodik hónapjáig), valamint a három év alatti gyermekek napi fél liter, a 3–11 éves gyermekek napi negyed liter tejben részesülhettek. Az akció méreteit mutatja, hogy 1939-ben összesen 17 millió liter tej került szétosztásra.⁸⁶ A következő évben mintegy 20.000 terhes és szoptató nő, 50.000 3–5 éves és 100.000 3–11 éves gyermek alkotta a segélyezettettek körét.⁸⁷ A visszacsatolt területeken is megindult a tejakció szervezése. 1939-ben a „Magyar a Magyarért” mozgalom 2 millió liter tej vásárlására elegendő összeget adott át az akció szervezési céljaira az Országos Közegészségügyi Intézetnek.⁸⁸

82 Johan 1939: 69–70.

83 Bielek–Kontra 1934: 98–99.

84 Bielek 1942a: 734.

85 Johan 1939: 163.

86 Johan 1939: 162.

87 Bielek 1942a: 731–732.

88 Johan 1939: 162.

1938 májusában a Békés megyei Doboz községben a Népelelmezési Bizottság tervei alapján kísérleti gyermekétkeztetési akció kezdődött.⁸⁹ 300 kiválasztott szegény sorsú gyermekből 159-en kerültek az étkeztetési akcióban résztvevő csoportba.⁹⁰ Az akció rendszeres orvosi felügyelet és ellenőrzés mellett folyt, a munkában részt vevő orvoscsoport rendszeres jelentésekben számolt be az étkeztetett gyerekek általános egészségügyi állapotának és testi jellemzőinek alakulásáról. A kísérleti akcióval kapcsolatban szociális célzatú zöldkeresztes gyermekétkeztetési akciókat is szerveztek. Az étkeztetési akciók pénzügyi fedezetül egyrészt a tejakció adott területre eső részéből elvont összeg adta, de az étkeztetés költségeinek kétharmadát helyi forrásokból kellett előteremteni.⁹¹

1935-ben indultak el az első zöldkeresztes népelelmezési (főző-) tanfolyamok. Célkitűzésük az volt, hogy általuk „a falu fiatalabb asszonyai és leányai megtanulják az egyes vidékek termelvényeinek minél változatosabb elkészítését, rászokjanak a változatos táplálkozásra, megismerjék és megkedveljék a zöldfőzelékeket, s elsajátítsák néhány olyan diétás étel elkészítését, amelyek az otthon ápolt vagy a kórházból hazakerült lábadozó betegek, továbbá a kisdedek táplálásában szükségesek.”⁹² A tanfolyamok szervezését 1937-ig központilag a Belügyminisztérium közjóléti osztálya támogatta. 1935-ben 1500, 1936-ban 4000, 1937-ben 6500 pengőt fordítottak a tanfolyamok szervezésére. 1937-től a vármegyék közjóléti költségvetésében biztosították a fedezetet, majd ezeknek a Nép- és Családvédelmi Alapba olvasztása után, 1941-től az ONCSA vette át a finanszírozást, törvényhatóságunként 1500, összesen körülbelül 80.000 pengőt folyósított.⁹³

1939 márciusában Csongrád vármegye kísérletképpen új típusú népelelmezést javító akcióba kezdett. Szegény újszülöttek családjainak 100 m²-es veteményeskert beültetéséhez szükséges vetőmagokat és palántákat, illetve 4–5 gyümölcsfacsemétet adtak. Az anyáknak 3–4 napos oktatást tartottak, amelyen a kert telepítésére, gondozására, a termelt anyagok helyes és célszerű felhasználási módjára vonatkozó

89 A népelelmezési akciók megindításának háttérében a néptáplálkozásnak az első világháborút követő években nemzetközi szinten is megindult kutatása állt. 1928 februárjában felmerült egy nemzetközi táplálkozás-higiénés társaság alapítása, amely végül a Népszövetség keretein belül meg is kezdte működését. A társaság 1937-es genfi értekezletén felhívást tett közzé, hogy az egyes államok állítsanak fel nemzeti népelelmezési bizottságokat, amelyekben szaktudósok és gazdasági szakemberek együttes munkával felkutadják a népelelmezés esetleges hiányosságait, problémáit és egyben javaslatokat is tesznek azok megoldására. Hazánkban a felhívás után röviddel, még 1937-ben meg is alakult a Magyar Népelelmezési Bizottság. Elnöki tisztét a belügyminiszter foglalta el, helyettese a belügyminisztérium orvosállamtikára lett. (Sós 1942: 35)

90 Johan 1939: 164–165.

91 Az akció 1940 januárjában négy községben, Nagyigmádon, Banán, Csanádpalotán és Tápén kezdtek meg, februárban kiterjesztették Füzesgyarmatra, Neszmélyre és Szegvárra, majd márciusban Bokodra, Kisbérre és Balkányra is. Egy gyermek ellátása körülbelül havi 9 pengőbe került, a helyi társadalom fokozott adakozásának köszönhetően a 30 fős induló létszámokat fokozatosan 50–60 főre sikerült bővíteni. Az étkeztetési akciók májusban értek véget, összesített mérlegük szerint a befolyt 11787 pengőből 8709-et költöttek el, a tíz érintett községben 419 gyermeket részesítettek ellátásban. (Bielek 1942a: 734–735; Mezey 1940a: 8–10; Mezey 1940b: 63)

92 Johan 1939: 165–166.

93 1935 és 1941 között a főzőtanfolyamokon összesen 19.282 lány és asszony vett részt. A család-fenntartó foglalkozása szerint földműves volt közülük 12.552, iparos 3010, „teljesen nincstelen” 990, és egyéb foglalkozású 2730. (Kovách 1942: 331–332)

ismereteket adtak át nekik. A részesülőket az egészségvédelmi szolgálatok orvosai, illetve a községi orvosok választották ki. A „zöldkeresztes kiskert”-akció szimbolikus megindításaként március 25-én Johan Béla és Bonczos Miklós államtitkár, Kádár K. Levente miniszteri osztályfőnök és a Csongrád vármegyei főispán egy nagymágocsi szegény család udvarán 1–1 fát ültetett el. Az összes többi érintett községben is erre a napra időzítették a fák, magvak és palánták ünnepélyes átadását.⁹⁴

A védőintézet-szervezés és a védőnőképzés kapcsán már többször említésre került az Országos Stefánia Szövetség és az Országos Közegészségügyi Intézet, illetve a Zöld Kereszt között fel-fellángoló vita, rivalizálás. Az egyet nem értés, a szembenállás szakmai szempontból egy mindent megalapozó kérdés körül bontakozott ki: nevezetesen az eltérő egészségvédelmi koncepciók közül melyik a hatékonyabb, melyik méltóbb a támogatásra, melyik szolgálja jobban az ország érdekeit. A Stefánia Szövetség – mint már szó volt róla – tevékenységét a szakvédelmi rendszer keretében építette ki. A szakvédelmi rendszer az egészségvédelem egységének az egyént tekintette, a program kiépítése során a halálozási arányok alapján felállított fontossági sorrendet kívánta követni. Ennek megfelelően ágazati jelleggel először a csecsemőhalálozás visszaszorítását célzó anya- és csecsemővédelem, majd a tuberkulózis halandóság elleni harc jegyében a tbc-védelem rendszerének kiépítésére törekedett. Szakembergárdáját szakorvosok és szakvédőnők alkották. A szakvédelmi rendszer elméletével szembenálló általános vagy családi egészségvédelem ugyanakkor legkisebb egységnek a családot tekintette. „(A) család egészségvédelmi szempontból egy egységet alkot. A család egy tagjának betegsége (pl. tuberkulózisa) nem közömbös a család többi tagjára, például a csecsemőre nézve sem. A csecsemővédelem kapcsán foglalkozni kell az egész család egészségi és szociális viszonyaival, ami sokkal könnyebb, ha a család összes tagjának gondozását egy szervezet végzi.”⁹⁵

További szembenállási pont volt az állami, illetve társadalmi irányítás kérdésköre. A Stefánia Szövetség „államtól átruházott hatáskörben” ugyan, de végső soron társadalmi szervezetként végezte egészségvédelmi munkáját. A Rockefeller Alapítvány magyarországi szerepvállalása előtérbe tolta az állami szervezésű prevenció gondolatát. A Rockefeller Alapítvány egészségügy-szervező tevékenysége során kizárólag államokkal volt hajlandó szerződéseket kötni, ebből következően egyértelműen csak az állami szervezetszerű egészségvédelmi rendszer kiépítésére kívánt támogatásokat nyújtani. Az állami intézményként létrehozott Közegészségügyi Intézet, mint központi közegészségügyi és egészségvédelmi szerv felállása törést okozott az addigi egységesen társadalmi alapon, a Stefánia Szövetség irányítása alatt szerveződő egészségvédelem terén. Az egészségvédelmi mintajárások megal-

94 1939 tavaszán 500 kiskert létesült, ezekben 1500 fiatal gyümölcsfát ültettek el. 1940-ben az akció már 18 csongrádi községet érintett, ezekben összesen 890 kiskert kialakítására került sor. A költségeket a vármegye közjóléti alapjából fedezték. 1940 tavaszán Csanád-Arad-Torontál vármegye is megindította a zöldkeresztes kiskert-akciót. (Havas 1939: 705–706; Kovách 1941: 363) A következő évben a Népélemezési Bizottság javaslatára a Belügyminisztérium felhívta a vármegyéket az akcióhoz való csatlakozásra. A költségek ekkortól már központilag, az ONCSÁ-nál kerültek elkülönítésre. (Havas 1939: 704–705; Havas 1942: 282)

95 Johan 1939: 251.

kítása, és ezzel párhuzamosan a nem tisztázott státusú és jogkörű Zöld Kereszt szervezése pedig már komolyan veszélyeztetni kezdte a Stefánia Szövetség jól kiépített, addig biztosnak és rendíthetetlennek tűnő hegemon pozícióit. Johan meghaladottnak minősítette a szakvédelmi rendszert, és a modernség jegyében saját intézményeinek igényelte a vezető szerepet: „Ma már a közönség többet kíván, mint az egészségvédelemnek csak egy ágát és a socialis egészségügy más ágazataiban azóta elért haladás új irányokat jelöl ki a munka számára és új, más eredményeket is vár. Az egészségvédelmi munka első fázisa után el kell következnie a második fázisnak. E második nem akarja feláldozni az első eredményeit, csak biztosítani akarja az emberi élet későbbi szakaira is.”⁹⁶

Az Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet felállítása tovább borzolta a kedélyeket a Stefánia vezetőségében. 1930 októberében a Stefánia Szövetség memorandummal fordult a népjóléti és munkaügyi miniszterhez a szakvédelmen alapuló prevenció rendszer fenntartása és további kiépítése és az általános egészségvédelem terjeszkedésének meggátolása érdekében. Az egyes egészségvédelmi problémák a gyakorlatban nem azonos súlyúak – érveltek, ennél fogva először lehetőleg minden erőforrást a legfontosabb csecsemőhalálozás- és tbc-elleni küzdelemre kell összpontosítani. Állításuk szerint az általános egészségvédelem rendszere Németországban már megbukott, ezért nem érezték jogosnak a Zöld Kereszt fokozatos előtérbe állítását. Ernszt József népjóléti miniszter válaszában támogatásáról biztosította az aláírókat, helyeselte az egészségvédelmi munkában kialakult munkaközösséget állam, önkormányzat és társadalom között – érdemben azonban nem tett, nem tehetett ígéretet a követelések teljesítésére.⁹⁷

1930 márciusában az Országos Orvosszövetség hasábjain Szénásy József kísérelt meg új támadást intézni, kemény hangú cikkét az első számú ellenfélnek tekintett Johan Bélának szánta. Felsorolta a Stefánia Szövetség által addig elért eredményeket és óva intett a meglévő rendszer, az addig elért eredmények megbontásától, esetleg szétzúzásától.⁹⁸ Az események váratlan fordulatot vettek: a támadásra nem Johan, hanem a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium államtitkára, Scholtz Kornél válaszolt. Scholtz – békítő szándékkal – biztosította a Stefánia Szövetséget addigi pozícióinak fennmaradásáról, ugyanakkor hitet tett az új típusú általános egészségvédelmi rendszer kiépítésének szükségessége mellett.⁹⁹ Az egészségvédelem megszervezéséért folytatott harc eldőlni látszott a Közegészségügyi Intézet javára.

A harc azonban még nem csitult: az OKI a gazdaságosság érvét vitte a küzdelemben – a harmincas évek elején beköszöntő súlyos gazdasági válság időszakában ez az érv rendkívül hatásosnak bizonyulhatott.¹⁰⁰ A Stefánia Szövetség az őt ért bírálatokra azzal próbált válaszolni, hogy saját tevékenységét mint természetesen kialakult rendszert, mint a hazai viszonyokra specializálódott, azokkal együttélő, azoknak

96 Johan 1929: 60.

97 *Az Országos Stefánia Szövetség memoranduma a népjóléti és munkaügyi miniszterhez a védőnők képzése és munkábaállítása tárgyában.* Budapest, 1930. Országos Stefánia Szövetség, 8–13.

98 Szénásy 1930.

99 Scholtz 1930.

100 Johan 1931: 5–6.

megfelelő rendszert tekintette, és szembeállította azt a külföldről importált, külföldi mintákat követő, új és idegen rendszerrel. „Az államnak nem szabad megengednie azt, hogy ugyanazon munkaterületen két különálló szerv dolgozzék, még kevésbé szabad a ki nem próbáltat, a kísérletezgetést favorizálni a régen bevált munka rovására.” – fogalmazott Ugron Gábor.¹⁰¹

Az 1930-as memorandum aláíróinak névsora jó alkalmat kínál a Stefánia társadalmi-közeleti kötődéseinek megfigyelésére. Bókay János, aki már a Szövetség kialakításában is jelentős szerepet vállalt, a budapesti egyetem gyermekgyógyászat-tanszékét töltötte be 1929-es nyugdíjba vonulásáig. Hainiss Elemér ugyancsak nyilvános rendes tanár, a gyermekgyógyászat professzora volt előbb a szegedi, majd éppen Bókay visszavonulása után a budapesti egyetem orvosi karán; Tóth István ugyanitt a szülészeti és nőgyógyászati nyilvános rendes tanára. Ruffy Pál jogász hosszú ideig az állami gyermekmenhelyek főfelügyelője, Parassin József a fővárosi tüdőbeteg-gondozó intézeteinek igazgató-főorvosa, Fáy Aladár orvos, tüdőgyógyász, egykori közegészségügyi főfelügyelő pedig a tuberkulózis elleni országos bizottság kormánybiztosa volt. Aláírta a memorandumot Fekete Sándor, az Apponyi anyaothton vezető főorvosa, a budapesti egyetemen a szülészeti-nőgyógyászati magántanára, Szénási József szülész-nőgyógyász, a Stefánia Szövetség főorvosa és természetesen Keller Lajos, a Szövetség ügyvezető igazgatója is. Már ezekből is látható, hogy bár a vezető és befolyásos tagok egyfelől a szakmai elemet képviselték, a Stefánia erősen Budapest-centrikus intézmény volt; vezetőinek köre jórészt a budapesti szülész- és gyermekgyógyász professzorok, illetve a tüdőbeteg-gondozás intézményi vezetői közül került ki.

Az aláírók között azonban nem csak orvosokat, hanem politikusokat is találunk. Mindenekelőtt Ugron Gábort, a Szövetség elnökét, az Esterházy- majd a harmadik Wekerle-kormány egykori belügyminiszterét, 1930 és 1935 között a 33-as országos bizottság elnökét és Bárczy Istvánt, Budapest volt főpolgármesterét, a budapesti Pátria szabadkőműves páholy tagját. Ugron és Bárczy 1919–21-ben a Nemzeti Szabadelvű, majd a Vázsonyi Vilmos-féle Polgári Demokrata Párttal való egyesülés után a Nemzeti Demokrata Párt vezetői, a '20-as és '30-as években a kormány liberális ellenzékének oszlopos tagjai voltak.¹⁰² Csilléry András orvos (közelebbről fogorvos) ugyan, számunkra azonban érdekesebb, hogy a később nyilas kormánybiztossá avanszált politikus, a Friedrich-kormány egykori népegészségügyi minisztere ekkor még az ellenzéki Keresztény Gazdasági és Szociális Párt híve volt, befolyásos budapesti várospolitikus, a budai I. sz. választókerület országgyűlési képviselője. A nevek a liberális illetve keresztény ellenzék, valamint az országos vezetéssel szemben politizáló fővárosi politikusok csoportjait – és a fővárosi érdekeket – sejtetik a Stefánia mögött.

A Stefánia és az OKI küzdelme a 19. és a 20. század uralkodó eszméinek, az ebből következő szerepfelfogásoknak csatájaként is értelmezhető. A klasszikus liberális, társadalomra építő, az állami beavatkozást minimálisra korlátozó régi szemlélet

101 Ugron 1931: 392.

102 Vö. L. Nagy 1980.

ütközött a központosító, az állam szerepét kiterjesztő, befolyási és ellenőrzési övezetét növelni szándékozó konzervatív politikával. A '30-as évek szociálpolitikájában, a gömbösi „reformtervek” állami megalapozásában a Stefánia társadalmi szervezetként már nem játszhatott komoly szerepet. Az intézmények küzdelme a harmincas évek közepére dőlt el. Az OKI tízéves egészségvédelmi tervének elfogadása, majd Johan Béla 1934-es államtitkári kinevezése után nyilvánvalóvá vált, hogy kormány szinten a Közegészségügyi Intézet és a Zöld Kereszt a befutó. 1934-től az egészségvédelem szervezésének elsődleges szerve az Országos Közegészségügyi Intézet lett. A hatékonyabb állami szervezés az egészségügy területén is háttérbe szorította a társadalmi jótékonyásra épülő alapelveket.

AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM AZ 1940-ES ÉVEKBEN

A Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat 1927-ben tulajdonképpen bármiféle törvény vagy rendelet nélkül született meg. A Közegészségügyi Intézet felügyelete és ellenőrzése alatt tevékenykedett, az államigazgatás, a központi kormányzat nem szabályozta működését. 1940 végére a területvisszacsatolások következtében jelentkező súlyos egészségvédelmi problémák, valamint a romló gazdasági helyzet szükségessé tette az egészségvédelem intézményrendszerének átfogó szabályozását, az egymás mellett, egymástól függetlenül (de egyaránt állami támogatással) működő szervezetek munkájának egységbe szervezését. 1940 őszén az állami pénzügyi támogatás folyamatos csökkenése következtében ellehetetlenült Stefánia Szövetség felajánlotta, hogy a működésének alapját képező anya- és csecsemővédelmi intézményrendszert, valamint tanácsadó orvosi és védőnői karát átadja a Zöld Keresztnek.¹⁰³ Kivételt csak a budapesti intézmények jelentettek – az OKI illetékességi köre továbbra sem terjedt ki a fővárosra, a Stefánia itteni intézetei székesfővárosi kezelésbe mentek át – itt az egészségvédelmi tevékenység továbbra is a szakvédelmi rendszer keretei között valósult meg. A Stefánia összesen 334 védőintézetétől és 850 védőnőjétől volt kénytelen megválni.¹⁰⁴

Az 1940 szeptemberében kiadott 730/1940.BM és az 1000/1940.BM rendeletek 1941. január 1-től egységesítették a magyar egészségvédelmet. Az egészségvédelmi szakmunka lebonyolítását az Országos Közegészségügyi Intézet központi felügyelete és irányítása alatt álló Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat feladatkörébe utalták. 1941-től a zöldkeresztes egészségvédelmi munkát „állami tevékenység”-nek tekintették. Vezetője a tisztifőorvos illetve a tisztiorvos lett, a védőnők állami tiszteletdíjas alkalmazottnak minősültek, fizetésüket közvetlenül az állam folyósította. A 888/1940.BM rendelet értelmében az nyerhetett védőnői kinevezést, aki valamely állami ápolónő- és védőnőképző intézet által kiállított oklevéllel rendelkezett, továbbá 1940. december 31-én szakvédőnői minőségben az Országos Stefánia Szövetség alkalmazásában állt. A védőnők 1942. január 1-től végül – egy

¹⁰³ Johan 1941b: 25–27.

¹⁰⁴ Szénágy 1997: 177.

hosszú ideje fennálló probléma megoldásaként – nyugdíjjogosultsággal járó „rendszeres állami állásba” kerültek.¹⁰⁵

Az Országos Stefánia Szövetség 1940. december 31-gyel kimondta megszűnését és Országos Egészségvédelmi Szövetség néven szerveződött újjá. Az elnöki tisztet Ugron Gábortól Johan Béla vette át.¹⁰⁶ Feladata az lett, hogy a zöldkeresztes egészségvédelem munkáját szociális háttértevékenységgel egészítse ki. Az egészségvédelmet ezzel intézményesen kétfelé bontották: egészségvédelmi szakmunkára, amelyet állami szerv, a zöldkeresztes szolgálat végez, valamint szociális munkára, amelyet társadalmi szervezet, az Országos Egészségvédelmi Szövetség lát el. Az Egészségvédelmi Szövetség jelvénye a zöld kereszt, fővédnöke Horthy Miklósné lett.¹⁰⁷

Az Egészségvédelmi Szövetség a Stefánia Szövetség volt fiókszövetségi hálózatára épült rá. Az OESZ fiókszövetségek feladata lett az egészségvédelem működési feltételeinek biztosítása valamint a karitatív segítyezés. A fiókszövetségek szervezték a háztartási kisegítő szolgálatokat (a leventeleány-rendszer segítségével), BM és ONCSA támogatással bonyolították a szülészeti vándorláda- és csecsemőkelenye-akciókat és bekapcsolódtak a gyermekétkeztetésbe.¹⁰⁸ A fiókszövetségek kezelésében maradtak továbbá a Stefánia Szövetség egykori anyaotthonai, szülőotthonai, bölcsődéi és napköziotthonai is. Ezek fenntartásának költségeit részben ugyancsak társadalmi gyűjtésből kellett fedezniük.¹⁰⁹

Az általános egészségvédelem egységes állami szervezésének meghirdetése a felügyeleti jogkört gyakorló Közegészségügyi Intézet számára komoly többletmunkát jelentett, ami az osztályok számának jelentős bővülését hozta.¹¹⁰ A tüdőbeteg- és a nemibeteg-gondozás már a harmincas évek végétől (1936-tól illetve 1938-tól) az OKI hatáskörébe tartozott, de egységes központi irányításuk megszervezésére csak 1940-ben került sor. Az 1940:VI. tc. az OKI-t bízta meg az immár állami feladattá emelt tbc- és nemibeteg-védelemmel. A törvény 30 ezer főnél nagyobb településen nemibeteg-gondozó intézet létesítését írta elő. A nemibeteg-gondozó feladata lett a jelentkezők orvosi vizsgálata, a fertőzőforrások felkutatása, a szegénysorsú és biz-

105 *Zöld Kereszt*, 1941/11. 241.

106 Az elnökváltás a Szövetség 1940. december 27-i ülésén történt meg. A két szervezet közti folytonosságot Keller Lajos, volt Stefánia Szövetségi ügyvezető igazgató alelnökké választása jelképezte. Az Országos Egészségvédelmi Szövetség közleményei. *Zöld Kereszt*, 1941/1. 16–17.

107 Bielek 1942b: 1; Johan 1941b: 26.

108 Bielek 1942b: 17.

109 Bielek 1941: 52–53.

110 1940-tól az OKI Egészségvédelmi Csoport keretében megszervezték a Tüdőbeteg-gondozó Osztályt, a Nemibeteg-gondozó Osztályt és a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Osztályt, majd 1942-ben a munka koordinálására felállították az OKI Általános Egészségvédelmi Osztályt. Az egészségvédelmi osztály keretében működött ekkortól az Ápolónői és Védőnői Iroda, az Iskolafogászati-, a Tüdőbeteg-gondozó- valamint a Nemibeteg-gondozó Alosztály. 1940-ben a Szerológiai Osztály Oltóanyag-termelő Osztályra és Oltóanyag-ellenőrző Osztályra vált szét, 1942-ben önálló osztályként szerveződött meg a korábban alosztályként működő Egészségügyi Műszaki Osztály. A fertőző betegségek elleni védekezés egységesítése jegyében 1942. január 1-én Pasteur Laboratórium néven az OKI-ba olvasztották veszettség elleni védőoltásokat végző Budapesti Pasteur Intézetet. 1942-ben Sós József dietetikus, egyetemi magántanár megbízást kapott az OKI-n belül működő Népelelmezéskutató Osztály és egy ezzel összhangban működő Golyvakutató Állomás létrehozására. (Bakács 1959: 222–223)

tosított betegek rendszeres kezelése, a házasság előtti orvosi vizsgálat és tanácsadás, nyilvántartás vezetése, valamint a nemibetegségekkel kapcsolatos felvilágosító munka végzése. A nemibetegek gondozását a törvény a Zöld Keresztre bízta.¹¹¹ A tbc-gondozó és a nemibeteg-gondozó intézetek szakorvosok vezetése alá kerültek. A tbc-gondozó intézetek igazgatásilag a járási vagy városi, míg a nemibeteg-gondozók a törvényhatósági egészségvédelmi szolgálat részei lettek.¹¹² A kistelepeüléseken és a tanyás területeken „gépesített” vándor tüdőgondozókat rendszeresítettek.¹¹³ 1943-ban ismét Johan Béla vette át az Intézet vezetését immár főigazgatói minőségben. Tovább szaporodott a külső intézmények hálózata: Csengeren (Szatmár vm.), Nagykanizsán és Ungváron újabb malária-állomások alakultak, a Kárpátalját fenyegető kiütéses tífusz elleni hatékonyabb védekezés céljából pedig ugyancsak Ungváron kiütéses tífusz elleni védőanyagtermelő intézetet létesítettek. A külső állomások hálózata is a visszacsatolt területek bekapcsolásával bővült tovább.¹¹⁴ A következő évben az ország hadszíntérré válása, a gyakori bombázások súlyos károkat okoztak az Intézetnek és a külső létesítményeknek. A központi laboratóriumokat a bombatámadás-veszély miatt ki kellett telepíteni Budapestről – a Laboratóriumi és Járványügyi Csoport Tihanyba, az Egészségvédelmi Csoport és a BM Egészségvédelmi és Járványügyi Osztály Balatonlellére míg az Egészségügyi Műszaki Osztály a nyugati határhoz közeli Jánosházára menekült.¹¹⁵

* * *

A preventív egészségügy kérdésköre a második világháború utáni szaktudományos munkák részéről meglehetősen mostoha elbírálásban részesült. A századforduló és a két világháború közötti korszak szociál- és egészségpolitikáját bíráló szerzők¹¹⁶ a '30-as évek szlogenjére utalva a „filléres egészségügy”-et állították a kritika középpontjába, mondván a szociálisan érzéketlen kormányok a drága betegápolási rendszer kiépítése, a kórházak hálózatának bővítése helyett az olcsó és egyszerű egészségügyi propagandát és tanácsadást, szociális látszatintézkedéseket, színjátékszerű akciókat valósítottak meg. Az egészségügyet érő vádak – részleges igazságtalanságuk mellett – azért is méltánytalanok, mert nem veszik figyelembe, hogy a 20. századra már kevésbé jellemző a szociálpolitika és az egészségügy századfordulón még nehezen megbontható egysége. A két világháború közötti korszak szociálpolitikájának megítélése meghaladná a tanulmány kereteit, így a kritikák és bírálatok értékelésére sem vállalkozhatunk. Azonban egészségügyi prevenció felismerése mint tudományos és egészségpolitikai felismerés kétségkívül a modernizáció korszakalkotó

111 Domahidy 1942: 649–650.

112 Kontra 1942: 437–438.

113 Schütz 1942: 627.

114 1939-ben Kassán, Komáromban és Ungváron, 1940-ben Nagyváradon, 1942-ben pedig Újvidéken fiókállomás, Kolozsvárott pedig fiókállomási jogkörrel felruházott higiéniai laboratóriumot létesült. (Bakács 1959: 59)

115 Erdős–Szlobodnyik 1998: 19.

116 Hahn 1960; Bezerédyné–Hencz–Zalányi 1967.

találmányai közé tartozik. Az egészségügy- és a társadalomtörténet számára egyaránt nagyon fontos, hogy a meginduló új kutatások a régi rögzült értékelési és értelmezési sémákat levetve, méltányosan és mértékadóan ítéljék meg a 19. és 20. század társadalompolitikáját, egészségügyi és szociális vívmányait.

FORRÁSOK

- Az anya- és csecsemővédők szolgálati szabályzata.* Budapest, 1927
- Atzél Elemér (szerk.) *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1913–1926.* Budapest, 1928. Mai Henrik és Fia Orvosi Könyvkiadó.
- Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről.* 1915. jún. 13.–1917. jún. 15. Budapest, 1917
- Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről.* Kalocsa, 1940.
- Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet 1936. évi működéséről.* Budapest, 1937: Országos Közegészségügyi Intézet. 8.
- Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet 1939. évi működéséről.* Budapest, 1940: Országos Közegészségügyi Intézet.
- A M. kir. *Országos Közegészségügyi Intézet összegyűjtött közleményei,* 1929. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.
- Mi a célja az „Országos Stefánia Szövetség anyák és csecsemők védelmére” (községi) fiókszövetségeinek?* Budapest, 1933.
- Az Országos Stefánia Szövetség az anyák és csecsemők védelmére ismertetése.* Budapest, 1925. 2–4.
- Az Országos Stefánia Szövetség memoranduma a népjóléti és munkügyi miniszterhez a védők képzése és munkábaállítása tárgyában.* Budapest, 1930. Országos Stefánia Szövetség
- Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez.* Budapest, 1932.
- Zöld Kereszt,* 1940–1941. évfolyamai

HIVATKOZOTT IRODALOM

- Apponyi Albert 1916: *Az anya- és csecsemővédelem a képviselőházban.* Budapest
- Bakács Tibor 1959: *Az Országos Közegészségügyi Intézet működése 1927–1957.* Budapest
- Bezerédyne Hertelendy Magdolna – Hencz Aurél – Zalányi Sámuel 1967: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért.* Budapest
- Bielek Tibor 1941: Az Országos Egészségvédelmi Szövetség mint a zöldkeresztes egészségvédelem társadalmi háttere. *Zöld Kereszt,* 1941/3. 51–53.
- Bielek Tibor 1942a: Zöldkeresztes tej-, cukorakció és gyermekétkeztetés. In: Mártonffy Károly (szerk.) *A mai magyar egészségügyi közszolgálat.* Budapest, 730–736.
- Bielek Tibor 1942b: *Jelentés az Országos Egészségvédelmi Szövetség 1941. évi működéséről.* Budapest
- Bielek Tibor – Kontra László 1934: *A falu egészségvédelme.* Pécs
- Bódy Zsombor 2001: A „szociális kérdés” kezelésének alternatívái a 19. század végén. Az 1891-es kötelező betegbiztosítási törvény keletkezése. *Korall,* 2001. Ősz–Tél. 72–93.

- Domahidy György 1942: A nemibetegségek elleni küzdelem. In: Mártonffy Károly (szerk.) *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 645–652.
- Doros Gábor 1926: A syphillis mortalitása. *Népegészségügy*, 1926/6. 316–317.
- Erdős Gyula – Szlobodnyik Judit (szerk.) 1998: A „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet hetvenéves működése 1927–1997. *Jubileumi emlékkönyv*. Budapest
- Fekete Sándor 1928: A tanyai csecsemővédelemről. *Népegészségügy*, 1928/1–2.
- Gaál András Kálmán – Stoll Kálmán 1926: A gödöllői járás egészségügyi felvétele. *Népegészségügy*, 1926/23. 1350–1374.
- Gortvay György – Parassin József (szerk.) 1927: *Közegészségügyi feladataink. Az 1926 október 24–30-ig tartott Közegészségi és Társadalompolitikai Országos Értekezlet munkálatai*. Budapest
- Hahn Géza 1960: *A magyar egészségügy története*. Budapest
- Hahn Géza – Melly József 1965: *Fodor József élete és munkássága*. Budapest
- Havas Imre 1939: Népelelméletet javító kísérletek Csongrád vármegyében. „Zöldkeresztes kiskertek.” *Népegészségügy*, 1939/14. 702–706.
- Havas Imre 1942: Az egészségvédelmi szolgálatok vezető orvosainak feladatai a zöldkeresztes kiskertakcióval kapcsolatban. *Népegészségügy*, 1942/4. 281–283.
- Jendrassik Aladár 1942: A falu ivóvízellátása. In: Mártonffy Károly (szerk.) *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 737–740.
- Johan Béla 1925: Adatok a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállításának történetéhez. *Népegészségügy*, 1925/24. 861–867.
- Johan Béla 1926: *A létesülő m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetről*. Budapest
- Johan Béla 1928: Az egészségügyi mintajárásokban folyó munkáról. *Népegészségügy*, 1928/20. 1424–1426.
- Johan Béla 1929: *Az ápolónő- és védőnőkérdésről*. Budapest
- Johan Béla 1930: *Állami Ápolónő- és védőnőképző Intézet*. Budapest
- Johan Béla 1931: Az egészségvédelmi rendszerről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról. Különnyomat az Orvosi hetilap 1931/5. számából. In: *A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet összegyűjtött közleményei, 1931*. Budapest
- Johan Béla 1938: A magyar falu ivóvízellátása. *Népegészségügy*, 1938/10.
- Johan Béla 1939: *Gyógyul a magyar falu*. Budapest
- Johan Béla 1941a: Mi várható a szervezett közegészségügyi munkától? *Népegészségügy*, 1941/8. 490–496.
- Johan Béla 1941b: A Zöld Kereszt és a társadalom. *Zöld Kereszt*, 1941/2. 25–29.
- Kapronczay Károly 2001: Felvilágosítás az egészségért. In: uő.: *Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből*. Budapest, 23–35.
- Kearns, Gerard – Lee, W. Robert – Rogers, John 1995: Politikai és gazdasági tényezők kölcsönhatása a városi közegészségügy fejlődésében. In: Gyáni Gábor (szerk.): *A modern város történeti dilemmái*. Debrecen, 127–157.
- Keller Lajos 1926: *Az Országos Stefánia Szövetség 10 éves működése*. Budapest: Országos Stefánia Szövetség.
- Keller Lajos 1927: *Az egészségügyi segédszemélyzet képzése és munkája*. Budapest
- Keller Lajos 1931: *Az Országos Stefánia Szövetség 15 éves működése (1915. június 13. – 1930. december 31.)* Budapest
- Kontra László 1942: A zöldkeresztes egészségvédelmi munka. In: Mártonffy Károly (szerk.) *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 434–439.
- Kovács György 1941: Zöldkeresztes kiskertek létesítése. *Népegészségügy*, 1941/6. 361–363.

- Kovács György 1942: A zöldkeresztes népelemezési tanfolyamokról. *Népegészségügy*, 1942/5. 331–335.
- L. Nagy Zsuzsa 1980: *Bethlen liberális ellenzéke. (A liberális polgári pártok 1919–1931)*. Budapest
- Madzsar József 1915: *Az anya- és csecsemővédelem országos szervezése*. Budapest
- Melly József – Zuckermann Ferenc 1931: *A magyar egészségügyi közigazgatás útmutatója*. Budapest
- Mezey Mária 1940a: Gyermekétkeztetési akció. *Zöld Kereszt*, 1940/1. 8–10.
- Mezey Mária 1940b: Beszámoló a zöldkeresztes gyermekétkeztetéséről. *Zöld Kereszt*, 1940/6. 61–66.
- Petrilla Aladár 1943: *Közegészségügyi statisztika*. Budapest
- Pfeiffer Miklós 1926: *Magyarország halálozási és természetes szaporodási viszonyai*. Budapest
- Pfeiffer Miklós 1927: A mintajárás. *Társadalomtudomány*, 1927/1–2. 72–74.
- Pik Katalin 2001: *A szociális munka története Magyarországon (1817–1990)*. Budapest
- Rottenbiller Fülöp 1936: *Az Országos Gyermekvédő Liga 30 évi működése*. Budapest
- Sajó Lajos 1942: A m. kir. közegészségügyi felügyelők. In: Mártonffy Károly (szerk.) *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 198–201.
- Scholtz Kornél 1930: Hozzászólás a preventív egészségügy kérdéséhez. *Országos Orvos-szövetség*, 1930/4.
- Schütz Ottó 1942: A tuberkulózis megelőzése és a közigazgatás. In: Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest, 623–639.
- Sós József 1942: *Magyar néptáplálkozásán*. Budapest
- Svoboda Ferenc Vilmos 1939: „Zöld Keresztes” egészségvédelem a falusi iskolákban. *Népegészségügy*, 1939/16. 803–806.
- Szél Tivadar 1930: *Egészségügyi statisztika*. Budapest
- Szél Tivadar 1931: A tuberkulózishalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1931/8.
- Szél Tivadar 1937: A csecsemőhalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1937/10.
- Szél Tivadar 1939: A csecsemőhalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1939/9.
- Szél Tivadar 1940: A gümőkórhalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1940/7.
- Szénásy József 1930: Rögtörés a preventív egészségügy parlóján. *Országos Orvos-szövetség*, 1930/4.
- Szénásy József 1997: *Versenyfutás a halállal*. Budapest.
- Thirring Lajos 1926: Nagyobb városok gümőkórhalálózása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1926/9. 550–552.
- Ugron Gábor 1931: Pár szó a szociális és egészségügyi embervédelem racionalizálásáról. *Any- és Csecsemővédelem*, 1931/6. 387–393.
- Weis István 1926: *Egészségügyi politikánk alapelvei*. Budapest